

# **Regione Emilia-Romagna**

**Delibera di Giunta - N.ro 2000/2142 - del 28/11/2000**

## ***SEMPLIFICAZIONE DELL'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI.***

*Prot. n. (BAS/00/40733)*

## LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Premesso che il decreto legislativo 229/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n° 419" ribadisce che la tutela della salute è garantita dal S.S.N., nel rispetto della dignità e della libertà della persona, assicurando l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze; Considerato che il PSR 1999/2001 individua fra gli obiettivi prioritari il miglioramento dell'accesso ai servizi da parte del cittadino, la revisione delle procedure per semplificare ed accelerare i percorsi amministrativi, e prevede, in particolare nell'ambito del Dipartimento delle cure primarie, l'individuazione di modalità di accesso ai servizi finalizzate a facilitare quanto più possibile il percorso del cittadino all'interno delle strutture del S.S.N., in particolare per quanto riguarda l'assistenza specialistica ambulatoriale;

Vista la propria Deliberazione n° 1296 del 27 luglio 1998 "Linee guida per la rimodulazione dell'attività specialistica ambulatoriale e per l'istituzione del sistema informativo. Indicazioni in ordine all'applicazione del X e XII comma dell'art. 3, DLgs 124/98" che individua un nuovo modello organizzativo per l'assistenza specialistica ambulatoriale, finalizzato a superare la frammentarietà dell'erogazione delle prestazioni ed a fornire un percorso unitario al cittadino e strutture aziendali dedicate (centro servizi ambulatoriali, punti di accoglienza);

Rilevato che nelle realtà organizzative delle aziende sanitarie esistono modelli di gestione dei percorsi ambulatoriali differenti, non sempre funzionali all'accesso dei cittadini agli ambulatori specialistici, soprattutto quando sono necessari accessi ambulatoriali ripetuti per completare i percorsi di cura avviati;

Valutata quindi la necessità di accelerare i processi avviati di revisione delle procedure amministrative e di facilitazione dei percorsi assistenziali, per superare la frammentazione degli interventi, con la promozione di un modello organizzativo dei servizi omogeneo ed integrato, che tenda a ridurre, nei limiti del possibile, e a razionalizzare gli accessi alle strutture per effettuare prestazioni sanitarie;

Considerato:

- che il percorso del paziente all'interno del servizio ambulatoriale ha un forte impatto sull'organizzazione dell'attività specialistica ambulatoriale territoriale e dei presidi ospedalieri, si rende necessario individuare strumenti compatibili con le esigenze dei sanitari e delle strutture interessate;

- che per affrontare i temi organizzativi, alla base dei percorsi dei cittadini all'interno del sistema curante, coinvolgendo, con competenze diverse, i medici di medicina generale e gli specialisti ospedalieri e territoriali, si è resa necessaria l'attuazione di modalità di confronto e di concertazione per individuare soluzioni partecipate;

- che per le motivazioni sopra esposte, è stato istituito, presso il Servizio Distretti Sanitari dell'Assessorato alla Sanità, con determina del Direttore Generale del 23/12/1999 n° 12054, il gruppo di lavoro per la semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, cui hanno partecipato medici specialisti e di medicina generale, oltreché operatori delle aziende sanitarie esperti del settore;

Visto, inoltre, ed in particolare, l'art. 8-bis del DLgs n° 502/92 e successive modifiche che al comma 2 stabilisce: "L'accesso ai servizi è subordinato all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del Servizio Sanitario Nazionale";

Dato atto che l'articolo sopracitato introduce il concetto che la prescrizione riguarda l'accesso al servizio, e non più alla prestazione, consentendo, in tal modo, l'individuazione di una modulistica interna alle strutture ambulatoriali aziendali, per semplificare le modalità di prescrizione di eventuali indagini aggiuntive ritenute necessarie successivamente alla prestazione che ha determinato l'accesso;

Preso atto che il documento tecnico, elaborato dall'apposito gruppo di lavoro sopraindicato, individua per le prestazioni specialistiche programmabili, le fasi principali del percorso di accesso alle strutture ambulatoriali da parte del cittadino, le fasi del percorso del paziente all'interno della struttura ambulatoriale, dando particolare rilievo al contenuto della richiesta di prestazioni specialistiche formulata dal medico di medicina generale, alle visite ed ai controlli specialistici periodici ed al contenuto del referto specialistico;

Rilevato che tale documento è stato sottoscritto nell'ambito di un protocollo di intesa tra l'Assessore Regionale alla Sanità e le segreterie regionali delle organizzazioni sindacali dei medici ospedalieri ANAAO ASSOMED, dei medici di medicina generale FIMMG, degli specialisti ambulatoriali SUMAI;

Evidenziato che i punti salienti del documento sottoscritto sono i seguenti:

- determinazione delle responsabilità derivanti dal ruolo assunto, nei vari momenti prescrittivi, dallo specialista ospedaliero, territoriale e dal MMG;

- riconoscimento di un ruolo centrale dello specialista ospedaliero e territoriale nell'ambito della gestione dei percorsi attivati dal MMG;

- introduzione di procedure e di strumenti, concordati tra professionisti tesi a rendere operativo un nuovo modello organizzativo della specialistica ambulatoriale, in cui trova collocazione anche l'attività ambulatoriale complessa (day service);
- individuazione di un nuovo modello di richiesta/referto, utilizzabile all'interno delle aziende sanitarie della regione, funzionale al processo di semplificazione;
- individuazione di un modello di dichiarazione anamnestica, da compilarsi a cura del medico di medicina generale per l'uso del mezzo di contrasto ed un modello per la certificazione di assenza e prognostico per malattia, da utilizzarsi a cura degli specialisti in attività di istituto;
- avvio di nuove procedure per la prenotazione di attività specialistiche con la predefinizione delle procedure di accesso e la formazione del personale dedicato;

Considerato che l'avvio di nuove procedure per la prenotazione di attività specialistiche, volte a facilitare i percorsi dei cittadini, ha un forte impatto sull'organizzazione aziendale e necessita di una fase sperimentale e di un forte investimento in termini di formazione del personale nell'applicazione delle linee guida per la semplificazione dell'accesso e che tale fase di sperimentazione sarà monitorata da un apposito gruppo tecnico costituito dal Direttore generale Sanità;

Evidenziato che l'insieme delle iniziative di confronto e di concertazione concorrono alla realizzazione di una concezione unitaria ed integrata del servizio sanitario regionale, concepito come un sistema organico di servizi a tutela della salute, e che il perseguimento di tali finalità determina la necessità di un apporto sistematico da parte di tutte le categorie professionali coinvolte, attraverso un costante confronto tra le stesse da realizzarsi sia in ambito regionale che aziendale anche per elaborare linee guida e protocolli comportamentali condivisi;

Dato atto, ai sensi dell'art.4, 6° comma della L.R. 19 Novembre 1992, n° 41 e del punto 3.1 della delibera n° 2541/95:

del parere favorevole espresso dalla Responsabile del Servizio Distretti Sanitari e Presidi Ospedalieri Dott.ssa Maria Lazzarato, in merito alla regolarità tecnica della presente delibera;

del parere favorevole espresso dal Direttore Generale Sanità Dott. Franco Rossi, in merito alla legittimità della presente delibera;

Sentita la Commissione consiliare Sicurezza Sociale che ha espresso parere favorevole nella seduta del 23 novembre 2000;

Su proposta dell'Assessore alla Sanità  
a voti unanimi e palesi,  
d e l i b e r a:

1. di approvare il protocollo di intesa sulla "Semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali", allegato alla presente deliberazione di cui costituisce parte integrante, siglato tra l'Assessore regionale alla Sanità e le segreterie regionali delle organizzazioni sindacali dei medici ospedalieri ANAAO ASSOMED, dei medici di medicina generale FIMMG, degli specialisti ambulatoriali SUMAI;
2. di stabilire che la prima fase di sperimentazione, della durata di mesi sei, per l'attuazione del protocollo di intesa, da avviarsi a cura delle aziende sanitarie entro il 31 dicembre 2000, dovrà articolarsi ponendo particolare attenzione agli elementi sottoindicati:
  - indicazione degli ambiti aziendali o delle prestazioni/patologie oggetto di sperimentazione;
  - modalità di concertazione attivate con gli specialisti interessati dalla sperimentazione e con i medici di medicina generale;
  - predisposizione della modulistica interna, strutturata in funzione dell'organizzazione aziendale e sulla base dei contenuti e delle caratteristiche previste dal modello allegato al protocollo di intesa regionale;
  - processi formativi attivati nei confronti del personale di front office coinvolto, specie per gli aspetti connessi all'applicazione delle procedure di esenzione per patologia;
  - individuazione dei referenti interni per le procedure di esenzione, quali riferimento per il personale di front office;
  - definizione dei percorsi amministrativi ed organizzativi a supporto del personale coinvolto nelle procedure di semplificazione, compreso il personale medico ed infermieristico degli ambulatori interessati;
  - strumenti e modalità individuati per informare i cittadini della sperimentazione avviata;
3. di stabilire che i risultati raggiunti verranno valutati dall'apposito gruppo tecnico regionale citato in premessa.

---

***Protocollo di intesa tra le segreterie regionali delle organizzazioni sindacali dei medici ospedalieri ANAAO ASSOMED, dei medici di medicina generale FIMMG, degli specialisti ambulatoriali SUMAI e l'Assessore regionale alla Sanità riguardo alla semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali.***

Premesso:

- Che il decreto legislativo 229/99 ribadisce la centralità del S.S.N. quale garante della tutela della salute, nel rispetto della dignità e della libertà della persona, assicurando l'equità nell'accesso all'assistenza e la qualità delle cure, sostenendo quindi anche la necessità di individuare modalità di accesso ai servizi finalizzate a facilitare quanto più possibile il percorso del cittadino nell'ambito delle strutture del S.S.N., in particolare per quanto riguarda l'assistenza specialistica;
- Che il PSR 1999/2001 individua fra gli obiettivi prioritari il miglioramento dell'accesso ai servizi da parte del cittadino attuando la revisione delle procedure per semplificare ed accelerare i percorsi amministrativi e che in particolare prevede, nell'ambito del Dipartimento delle cure primarie, la realizzazione e la semplificazione dei percorsi per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali specialistiche;
- Che nelle realtà organizzative delle aziende sanitarie persistono elementi di difficoltà e di eccessiva burocratizzazione che rendono disfunzionale l'accesso dei cittadini agli ambulatori specialistici, e che quindi una delle maggiori difficoltà che il cittadino ancora affronta nei suoi rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale è costituita dalla molteplicità degli accessi ambulatoriali necessari per completare i percorsi di cura e da una serie di passaggi burocratici spesso funzionali più all'assetto organizzativo interno del sistema che alle finalità del servizio;
- Che in tale contesto occorre accelerare i processi avviati di revisione delle procedure amministrative e di facilitazione dei percorsi assistenziali, per superare la frammentazione degli interventi, promuovendo un modello organizzativo dei servizi omogeneo ed integrato, che tenda a ridurre, nei limiti del possibile, gli accessi alle strutture a quelli necessari ad effettuare prestazioni sanitarie;
- Che tale modello si basa anche su una sempre maggior valorizzazione dell'autonomia professionale, in tutte le sue articolazioni categoriali, affidando a ciascun professionista le valutazioni in ordine all'appropriatezza delle prestazioni ritenute necessarie;
- Che il percorso del paziente all'interno del servizio ambulatoriale ha un forte impatto sull'organizzazione dell'attività specialistica ambulatoriale territoriale e dei presidi ospedalieri, per cui è necessario individuare strumenti compatibili con le diverse esigenze sia professionali sia delle strutture sanitarie interessate;
- Che il gruppo di lavoro per la semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, costituito con determinazione del Direttore generale dell'Assessorato alla sanità, ha elaborato un documento tecnico che individua inoltre le fasi principali del percorso di accesso alle strutture ambulatoriali per le prestazioni programmabili con particolare rilievo alla specificazione della richiesta di prestazioni specialistiche formulata dal medico di medicina generale; le fasi del percorso del paziente all'interno della struttura ambulatoriale nonchè delle visite e dei controlli specialistici periodici;
- Che è stato individuato come strumento comune, utilizzabile all'interno della regione ed in collegamento con le strutture organizzative previste dalla direttiva regionale n° 1296/98 di rimodulazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale (centro servizi ambulatoriale, punti di accoglienza) un apposito modello di richiesta/referto. Questo modello è finalizzato a ridurre gli adempimenti amministrativi a carico del prescrittore, facendo venire meno il rinvio del paziente al medico di medicina generale per esclusivi adempimenti burocratici (trascrizione di indagini a completamento dell'inquadramento diagnostico avviato);
- Che il documento precisa, altresì, in attuazione alla direttiva regionale n° 1296/98, le modalità organizzative per l'attività ambulatoriale complessa in DAY service; ed individua, al fine di rendere omogeneo un comportamento su base regionale, un modello di dichiarazione anamnestica per l'uso del mezzo di contrasto

- ed un modello per la certificazione di assenza e prognostico per malattia;
- Che, anche con riferimento alla direttiva citata, allo specialista viene riconosciuto un ruolo centrale all'interno del sistema curante, anche attraverso la gestione dei percorsi diagnostici e terapeutici attivati a seguito del quesito che ha determinato il primo accesso del paziente ai servizi, fino alla formulazione della risposta per il medico di medicina generale cui il paziente viene rinvio;
  - Che l'affermazione di un tale ruolo, se per un verso determina l'assunzione di precise responsabilità all'interno della organizzazione aziendale, dall'altro rende necessaria una conseguente ridefinizione dell'organizzazione del lavoro ambulatoriale, coerente con l'impegno richiesto dalle nuove procedure introdotte;
  - Che l'avvio di nuove procedure per la prenotazione di attività specialistiche, volte a facilitare i percorsi dei cittadini, comporta un forte impatto sull'organizzazione aziendale la cui valutazione complessiva di fattibilità è stata effettuata con la collaborazione dei Direttori generali dell'Azienda Ospedaliera di Ferrara, e delle Aziende USL di Modena e Parma.
  - Che le modalità di confronto e di concertazione tra le organizzazioni sindacali dei medici ospedalieri ANAAO ASSOMED, dei medici di medicina generale FIMMG degli specialisti ambulatoriali SUMAI e l'Assessorato regionale alla Sanità, che hanno portato alla sottoscrizione del presente intesa, costituiscono lo strumento per affrontare i temi organizzativi alla base dei percorsi dei cittadini all'interno del sistema curante. La finalità è quella di mantenere il confronto su processi che coinvolgono, con competenze diverse, i medici di medicina generale e gli specialisti ospedalieri e territoriali, per una conoscenza non settoriale delle ricadute in termini

organizzativi e di assistenza dei processi avviati e per un confronto sugli aspetti che attengono alla gestione dei rapporti e al miglioramento della qualità del servizio complessivamente reso;

- Che l'insieme delle iniziative di cui sopra concorrono a potenziare una concezione unitaria ed integrata del servizio sanitario regionale, concepito come un sistema organico di servizi a tutela della salute, e che il perseguimento di tali finalità determina la necessità di un apporto sistematico da parte di tutte le categorie professionali coinvolte, attraverso un costante confronto tra le stesse da realizzarsi sia in ambito regionale che aziendale anche per elaborare linee guida e protocolli comportamentali condivisi;
- Che l'applicazione delle linee guida definite dal presente accordo richiede una fase sperimentale (compresa la formazione del personale) di sei mesi rivolta a tutte le aziende, al termine della quale i risultati raggiunti verranno valutati da un apposito gruppo tecnico. Tale gruppo, oltre a definire le modifiche ed i correttivi a concreti problemi che si fossero evidenziati nella fase applicativa, svolgerà un compito permanente di monitoraggio regionale attraverso modalità operative che autonomamente definirà.

Tutto ciò premesso e considerato

Si concorda sui contenuti delle allegate linee guida concernenti la semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali che formeranno oggetto di apposita direttiva della Regione nei confronti delle aziende sanitarie, contenente indicazioni sui tempi di attuazione e sulle modalità di monitoraggio.

**Bologna 11/04/2000**

L'Assessore alla Sanità (Giovanni Bissoni)

Il Direttore Generale Azienda Ospedaliera di Ferrara (Dott. Ubaldo Montaguti)

Il Direttore Generale Azienda Ospedaliera di Ferrara (Dott. Pinelli)

Il Direttore Generale Azienda USL di Modena (Dott. Roberto Rubbiani)

Il Segretario Regionale ANAAO ASSOMED (Dott. Carlo Lusenti)

Il Segretario Regionale FIMMG (Dott. Mario Stella)

Il Segretario Regionale SUMAI (Dott. Giacomo Pietranera)

## Semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali

### **Premessa**

#### **Il percorso di accesso alle strutture ambulatoriali per le prestazioni programmabili**

#### **La richiesta di prestazioni specialistiche formulata dal medico di medicina generale**

##### **Contenuto della richiesta**

- la richiesta di visita specialistica:
- la richiesta di prestazioni di laboratorio:
- la richiesta di prestazioni di diagnostica strumentale:
- la richiesta di prestazioni terapeutiche:

#### **Il percorso del paziente all'interno della struttura ambulatoriale**

- il paziente con la richiesta di visita:
- il paziente con la richiesta di prestazioni di laboratorio:
- il paziente con la richiesta di prestazioni di diagnostica strumentale di Radiologia
- il paziente con la richiesta di prestazioni di diagnostica strumentale
- il paziente con la richiesta di prestazioni terapeutiche e / o riabilitative:

#### **Le visite di controllo ed i controlli periodici**

- La richiesta di visita di controllo e di accertamenti programmati
- I controlli periodici per patologie croniche che richiedono una valutazione specialistica programmata

#### **Attività ambulatoriale complessa in Day Service**

#### **Le prestazioni specialistiche ambulatoriali pre-ricovero e post-ricovero**

#### **Note conclusive:**

#### **Il modello richiesta / referto 20**

#### **Scheda prescrizione per pazienti ambulatoriali esterni**

#### **Istruzioni per il modello 27**

#### **I Modelli di Certificazione Giustificativa di Assenza e di Certificazione prognostica 28**

#### **Allegato N° 1 30**

#### **Il modello di dichiarazione anamnestica per l'uso del mezzo di contrasto 31**

#### **Allegato alla Sezione N° 1 32**

## Semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali

### Premessa

Il decreto legislativo n° 229/99 (art. 8-bis), introducendo il concetto che, "l'accesso ai servizi è subordinato all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del SSN", consente l'individuazione, nell'ambito del nuovo modello organizzativo previsto per l'attività specialistica ambulatoriale, di percorsi interni che riconducano il più possibile a momenti unitari l'erogazione di prestazioni ambulatoriali.

Più specificamente occorre creare quelle condizioni per cui il paziente, che accede ad una struttura ambulatoriale per fruire di una prestazione, abbia la possibilità di eseguire le eventuali indagini aggiuntive senza dover ricorrere nuovamente al medico di medicina generale per esclusivi adempimenti burocratici.

Per dare attuazione a questo percorso organizzativo è stato individuato un modello di richiesta / referto, da utilizzarsi solo in ambito regionale, ed all'interno delle strutture delle Aziende Sanitarie pubbliche, che sostituisce il ricettario del S.S.N. all'interno di percorsi definiti.

Le Aziende potranno, nell'ipotesi si ritenga necessario eseguire prestazioni non erogabili in ambito pubblico o la cui erogazione comporti lunghi tempi di attesa per il paziente, utilizzare il modello individuato per l'esecuzione delle prestazioni anche da parte di specialisti/di strutture private accreditate, nell'ambito dei contratti di fornitura.

Questo nuovo modello di richiesta / referto non supera completamente il ricettario del SSN che rimane comunque indispensabile sia per "l'accesso" al servizio, sia per l'erogazione di prestazioni a cittadini residenti in altre Regioni (mobilità interregionale), sia per l'erogazione di prestazioni da parte di strutture private accreditate o di strutture anche pubbliche non individuate dalle AUSL., che non rientrano nei contratti di fornitura..

Questo strumento, o altro strumento analogo (Ricettario del S.S.N.), potrà essere utilizzato per la mobilità infraregionale tra strutture pubbliche.

### **Il percorso di accesso alle strutture ambulatoriali per le prestazioni programmabili**

L'accesso dell'utente alla struttura ambulatoriale, per usufruire delle prestazioni programmabili, può avvenire:

1. **direttamente**, senza la richiesta del medico di medicina generale, per le prestazioni specialistiche a "libero accesso" (ostetricia e ginecologia, odontoiatria, oculistica {limitatamente alla misurazione del visus} , pediatria, psichiatria).

Gli utenti dovranno presentarsi dallo specialista dotati di regolare prenotazione.

2. **con la richiesta** del medico di medicina generale o dello specialista, nei casi previsti.

Si precisa che per prestazioni programmabili si intendono quelle prestazioni che non rivestono carattere di urgenza, fatte salve le prestazioni urgenti, urgenti differibili, che rientrano nei canali di prenotazione definiti dall'Azienda.

### **La richiesta di prestazioni specialistiche formulata dal medico di medicina generale**

La richiesta di prestazioni specialistiche, formulata dal medico di medicina generale, riguarda:

- le visite,
- le prestazioni di laboratorio,
- le prestazioni di diagnostica strumentale,
- le prestazioni terapeutiche / riabilitative.

La richiesta dovrà essere effettuata in conformità con i percorsi di attivazione delle prestazioni condivisi a livello Aziendale, nell'ambito del governo clinico. indicati a livello Aziendale.

### **Contenuto della richiesta**

la richiesta di visita specialistica deve contenere:

- il quesito o motivazione clinica con indicate le eventuali terapie in atto .

Il referto contenente le conclusioni diagnostiche e gli eventuali suggerimenti e/o osservazioni conclude la prestazione.

la richiesta di prestazioni di laboratorio deve contenere:

- il quesito o motivazione clinica,

Il referto delle prestazioni di laboratorio conclude la prestazione.

la richiesta di prestazioni di diagnostica strumentale deve contenere:

- il quesito o motivazione clinica con indicate le eventuali terapie in atto.

Il referto della prestazione di diagnostica strumentale conclude la prestazione.

Si precisa infine che la richiesta di prestazioni diagnostiche, in cui è previsto l'uso di mezzi di contrasto, dovrà essere redatta alla luce delle indicazioni della nota del Ministero della sanità (prot. 900.VI/11.AG./6542 del 17.9.1997), di cui all'allegato n° 1.

In particolare:

a proposito dell'uso di mezzi di contrasto organoiodati e paramagnetici precisa quanto segue<sup>2</sup>:

1) il pericolo di gravi reazioni di intolleranza (reazioni anafilattoidi dovute alla formazioni legami "macrocomplessi m.d.c. e proteine plasmatiche" per particolari categorie di pazienti a rischio ricorre con

l'uso di mezzi di contrasto organiodati di tipo ionico);

2) l'incidenza di reazioni anafilattoidi appare meno probabile con mezzi di contrasto non ionici per la trascurabile capacità degli stessi di legarsi alle proteine plasmatiche;

3) I mezzi di contrasto non ionici sono oggi utilizzati in oltre il 95% delle indagini urografiche, angiografiche e di tomografia computerizzata;

4) i mezzi di contrasto paramagnetici sono una categoria di farmaci totalmente differente rispetto a quelle precedenti e che, in ragione dei piccoli volumi iniettati e le diverse caratteristiche farmacologiche permettono tranquillità di impiego, pur tendendo in considerazione i rischi generici di ipersensibilità, caratteristici di ogni formulazione iniettabile.

Premesso quanto sopra la stessa circolare precisa che:

1) la valutazione clinico anamnestica di ciascun paziente da sottoporre ad indagine con mezzi di contrasto da parte del medico curante, che richiede l'esame, e da parte del radiologo, che esegue l'esame, rappresenta per la prevenzione il momento più importante;

2) il ricorso abituale, in ogni paziente, a batterie di esami/procedure diagnostiche predefinite, non ha indicazione ai fini di prevenire incidenti da mezzi di contrasto. Test laboratoristici e procedure diagnostiche sono indicati per definire, nei pazienti a rischio, il grado delle condizioni patologiche.

3) Sono considerati a rischio i pazienti che risultino sul piano clinico anamnestico a comprovato rischio allergico, portatori di gravi forme di insufficienza epatica o renale o cardiovascolare o di paraproteinemia di Waldstrom o di mieloma multiplo.

- Modello di scheda di valutazione clinico anamnestica da compilare a cura del medico di medicina generale (MMG) anche nei casi in cui la richiesta dell'esame si effettuata da altro specialista (per la migliore e più completa conoscenza del paziente).

Dichiarazione del medico specialista radiologo con indicazione del mezzo di contrasto utilizzato dalla struttura; a cura del radiologo: esame da praticare, tipo di mezzo di contrasto utilizzato dalla struttura: (mezzo di contrasto di tipo ionico, non ionico, paramagnetico)

- Dichiarazione anamnestica del MMG. attestante l'esistenza o meno di condizioni patologiche che possano favorire l'insorgenza di reazioni collaterali di tipo medio grave in seguito all'introduzione del mezzo di contrasto:

1) precedenti reazioni avverse dopo somministrazione di mezzi di contrasto si no

2) precedenti reazioni allergiche si no

se sì quali

3) Presenza di condizioni patologiche che possano favorire l'insorgenza di reazioni collaterali di tipo medio grave in seguito all'introduzione del mezzo di contrasto:

Grave insufficienza renale si no Grave insufficienza epatica si no

Grave insufficienza cardiaca si no, Paraproteinemia di Waldstrom si no

Mieloma multiplo si no

In presenza di pazienti a rischio epato, cardio, renale, o nel sospetto clinico di una qualsiasi patologia mielomatosa, o qualora sia previsto l'uso di mezzi di contrasto iperosmolarionici, è indicato procedere ai seguenti accertamenti (creatininemia, glicemia, elettroforesi delle siero proteine (rapporto Kappalamda) o determinazione della proteinuria di Bence Jones, transaminasi, bilirubina)

La dichiarazione, a cura del MMG, che attesti l'esistenza o l'assenza delle patologie a norma della circolare ministeriale, che possono determinare l'insorgenza di complicazioni pericolose per la salute del paziente come ad esempio: anamnesi di pregressa comparsa di reazioni indesiderate di tipo tossico, allergico, idiosincrasico o di problemi di qualsiasi natura, anche postumi, da mettere in rapporto causale con l'impiego del mdc in analoghe indagini effettuate in precedenza.

Nella circolare citata<sup>2</sup> sono state inoltre evidenziate quelle patologie che possono costituire una controindicazione all'uso del mezzo di contrasto e che sono: la paraproteinemia di Waldstrom, il mieloma multiplo ed i gravi stati di insufficienza epatica e renale.

Eventuali altri adempimenti, quali ad esempio la compilazione preventiva della cartella clinica preliminare all'esecuzione dell'esame, sono di competenza della struttura erogatrice.

la richiesta di prestazioni terapeutiche deve contenere:

- La motivazione clinica a cui è necessario allegare, a cura del paziente, tutta la documentazione del caso.
- La proposta terapeutica.

**L'eventuale rifiuto della prestazione richiesta dovrà essere motivato.**

Nel caso in cui le prestazioni diagnostico-terapeutiche, per la loro complessità o livello di responsabilità o per specifiche disposizioni di legge o, infine, per esigenze organizzative del servizio, richiedano una preventiva visita da parte di un medico della struttura pubblica, quest'ultima viene prenotata automaticamente la richiesta è da ritenersi implicita, senza bisogno di ulteriori adempimenti particolare rinvio del paziente al medico richiedente ed è esente ticket.

## **Il percorso del paziente all'interno della struttura ambulatoriale**

il paziente con la richiesta di visita si rivolge allo specialista che:

- effettua la visita,
- richiede direttamente l'esecuzione di ulteriori indagini per il completamento dell'iter diagnostico, utilizzando la nuova modulistica che tutte le aziende dovranno adottare nel tempo più breve dall'emanazione della presente direttiva, mettendo in atto tutti i supporti organizzativi utili a garantire lo snellimento degli adempimenti amministrativi messi in carico alla struttura erogante.
- richiede l'attivazione del Day Service
- dispone l'eventuale ricovero in regime di ricovero ordinario o in day hospital

Ogni accesso alla struttura ambulatoriale sarà concluso la compilazione di un referto intermedio. L'iter diagnostico si conclude con il referto contenente la sintesi dell'attività clinica svolta, e gli eventuali suggerimenti e/o osservazioni.

### **Le prescrizioni/suggerimenti terapeutici/ci riferimenti normativi**

Si precisa che, lo specialista, sia per i suggerimenti terapeutici che per le prescrizioni effettuate, dovrà informare il paziente, circa il regime di concedibilità del farmaco da parte del S.S.N. e le eventuali limitazioni d'uso previste dalla normativa CUF (Circolare Ministero della Sanità n° 15 del 23/10/1996, art. 15-decies D.lgs 229/99 e Circolare Regionale n°16 del 97 e successive integrazioni).

Per quanto concerne infine la prescrizione di un farmaco, per il quale è prevista l'attivazione del Registro USL, sarà il medico che fa la diagnosi e prescrive (o suggerisce) la 1° terapia, a dover compilare la relativa scheda di attivazione del registro, in conformità a quanto previsto da **Prov. CUF 07/08/1998 Circolare Regionale 13/07/1999 n° 13 e relative integrazioni e modificazioni.**

Il medico sarà inoltre tenuto in modo vincolante ad inviare la scheda sarà trasmessa al servizio farmaceutico della USL di residenza del paziente ed al MMG, a cura dell'Azienda.

il paziente con la richiesta di prestazioni di laboratorio si rivolge al servizio di laboratorio che:

- effettua erogazione la prestazione,
- predispone il relativo referto, con le stesse modalità fino ad oggi utilizzate dai servizi di laboratorio.

il paziente con la richiesta di prestazioni di diagnostica strumentale di Radiologia

si rivolge al servizio erogante, dove lo specialista:

- nel caso dell'utilizzo del mezzo di contrasto valuta il paziente sulla base della

dichiarazione clinica, compilata dal MMG, secondo la normativa vigente,

- effettua erogazione la prestazione,
- predispone il relativo referto, con le stesse modalità fino ad oggi utilizzate dai servizi di radiologia.

La circolare del Ministero della Sanità n° 64 del 29/09/1979 e la successiva integrazione avvenuta circolare prot. 900.VI/11.AG./642 del 6/11/1997 hanno ritenuto: "che la valutazione clinico - anamnestica di ciascun paziente da sottoporre ad indagini con mezzi di contrasto da parte del medico curante, che richiede l'esame, e da parte del radiologo, che esegue l'esame, rappresenti per la prevenzione il momento più importante".

il paziente con la richiesta di prestazioni di diagnostica strumentale

si rivolge al servizio erogante, dove lo specialista:

- effettua erogazione la prestazione,
- predispone il relativo referto contenente anche eventuali suggerimenti necessari all'approfondimento diagnostico,

il paziente con la richiesta di prestazioni terapeutiche e/o riabilitative si rivolge all'ambulatorio che eroga la prestazione, dove lo specialista:

- valuta direttamente il paziente e la documentazione clinica disponibile
- effettua erogazione la prestazione,
- predispone il referto a fine trattamento,

**La mancata effettuazione, da parte dello specialista, della prestazione terapeutica dovrà essere motivata sul referto per il curante.**

**Le visite di controllo ed i controlli periodici per patologie croniche di particolare rilevanza clinica**

**Definizione di visita di controllo:**

Il nomenclatore tariffario definisce la visita di controllo nel seguente modo: " la visita successiva o di controllo rappresenta la visita in cui un problema già noto viene rivalutato e la documentazione scritta esistente viene aggiornata o modificata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita".

Nei confronti di pazienti noti, affetti da malattie croniche, sono considerate prime visite quelle in cui la patologia presenta una fase di riacutizzazione ovvero il paziente presenta un nuovo problema tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva e un riaggiustamento della terapia.

**(Integrazioni alla definizione estratta dal manuale operativo per la codifica non inserito nelle precedenti versioni del documento:**

Nell'ipotesi che il paziente si presenti nell'ambulatorio di un ospedale per la prima visita e nell'ambulatorio di un altro ospedale per il controllo, queste visite sono entrambe prime visite, anche se riguardano lo stesso problema. Viceversa, se nell'ambito dello stesso ambulatorio, un paziente

viene visitato per lo stesso problema da due medici diversi in tempi diversi, non si possono considerare due prime visite (la cartella clinica/scheda è già presente).

La richiesta di visita di controllo e di accertamenti programmati

La richiesta di prima visita di controllo, dopo consulenza specialistica, compete allo specialista.

Tale procedura si può adottare in quei casi particolari che presuppongono la necessità di anche per le ulteriori visite ed accertamenti diagnostici ritenuti necessari dallo specialista per giungere alla stabilizzazione del paziente e per le quali avviene la programmazione con prenotazione diretta. In ogni caso essa non configura mai la presa in carico del paziente.

La necessità degli ulteriori controlli clinici ravvicinati e comunque non eccedenti di norma il termine temporale di mesi 3 ? 6? sarà riportata come suggerimento nel referto specialistico.

In tutti gli altri casi la necessità di ulteriori controlli clinici sarà riportata nel referto specialistico come riferimento per il medico curante.

I controlli periodici per patologie croniche di *particolare rilevanza clinica* (ad alta prevalenza): che richiedono una valutazione specialistica programmata periodica

Per le patologie croniche di particolare rilevanza clinica che richiedono una valutazione specialistica programmata periodica è previsto il ricorso al follow-up (nella prima fase applicativa: neoplasie ed eventuali altre patologie individuate in sede locale attraverso accordi con i MMG e gli specialisti interessati).

Si intende per follow-up una serie di visite di controllo e/o di prestazioni diagnostico terapeutiche successive al primo accesso, che si attuano secondo linee guida preferibilmente validate ed un programma temporale definito e condiviso tra specialisti e MMG secondo criteri di appropriatezza., formalizzate e rese note a livello locale.

Più specificamente lo specialista propone al MMG il programma temporale personalizzato dei controlli (rivalutazione clinica specialistica, accertamenti), di durata non superiore di norma ad un anno. Qualora lo condivida, il MMG, riassumendo in carico la responsabilità diagnostica terapeutica del proprio assistito, effettuerà le relative richieste e prescrizioni in unica soluzione (ricetta unica per ciascuna branca), indicando per ciascun controllo (visita, accertamento accertamento e/o gruppi) la relativa cadenza temporale nel corso dell'anno. Tale richiesta, che consentirà al cittadino di effettuare le prenotazioni in unica volta o in fasi successive presso il CUP sempre con la stessa richiesta, dovrà contenere l'annotazione "follow-up".

### **Attività ambulatoriale complessa in Day Service La presa in carico del paziente**

La presa in carico rappresenta una modalità di gestione, da parte della struttura specialistica, di pazienti con problemi clinici complessi, per i quali è necessario impostare gli accertamenti diagnostici correlati alla patologia presentata ed il relativo trattamento terapeutico

Il Day Service rappresenta una modalità di gestione organizzativa della struttura ambulatoriale attivabile nei confronti di pazienti di pazienti con problemi clinici complessi, per i quali è necessario impostare gli accertamenti diagnostici correlati alla patologia presentata ed il relativo trattamento terapeutico.

I pazienti per i quali è previsto il la Day Servicepresa in carico da parte della struttura ambulatoriale non necessitano del ricovero ospedaliero sia ordinario che in day hospital.

Lo specialista, qualora lo ritenga opportuno, attiva il Day Service e lo comunica deve comunicare contestualmente al MMG l'avvenuta presa in carico del paziente, indicando il programma diagnostico terapeutico dello stesso.

La Day Servicepresa in carico:

- comporta presuppone la predisposizione e compilazione di una cartella ambulatoriale,
- prevede presuppone la necessità di indagini diagnostiche, correlate al trattamento terapeutico, che si svolgono e all'interno di percorsi organizzati,vi predefiniti,
- può esitare in un trattamento terapeutico adeguato al paziente,
- si conclude con una risposta al quesito clinico formulato dal medico di base, attraverso la lettera di dimissione, in analogia al ricovero.
- l'iter si conclude con una diagnosi ed un'eventuale prescrizione terapeutica adeguata per quel paziente.

#### *Conclusioni:*

Il paziente che accede ad una struttura ambulatoriale per una patologia che richiede la presa in carico deve tornare, dal medico di medicina generale con una risposta al quesito diagnostico iniziale, con la patologia che ha determinato la presa in carico stabilizzata e con l'adeguata terapia, prescritta sulla base della normativa citata.

All'interno delle aziende dovranno essere individuate a priori modalità organizzative ed autorizzati protocolli diagnostici rivolti sia all'inquadramento che al follow-up di quei quadri morbosi complessi per cui è prevista la presa in carico del paziente.

### **Le prestazioni specialistiche ambulatoriali pre-ricovero e post-ricovero**

#### **Note conclusive:**

Se la visita specialistica ambulatoriale evidenzia la necessità di un ricovero, si ricorda che:

- La richiesta di le prestazioni specialistiche pre-ricovero ospedaliero, intese unicamente come prestazioni specialistiche finalizzate al ricovero programmato sono a carico della struttura di ricovero devono essere e sono richieste dai medici del reparto di ricovero del paziente, su apposita modulistica a tal fine predisposta.
- le prestazioni diagnostico terapeutiche post dimissione effettuate ambulatorialmente sono finalizzate esclusivamente al completamento dell'iter diagnostico e terapeutico iniziato in degenza, in conformità a quanto indicato nella lettera di dimissione.

• Si ricorda infine che le prestazioni specialistiche post-dimissione, analogamente alle prestazioni specialistiche pre-ricovero, devono essere richieste e prenotate dai medici del reparto di dimissione ricovero del paziente.

Si ricorda infine che la prima visita e le prestazioni diagnostico terapeutiche post dimissione erogate ambulatorialmente sono finalizzati esclusivamente al completamento dell'iter diagnostico e terapeutico iniziato in degenza, in conformità a quanto indicato nella lettera di dimPer le prestazioni indicate nella lettera di dimissione il termine di erogazione può superare i 30 giorni finora previsti per la prescrizione.

\*\*\*

Di quanto detto sopra le Aziende USL dovranno tenere conto nei protocolli locali da concordare con i presidi, con le Aziende Ospedaliere e con i privati accreditati.

#### **Il modello richiesta / referto**

Le istruzioni per la compilazione sono riportate a pag. 27

In via preliminare si precisa che:

#### **Nella Sezione n° 1**

L'esenzione per patologia/invalidità potrà essere attestata da parte della struttura prenotante sulla base dell'esenzione presente nella richiesta di accesso alle prestazioni formulata dal MMG.

Il centro di prenotazione avrà cura di riportare il n° di esenzione nel modello di referto individuato, che sarà pertanto ritenuto valido anche per la richiesta delle

prestazioni aggiuntive. La responsabilità dell'individuazione del soggetto esente è pertanto in capo a chi attiva l'accesso.

Le verifiche circa la corretta attribuzione dell'esenzione dovranno essere attuate nei punti di accoglienza da parte del personale infermieristico della struttura ambulatoriale che lo sottoporrà allo specialista, limitatamente ai casi in cui la visita specialistica comporti la rivalutazione delle condizioni patologiche tale da rendere non più applicabile il codice di esenzione derivante dalla ricetta iniziale.

Eccezioni individuate: Vedi allegato "Adempimenti sulle esenzioni".

In questo allegato sono state individuate le esenzioni che richiedono indicazioni aggiuntive, da parte del medico richiedente, per ampliare la gamma delle prestazioni esenti.

#### **Nella sezione n° 7**

Il modello previsto in sede di incontro sindacale conserva la limitazione delle otto prestazioni per ricetta, ma non la distinzione delle ricette per prestazioni esenti e prestazioni non esenti.

Sarà cura delle Aziende Sanitarie / Strutture Ambulatoriali distinguere le prestazioni esenti da quelle non esenti.

Spetta quindi alle Aziende Sanitarie / struttura ambulatoriale snellire gli adempimenti connessi alla prescrizione (da valutarsi: elenchi prestampati di prescrizioni e relativi codici, nell'ambito di percorsi predefiniti e nel rispetto dell'obbligo dell'appropriatezza sancito dall'art. 15-decies del decreto legislativo n° 229/99.

Questo potrà comportare: definizione di protocolli di prestazioni per i diversi ambulatori, anche per garantire un calcolo corretto del ticket per i cittadini esenti parzialmente, come da D.M. 28 Maggio 1999 n° 329, in relazione al codice di patologia evidenziato dal MMG sulla richiesta e riportato in sezione 1).

In altri termini le Aziende dovranno dare corso alla realizzazione del modello organizzativo individuato con la D.G.R. 1296/98, per la presa in carico organizzativa dell'assistenza ambulatoriale.

## MODELLO REFERTO SPECIALISTICO

CODICE REFERTO •••••••••••••••• (prestampato o in automatico)

Codice Fiscale •••••••••••••••• o N° tessera Sanitaria ••••••••••

Sig./ra \_\_\_\_\_ Sesso • •

Cognome Nome

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Comune e Provincia Data di nascita

Residente a \_\_\_\_\_

Città Via

Azienda di provenienza n° \_\_\_\_\_ Posizione Ticket Paziente: • Esenzione totale n° \_\_\_\_\_

• Esenzione Parziale n° \_\_\_\_\_

• Non Esente

• Primo accesso MODALITA' DI ACCESSO

• Accesso successivo • Prenotazione

Data prescrizione •••••••••••••••• Libero Accesso

Al Medico richiedente \_\_\_\_\_

Quadro clinico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Accertamenti praticati : vedi allegati.

\_\_\_\_\_

Conclusioni diagnostiche

\_\_\_\_\_

Diagnosi

Suggerimenti orientativi per il medico curante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data • • • • • • • • • •

Il Medico Specialista  
(Timbro e firma)

\_\_\_\_\_

## MODELLO REFERTO SPECIALISTICO

CODICE REFERTO •••••••••• (prestampato o in automatico)

Codice Fiscale •••••••••••••••• o N° tessera Sanitaria ••••••••  
Sig./ra \_\_\_\_\_ Sesso ••  
Cognome Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Comune e Provincia Data di nascita \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_  
Città Via \_\_\_\_\_  
Azienda di provenienza n° \_\_\_\_\_ Posizione Ticket Paziente: • Esenzione totale n° \_\_\_\_\_  
• Esenzione Parziale n° \_\_\_\_\_  
• Non Esente  
• Primo accesso MODALITA' DI ACCESSO  
• Accesso successivo • Prenotazione  
Data prescrizione •••••••••• • Libero Accesso

Al Medico richiedente \_\_\_\_\_

Quadro clinico \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Accertamenti praticati : vedi allegati.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Conclusioni diagnostiche \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_  
Suggerimenti orientativi per il medico curante \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data ••••••••••

Il Medico Specialista  
(Timbro e firma)

\_\_\_\_\_

## MODELLO REFERTO SPECIALISTICO INTERMEDIO

CODICE REFERTO •••••••••••••••• (prestampato o in automatico)

Codice Fiscale •••••••••••••••• o N° tessera Sanitaria ••••••••••  
Sig./ra \_\_\_\_\_ Sesso •••  
Cognome Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Comune e Provincia Data di nascita \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_  
Città Via \_\_\_\_\_  
Azienda di provenienza n° \_\_\_\_\_ Posizione Ticket Paziente: • Esenzione totale n° \_\_\_\_\_  
• Esenzione Parziale n° \_\_\_\_\_  
• Non Esente  
• Primo accesso MODALITA' DI ACCESSO  
• Accesso successivo • Prenotazione  
Data prescrizione •••••••••••••••• Libero Accesso

Al Medico richiedente \_\_\_\_\_

Quadro clinico \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Accertamenti praticati : vedi allegati.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Conclusioni diagnostiche  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnosi  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Suggerimenti orientativi per il medico curante  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data ••••••••••••••••

Il Medico Specialista  
(Timbro e firma)

\_\_\_\_\_

## Scheda prescrizione per pazienti ambulatoriali esterni (presa in carico approfondimenti diagnostici)

CODICE REFERTO •••••••••• (prestampato o in automatico)

Codice Fiscale •••••••••••••••• o N° tessera Sanitaria ••••••••••  
 Sig./ra \_\_\_\_\_ Sesso ••  
 Cognome Nome \_\_\_\_\_  
 Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 Comune e Provincia Data di nascita \_\_\_\_\_  
 Residente a \_\_\_\_\_  
 Città Via \_\_\_\_\_  
 Azienda di provenienza n° \_\_\_\_\_ Posizione Ticket Paziente: • Esenzione totale n° \_\_\_\_\_  
 • Esenzione Parziale n° \_\_\_\_\_  
 • Non Esente

- Primo accesso
- Accesso successivo

- MODALITA' DI ACCESSO**
- Prenotazione

Data prescrizione ••••••••••

- Libero Accesso

• Esenzione per reddito: dichiaro che il reddito del mio nucleo familiare non è superiore a  
 £ \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Ricetta	Ricetta	Ricetta
	N.E	N.E
	N.E	N.E
	N.E	N.E
	N.E	N.E
	N.E	N.E
	N.E	N.E
	N.E	N.E
	N.E	N.E
	N.E	N.E
	N.E	N.E

Sulla medesima ricetta **non possono essere richiesti più di 8 prestazioni relative a branche specialistiche diverse**,  
 N.E.=non esente da barrare a cura della struttura prenotante.

Ricetta	Ricetta	Ricetta
	N.E	N.E
	N.E	N.E
	N.E	N.E
	N.E	N.E
	N.E	N.E
	N.E	N.E
	N.E	N.E
	N.E	N.E
	N.E	N.E
	N.E	N.E

NOTE Anamnestiche

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Data ••••••••••

Il Medico Specialista  
(Timbro e firma)

**Scheda prescrizione per pazienti ambulatoriali esterni**  
(presa in carico approfondimenti diagnostici)

CODICE REFERTO ..... (prestampato o in automatico)

Codice Fiscale ..... o N° tessera Sanitaria .....	
Sig./ra _____	Sesso • •
Cognome Nome _____	
Nato/a _____	il _____
Comune e Provincia Data di nascita _____	
Residente a _____	
Città Via _____	
Azienda di provenienza n° _____	Posizione Ticket Paziente: • Esenzione totale n° _____
	• Esenzione Parziale n° _____
	• Non Esente

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primo accesso</li> <li>• Accesso successivo</li> <li>Data prescrizione .....</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>MODALITA' DI ACCESSO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prenotazione</li> <li>• Libero Accesso</li> </ul>
--	---

• Esenzione per reddito: dichiaro che il reddito del mio nucleo familiare non è superiore a  
£ \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Ricetta	Ricetta	Ricetta	Ricetta
N.E		N.E	N.E
N.E		N.E	N.E
N.E		N.E	N.E
N.E		N.E	N.E
N.E		N.E	N.E
N.E		N.E	N.E
N.E		N.E	N.E
N.E		N.E	N.E
N.E		N.E	N.E
N.E		N.E	N.E

Sulla medesima ricetta **non possono essere richiesti più di 8 prestazioni relative a branche specialistiche diverse**,  
N.E.=non esente da barrare a cura della struttura prenotante.

Ricetta	Ricetta	Ricetta	Ricetta
N.E		N.E	N.E
N.E		N.E	N.E
N.E		N.E	N.E
N.E		N.E	N.E
N.E		N.E	N.E
N.E		N.E	N.E
N.E		N.E	N.E
N.E		N.E	N.E
N.E		N.E	N.E
N.E		N.E	N.E

NOTE Anamnestiche

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data • • • • •

Copia per il curante
----------------------

Il Medico Specialista  
(Timbro e firma)

\_\_\_\_\_

## Scheda prescrizione per pazienti ambulatoriali esterni

(presa in carico approfondimenti diagnostici)

CODICE REFERTO ..... (prestampato o in automatico)

Codice Fiscale ..... o N° tessera Sanitaria .....		Sesso ..
Sig./ra _____		
Cognome Nome _____		
Nato/a _____		il _____
Comune e Provincia Data di nascita _____		
Residente a _____		
Città Via _____		
Azienda di provenienza n° _____		Posizione Ticket Paziente: • Esenzione totale n° _____
		• Esenzione Parziale n° _____
		• Non Esente

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primo accesso</li> <li>• Accesso successivo</li> <li>Data prescrizione .....</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>MODALITA' DI ACCESSO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prenotazione</li> <li>• Libero Accesso</li> </ul>
--	---

• Esenzione per reddito: dichiaro che il reddito del mio nucleo familiare non è superiore a  
 £ \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Ricetta	Ricetta	Ricetta
N.E		N.E
N.E		N.E
N.E		N.E
N.E		N.E
N.E		N.E
N.E		N.E
N.E		N.E
N.E		N.E
N.E		N.E
N.E		N.E

Sulla medesima ricetta **non possono essere richiesti più di 8 prestazioni relative a branche specialistiche diverse**,  
 N.E.=non esente da barrare a cura della struttura prenotante.

Ricetta	Ricetta	Ricetta
N.E		N.E
N.E		N.E
N.E		N.E
N.E		N.E
N.E		N.E
N.E		N.E
N.E		N.E
N.E		N.E
N.E		N.E
N.E		N.E

NOTE Anamnestiche

\_\_\_\_\_

Data .....

Copia per l'ambulatorio

Il Medico Specialista  
(Timbro e firma)

\_\_\_\_\_

**Istruzioni per il modello**

(Ogni modello è in triplice copia: una per il paziente una per l'ambulatorio una per il curante)

Regione Emilia Romagna  
Assessorato Regionale Sanitario  
Servizio Clinico Specialistico

**MODELLO REFERTO SPECIALISTICO**

**A cura del**  
**A cura del**  
**A cura del**

**COODICE REFERTO** 0000000000 (presegnalato o in autocertificazione)  
**Codice Fiscale** 00000000000000000000 o **N° tessera Sanitaria** 00000000

**Stip. n°** \_\_\_\_\_ **Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_ **Sex**  M  F  U  
**Residenza** \_\_\_\_\_ **Comune e Provincia** \_\_\_\_\_ **Data di nascita** \_\_\_\_\_  
**Assente di permesso n°** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_ **Esame Ticket Paziente**  Esame ticket n° \_\_\_\_\_  
 Esame ticket n° \_\_\_\_\_  
 Non Esame

**MODALITÀ DI ACCESSO**  
 Presso struttura  
 Lascio richiesta

**Data prescrizione** 00/00/00

**Al Medico richiedente**  
**A** \_\_\_\_\_  
**C** \_\_\_\_\_  
**U** \_\_\_\_\_  
**I** \_\_\_\_\_  
**D** \_\_\_\_\_  
**F** \_\_\_\_\_  
**I** \_\_\_\_\_  
**D** \_\_\_\_\_  
**O** \_\_\_\_\_  
**B** \_\_\_\_\_  
**E** \_\_\_\_\_  
**C** \_\_\_\_\_  
**I** \_\_\_\_\_  
**S** \_\_\_\_\_  
**T** \_\_\_\_\_  
**A** \_\_\_\_\_

**Conclusioni diagnostiche** \_\_\_\_\_  
**Suggerimenti** \_\_\_\_\_

**Data** 00/00/00 **Il Medico Specialista** \_\_\_\_\_  
 (Firma e timbro)

**Modello Referto Specialistico**

→ **Sezione n° 1** contiene tutte quelle informazioni necessarie ad identificare il paziente, che devono essere raccolte in sede di prenotazione (es. CUP). Riportare il n° di esenzione quando indicato nella richiesta di accesso formulata dal MMG

→ **Sezione n° 2** contiene informazioni necessarie ad individuare le modalità di accesso del paziente. Queste informazioni sono raccolte presso la struttura ambulatoriale

→ **Sezione n° 3** contiene considerazioni cliniche per il medico curante

→ **Sezione n° 4** contiene le conclusioni diagnostiche

→ **Sezione n° 5** contiene i suggerimenti orientativi per il medico curante.

*I Punti n° 3 4 5 dovranno essere compilati a cura del medico curante.*

Regione Emilia Romagna  
Assessorato Regionale Sanitario  
Servizio Clinico Specialistico

**Scheda prescrizione per pazienti ambulatoriali esterni**  
 (presa in carico continuità assistenziale)

**A cura del**  
**A cura del**  
**A cura del**

**COODICE REFERTO** 0000000000 (presegnalato o in autocertificazione)  
**Codice Fiscale** 00000000000000000000 o **N° tessera Sanitaria** 00000000

**Stip. n°** \_\_\_\_\_ **Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_ **Sex**  M  F  U  
**Residenza** \_\_\_\_\_ **Comune e Provincia** \_\_\_\_\_ **Data di nascita** \_\_\_\_\_  
**Assente di permesso n°** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_ **Esame Ticket Paziente**  Esame ticket n° \_\_\_\_\_  
 Esame ticket n° \_\_\_\_\_  
 Non Esame

**MODALITÀ DI ACCESSO**  
 Presso struttura  
 Lascio richiesta

**Data prescrizione** 00/00/00

**L'Esenzione per reddito dichiara che il reddito del richiedente è inferiore a \_\_\_\_\_ €**

**POSIZIONE TICKET PAZIENTE**  Esame ticket n° \_\_\_\_\_  Esame ticket n° \_\_\_\_\_  
 Esame ticket n° \_\_\_\_\_  Esame ticket n° \_\_\_\_\_  
 Esame ticket n° \_\_\_\_\_  Esame ticket n° \_\_\_\_\_

**NOTE** Autocertificazione: \_\_\_\_\_

**Data** 00/00/00 **Il Medico Generalista** \_\_\_\_\_  
 (Firma e timbro)

→ **Sezione n° 1** (vedi sopra)

→ **Sezione n° 2** (vedi sopra)

→ **Sezione n° 6** l'autocertificazione del reddito a cura del paziente. Le esenzioni, quando non segnalate a cup, dovranno essere verificate a cura della struttura ambulatoriale .

→ **Sezione n° 7** parte riservata per la richiesta da parte dello specialista di prestazioni, fermo restando che in ogni ricetta non possono essere richieste più di 8 prestazioni per branca. La distinzione fra prestazioni esenti e non esenti sarà a cura della struttura prenotante.

## **I Modelli di Certificazione Giustificativa di Assenza e di Certificazione prognostica**

I Modelli di Certificazione Giustificativa di Assenza e di Certificazione prognostica sono stati realizzati in un unico foglio che consenta di staccare la parte di certificazione richiesta dal paziente.

Il modello di certificazione prognostica ipotizzato, contenendo tutte le informazioni ritenute valide dall'I.N.P.S. ai fini dell'erogazione dell'indennità di malattia per i propri assicurati, trova la sua validità nella circolare I.N.P.S. del 13/05/1996 n° 99.



## Allegato N° 1

La nota del Ministero della sanità (prot. 900.VI/11.AG./6542 del 17.9.1997), a proposito dell'uso di mezzi di contrasto organiodati e paramagnetici precisa quanto segue:

- il pericolo di gravi reazioni di intolleranza (reazioni anafilattoidi dovute alla formazioni legami "macrocomplessi m.d.c. e proteine plasmatiche"), per particolari categorie di pazienti a rischio, ricorre con l'uso di mezzi di contrasto organiodati di tipo ionico);
- l'incidenza di reazioni anafilattoidi appare meno probabile con mezzi di contrasto non ionici per la trascurabile capacità degli stessi di legarsi alle proteine plasmatiche;
- I mezzi di contrasto non ionici sono oggi utilizzati in oltre il 95% delle indagini urografiche, angiografiche e di tomografia computerizzata;
- i mezzi di contrasto paramagnetici sono una categoria di farmaci totalmente differente i rispetto a quelle precedenti e che, in ragione dei piccoli volumi iniettati e le diverse caratteristiche farmacologiche permettono tranquillità di impiego, pur tendendo in considerazione i rischi generici di ipersensibilità, caratteristici di ogni formulazione iniettabile.

Premesso quanto sopra la stessa circolare precisa che:

1. la valutazione clinico anamnestica di ciascun paziente da sottoporre ad indagine con mezzi di contrasto da parte del medico curante, che richiede l'esame, e da parte del

radiologo, che esegue l'esame, rappresenta per la prevenzione il momento più importante;

2. il ricorso abituale, in ogni paziente, a batterie di esami/procedure diagnostiche predefinite, non ha indicazione ai fini di prevenire incidenti da mezzi di contrasto. Test laboratoristici e procedure diagnostiche sono indicati per definire, nei pazienti a rischio, il grado delle condizioni patologiche.
3. Sono considerati a rischio i pazienti che risultino sul piano clinico anamnestico a comprovato rischio allergico, portatori di gravi forme di insufficienza epatica o renale o cardiovascolare o di paraproteinemia di Waldstrom o di mieloma multiplo.

\*\*\*

Sulla base delle indicazioni emerse dalla nota ministeriale si ritiene che il modello di scheda di valutazione clinico anamnestica sia da compilare a cura del medico di medicina generale (MMG) anche nei casi in cui la richiesta dell'esame si effettuata da altro specialista (per la migliore e più completa conoscenza del paziente).

Dichiarazione del medico specialista radiologo con indicazione del mezzo di contrasto utilizzato dalla struttura; a cura del radiologo: esame da praticare, tipo di mezzo di contrasto utilizzato dalla struttura: (mezzo di contrasto di tipo ionico, non ionico, paramagnetico)

## Il modello di dichiarazione anamnestica per l'uso del mezzo di contrasto

Dichiarazione anamnestica del MMG. attestante l'esistenza o meno di condizioni patologiche che possano favorire l'insorgenza di reazioni collaterali di tipo medio grave in seguito all'introduzione del mezzo di contrasto:

Si certifica che

Il Sig./ra \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

### non presenta i seguenti particolari anamnestici:

- precedenti reazioni avverse dopo somministrazione di mezzi di contrasto
- altre precedenti reazioni allergiche
- *Presenza di condizioni patologiche che possano favorire l'insorgenza di reazioni collaterali di tipo medio grave in seguito all'introduzione del mezzo di contrasto:*

Grave insufficienza renale

Grave insufficienza epatica

Grave insufficienza cardiaca

Paraproteinemia di Waldestrom

Mieloma multiplo

<b>presenta i seguenti particolari anamnestici</b>			
• precedenti reazioni avverse dopo somministrazione di mezzi di contrasto	SI		NO
• altre precedenti reazioni allergiche	SI		NO
• <i>Presenza di condizioni patologiche che possano favorire l'insorgenza di reazioni collaterali di tipo medio grave in seguito all'introduzione del mezzo di contrasto:</i>			
Grave insufficienza renale	SI		NO
Grave insufficienza epatica	SI		NO
Grave insufficienza cardiaca	SI		NO
Paraproteinemia di Waldestrom	SI		NO
Mieloma multiplo	SI		NO

In presenza di pazienti a rischio epato, cardio, renale, o nel sospetto clinico di una qualsiasi patologia mielomatosa, o qualora sia previsto l'uso di mezzi di contrasto iperosmolarioni, è indicato procedere ai seguenti accertamenti (creatininemia, glicemia, elettroforesi delle siero proteine (rapporto Kappa-lambda) o determinazione della proteinuria di Bence Jones, transaminasi, bilirubina)

" si allega copia delle indagini eseguite

Firmato  
Il Medico di Medicina Generale

Indicazioni da riportare nella richiesta	Codice esenzione interessato	Descrizione	Codici esenzione che possono essere collegati	Descrizione	NOTE
in corso di trattamento anticoagulante	002	affezioni del sistema cardiocircolatorio	/	/	<b>Vedi allegato alla indicazione</b>
non è stata effettuata <b>RMN</b> cerebrale durante l'anno	011	Demenze	/	/	/
	038	Morbo di Parkinson ed altre M. extrapiramidali	/	/	/
non è stata effettuata <b>RMN</b> cerebrale durante l'anno oppure <b>TC cerebrale</b>	029	M. Alzheimer	/	/	/
In corso di trattamento antipsicotico	011	Demenze	044	Psicosi	<b>Vedi allegato alla indicazione</b>
	029	M. Alzheimer	044	Psicosi	
Presenza di complicanza cardiaca	025	ipercolesterolemia familiare omozigote ed eterozigote tipo IIa e IIIb - ipercolesterolemia primitiva poligenica - ipercolesterolemia familiare combinata - iperlipoproteinemia di tipo III			<b>Vedi allegato alla indicazione</b>
	027	ipotiroidismo congenito, ipotiroidismo acquisito grave.	/	/	

Indicazioni da riportare nella richiesta	Codice esenzione interessato	Descrizione	Codici esenzione che possono essere collegati	Descrizione	NOTE
necessità di trattamento dialitico extraperitoneale	023	insufficienza renale cronica	/	/	<b>Vedi allegato alla indicazione</b>
necessità di trattamento dialitico extracorporeo	023	insufficienza renale cronica	/	/	<b>Vedi allegato alla indicazione</b>
Monitoraggio	015	disturbi interessanti il sistema immunitario: immunodeficienze congenite e acquisite determinanti gravi difetti delle difese immunitarie con infezioni recidivanti (escluso infezioni da HIV)	/	/	/
	018	fibrosi cistica	/	/	/
	020	infezione da HIV	/	/	/
	040	neonati prematuri, immaturi, a termine con ricovero in terapia intensiva neonatale. <b>Limitatamente ai primi tre anni di vita</b>	/	/	/
	041	neuromielite ottica	/	/	/
	046	sclerosi multipla	/	/	/
	048	soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne	/	/	/
	051	Soggetti nati con condizioni di gravi deficit fisici, sensoriali e neuropsichici	/	/	/

	053	soggetti sottoposti a trapianto di cornea	/	/	/
inizio trattamento con interferone	016	epatite cronica attiva	/	/	<b>Vedi allegato alla indicazione</b>
<b>Indicazioni da riportare nella richiesta</b>	<b>Codice esenzione interessato</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Codici esenzione che possono essere collegati</b>	<b>Descrizione</b>	<b>NOTE</b>
In corso di trattamento farmacologico ipocolesterolemizzante	025	ipercolesterolemia familiare omozigote ed eterozigote tipo IIa e IIIb - ipercolesterolemia primitiva poligenica - ipercolesterolemia familiare combinata - iperlipoproteinemia di tipo III	/	/	<b>Vedi allegato alla indicazione</b>
in caso di Hb < a 8g/dl	033	M. difetti della coagulazione	/	/	<b>Vedi allegato alla indicazione</b>
miastenia grave generalizzata o fulminante, refrattaria ad altre forme di trattamento	034	miastenia grave	/	/	<b>Vedi allegato alla indicazione</b>
<b>specificazioni</b>					
	Rx convenzionale del distretto interessato = rx presente nella richiesta con abbinato codice esenzione	prestazioni radioterapiche definite dallo specifico piano di trattamento = prestazioni richieste abbinato al codice di esenzione 001(acromegalia), 035 (ipertiroidismi)			

descrizione della condizione	indagini previste come esenti dalla condizione
<i>in corso di trattamento anticoagulante</i>	
	90.75.4 Tempo di protrombina (PT) 90.76.1 Tempo di tromboplastina parziale (PTT) 91.49.2 Prelievo di sangue venoso
<i>In corso di trattamento dello stato psicotico dosaggio di:</i>	
	90.03.4 acido valproico
	90.07.4 amitriptilina
	90.09.3 barbiturici
	90.09.4 benzodiazepine
	90.12.3 carbamazepina
	90.17.4 desipramina
	90.28.3 imipramina
	90.32.2 litio [P]
	90.34.3 nortriptilina
	91.49.2 prelievo di sangue venoso
	94.12.1 visita psichiatrica di controllo
<i>presenza di complicanza cardiovascolare</i>	
	89.52 elettrocardiogramma 88.72.1 ecografia cardiaca ecocardiografia
	89.41 test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile escluso: prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1) <b>oppure</b> 89.43 test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro escluso: prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)
	88.73.5 eco(color)doppler dei tronchi sovraaortici a riposo o dopo prova fisica o farmacologica 88.76.2 ecografia dei grossi vasi addominali aorta addominale, grossi vasi addominali e linfonodi paravasali
	88.77.2 eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, arteriosa o venosa a riposo o dopo prova fisica o farmacologica
<i>qualora sia necessario il trattamento dialitico peritoneale</i>	
	89.03 anamnesi e valutazione, definite complessive: stesura del piano di emodialisi o di dialisi peritoneale
	54.93 creazione di fistola cutaneo-peritoneale. Inserzione di catetere permanente per dialisi
	54.98.1 dialisi peritoneale automatizzata (CCPD) 54.98.2 dialisi peritoneale continua (CAPD) 97.29.1 revisione di catetere peritoneale. Revisione di catetere per dialisi peritoneale, cambio set di connessione, sostituzione parti di catetere.

descrizione della condizione	indagini previste come esenti dalla condizione
<i>qualora sia necessario il trattamento dialitico extracorporeo:</i>	
	89.03 anamnesi e valutazione, definite complessive: stesura del piano di emodialisi o di dialisi peritoneale.
	38.95 cateterismo venoso per dialisi renale. Singolo o doppio
	39.95.1 emodialisi in acetato o in bicarbonato
	39.95.2 emodialisi in acetato o in bicarbonato, ad assistenza limitata
	39.95.3 emodialisi in acetato o in bicarbonato, domiciliare
	39.95.4 emodialisi in bicarbonato e membrane molto biocompatibili
	39.95.5 emodiafiltrazione. Biofiltrazione senza acetato. Biofiltrazione. Emodiafiltrazione con membrane a permeabilità elevata
	39.95.6 emodiafiltrazione ad assistenza limitata. Biofiltrazione senza acetato. Biofiltrazione. Emodiafiltrazione con membrane a permeabilità elevata
	39.95.7 altra emodiafiltrazione con membrane a permeabilità elevata e molto biocompatibili
	39.95.8 emofiltrazione
	39.95.9 emodialisi-emofiltrazione tecnica mista
	39.99.1 valutazione del ricircolo di fistola arterovenosa
	91.17.5 virus epatite B (HBV) Ab HbcAg
	91.18.2 virus epatite B (HBV) Ab HbeAg
	91.18.3 virus epatite B (HBV) Ab HbsAg
	91.18.4 virus epatite B (HBV) Ag HbeAg
	91.18.5 virus epatite B (HBV) Ag HbsAg
	91.19.2 virus epatite B (HBV) DNA polimerasi
	91.19.3 virus epatite c analisi qualitativa di HCV RNA
	91.19.5 virus epatite c anticorpi
	91.20.1 virus epatite c immunoblotting (saggio di conferma)
	91.20.3 virus epatite Delta (HDV) Anticorpi
	91.20.5 virus epatite Delta (HDV) Antigene HDVAg
<i>epatite cronica attiva</i>	
<i>I volta all'anno inizio trattamento con interferone</i>	90.42.1 Tireotropina (TSH)
	90.42.3 Tiroxina libera (FT4)
	90.43.3 Triiodotironina libera (FT3)
	90.47.3 Ab anti antigeninucleari estraibili (ENA)
	90.51.5 Ab antimicrosomi epatici e renali (LKMA)
	90.52.1 Ab antimitocondri (AMA)
	90.52.2 Ab antimuscolo liscio (ASMA)

descrizione della condizione	indagini previste come esenti dalla condizione
<i>in corso di trattamento farmacologico ipocolesterolemizzante</i>	
	90.04.5 alanina aminotransferasi (ALT) (GPT) [S/U] 90.09.2 aspartato aminotransferasi (AST) (GOT) [S] 90.25.5 gamma glutamil transpeptidasi (gammaGT) [S/U] 90.29.2 lattato deidrogenasi (LDH) [S/F]
	90.15.4 creatinichinasi (CPK o CK) 99.71 plasmateresi terapeutica (LDL aferesi selettiva)
<i>Miastenia grave refrattaria ad altre forme di trattamento</i>	
	99.71 plasmateresi terapeutica