

NOVITA' INTRODOTTE DALLA DGR 603/2019: INDICAZIONI PER LA PRESCRIZIONE

Su tutte le prescrizioni SSN il prescrittore deve indicare obbligatoriamente le seguenti informazioni:

- anagrafica del cittadino;
- prestazioni richieste;
- eventuale esenzione o fascia di reddito;
- quesito diagnostico.

Si precisa che il quesito diagnostico costituisce elemento imprescindibile per:

- qualificare come appropriato l'atto medico della prescrizione;
- favorire la prenotazione presso la sede di erogazione più idonea;
- fornire allo specialista indicazioni per la corretta esecuzione della prestazione.

La DGR 603/2019 introduce in prescrizione una nuova entità: il TIPO ACCESSO (0, 1), il prescrittore è tenuto ad inserire in ricetta.

Per la ricetta DEMA saranno previsti al momento della prescrizione due campi distinti per TIPO Accesso e classe di priorità. Per la ricetta ROSSA la compilazione della classe di priorità (U, B, D, P) determinerà in automatico il TIPO Accesso 1, mentre in caso di richiesta per TIPO accesso 0 dovrà essere biffato il campo ALTRO e l'informazione del periodo entro cui il cittadino deve eseguire la prestazione sarà riportata nel corpo della ricetta con il quesito diagnostico.

TIPO Accesso 1, è riferito a:

- prima visita o primo esame diagnostico ed in generale a tutti quei casi in cui sia necessario un primo inquadramento diagnostico terapeutico;
- visita o prestazione di approfondimento richieste dallo specialista per completare la diagnosi ed erogate da medico di specialità differente.

TIPO Accesso 0 è riferito a:

- visita o prestazione di controllo o follow-up;
- prestazioni prescritte ed erogate dallo specialista nei casi di presa in carico assistenziale.

Le prestazioni successive al primo accesso devono essere prescritte direttamente dal professionista che ha preso in carico il paziente senza alcun rinvio a MMG/PLS per la prescrizione, con l'unica eccezione di richiesta proveniente da Specialista di struttura privata accreditata che non è titolare di prescrizione SSN.

CLASSI DI PRIORITA'

L'indicazione della classe di priorità è OBBLIGATORIA per il TIPO Accesso 1:

U (Urgente) da eseguire entro 72 ore

B (Breve) da eseguire entro 10 giorni

D (Differibile) da eseguire entro 30 giorni per le visite e 60 per la diagnostica

P (Programmata) da eseguire entro 120 giorni

mentre non deve essere indicata per il TIPO Accesso 0.

Si precisa che per le prescrizioni con priorità **B** (Breve) da eseguire entro 10 giorni possono essere presentate allo sportello nei 7 giorni successivi; se l'utente non si presenta entro tale lasso di tempo il programma non permetterà la prenotazione e l'utente sarà rinvio al prescrittore.

Si ricorda che la classe di priorità fa riferimento a tutte le prestazioni contenute nella stessa ricetta e che le prestazioni richieste nella stessa ricetta devono riferirsi allo stesso quesito diagnostico.

A partire dal momento in cui tutti gli applicativi di prescrizione/prenotazione risulteranno aggiornati con l'inserimento della nuova entità (TIPO Accesso), la classe di priorità P, che al momento è associata al significato di controllo, perderà tale significato ed assumerà il significato di prestazione programmabile da eseguirsi entro 120 giorni.

Il significato invece di visita/prestazione diagnostica di controllo verrà assunto dal TIPO Accesso 0; in questo caso il prescrittore non deve inserire la classe di priorità ma è auspicabile che fornisca l'indicazione del periodo entro cui la prestazione dovrà essere eseguita.

Per quanto sopra descritto, si richiamano di seguito alcune definizioni di base e casi d'uso per la corretta prescrizione, anche al fine di gestire l'offerta CUP/CIP e dare appropriata risposta al cittadino per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale con le tempistiche idonee al problema clinico.

Prestazione	Definizione	Prescrizione/attori coinvolti
<p>Prima visita</p>	<p>È quella in cui il problema dell'utente viene affrontato per la prima volta ed in cui viene predisposta documentazione scritta.</p> <p>È tale anche la visita o prestazione erogata da Specialista diverso dal primo, necessaria per effettuare la definizione e l'inquadramento diagnostico.</p> <p>Sono considerate prime visite anche quelle effettuate nei confronti di utenti noti, affetti da malattie croniche, che presentino una fase di riacutizzazione tale da rendere necessaria una rivalutazione del quadro clinico e/o della terapia in atto.</p>	<p>TIPO ACCESSO 1 + Classe di priorità</p> <ul style="list-style-type: none"> • Richiesta da MMG/PLS per problema di nuova insorgenza o per riacutizzazione di problema clinico precedente. • Per utente esente per patologia cronica (codice di esenzione da 001 a 067, 0A02, 0B02, 0C02, 0A31, B02) la prestazione esente, e quindi da prescrivere, è solo la visita successiva, che risulterà prenotata ed erogata secondo le tempistiche e contenuti di una prima visita. • Richiesta da Specialista per necessità di prestazioni su specialista di branca differente nell'ambito di presa in carico per completamento diagnostico od approfondimento.
<p>Visita successiva</p>	<p>Rappresenta la visita in cui il problema già noto viene rivalutato e la documentazione scritta esistente viene aggiornata/modificata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita.</p> <p>Nel caso in cui il cittadino usufruisca di prima visita presso una struttura Privata Accreditata e si ravvisi la necessità di prestazioni di completamento diagnostico, qualora previste all'interno del contratto di fornitura, queste saranno eseguite direttamente dalla struttura senza bisogno del ritorno dell'utente al MMG/PLS. In caso contrario, devono essere proposte nel referto ed il curante, se concorda, potrà prescriverle come TIPO Accesso 1 e classe di priorità per le prestazioni diagnostiche e TIPO Accesso 0 per eventuali visite di controllo, ma barrando anche la tipologia di prescrizione "S" (suggerita).</p>	<p>TIPO Accesso 0 e nessuna classe di priorità, ma indicazione della tempistica entro cui si ritiene debba essere erogata la prestazione</p> <ul style="list-style-type: none"> • Richiesta dallo Specialista nell'ambito della presa in carico
<p>Quando lo Specialista ritiene concluso il percorso di diagnosi e/o cura di propria competenza, <u>NON SUGGERISCE NEL REFERTO LA PRESCRIZIONE DI ALTRE PRESTAZIONI/VISITE</u>, perché se necessarie esse ricadono nell'obbligo di prescrizione dello specialista stesso.</p>		
<p>Follow-up</p>	<p>Per follow-up si intende una serie di visite e/o prestazioni successive al primo accesso che si attuano secondo un programma temporale definito e condiviso secondo criteri di appropriatezza.</p> <p>Per patologie croniche di particolare rilevanza clinica per le quali è previsto il ricorso al follow-up, il principio generale sancito dalla DGR 2142/2000 è che lo Specialista pubblico dopo aver fatto diagnosi propone al MMG un programma temporale di controlli, di durata non superiore ad un anno.</p>	<p>TIPO Accesso 0 e nessuna classe di priorità, ma indicazione della tempistica entro cui si ritiene debba essere erogata la prestazione</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nel follow-up l'MMG riprende in carico la responsabilità diagnostica e terapeutica dell'utente. Qualora lo condivida, il MMG effettuerà le prescrizioni con TIPO Accesso 0 ed indicazione del tempo entro cui la prestazione dovrà essere erogata.

Per quanto sopra descritto è previsto per lunedì 10/2/2020 un intervento CUP e quindi a partire da martedì 11/2/2020 a livello Front-Office saranno presenti le seguenti variazioni:

- Le classi di priorità **U, B, D**, continueranno a mantenere l'attuale significato e verranno semplicemente rinominate come descrizione nel campo Modalità di accesso, per il riferimento al tipo accesso 1:
U = 1-U (entro 72 ore)
B = 1-B (entro 10 giorni)
D = 1-D (entro 30/60 giorni)
- Verrà inserita la nuova classe di priorità **P** appartenente alla tipo accesso 1 e che prevedrà un tempo di erogazione entro 120 giorni con descrizione **1-P (entro 120 giorni)**.
- L'attuale classe di priorità **P** verrà invece riconvertita in tipo accesso 0, con descrizione = **0-Altro accesso**

The screenshot shows the 'Nuova impegnativa (F9)' form. The 'Modalità di accesso' dropdown menu is open, displaying the following options: 1-D (entro 30/60gg), 0-Altro accesso, 1-U (entro 72h), 1-B (entro 10gg), 1-P (entro 120 gg), 05 - Day Service, and 99 - Non Richiesta. Other fields include 'Data emissione', 'Esenzione', 'Fascia contrattuale', 'Quesito diagnostico', 'Inviante', 'Pr. Info', 'Quesito su ricetta', 'Testo quesito', 'Da eseguire entro', 'Ente', 'Pagante', 'Ricetta', 'Codice impegnativa', 'Prescrittore', 'Profilo assistito', 'Nr. Prescrizione', and 'SOLE'.

- Viene soppresso l'attuale campo **Prescrizione**
- Viene portato in alto il campo **Quesito su ricetta**
- Viene inserito un nuovo campo "**Da eseguire entro**" che si attiverà per accesso tipo **0** e dove verrà evidenziata la tempistica richiesta dal prescrittore per la gestione della prestazione

The screenshot shows the 'Nuova impegnativa (F9)' form with the 'Modalità di accesso' dropdown menu set to '0-Altro accesso'. The 'Da eseguire entro' field is now visible and active.

Da martedì 11/2/2020 fino al 1/3/2020, data in cui partirà la prescrizione informatizzata con le nuove entità (tipo accesso) le prescrizioni che arrivano a Front Office sono quelle attuali e quindi il recupero della prescrizione informatizzata determinerà una semplice variazione di descrizione delle attuali priorità di accesso con indicazione di 1-B o 1-D nel caso in cui sia stata biffata in prescrizione la B o la D e la indicazione 0-Altro accesso nel caso in cui sia stata biffata l'attuale P.

Le prescrizioni manuali saranno inserite secondo le indicazioni sopra descritte.

A far data invece dal 1/3/2020, rimangono valide le indicazioni sopra riportate per tutto quello prescritto in precedenza. Per le nuove prescrizioni emesse con data 1/3/2020, oltre a 1-B, 1-D, comparirà la modalità di

accesso 1-P (120 giorni) e le eventuali prescrizioni per accessi successivi riporteranno l'indicazione 0-Altro accesso.

Le prescrizioni manuali emesse dopo il 1/3/2020, in cui il prescrittore ha biffato sulla ricetta una priorità di accesso **U, B, D, P**, saranno da gestire come prenotazione di primo accesso. Nel caso invece in cui sia biffata la casella "altro", queste saranno da prenotare come accessi successivi (0-Altro accesso). Nel caso in cui non sia biffato nulla (né priorità di accesso, né casella ALTRO), la prenotazione sarà da eseguirsi come accesso successivo