

Utilizzo del ricettario e prescrizione di specialistica ambulatoriale e diagnosi strumentale

Il Tavolo dei Direttori Sanitari nella seduta del 2 febbraio scorso ha valutato ed approvato la proposta redatta dalle Organizzazioni Sindacali della Medicina Generale relativa all'utilizzo del ricettario unico regionale alla luce della DGR VIII/9581.

Le indicazioni che di seguito si riportano, oltre a redimere i contenuti delle più frequenti criticità, tutt'ora persistenti, soprattutto in relazione al mancato utilizzo del ricettario da parte degli specialisti sono finalizzate a delineare alcune modalità comuni agli attori di I e II livello al fine di applicare in modo omogeneo ed efficace le norme attuali e coniugare alcuni significativi obiettivi: continuità dell'assistenza, semplificazione delle procedure a vantaggio degli assistiti, appropriatezza prescrittivi e responsabilizzazione delle decisioni cliniche per un assetto efficiente ed efficace del sistema.

Si ritiene, comunque, che la razionalità e la collaborazione di tutte le componenti possano contribuire ad affrontare e risolvere i problemi e le tematiche in questione.

Le stesse indicazioni sono state contestualmente trasmesse alle Direzioni Sanitarie di tutte le strutture di Ricovero e cura.

Dipartimento Cure Primarie

IMPIEGO DEL RICETTARIO UNICO REGIONALE AI SENSI DELLA DGR VIII/9581 FEBBRAIO 2010

- ☐ **Lo Specialista operante presso Struttura Pubblica o Privata Accreditata qualora ritenga necessarie ulteriori indagini diagnostiche, per rispondere al quesito del medico di famiglia in caso di prima visita, le prescrive direttamente senza richiedere alcun intervento del medico curante. Al termine dell'iter diagnostico (esami o visite) l'assistito viene riaffidato al MMG per le cure immediate del caso o la gestione condivisa sul lungo periodo (esami di controllo, follow-up specialistico etc..).**
- ☐ **La prescrizione di ulteriori indagini è effettuata direttamente dallo specialista nel caso di visita per riacutizzazioni, recidive, nuovi sintomi o complicanze di una condizione cronica, mentre rinvia al curante le prescrizioni relative ai controlli sul medio/lungo periodo (6-12 mesi) e i follow-up programmati/concordati con il MMG o previsti dai PDTA.**
- ☐ **La stessa regola, ovvero la prescrizione diretta da parte dello specialista, avviene:**
 - **in caso di esami a breve termine (indicativamente al massimo entro 10 giorni e comunque in continuità con il problema di base) richiesti dopo un accesso in Pronto Soccorso (specie se attivato autonomamente dall'assistito)**
 - **alla dimissione dopo un ricovero ordinario o in day-hospital, qualora siano necessarie visite di controllo o ulteriori accertamenti o altre prestazioni di follow-up a breve scadenza (es. Visita di controllo, Rx controllo frattura, rimozione gesso, medicazioni post-intervento, desutura, emocromo etc....).**

- ❑ **Per pazienti ad alta intensità di cura, gli accertamenti suggeriti dopo consulenza ematologica, oncologica, immunologica, nefrologica, per patologie croniche e/o gravi, più che un criterio temporale va applicato quello di "continuità di cura e completamento/conclusione diagnostico-terapeutica" (alla stregua del passaggio di cura).**
- ❑ **Restano invece a carico del MMG le richieste di ricovero ospedaliero ordinario o in day-hospital, quando non programmate dallo specialista, nonché la prescrizione di esami e visite specialistiche di follow-up sul medio lungo-periodo.**
- ❑ **I MMG non trascrivono gli accertamenti richiesti dagli specialisti, se non presente il quesito/sospetto diagnostico.**

** Per quanto riguarda la prescrizione farmaceutica ed il ricovero, al momento ne sono abilitati i soli specialisti pubblici ed equiparati, pertanto le analoghe prescrizioni suggerite dagli specialisti operanti nel privato accreditato competono ai MMG/PLS.*