

Deliberazione della Giunta Regionale 22 giugno 2018, n. 40-7097

Semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e farmaceutiche: integrazione delle categorie dei medici cui e' attribuita la responsabilita' delle prescrizioni con ricetta dematerializzata a carico del SSR.

A relazione del Vicepresidente Reschigna:

Premesso che:

l'art. 2 della legge 29.12.1987 n. 531, di conversione del D.L. 30.10.1987, n. 443 riserva l'impiego dei ricettari per la prescrizione o la proposta di prestazioni erogabili dal S.S.N. ai medici dipendenti dal servizio medesimo e con lo stesso convenzionati nell'ambito dei rispettivi compiti istituzionali; il successivo D.Lgs. n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, ed in particolare:

- l'art 8 bis, comma 2 prevede che “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 modulario del Servizio Sanitario Nazionale”;
- l'art. 15-decies “Obbligo di appropriatezza” prevede che:
 - “1. I medici ospedalieri e delle altre strutture di ricovero e cura del Servizio Sanitario Nazionale, pubbliche o accreditate, quando prescrivono o consigliano medicinali o accertamenti diagnostici a pazienti all'atto della dimissione o in occasione di visite ambulatoriali, sono tenuti a specificare i farmaci e le prestazioni erogabili con onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Il predetto obbligo si estende anche ai medici specialisti che abbiano comunque titolo per prescrivere medicinali e accertamenti diagnostici a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
 2. In ogni caso, si applicano anche ai sanitari di cui al comma 1 il divieto di impiego del ricettario del Servizio Sanitario Nazionale per la prescrizione di medicinali non rimborsabili dal Servizio, nonché le disposizioni che vietano al medico di prescrivere, a carico del Servizio medesimo, medicinali senza osservare le condizioni e le limitazioni previste dai provvedimenti della Commissione unica del farmaco, e prevedono conseguenze in caso di infrazione;
 3. Le attività delle Aziende unità sanitarie locali previste dell'articolo 32, comma 9, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, sono svolte anche nei confronti dei sanitari di cui al comma 1”;

la Legge n. 326 del 24 novembre 2003, di conversione del D.L. n. 269/2003, ed in particolare l'art. 50 “Disposizioni in materia di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie” ed, in particolare:

- il comma 2 prevede che: “Il Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute (...) approva i modelli di ricettari medici standardizzati e di ricetta a lettura ottica, ne cura la successiva stampa e distribuzione alle Aziende Sanitarie Locali, alle Aziende Ospedaliere e, ove autorizzati dalle regioni, agli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico ed ai Policlinici universitari, che provvedono ad effettuarne la consegna individuale a tutti i medici del SSN abilitati dalla regione ad effettuare prescrizioni, da tale momento responsabili della relativa custodia”;

- il comma 4 prevede che: “Le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere e, ove autorizzati dalle regioni, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ed i policlinici universitari consegnano i ricettari ai medici del SSN di cui al comma 2, in numero definito, secondo le loro necessità, e comunicano immediatamente al Ministero dell’economia e delle finanze, in via telematica, il nome, il cognome, il codice fiscale dei medici ai quali è effettuata la consegna, l’indirizzo dello studio, del laboratorio ovvero l’identificativo della struttura sanitaria nei quali gli stessi operano, nonché la data della consegna e i numeri progressivi regionali delle ricette consegnate. Con provvedimento dirigenziale del Ministero dell’economia e delle finanze sono stabilite le modalità della trasmissione telematica”;
- il comma 11 prevede che “L’adempimento regionale, di cui all’art. 52, comma 4, lettera a), della legge 27 dicembre 2002, n. 289, ai fini dell’accesso all’adeguamento del finanziamento del SSN per gli anni 2003, 2004 e 2005, si considera rispettato dall’applicazione delle disposizioni del presente articolo. Tale adempimento s’intende rispettato anche nel caso in cui le regioni e le province autonome dimostrino di avere realizzato direttamente nel proprio territorio sistemi di monitoraggio delle prescrizioni mediche nonché di trasmissione telematica al Ministero dell’economia e delle finanze di copia dei dati dalle stesse acquisiti, i cui standard tecnologici e di efficienza ed effettività, verificati d’intesa con il Ministero dell’economia e delle finanze, risultino non inferiori a quelli realizzati in attuazione del presente articolo. Con effetto dal 1° gennaio 2004, tra gli adempimenti cui sono tenute le regioni, ai fini dell’accesso all’adeguamento del finanziamento del SSN relativo agli anni 2004 e 2005, è ricompresa anche l’adozione di tutti i provvedimenti che garantiscono la trasmissione al Ministero dell’economia e delle finanze, da parte delle singole aziende sanitarie locali e aziende ospedaliere, dei dati di cui al comma 4”.

Rilevato che il suddetto art. 50 della Legge n. 326 del 24 novembre 2003, di conversione del D.L. n. 269/2003:

- riconosce in capo alle Regioni la facoltà di regolare il settore dei soggetti cui è attribuita la responsabilità delle prescrizioni;
- è stato sostanzialmente ripreso dall’Intesa Stato Regioni del 23.3.2005 rep. n. 2271 che, nel ribadire gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per mantenere la stabilità e l’equilibrio di gestione del Servizio Sanitario Regionale richiama, quale misura di contenimento della spesa, il controllo della domanda ed i relativi strumenti.

Preso atto della sentenza del Consiglio di Stato n. 2130/2005 che, nel respingere il ricorso contro il Regolamento delle Prescrizioni della Regione Puglia, conferma il ruolo delle Regioni nel regolare la materia della responsabilità delle prescrizioni.

Preso atto del Patto per la Salute del 28 settembre 2006, volto a ricondurre sotto controllo la spesa sanitaria, che impegna il Governo e le Regioni a porre in essere azioni finalizzate a contemperare il miglioramento e il mantenimento della qualità, dell’appropriatezza e dell’efficacia delle prestazioni sanitarie con l’efficienza nell’utilizzo delle risorse di programmazione finanziaria.

Considerato che la ricetta dematerializzata è il risultato finale di un progetto avviato con l’approvazione dell’art. 50 della legge 326/2003 che ha introdotto la ricetta (cartacea) standardizzata, la tessera sanitaria (TS) e l’obbligo di invio dei dati di tutte le ricette da parte prima delle farmacie (2008) e poi dei medici (2011).

Rilevato che nell'ambito degli strumenti di governo della domanda di prestazioni sanitarie e di controllo della relativa spesa, è fondamentale anche l'utilizzo della ricetta dematerializzata del S.S.N. per la prescrizione di prestazioni erogabili con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale.

Dato atto che il Decreto 17 marzo 2008, "Revisione del decreto ministeriale 18 maggio 2004, attuativo del comma 2 dell'articolo 50 della legge n. 326 del 2003 (Progetto tessera sanitaria)", concernente il modello di ricettario medico a carico del Servizio sanitario nazionale nel disciplinare la tipologia medico prescrittore ricette SSN, prevede la seguente tipologia:

Classificazione SOGEI	Tipologia Medico
C	Specialista di struttura privata accreditata

Evidenziato come, nell'identificare la tipologia "C" di cui alla tabella sopra illustrata, si preveda l'attività prescrittiva per il medico operante in struttura privata accreditata.

Valutato, a completamento di quanto previsto con nota regionale prot. n. 8714/A14000 del 19.04.2016 ad integrazione delle note prot. n. 279/U.C/SAN del 17.06.2005 e prot. n. 10412/29 del 07.08.2007, di:

- migliorare l'accessibilità ai servizi per il cittadino.
- favorire l'assunzione condivisa di responsabilità, da parte dei medici e dei professionisti sanitari che operano nel territorio, nelle scelte di governo clinico, sulla scorta di quanto definito nei diversi livelli della programmazione socio-sanitaria;
- migliorare l'appropriatezza e relativo controllo prescrittivo delle prestazioni (consentendo le dovute verifiche sull'appropriatezza prescrittiva ed erogativa, nonché l'analisi e valutazione dei comportamenti in termini di consumo di prestazioni ed utilizzo delle risorse disponibili);

Ritenuto di abilitare, secondo le tempistiche sotto esplicitate, i seguenti medici del SSN all'effettuazione di prescrizioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale e farmaceutica a favore di assistiti con l'utilizzo esclusivo della ricetta dematerializzata del Servizio Sanitario Nazionale spendibile su tutto il territorio nazionale ex articolo 50 della Legge n. 326 del 24 novembre 2003, di conversione del D.L. n. 269/2003 e smi:

- Medici abilitati dal 1 settembre 2018:
- i medici degli ospedali autorizzati con progetti di sperimentazione gestionale ex art.9 bis d.lgs. 502/92 e smi (SAAPA e COQ). Il collegamento informatico con il SAR, qualora ad oggi non utilizzato, dovrà essere assicurato utilizzando la CIL delle rispettive ASL;
- Medici dei Presidi ex artt. 42 e 43 L. 833/78 di diritto privato accreditati e a contratto con il Servizio Sanitario Regionale;
- Medici degli IRCCS di diritto privato accreditati e a contratto con il Servizio Sanitario Regionale.
- Medici abilitati dal 1 gennaio 2019:

- Medici delle restanti Strutture Sanitarie di diritto privato, sia intra che extra ospedaliera, accreditate e a contratto con il Servizio Sanitario Regionale. I Medici di tali strutture possono effettuare le prescrizioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale e farmaceutica, a favore dei soli assistiti residenti in Piemonte.

Precisato che l'abilitazione posticipata per i medici delle strutture sanitarie di diritto privato diverse dai presidi ex artt. 42 e 43 L. 833/78 e gli IRCCS, accreditate e a contratto con il SSR, si rende necessaria al fine di assicurare il completamento delle attività di evoluzione dei sistemi informatici/informativi regionali di seguito riportati, a titolo indicativo e non esaustivo:

- consentire il censimento dei medici prescrittori e l'invio delle informazioni a Sistema TS e a Ricetta elettronica;
- sviluppare un web service per comunicare da ARPE a Sistema TS la creazione/variazione/chiusura di strutture. Tale comunicazione è necessaria per associare a ciascun medico la struttura di diritto privato in cui esercita le attività;
- consentire l'evoluzione del sistema di accoglienza regionale (SAR) per la gestione dei prescrittori autorizzati con il presente provvedimento.

Richiamato l'obbligo in capo alle Strutture sanitarie di trasmissione dei dati nel sistema di accoglienza regionale - SAR - istituito ai sensi del citato art. 50 della Legge n. 326 del 4 novembre 2003, di conversione del D.L. n. 269/2003, e s.m.i..

Precisato che l'utilizzo della ricetta dematerializzata per la prescrizione di prestazioni di specialistica ambulatoriale e farmaceutiche a carico del Servizio Sanitario Regionale da parte dei medici abilitati:

- è consentito unicamente nell'ambito dell'attività istituzionale, svolta per conto del SSN. E', pertanto, vietato l'impiego del ricettario nello svolgimento delle altre tipologie di attività, compresa quella libero-professionale;
- costituisce un obbligo contrattualmente rilevante per le Strutture sanitarie, ai sensi dell'art. 1 del contratto tipo stipulato con le Aziende Sanitarie Locali, al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni.

Ritenuto di ribadire l'obbligo, da parte delle Aziende Sanitarie Locali, dell'espletamento delle attività di vigilanza e controllo, prevedendo azioni specifiche di monitoraggio in merito all'adempimento di cui al presente provvedimento, secondo le modalità che saranno definite dai Settori competenti della Direzione Sanità, con propri, successivi atti dirigenziali.

Precisato che le disposizioni del presente provvedimento non incidono sulla libertà di scelta dei pazienti che intendono svolgere comunque, a prescindere dai tempi di attesa delle prestazioni a carico del SSN, le prestazioni sanitarie in solvenza.

Precisato che le categorie di medici abilitate, con il presente provvedimento, alla prescrizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e farmaceutiche sono tutti i medici specialisti delle strutture sanitarie accreditate con contratto attivo nell'ambito dell'esercizio della loro attività istituzionale di medici che erogano attività a carico del SSN (ovvero: dipendenti, convenzionati interni, e medici operanti con contratti atipici che li pongono in situazione analoga a quella del dipendente).

Ritenuto di demandare ai Settori competenti della Direzione Sanità l'adozione di ogni provvedimento attuativo e di specifica tecnica si renda necessario alla realizzazione di quanto disposto con il presente atto.

Dato atto che il presente provvedimento non comporta ulteriori oneri a carico del bilancio regionale.

Visto il DPCM 12 gennaio 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", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017.

Vista la D.G.R. n. 17-4817 del 27 marzo 2017 avente ad oggetto "Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale per il triennio 2017-2019. Primi indirizzi alle Aziende Sanitarie Regionali".

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. n. 1-4046 del 17 ottobre 2016; vista la normativa di settore e gli atti in premessa citati;

la Giunta regionale condividendo le motivate argomentazioni del relatore, a voti unanimi resi nelle forme di legge,

delibera

❖ di abilitare, secondo le tempistiche sotto esplicitate, i seguenti medici del SSN all'effettuazione di prescrizioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale e farmaceutica a favore di assistiti con l'utilizzo esclusivo della ricetta dematerializzata del Servizio Sanitario Nazionale spendibile su tutto il territorio nazionale ex articolo 50 della Legge n. 326 del 24 novembre 2003, di conversione del D.L. n. 269/2003 e smi:

- Medici abilitati dal 1 settembre 2018:
- i medici degli ospedali autorizzati con progetti di sperimentazione gestionale ex art.9 bis d.lgs. 502/92 e smi (SAAPA e COQ). Il collegamento informatico con il SAR, qualora ad oggi non utilizzato, dovrà essere assicurato utilizzando la CIL delle rispettive ASL;
- Medici dei Presidi ex artt. 42 e 43 L. 833/78 di diritto privato accreditati e a contratto con il Servizio Sanitario Regionale;
- Medici degli IRCCS di diritto privato accreditati e a contratto con il Servizio Sanitario Regionale.
- Medici abilitati dal 1 gennaio 2019:
- Medici delle restanti Strutture Sanitarie di diritto privato, sia intra che extra ospedaliere, accreditate e a contratto con il Servizio Sanitario Regionale. I Medici di tali strutture possono effettuare le prescrizioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale e farmaceutica a favore dei soli residenti in Piemonte.

❖ di dare atto che è fatto obbligo in capo alle Strutture sanitarie di trasmissione dei dati nel sistema di accoglienza regionale - SAR - istituito ai sensi del citato art. 50 della Legge n. 326 del 4 novembre 2003, di conversione del D.L. n. 269/2003, e s.m.i.;

❖ di precisare che l'utilizzo della ricetta dematerializzata per la prescrizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e farmaceutiche, a carico del Servizio Sanitario Nazionale da parte dei medici abilitati, ai sensi del presente provvedimento:

- è consentito unicamente nell'ambito dell'attività istituzionale, svolta per conto del SSN. E', pertanto, vietato l'impiego del ricettario nello svolgimento delle altre tipologie di attività, compresa quella libero-professionale;
- costituisce un obbligo contrattualmente rilevante per le Strutture sanitarie, ai sensi dell'art. 1 del contratto tipo stipulato con le Aziende Sanitarie Locali, al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni.

❖ di ribadire l'obbligo, da parte delle Aziende Sanitarie Locali, dell'espletamento delle attività di vigilanza e controllo, prevedendo azioni specifiche di monitoraggio in merito all'adempimento di cui al presente provvedimento, secondo le modalità che saranno definite dai Settori competenti della Direzione Sanità, con propri, successivi atti dirigenziali;

❖ di demandare ai Settori competenti della Direzione Sanità l'adozione di ogni provvedimento attuativo e di specifica tecnica necessario per la realizzazione di quanto disposto con il presente atto;

❖ di dare atto che il presente provvedimento non comporta ulteriori oneri a carico del bilancio regionale.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dall'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

(omissis)