

REPUBBLICA ITALIANA
REGIONE SICILIANA



ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica
Area Interdipartimentale 4 "Sistemi informativi, statistica, monitoraggi"
Telefono 091-7075634 fax: 091-7075650 mail areai4@regione.sicilia.it

Prot./Area Interd. 4/ n. 87154 Allegati Palermo, 13 NOV. 2014

Oggetto: Circolare n° 3 indicazioni operative per l'applicazione del DDG 1254 del 07/08/2014 "Avvio delle prescrizioni de-materializzate per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale su tutto il territorio della regione Sicilia"

Ai Direttori Generali

Ai Coordinatori dei Distretti

Aziende Sanitarie Provinciali, Ospedaliere

Universitarie, IRCCS

A Tutti i MMG e PLS

Alle Associazioni di Categoria delle Strutture Private
Accreditate

Ai Sindacati MMG e PLS

E p.c.

A SOGEI - **Roma**

Al Ministero Economia e Finanze – Dip. della Ragioneria
Generale dello Stato – Ispettorato Generale per la Spesa
Sociale – UFFICIO VI – **Roma**

LORO SEDI

Nella fase di avvio della dematerializzata è stata riscontrata l'emissione di un certo numero di prescrizioni con errori o campi non compilati, anomalie generate dai gestionali dei medici prescrittori non aggiornati in maniera corretta.

Per evitare disagi all'utenza, si dispone che per la fase di avvio possono essere accettate le prescrizioni in modalità dematerializzata in presenza delle seguenti anomalie, a condizione che l'erogazione avvenga entro la data del 31/01/2015:

- mancata valorizzazione dei campi sigla provincia e ASL di residenza;
- diagnosi non riportata (solo ricette emesse nei giorni 30 e 31 ottobre 2014);

- diagnosi riportata con il solo codice ICD-9-CM senza la descrizione;
- classe di priorità non riportata (ove previsto);
- tipo di accesso non riportato (ove previsto);
- ricette che non riportano i codici delle prestazioni ma solo la descrizione;
- prestazioni relative ai codici 897 o 8901 (visita generale e controllo) in cui avendo utilizzato i vecchi codici (validi fino al 31 Dicembre 2014) non è stato specificato il tipo di visita, da accettare nei casi in cui si evince dalla diagnosi;
- codici prestazioni ripetuti per la stessa ricetta ma con descrizione univoca che consente di individuare comunque le prestazioni da erogare (in tal caso, qualora la gestione tramite i web service del gestionale dell'erogatore comporti problemi di natura contabile, è possibile utilizzare la funzione di presa in carico disponibile nel SistemaTS e considerare il promemoria alla stregua di una ricetta rossa del SSN per la successiva fase di rendicontazione);
- dato informatico con qualche errore come il codice della prestazione ripetuto nel campo descrizione;
- ricette con riportata la S (suggerita), non seguita dalla sigla provinciale dell'ordine dei medici e numero di iscrizione del medico suggeritore

Relativamente al campo tipo di accesso, che nel promemoria è riportato nel campo altro, si raccomanda agli erogatori di inserirlo nel tracciato xml del comma 5 nel campo "tipo_accesso".

Tale segnalazione per evitare il ripetersi di errori (in quanto il campo altro del tracciato xml ha un significato diverso).

Prossimi controlli bloccanti che saranno inseriti in fase di prescrizione a decorrere dal 01/12/2014:

- Obbligo di compilazione dei campi sigla provincia e ASL di residenza con valori validi;
- Obbligo di riportare il codice delle prestazioni prescritte;
- Obbligo di compilare il campo disposizione regionale nei casi in cui sia stata barrata la casella S (prescrizione suggerita).

Per quanto riguarda i flussi C-M si ricorda che la normativa in vigore (DDG 858 del 14/05/2012 GURS 10-8-2012 e relativa circolare 1293 pubblicata nella stessa GURS) prevede, in alternativa al codice regionale, l'inserimento del CF del medico, da preferire in quanto univoco a livello nazionale e rilevato direttamente e con certezza dai dati informatici del SistemaTS.

Relativamente alle prestazioni di FKT e radioterapia innovativa, qualora erogate da strutture private le tariffe riportate nel nomenclatore in vigore dal 1-11-2014 devono essere scontate del 2% (si veda la tabella sul sito www.rssalute.it)

Per quanto riguarda i Medici prescrittori, si ricorda che la diagnosi (o quesito diagnostico) può essere riportata con il codice ICD-9-CM (nel promemoria deve essere riportato oltre al codice anche la relativa descrizione secondo la nomenclatura ufficiale della classificazione internazionale delle malattie ICD-9-CM) oppure, in alternativa (come già in uso per i certificati medici telematici), con un testo libero della lunghezza massima di 256 caratteri; nei casi in cui sia necessario riportare nella ricetta più di una diagnosi occorrerà obbligatoriamente utilizzare il testo libero.

Infine, si consiglia i Medici di prescrivere le prestazioni specialistiche in modalità dematerializzata solo dopo l'aggiornamento del gestionale, fermo restando che per tutti i casi in cui non sia possibile individuare in maniera univoca la/e prestazioni da prescrivere, si continuerà ad utilizzare la ricetta rossa.

IL DIRIGENTE DELL'AREA INTERDIP. 4
(Dr. Sergio Buffa)

IL DIRIGENTE GENERALE
(Dr. Salvatore Sammartano)

