

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 27 marzo 2018, n. 463

Linee di indirizzo in materia di accesso diretto per l'erogazione di prestazioni specialistiche e rendicontazione delle prestazioni.

Il Presidente, sulla base dell'istruttoria espletata dal Funzionario responsabile A.P., confermata dal Dirigente del Servizio strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale e dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, nonché congiuntamente dal Dirigente della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche, così come confermata dal Direttore del Dipartimento Promozione della Salute del Benessere Sociale e dello Sport per tutti, riferisce quanto segue.

Premesso che:

- l'art. 8-bis del d.lgs. 502/1992 prevede che *"1. Le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'articolo 1 avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies. 2. I cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali. L'accesso ai servizi è subordinato all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulo del Servizio sanitario nazionale"*;
- il DPCM 12/1/2017 recante *"Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502."*
- l'art. 15 recante "assistenza specialistica ambulatoriale" del già citato DPCM 12/1/2017 prevede che: *"Nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni elencate nel nomenclatore di cui all'allegato 4 al presente decreto. L'erogazione della prestazione è subordinata all'indicazione sulla ricetta del quesito o sospetto diagnostico formulato dal medico prescrittore. [...] Le regioni e le province autonome disciplinano le modalità di erogazione delle prestazioni di cui al presente articolo, assicurando l'adempimento agli obblighi di cui all'art. 50 del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni.*
- l'art. 50 del d.l. 269/2003 convertito con modificazioni in legge 326/2003 che al comma 5 stabilisce che *"il Ministero dell'economia e delle finanze cura il collegamento, mediante la propria rete telematica, delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e dei policlinici universitari di cui al comma 4 [...] dei presidi di specialistica ambulatoriale [...] di seguito denominati, ai fini del presente articolo, «strutture di erogazione di servizi sanitari» e che al comma 6 stabilisce che le strutture di erogazione di servizi sanitari effettuano la trasmissione dei dati delle prescrizioni come definiti al comma 7;*
- il Decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze del 21/12/2007 con il quale è stata fissata al 29/2/2008 la fine della sperimentazione per la Regione Puglia del sistema di monitoraggio della spesa nel settore sanitario di cui al già citato art. 50 del d.l. 269/2003;
- il DPCM 26/3/2008 recante *"Applicazione delle disposizioni di cui al comma 5-bis dell'articolo 50 legge 24 novembre 2003, n. 326 - Regole tecniche per il collegamento in rete dei medici del SSN di cui al comma 2 per la trasmissione telematica dei dati delle ricette al Ministero dell'economia e delle finanze e delle certificazioni di malattia all'INPS."*;
- il Decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze del 21/7/2011 con il quale è stato stabilito per la Regione Puglia l'avvio a regime dal 31/1/2012 della trasmissione telematica delle ricette da parte dei medici prescrittori;
- il Decreto del Ministero dell'Economia, di concerto con il Ministro della Salute del 2/11/2011,

emanato in applicazione dell'art. 11, co. 16, del D.L. n. 78/2010, convertito con modificazioni con L. n. 122/2010 e successive modifiche ed integrazioni, con cui è stato approvato il disciplinare tecnico per la dematerializzazione della ricetta medica ed è stato stabilito che la diffusione, presso le singole Regioni, della ricetta dematerializzata sia definita mediante accordi specifici tra il Ministero dell'Economia e delle Finanze, il Ministero della Salute e le singole Regioni, tenuto conto delle infrastrutture regionali già realizzate;

- la DGR 30 dicembre 2015, n. 2479 la Giunta regionale ha stabilito l'avvio a regime della ricetta dematerializzata dal 1 aprile 2016 per la prescrizione ed erogazione di prestazioni specialistiche;

Considerato che:

- ai sensi della vigente normativa nazionale gli assistiti possono accedere direttamente a prestazioni specialistiche ambulatoriali senza una richiesta del medico curante o di altro medico prescrittore autorizzato esclusivamente per le seguenti specialità: odontoiatria, ostetricia e ginecologia, pediatria (limitatamente agli assistiti che non hanno scelto l'assistenza pediatrica di base), psichiatria, oculistica -limitatamente all'esame del visus - neuropsichiatria infantile (cosiddetto accesso diretto);
- l'accesso diretto, nei casi previsti, alle prestazioni specialistiche ambulatoriali non esonera l'utente al pagamento del ticket se dovuto, fatte salve eventuali esenzioni; per ulteriori prestazioni conseguenti all'accesso diretto, lo specialista provvede direttamente alla relativa prescrizione, utilizzando il ricettario del SSN o la ricetta dematerializzata di cui al D.M. 2/11/2011;
- è inoltre previsto l'accesso ad alcune prestazioni specialistiche senza prescrizione nell'ambito dei programmi di prevenzione (screening), nonché l'accesso diretto presso i consultori dei distretti sociosanitari, i centri di salute mentale e i servizi delle patologie delle dipendenze (SERT);
- l'accesso diretto senza prescrizione medica di cui sopra non deve essere confuso con l'accesso diretto con prescrizione ma senza prenotazione attraverso il CUP, recandosi nei giorni e negli orari indicati presso le strutture sanitarie: tale modalità può essere disposta dalle Aziende del SSR per particolari tipologie di prestazioni (ad esempio per gli esami di laboratorio);
- è consentito, inoltre, l'accesso diretto con prescrizione per le categorie di assistiti riportate di seguito è previsto l'accesso diretto alle strutture specialistiche inerenti la propria condizione patologica o fisiologica (soggetti affetti da fibrosi cistica nei presidi di riferimento per la cura e la prevenzione di tale malattia, pazienti trapiantati e in attesa di trapianto nelle strutture che effettuano prestazioni inerenti il trapianto, pazienti dialitici);
- che a far tempo dal 1/1/2018 con DGR n. 22/2018 sono state apportate modifiche al nomenclatore regionale per quanto riguarda le prestazioni dialitiche prevedendo di adottare, sia per le strutture pubbliche che per le strutture private accreditate ed autorizzate, due sole tipologie di prestazioni con le relative tariffe, entrambe comprensive delle prestazioni aggiuntive, degli esami strumentali, di laboratorio, e del piano anamnesi e valutazione complessiva e stesura del piano di trattamento dialitico, secondo il protocollo e lo scadenziario delle prestazioni riveduto e previsti negli allegati al provvedimento A) e B)).

Considerato altresì che:

- nel corso della riunione del 14/2/2018 del Tavolo adempimenti di cui all'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005 con le Regioni, convocato per analizzare i dati delle spesa specialistica rilevati attraverso il sistema tessera sanitaria ex art. 50 del già citato del. d.l. 269/2003 è emerso tra l'altro un sottodimensionamento della spesa regionale pugliese per prestazioni dialitiche, in quanto ad oggi le stesse non sono erogate in presenza di specifiche prescrizioni specialistiche, ma sulla base di una ricetta redatta dal medico di base con richiesta di trattamento dialitico annuale;
- la modalità operativa sopra descritta, implementata in Puglia negli anni passati al fine di agevolare l'accesso ai trattamenti dialitici, non risulta pienamente conforme alla normativa nazionale in materia

di prescrizione ed erogazione delle prestazioni specialistiche, ivi incluse quelle dialitiche e risulta tra l'altro superata dall'avvento della ricetta elettronica e dematerializzata che agevola le attività prescrittive e di controllo;

- tale modalità operativa ha comportato tra l'altro il mancato invio di gran parte delle prestazioni dialitiche erogate al sistema Tessera Sanitaria;
- dall'analisi dei dati delle prestazioni specialistiche è risultato. Inoltre, un utilizzo improprio dell'accesso diretto senza prescrizione medica anche per prestazioni di day-service come quelle di radioterapia; anche tali prestazioni non sono state trasmesse in modo incompleto al Sistema Tessera Sanitaria da parte delle strutture erogatrici;
- il mancato tempestivo e completo assolvimento degli obblighi informativi in materia di tessera sanitaria costituisce inadempienza con conseguente mancato accesso al finanziamento integrativo del fondo sanitario a carico dello Stato ai sensi della Intesa Stato-Regioni del 23/3/2008;
- inoltre ai sensi del comma 8 dell'art. 50 del d.l. 269/2003 la mancata o tardiva trasmissione dei dati nel termine di cui al comma 8 è punita con la sanzione amministrativa pecuniaria di 2 euro per ogni ricetta per la quale la violazione si è verificata.

Per tutto quanto sopra esposto sottopone alle valutazioni della Giunta regionale di proporre:

- che a decorrere dal **1 maggio 2018** le prestazioni dialitiche, previste nel nomenclatore specialistico regionale, siano erogate esclusivamente a seguito di prescrizione medica mensile su ricettario del SSR o in modalità dematerializzata redatta dal medico di medicina generale o dal medico specialista della struttura pubblica presso la quale la prestazione viene erogata;
- che le dialisi contraddistinte dai codici tariffario regionale n. 39.95. W e n. 39.95.7 sono da considerarsi prestazioni specialistiche cicliche con un numero massimo di trattamenti pari a n. 13 mensili;
- che nel caso in cui fosse necessario prescrivere ad un paziente, prestazioni aggiuntive nel corso della terapia mensile, occorrerà la prescrizione di un'altra ricetta, arrivando, in ogni caso ad un massimo di 18 sedute di dialisi per lo stesso utente nel corso del mese.
- di dare atto che, nell'ambito della assistenza specialistica ambulatoriale, sono consentiti accessi diretti alle strutture pubbliche per visite specialistiche senza prescrizione medica esclusivamente per le seguenti specialità: odontoiatria, ostetricia e ginecologia, pediatria (limitatamente agli assistiti che non hanno scelto l'assistenza pediatrica di base), psichiatria, oculistica -limitatamente all'esame del visus-e neuropsichiatria infantile;
- di dare atto che è consentito l'accesso diretto senza prescrizione medica per la prestazione PCA31 - (procedura relativa all'IVG) sia presso le strutture pubbliche sia presso le strutture private accreditate;
- disporre che anche le prestazioni ad accesso diretto, senza prescrizione medica su ricettario del SSR o ricetta dematerializzata, devono essere comunque trasmesse al sistema Tessera Sanitaria ai sensi del comma 5 dell'art. 50 del d.l. 269/2003 secondo le indicazioni previste nel documento del 31/03/2011 "Linee guida per la trasmissione dei dati delle ricette da parte delle farmacie e delle strutture sanitarie accreditate", pubblicate nel portale del sistema TS (www.sistemats.it);

Copertura Finanziaria di cui al d.lgs. 118/2011 e della legge regionale n. 28/2001 e smi

Il presente provvedimento non comporta implicazioni di natura finanziaria sia in entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Il provvedimento del quale si propone l'adozione rientra tra quelli di competenza della Giunta regionale ai sensi dell'art.4, comma 4, lett. k) della Legge regionale n.7/1997.

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto.

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;
- Viste le dichiarazioni poste in calce al presente provvedimento;
- A voti unanimi espressi nei termini di legge;

DELIBERA

1. di prendere atto delle premesse che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di stabilire che a decorrere dal 1 maggio 2018 le prestazioni dialitiche, previste nel nomenclatore specialistico regionale, siano erogate esclusivamente a seguito di prescrizione medica mensile su ricettario del SSR o in modalità dematerializzata redatta dal medico di medicina generale o dal medico specialista della struttura pubblica presso la quale la prestazione viene erogata;
3. di stabilire, ad integrazione della DGR 22/2018, che le dialisi contraddistinte dai codici tariffario regionale n. 39.95. W e n. 39.95.7 sono da considerarsi prestazioni specialistiche cicliche con un numero massimo di trattamenti pari a n. 13 mensili;
4. di stabilire che nel caso in cui fosse necessario prescrivere ad un paziente, prestazioni aggiuntive nel corso della terapia mensile, occorrerà la prescrizione di un'altra ricetta, arrivando, in ogni caso ad un massimo di 18 sedute di dialisi per lo stesso utente nel corso del mese;
5. di dare atto che, nell'ambito della assistenza specialistica ambulatoriale, sono consentiti accessi diretti alle strutture pubbliche per visite specialistiche senza prescrizione medica esclusivamente per le seguenti specialità: odontoiatria, ostetricia e ginecologia, pediatria (limitatamente agli assistiti che non hanno scelto l'assistenza pediatrica di base), psichiatria, oculistica -limitatamente all'esame del visus-e neuropsichiatria infantile;
6. di dare atto che è consentito l'accesso diretto senza prescrizione medica per la prestazione PCA31 - (procedura relativa all'IVG) sia presso le strutture pubbliche sia presso le strutture private accreditate;
7. di disporre che anche le prestazioni ad accesso diretto, senza prescrizione medica su ricettario del SSR o ricetta dematerializzata, devono essere comunque trasmesse al sistema Tessera Sanitaria ai sensi del comma 5 dell'art. 50 del d.l. 269/2003 secondo le indicazioni previste nel documento del 31/03/2011 "Linee guida per la trasmissione dei dati delle ricette da parte delle farmacie e delle strutture sanitarie accreditate", pubblicate nel portale del sistema TS (www.sistemats.it);
8. di disporre che il presente atto sia notificato, a cura della Sezione SGO alle Aziende pubbliche e private del SSR, nonché a tutti MMG e PLS;
9. di autorizzare le strutture del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti a fornire eventuali ulteriori disposizioni operative per l'attuazione del presente provvedimento;
10. di disporre la pubblicazione sul B.U.R.P. del presente atto.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
ROBERTO VENNERI

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO