INDICAZIONI PROCEDURALI SUI CONTROLLI

DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Sommario

ABBREVIAZIONI 3

1. SCOPO DELLA PROCEDURA 4

2. AMBITO D'APPLICAZIONE 4

3. DESCRIZIONE DELLA PROCEDURA 4

3.1 DEBITO INFORMATIVO 5

3.2 APPROPRIATEZZA CLINICA 5

3.3 ERRORI DI NATURA AMMINISTRATIVA 6

3.4. ERRORI IN FASE PRESCRITTIVA 8

3.5. ERRORI IN FASE DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI 11

4. PROCEDURA DI CONTESTAZIONE 12

5 RIFERIMENTI NORMATIVI 14

5.1 NORMATIVA REGIONALE 14

5.2 NORMATIVA NAZIONALE 16

ABBREVIAZIONI

GDL: Gruppo di lavoro

RAO: Raggruppamenti di attesa omogenei

U-B-D-P: Classi di priorità per prestazioni ambulatoriali (Urgente, Breve, Differibile, Programmata).

TC (TAC): Tomografia assiale computerizzata

RMN: Risonanza magnetica nucleare

FKT: Fisiokinesiterapia

STP: Stranieri Temporaneamente Presenti

ENI: Europei non Iscritti

SASN: Servizio Assistenza Sanitaria Naviganti

LEA: Livelli Essenziali di Assistenza

NTR: Nomenclatore Tariffario Regionale

ACN: Accordo Collettivo Nazionale

MMG: Medico di Medicina generale

PLS: Pediatra di Libera Scelta

DRG: Diagnosis Related Groups ovvero Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi

TEAM: Tessera Europea Assicurazione Malattia

DGR: Deliberazione della Giunta Regionale

PNGLA: Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa

PRGLA: Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa

1. SCOPO DELLA PROCEDURA

Lo scopo di questa procedura è definire i controlli di appropriatezza e amministrativi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale rese dai privati accreditati nell'ambito del rapporto contrattuale in essere con ATS.

Il contratto stipulato con l'ATS prevede espressamente che la Struttura ha l'obbligo di accertare la correttezza dei dati identificativi dell'utente e il rispetto delle disposizioni normative in materia di prescrizioni di prestazioni specialistiche; nel caso in cui venga rilevato il mancato rispetto delle medesime, la Struttura è tenuta a non effettuare l'esecuzione della prestazione a carico del SSN.

La procedura ha, inoltre, lo scopo di uniformare in ambito ATS il controllo di conformità, rispetto alle indicazioni di legge e del contratto stipulato con l'ATS, da parte di tutti gli operatori interessati.

2. AMBITO D'APPLICAZIONE

L'area di applicazione della presente procedura è inerente alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale erogate a carico del SSN dalle Strutture private accreditate. Il controllo viene effettuato sul file C e sulle singole impegnative, sia ricetta rossa che dematerializzata, secondo le specifiche previste dal Disciplinare Flussi.

I controlli dovranno, tra l'altro, sulle base delle disposizioni nazionali, regionali e dell'ATS, riguardare:

- l'appropriatezza delle prestazioni richieste rispetto a quanto previsto nel Nomenclatore Tariffario Regionale;
- il rispetto delle indicazioni previste sull'erogabilità delle prestazioni presenti nei provvedimenti regionali di applicazione dei L.E.A.;
- il rispetto delle condizioni di prescrivibilità anche in rapporto alla diagnosi;
- le modalità di erogazione delle prestazioni.

3. DESCRIZIONE DELLA PROCEDURA

Questa procedura analizza nell'ordine: il debito informativo delle Strutture in relazione alle prestazioni erogate (3.1), l'appropriatezza clinica (3.2), gli errori di natura amministrativa (3.3), gli errori nella fase di prescrizione di una ricetta (3.4), gli errori nella fase di erogazione delle

prestazioni (3.5), individuando per ogni punto il comportamento che il personale preposto ai controlli deve seguire in merito alla contestazione delle ricette con anomalia. Inoltre, viene riportato il procedimento in caso di contestazione delle prestazioni erogate dalle Strutture private.

3.1 DEBITO INFORMATIVO

Le Strutture devono assolvere ai loro debiti informativi (FILE C e ulteriori flussi previsti dalla normativa vigente). Il flusso C comprende tutte le informazioni ("C1" informazioni anagrafiche e "C2" informazioni amministrative, cliniche e di processo) inerenti le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate a carico dei pazienti, residenti e non residenti, presso gli erogatori pubblici e privati accreditati ubicati nel territorio regionale e previste dal "Nomenclatore Tariffario Regionale". I dati relativi alle prestazioni che costituiscono debito informativo da parte delle Aziende Sanitarie nei confronti dell'Amministrazione Regionale e, da questa, nei confronti del Ministero della Salute, coprono tutti i Livelli Essenziali di Assistenza. (Disciplinare tecnico flussi informativi sanitari della Regione Sardegna).

I file relativi al flusso informativo vengono trasmessi mensilmente dalle Strutture private accreditate entro il giorno 10 del mese successivo a quello di erogazione delle prestazioni e contengono tutte le prestazioni effettuate dalla Struttura per il mese di riferimento. I controlli logico-formali dei file si realizzano esclusivamente in modalità informatizzata, sulla base dei controlli che possono essere operati sui "campi" contenuti nel file, secondo quanto stabilito dai tracciati record definiti dalla Regione Sardegna.

3.2 APPROPRIATEZZA CLINICA

Sebbene la responsabilità della diagnosi e della prescrizione appartenga al medico che ha prescritto, la Struttura erogante deve comunque verificare che le prestazioni richieste non esulino dal quesito diagnostico e da quanto riportato nella corrente letteratura scientifica ed EBM e, comunque, conformemente a quanto attiene la buona pratica medica.

In coerenza con il principio di appropriatezza, la struttura deve erogare le prestazioni nel rispetto dei tempi, dei modi e delle quantità effettivamente necessarie al soddisfacimento del bisogno diagnostico terapeutico del paziente e nel rispetto delle specifiche indicazioni cliniche contenute

nei provvedimenti regionali di applicazione dei Livelli Essenziali di assistenza individuati dal DPCM. 29 novembre 2001, e ss.mm.ii.

3.3 ERRORI DI NATURA AMMINISTRATIVA

La Struttura erogante, prima di ammettere il cittadino alla fruizione delle prestazioni, deve procedere alla verifica della regolarità, anche formale, della ricetta e alla identificazione del paziente. E' opportuno precisare che le normative vigenti che regolamentano le modalità di prescrizione e di erogazione delle prestazioni sanitarie a carico del SSN non cambiano con l'utilizzo della ricetta dematerializzata.

Di seguito si riportano gli errori di natura amministrativa che comportano la contestazione delle prestazioni alle Strutture eroganti.

1) Prescrizioni senza indicazione del Nome e Cognome del paziente (o sigle o iniziali per anonimato nei casi previsti dalle disposizioni vigenti): si contestano le prestazioni presenti in ricetta[1]. Nelle ricette dematerializzate, i relativi campi, riportano automaticamente i dati del nome e cognome dell'assistito per cui è stato inserito un codice fiscale o codice STP, solo se questo risulta essere in archivio[2]. Nel caso in cui l'erogatore o il paziente si rendano conto di errori o omissioni nella prescrizione riportata nel promemoria, non è consentita nessuna modifica o integrazione della ricetta[3];

2) Prescrizioni con codice fiscale dell'assistito SSN non presente in ricetta oppure incompleto o con correzione non controfirmata dal medico prescrittore o non coerente con il codice fiscale riportato nel file C: si contestano le prestazioni presenti in ricetta[4];

3) Prescrizioni a favore di particolari categorie di cittadini stranieri e comunitari:

a) Ricette SSN (rosse) e SASN:

- Prescrizioni a favore di soggetti assicurati da istituzioni estere, italiani o stranieri, in temporaneo soggiorno in Italia o residenti, prive del codice UE (per istituzioni estere) o EE (nel caso di istituzioni estere extraeuropee) nel campo "tipo ricetta"e/o con codice fiscale valorizzato (in questo caso l'elemento non deve essere compilato) e/o prive delle informazioni desumibili

[1] Allegato 1 al D.M. 17 marzo 2008.
[2] Sistema TS-Manuale d'uso-Predisposizione e invio delle ricette dematerializzate, 30/01/2013.
[3] Allegato 1 alla D.G.R. n. 42/35 del 22/10/2019.
[4] Art. 50, 7°c. Legge 369/2003.

dalla tessera TEAM o documento equivalente che devono essere riportate nel verso della ricetta, nell'area apposita: si contestano le prestazioni presenti in ricetta (tranne il caso in cui la Struttura alleghi copia della tessera TEAM in corso di validità che contiene i dati necessari da inviare all'Ufficio Rapporti Internazionali). Deve essere, comunque, obbligatoriamente presente la firma dell'assistito che attesta la fruizione della prestazione specialistica e la data di esecuzione della prestazione.

- Prescrizioni con codice STP o ENI non valorizzato o errato e/o prive del codice ST nel caso di stranieri temporaneamente presenti oppure della sigla UE nel caso di cittadino europeo non iscritto nel campo "tipo ricetta": si contestano le prestazioni presenti in ricetta (tranne il caso in cui la Struttura alleghi copia del tesserino STP o ENI in corso di validità che contiene i dati necessari per identificare il paziente)[5].
- Prescrizioni ad assistiti SASN italiani prive di codice fiscale e/o prive dei codici NA (per visita ambulatoriale) o ND (per visita domiciliare) oppure prescrizioni ad assistiti SASN stranieri prive dei codici NE (per assistiti da istituzioni estere europee) o NX (per assistiti da istituzioni estere extraeuropee) nel campo "tipo ricetta" o prive delle informazioni desumibili dalla tessera TEAM o documento equivalente che devono essere riportate nel verso della ricetta SASN. Si contestano le prestazioni presenti in ricetta (tranne il caso in cui la Struttura alleghi copia della tessera TEAM che contiene i dati necessari da inviare all'Ufficio Rapporti Internazionali). Deve essere, comunque, obbligatoriamente presente la firma dell'assistito che attesta la fruizione della prestazione specialistica e la data di esecuzione della prestazione.

b) Ricette elettroniche dematerializzate:

Anche per le prescrizioni mediche dematerializzate a favore di pazienti che non sono assistiti dal SSN, non in possesso di Tessera Sanitaria, è necessario specificare il tipo di ricetta e compilare i dati relativi all'assistito: il campo contenente il codice dell'assistito, il quale deve essere vuoto per i soggetti stranieri privi di codice fiscale; i campi con le informazioni per i soggetti assicurati dalle istituzioni estere, che devono essere riempiti per i soggetti stranieri privi di codice fiscale. Per questi ultimi soggetti si deve scegliere uno dei seguenti valori del TIPO RICETTA: EE/UE/NE/NX. In caso di assenza dei dati che identificano i soggetti assicurati da istituzioni estere o i soggetti STP/ENI si contestano le prestazioni presenti in ricetta (tranne il caso in cui la Struttura alleghi

[5] Art. 35 del DLgs 25 luglio 1998, n. 286 e ss.mm.ii. e Art. 43 del Decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n.394.

copia della tessera TEAM o del tesserino STP/ENI in corso di validità da inviare all'Ufficio Rapporti Internazionali)[6].

4) Prescrizioni con sigla provincia e codice ASSL di appartenenza errate o assenti: si contestano le prestazioni presenti in ricetta (tranne nel caso di assistiti STP, personale navigante iscritto al SASN e assicurati da istituzioni estere).Tale dato è necessario per poter attivare la compensazione interaziendale ed interregionale[7]. Nel caso della ricetta dematerializzata, l'applicazione propone automaticamente la provincia e la ASSL di residenza dell'assistito, se presente in archivio[8];

5) Prescrizione con casella barrata "assenza esenzione" e contemporanea indicazione del "codice esenzione": se il campo relativo al codice di esenzione riporta timbro e controfirma del medico si riconosce l'esenzione; in caso contrario si considera il paziente come non esente e si contesta la quota ticket non riscossa[9]. Nel caso della ricetta dematerializzata, le eventuali esenzioni di tipo sanitario a carico dell'assistito vengono automaticamente indicate dall'applicazione[10];

6) Prescrizione senza timbro identificativo e/o firma e/o codice regionale del medico titolare del ricettario: si contestano le prestazioni presenti in ricetta. (Allegato 1 al D.M. 17 marzo 2008). Nel caso della ricetta dematerializzata, il medico prescrittore sceglie nella sezione apposita la giusta combinazione tra i valori proposti dal sistema[11]. In particolare, nella voce "DISPOSIZIONI REGIONALI" nel promemoria, va indicato il ruolo del medico prescrittore (MMG, PLS, GM, GT, specialista con codice branca o con codice disciplina). L'indicazione del medico specialista è importante nel caso di prestazioni "prescrivibili dalla specialista"[12].

3.4. ERRORI IN FASE PRESCRITTIVA*:*

Di seguito si riportano gli errori in fase prescrittiva che comportano la contestazione delle prestazioni alle Strutture eroganti.

[6] Allegato 1 alla DGR n. 42/35 del 22.10.2019; Sistema TS- Manuale d'uso-Predisposizione e invio delle ricette dematerializzate del 30/01/2013.
[7] Allegato 1 al D.M. 17 marzo 2008; Circolare RAS del 05/07/2005.
[8] Sistema TS-Manuale d'uso-Predisposizione e invio delle ricette dematerializzate del 30/01/2013.
[9] Allegato 1 al D.M. 17 marzo 2008.
[10] Sitema TS-Manuale d'uso-Predisposizione e invio delle ricette de materializzate del 30/01/2013.
[11] Sistema TS-Manuale d'uso-Predisposizione e invio delle ricette de materializzate del 30/01/2013.
[12] Allegato 1 alla D.G.R n. 42/35 del 22.10.2019.

1) Prescrizione priva di diagnosi o sospetto diagnostico: si contestano le prestazioni presenti in ricetta[13];

2) Prescrizione con indicazioni diagnostiche generiche, prive di ulteriori specificazioni, che non consentano di valutare l'appropriatezza delle prestazioni richieste in relazione al quesito o motivazione clinica (per es. "accertamenti", "procedure di prevenzione", "controllo periodico", ecc): si contestano le prestazioni presenti in ricetta rispetto alle quali non è possibile valutare l'appropriatezza;

3) Prescrizione di prestazioni totalmente escluse dai LEA. Si citano a titolo indicativo e non esaustivo le seguenti: esami o visite per il rilascio o rinnovo patenti di guida, rilascio o rinnovo porto d'armi, uso assicurativo, partecipazione a concorsi, assunzioni, rilascio di certificazioni da utilizzare in caso di visite per il riconoscimento di invalidità civile e/o Legge 104, certificazioni di idoneità alla pratica di attività sportiva, agonistica e non, per i cittadini maggiorenni, idoneità al servizio civile, etc. Si contestano le prestazioni totalmente escluse dai LEA[14];

4) Prescrizione di esami pre operatori e controlli post-operatori: la richiesta di prestazioni correlate al ricovero programmato, sia in regime di ricovero ordinario che di Day Hospital, relativamente agli accertamenti di pre ospedalizzazione e al controllo post-ricovero, quest'ultimo da effettuarsi entro i 30 giorni successivi alla dimissione, deve essere fatta direttamente dallo specialista del reparto che ha in carico il paziente su apposita modulistica. Quindi non compete al MMG e al PLS. Tali esami sono esenti ticket (in quanto il costo è compreso nel DRG). Pertanto, queste prestazioni non rientrano nella specialistica ambulatoriale ma nell'assistenza ospedaliera e non sono ammissibili al pagamento[15];

5) Prescrizione di più prestazioni, fino a 8, dello stesso tipo sulla medesima ricetta intestate a pazienti NON esenti per malattia cronica. Si contestano e si riconosce una sola prestazione. Fanno eccezione le prestazioni riconducibili a ciclo di terapie e le prestazioni seriate[16];

6) Prescrizione di prestazioni non previste dall'esenzione ticket per patologia o gravidanza riportata in ricetta. Se la prestazione prescritta è appropriata rispetto al quesito diagnostico, si contesta alla Struttura solo l'importo della quota ticket non riscossa;

[13] D.G.R. n. 42/35 del 22.10.2019; Allegato alla D.G.R. n. 62/24 del 4.12.2020; PNGLA 2019-2021.
[14] DPCM 29.11.2001; D.G.R. 43-9 del 20.12.2002; DPCM del 12.01.2017.
[15] Comma 18 dell'art. 1 della Legge 662 del 23/12/1996; Circolare n.100/SCPS/21.4075 del 1/4/199.
[16] art.8 della L. 24 dicembre 1993 n.537; Circolare del Ministero della sanità n. 100/SCPS/15.162 del 07/02/1994.

7) Prescrizione di prestazioni previste dall'esenzione riportata in ricetta assieme a prestazioni non previste dalla stessa esenzione. Si addebita alla Struttura l'importo della prestazione non esente, fino ad euro 46,15[17];

8) Prescrizione con un numero di prestazioni superiore a 8 oppure 16, se sono richiesti in ricetta i prelievi di branca 11 ("91.48.4 Prelievo citologico"; "91.48.5 Prelievo di sangue arterioso"; "91.49.1 Prelievo di sangue capillare"; "91.49.2 Prelievo di sangue venoso"; "91.49.3 Prelievo microbiologico")[18], o con un numero di cicli superiore a tre per le prestazioni di medicina fisica e riabilitazione incluse nel NTR che recano l'indicazione del ciclo[19]. Si riconoscono come corrette le prestazioni fino alla concorrenza del numero massimo di prestazioni prescrivibili in una ricetta; si contestano le prestazioni in eccesso;

9) Prescrizione nella stessa ricetta di prestazioni che appartengono a branche specialistiche differenti. Si riconoscono le prestazioni più numerose appartenenti ad una sola branca per la quale la Struttura risulta accreditata. Si contestano le altre[20];

10) Prescrizione di prestazioni non appropriate rispetto al quesito diagnostico. Si contestano le prestazioni presenti in ricetta;

11) Prescrizione di visita generale (cod.89.7; 95.02; 89.26; 89.13) riferita alla malattia per la quale l'assistito risulta esente: si contesta la prestazione e si riconosce la prestazione identificata dal cod. 89.01 - visita di controllo (salvo i casi in cui i codici indicati sono ricompresi nei codici di esenzione per patologia)[21];

12) Prescrizione che riporta esenzione dalla partecipazione alla spesa per patologia incongruente rispetto alla diagnosi enunciata. (per es. esenzione 0.45 e diagnosi di asma). Si contestano le prestazioni presenti in ricetta;

13) Prescrizione di coppie di codici prestazione che non possono essere contemporaneamente prescritte in quanto una prestazione include l'altra.

[17] Art.3, 2° c. Decreto del Ministero della sanità 28/05/1999, n. 329.
[18] Circolare Ministero Sanità n.100/SCPS/21.4075 del 01/04/1997.
[19] D.G.R. n. 19/6 del 28/04/1998; Allegato 1 alla D.G.R. n. 11/7 del 21/3/2006; Art. 35 Legge 27/12/1997,n.449.
[20] Art. 35 Legge 27/12/1997, n.449.
[21] Circolare del Ministero della Salute n. 13 del 13/12/2001, Allegato 2; DPCM del 12/01/2017, Allegato 8 BIS.

3.5. ERRORI IN FASE DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI:

Di seguito si riportano gli errori in fase di erogazione delle prestazioni che comportano la contestazione delle prestazioni alle Strutture eroganti:

1) Ricette SASN (Servizi assistenza sanitaria naviganti): le prestazioni mediche per il personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile sono a carico del Ministero della Salute. Pertanto, qualora la Struttura erogante inviasse una ricetta SASN al Servizio Committenza per il rimborso, si procede con la contestazione delle prestazioni erogate e si invia comunicazione alla Struttura stessa invitandola a ritirare la ricetta SASN originale e ad inviarla ai competenti uffici del Ministero della Salute;

2) Ricette prive di allegati (es. fogli firma e prescrizioni specialistiche): per le ricette alle quali deve essere allegata la prescrizione del medico specialista (es. TAC, RMN) o il foglio firma con le date di erogazione delle prestazioni, le firme dei pazienti e quelle del medico erogatore (es. FKT), la mancanza di tali giustificativi comporta la contestazione delle prestazioni erogate. Per tali casistiche, la Struttura avrà la possibilità di regolarizzare la documentazione mancante al fine di evitare il mancato rimborso delle prestazioni[22];

3) Prestazioni erogate differenti da quelle prescritte in ricetta (es. erogata visita cod. 89.7 e prescritta visita 89.01): si contesta la prestazione erogata e si riconosce la prestazione prescritta in ricetta solo nei casi in cui è possibile riconvertire la prestazione stessa. Può essere ammessa la prestazione differente solo se giustificata da referto inviato dalla struttura erogante (vedi esami endoscopici con biopsia o somministrazione di mezzo di contrasto ove non previsto in ricetta).

4) Prestazioni erogate in numero superiore rispetto al numero di prestazioni previsto dall'accreditamento o per le quali la Struttura non risulta accreditata con il SSN, per l' anno considerato: si contestano le prestazioni non accreditate e quelle in eccesso rispetto ai volumi previsti dall'accreditamento[23];

5) Ricette con più prestazioni dello stesso tipo erogate a pazienti con esenzione per patologia oltre i tre mesi rispetto alla data di prescrizione: non sono remunerabili le prestazioni erogate oltre il periodo di tre mesi dalla data di prescrizione[24];

[22] Deliberazione della Giunta Regionale n. 19/6 del 28.04.1998; D.G.R. n. 11/7 del 21/03/2006.
[23] Art.2 Allegato 2 alla DGR n.13/12 del 9.4.2021.
[24] Circolare del Ministero della Sanità n. 100/SCPS/15/162 del 07/02/1994.

6) Ricette prive di data nella quale la prestazione è stata erogata e/o di firma dell'assistito attestante la fruizione delle prestazioni specialistiche. Ovvero ricette prive dei dati identificativi dell'assistito che non sa o non può firmare o minore e/o di chi firma in sua vece: si contestano o si reintegrano le prestazioni presenti in ricetta se la Struttura fa pervenire al Servizio copia del referto attestante l'avvenuta prestazione o copia dei documenti del paziente e/o di chi ha firmato in sua vece (madre, padre, figlio, tutore, ecc)[25];

7) Prestazioni erogate e rendicontate dalla Struttura privata accreditata ma NON prescritte in ricetta: si contestano le prestazioni non richieste in ricetta (es. erogata e rendicontata prestazione cod. 91.49.2, prelievo venoso, ma non richiesta in ricetta[26]).

4. PROCEDURA DI CONTESTAZIONE

L'ATS, sulla base delle risultanze dei controlli sanitari e di appropriatezza effettuati, contesta alla Struttura erogante le prestazioni non ammesse al pagamento richiedendo alla stessa l'emissione della relativa nota di credito.

La contestazione, tramite comunicazione di avvio del procedimento di cui alla L. 241/90 e s.m.i., dovrà essere formulata con comunicazione indirizzata al Legale Rappresentante della Struttura specificando:

1) mese cui si riferisce il controllo effettuato;

2) le ricette oggetto di contestazione ed il tipo di difformità/irregolarità riscontrata, nonché l'ammontare del relativo, eventuale, addebito;

3) la persona responsabile del procedimento.

Entro il termine di 30 giorni la Struttura potrà presentare le proprie contro-deduzioni e provvedere alla produzione di documentazione, e quant'altro ritenuto utile, a giustificazione e supporto delle irregolarità rilevate.

In sede di contraddittorio, in accoglimento totale o parziale delle osservazioni e proposte fornite dalla Struttura, l'ufficio procedente, senza pregiudizio del diritto di terzi e, in ogni caso, nel perseguimento del pubblico interesse, procede alla rideterminazione dell'eventuale addebito.

[25] Allegato 1 al D.M. 17 marzo 2008; Allegato 2 alla D.G.R. n. 42/35 del 22/10/2019.
[26] Circolare n.100/SCPS/21.4075 del 1.4.1997.

In assenza di controdeduzioni, la contestazione diventa definitiva e la Struttura dovrà emettere la nota di credito per l'importo contestato.

5 RIFERIMENTI NORMATIVI

5.1 NORMATIVA REGIONALE

1) ***D.G.R . n 19/6 DEL 28/04/1998*** *Approvazione del NTR delle prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale nell'ambito del SSR.*

2) ***Deliberazione del 20/12/2002-(43/9).*** *Disposizioni attuative del DPCM 29/11/2001 "Definizione dei LEA".*

3) ***Circolare RAS del 21/03/2005 Prot n.10641/3.*** *Linee guida operative per la compilazione dei nuovi modelli di ricetta medica a lettura ottica previsti dall'art. 50 della Legge 326/03. Precisazioni regionali.*

4) ***Circolare RAS del 05/07/2005 Prot. n. 24068/3*** *Ulteriori chiarimenti sulla compilazione dei nuovi modelli di ricetta a lettura ottica.*

5) ***Deliberazione n. 11/7 del 21/03/2006.*** *Ridefinizione dei LEA afferenti alla branca specialistica di medicina fisica e riabilitativa.*

6) ***DGR n. 41/29 del 29/07/2008.*** *Disposizioni attuative del DPCM 5 marzo 2007 recante aggiornamento dei LEA.*

7) ***Circolare RAS del 25/06/2015 Prot. n. 15763.*** *Disposizioni in materia di prescrizione di prestazioni erogabili su ricettario del SSN.*

8) ***Circolare RAS del 14/03/2016 Prot. n. 7761.*** *Prescrizione farmaci e prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del SSN attraverso l'utilizzo del ricettario regionale*

9) ***DGR n. 39/57 del 23.9.2011 (PRGLA triennio 2010-2012)*** *Con la quale si avviavano le azioni della pianificazione strategica delle attività di controllo.*

In particolare All. 1 punto 2.1 Miglioramento della appropriatezza prescrittiva:

a) Correttezza della compilazione della prescrizione

b) Indicazione del quesito diagnostico o diagnosi

c) Distinzione tra prima visita o prime prestazioni diagnostiche /terapeutiche e visite di controllo o prestazioni successive (specialistica ambulatoriale)

d) Indicazione della classe di priorità (specialistica ambulatoriale e ricoveri ospedalieri)

f) Monitoraggio dell'aderenza tra quesito diagnostico, prestazione prescritta/erogata e classe di priorità

10) ***Circolare Direzione Generale della Sanità Regione Sardegna Prot. n. 0011396 del 20.4.2016***. *DM 09/12/2015. "Condizioni di erogabilità e i criteri di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale".*

11) ***Circolare Direzione Generale della Sanità Regione Sardegna Prot n. 0016570 del 13.6.2016***. *Applicazione DM 09/12/2015. chiarimenti in ordine alla Circolare Ministeriale 3012 del 25.3.2016.*

12) ***Circolare Direzione Generale della Sanità Regione Sardegna Prot n. 0009085 del 31.3.2017***. *Nuovi LEA. Prime indicazioni in merito alle prescrizioni di specialistica ambulatoriale da erogare in favore di pazienti affetti da patologie croniche ed invalidanti.*

13) ***Circolare Direzione Generale della Sanità Regione Sardegna Prot n. 0012205 del 8.5.2017***. *DPCM 12.1.2017 i nuovi LEA. Prestazioni di specialistica ambulatoriale da erogare in favore di pazienti affetti da malattia rara o patologie croniche ed invalidanti. Chiarimenti.*

14) ***Circolare Direzione Generale della Sanità Regione Sardegna Prot n. 0019228 del 20.7.2017***. *DPCM 12.1.2017 i nuovi LEA. Specialistica ambulatoriale. Esenzioni in favore dei pazienti affetti da patologie croniche ed invalidanti.*

15) ***DGR n. 51/23 del 17/11/2017***. *Scopo: raggiungimento degli obiettivi già fissati con la DGR 46/44 del 27.12.2010: sensibilizzazione dei prescrittori all'uso sistematico dell'indicazione di primi accessi e successivi, del quesito diagnostico, la definizione pertinente della classe di priorità.*

16) ***DGR n. 59/5 del 4.12.2018.*** *Allegato 1 "Liste di attesa. Definizione dei raggruppamenti di attesa omogenei (RAO) e degli ambiti territoriali".*

17) ***DGR n. 61/26 del 18.12.2018***. ***Nomenclatore tariffario regionale della specialistica ambulatoriale.*** *Aggiornamento delle tariffe in esecuzione della sentenza del Consiglio di Stato n. 4902/2018. Modifica della DGR. 19/6 del 28 aprile 1998 e successive modifiche ed integrazioni e della DGR. n. 21/12 del 24.4.2018.*

18) ***DGR n. 42/35 del 22.10.2019. D.M. 02.11.2011. Ricetta dematerializzata.***

I. *Allegato 1 alla DGR n. 42/35 del 22.10.2019. Linee guida per i medici prescrittori*

II. *Allegato 2 alla DGR n. 42/35 del 22.10.2019. Linee guida per gli erogatori*

19) ***Determinazione della Direzione Generale Sanità n. 53 del 27 1 2020. Disciplinare tecnico flussi informativi sanitari della Regione Sardegna. Versione 4.0***

I. *Appendice Disciplinare Tecnico Flussi Informativi Sanitari Versione 2.0*

II. *Allegato alla Determinazione della direzione Generale Sanità n. 1501/53 del 27 gennaio 2020.*

20) ***DGR n. 62/24 del 4.12.2020. (PRGLA triennio 2019-2021.)***

21) ***DGR n.13/12 del 9.4.2021 (Allegato 2). Schema tipo di contratto per l'acquisizione di prestazioni specialistiche ambulatoriali***

5.2 NORMATIVA NAZIONALE

Circolare del Ministero della Sanità N. 100/SCPS/15/162 spec del 07/02/1994. *Applicazione dell'articolo 8 della Legge 24 dicembre 1993, N. 537.*

Decreto del Ministero della Sanità 22 luglio 1996. *Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del SSN e relative tariffe.*

Circolare del Ministero della Sanità n.100/SCPS/ 214075 del 01/04/1997. *Prime indicazioni per l'applicazione del Decreto Ministeriale 22 luglio 1996.*

Decreto del Ministero della Sanità 10 settembre 1998. *Aggiornamento del D.M. 6 marzo 1995 concernente l'aggiornamento del D.M. 14 aprile 1984 recante i protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità.*

Decreto Ministero della Sanità 28 maggio 1999, n. 329. *Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 29 aprile 1998 n.124.*

Circolare Ministero della salute prot. n. 12830/100/DGPS/4 del 08/10/2001. *D.M 22 luglio 1996-quesito prestazioni di oculistica.*

DPCM del 29 novembre 2001. *Definizione dei livelli essenziali di assistenza.*

Circolare del Ministero della Salute del 13 dicembre 2001, n.13. *Indicazioni per l'applicazione dei regolamenti relativi all'esenzione per malattie croniche e rare.*

Decreto 18 maggio 2004. ***Applicazione delle disposizioni di cui al comma 2 dell'art. 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, concernente la definizione dei modelli di ricettari medici standardizzati e di ricetta medica a lettura ottica.***

Circolare Ministero della Salute del 26/07/2006 n. 17030. ***D.M. 22 luglio 1996***

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 SSN. Allegato 1: Disciplinare tecnico della ricetta SSN e SASN.***

PNGLA 2010-2012

DM 09/12/2015. ***Condizioni di erogabilità e i criteri di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.***

Circolare Ministero della Salute. 0003012-P-25.3.2015.*"Prime indicazioni attualmente necessarie all'applicazione del decreto ministeriale 9.12.2015, recante "Condizioni di erogabilità e i criteri di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale".*

Circolare ministero della Salute. 0015141-P-16.5.2016. *Chiarimenti Circolare prot. 3012 del 25.3.2015. Punto 2.1. Indicazioni per i medici specialisti.*

DPCM 12/01/2017. Nuovi LEA. *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza,di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo30 dicembre 1992, n. 502.*

Circolare Ministero Salute 25 maggio 2017. *Assistenza Specialistica ambulatoriale e branche specialistiche. DGPROGS 0016275-P-25.5.2017*

PNGLA 2019-2021

Gruppo di lavoro:

Servizio SC Committenza Assistenza Ospedaliera e Specialistica.