

**LINEE GUIDA REGIONALI PER LA PRESCRIZIONE  
SPECIALISTICA DEMATERIALIZZATA**

Per la prescrizione specialistica dematerializzata è indispensabile che tutti i sistemi informativi di prescrizione, prenotazione ed erogazione (regionali, aziendali, della medicina convenzionata, delle strutture sanitarie del privato accreditato e con rapporto contrattuale con il SSR e del CUP regionale) siano allineati con i cataloghi regionali, in particolare con:

- il Nomenclatore Tariffario Regionale della Specialistica Ambulatoriale;
- il Catalogo regionale della Specialistica Ambulatoriale;
- il Catalogo Regionale delle Esenzioni.

Altro aspetto di fondamentale importanza riguarda la corretta gestione dell'anagrafica degli assistiti. A tale proposito si forniscono le seguenti indicazioni suddivise per tipologia di attori:

**MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA (MMG e PLS)**

I sistemi gestionali in uso devono provvedere all'aggiornamento/allineamento dei cataloghi regionali e dell'anagrafica assistiti:

per la parte anagrafica, in alternativa, tramite:

- o l'Add-On FSE che aggiorna in tempo reale le cartelle ambulatoriali relativamente ai dati anagrafici degli assistiti e delle relative esenzioni;
- o i servizi resi disponibili dall'ASUR sul portale riservato ai medici convenzionati (<http://giustoasur.sanita.marche.it>);
- o l'apposita funzionalità SAC: la documentazione tecnica è scaricabile dal Portale Sistema Tessera Sanitaria ([www.sistemats.it](http://www.sistemats.it)) nella sezione "Medici in rete" → "D.P.C.M. 26.03.2008 - Medici in rete" → "Documenti di progetto e specifiche tecniche" → "Documentazione di tipo generale e per l'utilizzo dei servizi web previsti dal progetto Medici in rete" → "Manuale di progetto e specifiche tecniche" nella 11<sup>a</sup> versione del Manuale (aggiornato al 01.03.2016), le istruzioni relative al "Servizio ausiliario: fornitura elenco assistiti" sono descritte a pagina 38.

per i cataloghi regionali, tramite il sito regionale degli "open data":

<http://goodpa.regione.marche.it/dataset/catalogo-regionale-delle-prestazioni-sanitarie-ambulatoriali> dove sono presenti:

- il Nomenclatore Tariffario Regionale della Specialistica Ambulatoriale;
  - il Catalogo regionale della Specialistica Ambulatoriale;
  - il Catalogo Regionale delle Esenzioni
  - le Tabelle di decodifica delle branche e delle discipline;
  - le Tabelle di correlazione del Catalogo con il Nomenclatore;
  - le Tabelle di decodifica delle patologie (codici ICD9-CM) correlate alle esenzioni;
- con la relativa documentazione di dettaglio.

### **ENTI SSR - MEDICI DIPENDENTI E SPECIALISTI AMBULATORIALI CONVENZIONATI**

I sistemi gestionali in uso devono essere integrati con i servizi ASR-EMPI che prevedono:

- il collegamento con l'Anagrafe Nazionale degli Assistiti (ANA-Sistema TS) e con l'Anagrafe Regionale Centralizzata degli Assistiti (ARCA);
- l'aggiornamento/allineamento dei cataloghi regionali.

### **STRUTTURE SANITARIE PRIVATE, ACCREDITATE E CON RAPPORTO CONTRATTUALE CON IL S.S.R. PER LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE**

I sistemi gestionali in uso alle strutture devono:

- allinearsi ai cataloghi regionali tramite collegamento al sito regionale degli "open data":  
<http://goodpa.regione.marche.it/dataset/catalogo-regionale-delle-prestazioni-sanitarie-ambulatoriali> con la relativa documentazione di dettaglio.
- risalire ai dati anagrafici dell'assistito dalla prescrizione dematerializzata nella fase di presa in carico della stessa. La presa in carico dovrà essere effettuata tramite l'integrazione dei propri sistemi gestionali con il Sistema di Accoglienza Regionale (SAR) o, in subordine, tramite l'applicativo web reso disponibile dalla Regione Marche all'indirizzo: <https://sar.sanita.marche.it/preroga>

Di seguito alcune precisazioni per le diverse fasi legate al ciclo della prescrizione - prenotazione - erogazione della ricetta dematerializzata per prestazioni di specialistica ambulatoriale:

## **PRESCRIZIONE**

Sono prescrivibili su ricetta SSN (cartacea o dematerializzata) le sole prestazioni presenti nel Nomenclatore Regionale della Specialistica Ambulatoriale. Le prestazioni sono puntualmente dettagliate nel collegato Catalogo Regionale della Specialistica Ambulatoriale.

La prescrizione specialistica dematerializzata non modifica le regole vigenti relative alla compilazione delle ricette che, pertanto, vengono confermate, ovvero:

- nella ricetta possono essere prescritte fino ad un massimo di 8 prestazioni per branca (nel caso della branca di Laboratorio analisi, il prelievo è escluso dal conteggio). Fanno eccezione le prestazioni di medicina fisica e riabilitazione che recano l'indicazione del ciclo, per le quali ciascuna ricetta può contenere fino a 3 cicli, fatte salve le specifiche patologie individuate dal D. M. 20.10.1998 "Individuazione delle patologie assoggettate a specifiche modalità prescrittive delle prestazioni ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione" per le quali la ricetta può contenere fino a un massimo di 6 cicli;
- la prescrizione di prestazioni afferenti a branche specialistiche diverse, richiede la compilazione di ricette distinte per branca;
- nella ricetta, non possono essere prescritte contestualmente prestazioni erogabili in regime di esenzione e prestazioni non esenti (es. nel caso di pazienti con esenzione per patologia cronica);
- nella ricetta, deve essere obbligatoriamente riportato il quesito o sospetto diagnostico inserendo la codifica ICD9-CM nel campo "codDiagnosi" e/o la descrizione della diagnosi/sospetto diagnostico, come testo libero, nel campo "descrizioneDiagnosi".

La deliberazione di Giunta regionale n. 808 del 29.09.2015 “Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica sottoposte a monitoraggio del Piano Nazionale Governo Liste di Attesa (PNGLA), per gli erogatori pubblici e privati della Regione Marche per gli anni 2015/2016” individua un insieme di azioni funzionali al raggiungimento dell’obiettivo di garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa, relativamente alla prima visita/accesso/esame (richiesti con classe di priorità U, B, D e P) con riferimento alle 43 prestazioni sottoposte a monitoraggio, nell’ambito del PNGLA.

Al fine di agevolare l’attività dei medici prescrittori, si evidenzia che le prestazioni rientranti nel monitoraggio dei tempi di attesa sono puntualmente contrassegnate nel Nomenclatore Regionale della Specialistica Ambulatoriale e nel Catalogo Regionale della Specialistica Ambulatoriale.

Pertanto, il medico prescrittore deve specificare, per tutte le prestazioni, la tipologia di accesso ovvero se trattasi di:

- prima visita/esame/accesso;
- visita/esame/accesso successivo (controllo, follow up);

Soltanto per le 43 prestazioni rientranti nel monitoraggio del PNGLA:

- qualora si tratti di una prima visita/esame/accesso il medico prescrittore dovrà indicare obbligatoriamente la classe di priorità (U, B, D, P).

Si evidenzia che, con la deliberazione di Giunta regionale n. 1012 del 08.09.2014 “Definizione dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) per priorità clinica di accesso per la garanzia dei tempi massimi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale” sono state individuate, per 19 delle 43 prestazioni sottoposte a monitoraggio dei tempi di attesa, specifiche situazioni cliniche che orientano il medico prescrittore nella individuazione della classe di priorità nel caso di primo accesso a queste prestazioni.

Al fine agevolare l’utenza, in particolare nei confronti degli assistiti non esenti, si precisa che, nel rispetto delle regole prescrittive, è possibile prescrivere in un’unica ricetta una delle 43 prestazioni PNGLA contestualmente ad altre prestazioni appartenenti alla stessa branca. In questo caso si precisa che, al momento della prenotazione, la classe di priorità sarà applicata soltanto a quella rientrante nelle 43 prestazioni PNGLA, mentre le altre prestazioni presenti nella ricetta seguiranno i consueti canali di prenotazione, sulla base della prima disponibilità.

Ovviamente, se la prescrizione riguarda più prestazioni rientranti nel PNGLA, le stesse potranno essere prescritte nella stessa ricetta qualora la branca specialistica e la classe di priorità siano le medesime.

La garanzia del rispetto dei tempi di attesa si riduce proporzionalmente con l’aumento del tempo intercorso tra la data di prescrizione e la data di prenotazione, pertanto, al momento della prescrizione, si invita il medico prescrittore a informare l’assistito, indipendentemente dalla classe di priorità indicata, dell’opportunità di effettuare la prenotazione delle prestazioni nel più breve tempo possibile.

Per produrre una ricetta dematerializzata il medico prescrittore deve potersi collegare, tramite il proprio applicativo al:

- a) Sistema di Accoglienza Centrale (**SAC**), qualora medico di assistenza primaria (MMG e PLS), usando le credenziali rilasciate dal SistemaTS già utilizzate per la prescrizione dematerializzata dei farmaci.
- b) Sistema di Accoglienza Regionale (**SAR**), qualora medico dipendente degli Enti del SSR o specialista ambulatoriale convenzionato, usando le credenziali assegnate dal sistema di identificazione Regionale Cohesion ovvero dal Sistema Pubblico di Identità Digitale (SPID).

Si evidenzia che il Sistema SAC consente di produrre una ricetta dematerializzata soltanto all'esito positivo delle verifiche circa la correttezza dei dati anagrafici (Codice Fiscale) e la coerenza delle altre codifiche, in particolare, quelle relative alle esenzioni per reddito. Si precisa, per i medici che si avvalgono del SAR, che sarà possibile produrre una ricetta dematerializzata soltanto all'esito positivo delle verifiche effettuate dal SAC. I controlli effettuati dal Sistema SAC possono evidenziare per ogni informazione della ricetta dematerializzata avvisi e/o errori bloccanti. Gli avvisi consentono, comunque, di produrre la ricetta dematerializzata, mentre gli errori bloccanti non lo permettono.

Qualora il medico prescrittore, dopo aver stampato il promemoria, ritenga di dover apportare modifiche alla prescrizione dematerializzata, dovrà produrre una nuova ricetta dematerializzata, annullando necessariamente quella precedente. Non è possibile apportare correzioni manuali nel promemoria, seppure controfirmate. Il promemoria è una copia cartacea dell'originale elettronico, serve soltanto a recuperare il Numero Ricetta Elettronico (NRE) e il Codice Fiscale (CF) dell'assistito, lo stesso ha valore legale soltanto nel caso in cui l'erogatore non riesca a collegarsi telematicamente al Sistema SAC (tramite il Sistema regionale SAR) per recuperare i dati della prescrizione.

### **PRESCRIZIONE PRESTAZIONI CD "SEQUENZIALI"**

Nel caso di prescrizione di una prestazione che deve essere effettuata soltanto in particolari condizioni, derivanti dall'esito di un'altra prestazione (es. urinocultura e antibiogramma), il medico prescrittore può inserire nella stessa ricetta dematerializzata entrambe le prestazioni, specificando la condizione di erogabilità della "seconda" prestazione nella nota testuale prevista nel campo descrTestoLiberoNote (es. "da effettuarsi solo nel caso in cui ...").

La seconda prestazione potrà essere registrata dall'erogatore soltanto se effettivamente erogata. Qualora non si verifichi la condizione indicata dal medico, l'erogatore procederà alla chiusura parziale della ricetta dematerializzata, considerando la ricetta completamente erogata. L'erogazione delle prestazioni subordinate a specifiche condizioni sarà oggetto di specifico monitoraggio.

### **PRESTAZIONI AD ACCESSO DIRETTO**

Gli Accordi Collettivi Nazionali (ACN) della medicina convenzionata prevedono che gli assistiti possono accedere nelle strutture pubbliche, senza la richiesta del medico curante, per le seguenti specialità:

- Odontoiatria;
- Ostetricia e ginecologia;

- Pediatria (limitatamente agli assistiti non in carico a un PLS);
- Psichiatria;
- Oculistica (limitatamente alle prestazioni optometriche).;
- Neuropsichiatria infantile.

In questo caso, sarà il medico della struttura pubblica a prescrivere direttamente le prestazioni effettuate, compilando la relativa ricetta SSN, cartacea o dematerializzata.

### **MALATTIE CRONICHE E INVALIDANTI**

Nel caso di assistiti esenti per patologie croniche e invalidanti di cui al D. M. 329/1999, come integrate dal DPCM 12.01.2017 relativo ai nuovi LEA, la Circolare del Ministero della Salute n. 17709-P del 08.06.2017 precisa che "... le visite necessarie a monitorare la malattia devono intendersi quali visite di controllo identificate dal codice 89.01 e, pertanto, l'assistito ha diritto alle visite specialistiche di controllo necessarie al monitoraggio della malattia e delle sue complicanze e alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti, anche se accede per la prima volta a una struttura e/o a una disciplina specialistica diversa da quella di riferimento per la diagnosi della malattia esente. Viceversa, qualora debba effettuare una visita non riferita alla malattia esente o alle sue complicanze è tenuto al pagamento del ticket".

La stessa circolare precisa che "con l'entrata in vigore del Nuovo Nomenclatore della specialistica ambulatoriale e dei pacchetti ambulatoriali definiti nell'Allegato 8 al DPCM 12.01.2017, il codice 89.01 sarà sostituito da quelli previsti per le specifiche visite di controllo (da 89.01 a 89.01.Y) e quindi la visita di controllo "necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti" sarà identificata dal medico prescrittore con il relativo codice in riferimento alla specifica visita utile in relazione alle necessità assistenziali del paziente".

### **PRESTAZIONI ESCLUSE DALLA DEMATERIALIZZAZIONE**

Nel Nomenclatore regionale della Specialistica Ambulatoriale, come specificato dalla deliberazione di Giunta regionale n. 193/2015, sono presenti anche le prestazioni erogabili esclusivamente dai Centri di riabilitazione accreditati ex art. 26 della Legge 833/1978, precisamente:

CODICE	DESCRIZIONE
93.20.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI INDIVIDUALI
93.20.2	PRESTAZIONI AMBULATORIALI PICCOLI GRUPPI
93.20.3	PRESTAZIONI AMBULATORIALI INDIVIDUALI (ETA' EVOLUTIVA)
93.20.4	PRESTAZIONI AMBULATORIALI PICCOLI GRUPPI (ETA' EVOLUTIVA)
93.21.1	PRESTAZIONI DOMICILIARI
93.21.2	PRESTAZIONI DOMICILIARI (ETA' EVOLUTIVA)
93.21.6	AMBULATORI EXTRA MURALI
93.21.7	AMBULATORI EXTRA MURALI (ETA' EVOLUTIVA)

trattasi di prestazioni riabilitative ambulatoriali complesse caratterizzate dalla multi-professionalità delle competenze necessarie al trattamento di disabilità importanti. Queste

prestazioni, fanno riferimento a un diverso livello assistenziale e sono erogate a totale carico del S.S.N., pertanto, le stesse vanno prescritte sulla ricetta cartacea SSN restando attualmente escluse dal processo di dematerializzazione.

#### **MALFUNZIONAMENTI SAC/SAR - PRESCRITTORE**

Qualora il medico prescrittore, a causa di malfunzionamenti del proprio sistema gestionale oppure del Sistema SAC/SAR, fosse impossibilitato a prescrivere in modalità dematerializzata, dovrà utilizzare il ricettario cartaceo SSN.

#### **SUPPORTO RICETTA SPECIALISTICA DEMATERIALIZZATA**

I medici convenzionati (MMG, PLS e Specialisti Ambulatoriali) possono fare riferimento al servizio "Infodematerializzata", attivato dall'ASUR in occasione dell'avvio della prescrizione farmaceutica dematerializzata, organizzato in ogni Area Vasta con personale dedicato.

## PRENOTAZIONE

La prenotazione delle prescrizioni specialistiche dematerializzate, per essere valida, deve essere regolarmente registrata sul Sistema SAC (anche utilizzando il SAR) tramite la funzione di “presa in carico”. Questa modalità operativa, bloccando sul SAC la prescrizione, consente di eliminare la possibilità di fare doppie prenotazioni su più erogatori utilizzando lo stesso promemoria e contribuisce a migliorare la gestione dei tempi di attesa.

Quando l’assistito si presenta allo sportello, l’operatore CUP rileverà dal promemoria il Numero Ricetta Elettronica (NRE) e il Codice Fiscale (CF) dell’assistito, anche attraverso la lettura automatica dei relativi codice a barre. Nel caso di prenotazione telefonica, l’operatore dovrà chiedere all’assistito il NRE e il CF. Una volta acquisiti NRE e CF, l’applicativo CUP potrà effettuare la presa in carico della ricetta dematerializzata.

Al fine di evitare disagi agli assistiti al momento della prenotazione è di fondamentale importanza che le agende siano coerenti con le descrizioni delle prestazioni presenti nel Catalogo regionale della Specialistica ambulatoriale, come risultanti nel promemoria.

Il CUP e le strutture sanitarie private accreditate e con rapporto contrattuale con il SSR devono garantire, ove possibile, la prenotazione delle 43 prestazioni PNGLA entro i termini previsti dalla normativa per la classe di priorità riportata nella prescrizione. La scelta della classe di priorità compete esclusivamente al medico prescrittore, è fatto espresso divieto di rimandare l’assistito dal medico prescrittore per cambiare la classe di priorità.

Nel caso in cui non fosse possibile soddisfare una richiesta per mancanza di disponibilità nell’agenda dedicata alla classe di priorità riportata nella ricetta, l’operatore CUP dovrà proporre al paziente l’inserimento nell’agenda della classe di priorità successiva.

Si precisa che la data da cui decorrono i giorni per garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa è la data in cui l’utente si rivolge al CUP/Struttura per la prenotazione delle prestazioni e non la data della prescrizione.

Il sistema CUP, al momento della prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, deve registrare se l’assistito accetta/non accetta la prima data di prenotazione disponibile assegnata dal CUP al fine di consentire della rilevazione delle informazioni utili per l’adempimento relativo alla “Garanzia dei tempi massimi di attesa”.

Nelle situazioni di rinuncia dell’assistito all’erogazione delle prestazioni contenute nella prescrizione dematerializzata, è obbligatorio annullare la presa in carico rendendo così possibile la presa in carico da parte di altra struttura su tutto il territorio nazionale.

Qualora una prescrizione, cartacea o dematerializzata, preveda più prestazioni della stessa branca - di cui una rientrante nel monitoraggio del PNGLA - le prestazioni possono essere erogate presso la medesima struttura in tempi diversi. Si evidenzia che la classe di priorità è applicabile alle sole prestazioni rientranti nel monitoraggio del PNGLA. Sarà cura degli operatori

CUP organizzare le prenotazioni delle diverse prestazioni cercando di evitare, per quanto possibile, disagi agli assistiti.

Si evidenzia, nel caso di assistiti non esenti, che la compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket + quota fissa) fa riferimento alla singola ricetta (dematerializzata o cartacea) a prescindere dal fatto che le prestazioni prescritte siano, per ragioni organizzative, prenotate/erogate in date diverse.

### **CORRETTA IDENTIFICAZIONE DELLE PRESTAZIONI DA PRENOTARE**

Le ricette dematerializzate richiedono già in fase di prescrizione:

- l'inserimento del codice della prestazione, sia secondo il Nomenclatore Regionale che secondo il Catalogo regionale della Specialistica Ambulatoriale;
- la descrizione testuale più dettagliata della prestazione come ricavabile dal Catalogo regionale della Specialistica Ambulatoriale.

Le ricette dematerializzate prescritte in ambito regionale fanno tutte riferimento al Nomenclatore Regionale ed al Catalogo Regionale della Specialistica Ambulatoriale e, pertanto sono agevolmente identificabili.

Nel caso di ricette dematerializzate prescritte fuori regione, per la corretta identificazione delle prestazioni da prenotare, il Sistema SAC/SAR transcodifica il codice nomenclatore della Regione di prescrizione e lo restituisce nel campo CodNomencINaz con le seguenti tipologie:

- CODICE PRESTAZIONE NAZIONALE: qualora si tratti di prestazioni codificate a livello nazionale;
- NONCODIF: qualora si tratti di prestazioni rientranti nei LEA ma che non hanno una codifica nazionale;
- LAR: prestazioni relative a Livelli Aggiuntivi Regionali.

Nel caso di prestazioni NONCODIF l'operatore CUP dovrà, tramite la descrizione della prestazione prescritta, individuare la prestazione da prenotare, secondo il Catalogo Regionale della Specialistica Ambulatoriale.

Nel caso di prestazioni LAR, a meno di specifici accordi interregionali per il riconoscimento di queste prestazioni in regime di mobilità interregionale, l'operatore CUP dovrà informare l'assistito che tale prestazione può essere erogata soltanto nella Regione dove è stata prescritta.

### **VALIDITA' DELLA RICETTA**

Il termine di validità tra la data di prescrizione specialistica cartacea/dematerializzata e la data di prenotazione (presa in carico per la ricetta dematerializzata) è stabilita in **6 mesi** dalla data di prescrizione. Gli assistiti devono provvedere a prenotare le visite/prestazioni entro tale periodo. Una volta prenotata, la prescrizione resta valida fino alla data di erogazione delle prestazioni.

Per le prescrizione relative alla visita/esame/accesso successivo, ovvero i controlli, il termine di validità è stabilito in **12 mesi**, al fine di consentire la spendibilità della prescrizione per le prestazioni a libero accesso (es. Laboratorio analisi).



## EROGAZIONE

Per erogare le prestazioni di una ricetta specialistica dematerializzata, le strutture della Regione Marche, siano esse pubbliche che private accreditate e con rapporto contrattuale con il S.S.R., devono potersi collegare al SAR (e, conseguentemente al SAC), usando le credenziali assegnate dal sistema di identificazione Regionale Cohesion ovvero del Sistema Pubblico di Identità Digitale (SPID).

Si richiama l'attenzione sull'importanza della corretta gestione delle ricette dematerializzate. E' fondamentale che la struttura erogante, a seguito della "presa in carico" della ricetta dematerializzata, avvenuta al momento della prenotazione, o nel caso di prestazioni a libero accesso (es. Laboratorio analisi) al momento dell'accettazione, provveda, una volta erogate le prestazioni, alla chiusura - totale o parziale - della ricetta dematerializzata comunicandola tempestivamente al sistema SAC/SAR.

Al termine dell'erogazione delle prestazioni contenute in una prescrizione dematerializzata è necessario comunicare al Sistema SAC/SAR la chiusura dell'erogazione. La chiusura può far riferimento a tutte le prestazioni prescritte o a parte di esse, ad esempio quando l'assistito abbia espresso la volontà di non usufruire di tutte le prestazioni o nel caso delle prestazioni "sequenziali". Il termine ultimo entro il quale si deve provvedere alla chiusura della ricetta dematerializzata è stabilito nel giorno 10 del mese successivo, dalla data di erogazione dell'ultima prestazione erogata. Si evidenzia che può essere soltanto la struttura che risulta aver preso in carico la ricetta dematerializzata a provvedere alla "chiusura" della stessa, registrando i dati di erogazione delle prestazioni contenute nella prescrizione.

Si precisa che il Sistema SAC/SAR non consente di registrare l'erogazione di prestazioni con data/orario di erogazione uguale o precedente alla data/orario di presa in carico della relativa prescrizione dematerializzata.

### **CORRETTA IDENTIFICAZIONE DELLE PRESTAZIONI DA EROGARE**

Le ricette dematerializzate prescritte in ambito regionale fanno tutte riferimento al Nomenclatore Regionale ed al Catalogo Regionale della Specialistica Ambulatoriale e, pertanto sono agevolmente identificabili.

Nel caso di ricette dematerializzate prescritte fuori regione, sulla base della transcodifica effettuata dal Sistema SAC/SAR, come visualizzato nel campo CodNomenciNaz, l'erogatore potrà agevolmente identificare le prestazioni da erogare.

Nel caso di prestazioni NONCODIF l'erogatore sulla base della prestazione prenotata o, nel caso di accesso diretto, tramite la descrizione della prestazione (come risultante dal Catalogo della Regione di prescrizione), potrà individuare la prestazione da erogare e registrare l'erogazione nel Sistema SAC/SAR secondo il Nomenclatore/Catalogo della Regione Marche. In questo caso l'erogatore non dovrà compilare il campo flagErog, altrimenti il Sistema SAC/SAR blocca l'erogazione.

Nel caso di prestazioni LAR (Livelli Aggiuntivi Regionali) si evidenzia che, a meno di specifici accordi interregionali per il riconoscimento di queste prestazioni in regime di mobilità interregionale, le stesse possono essere prescritte ed erogate soltanto nella Regione dove sono state istituite.

### **VARIAZIONE DELLE PRESTAZIONI IN FASE DI EROGAZIONE**

Per le ricette dematerializzate - prescritte ed erogate nella Regione Marche - in casi strettamente necessari, al fine di evitare disagi all'assistito, è possibile per la struttura erogante sostituire la prestazione prescritta con una diversa prestazione, purché appartenente alla stessa branca specialistica (es. "TAC torace" e "TAC torace senza e con contrasto"). In questo caso l'erogatore deve obbligatoriamente inserire nel campo flagErog il valore V.

Si evidenzia che la variazione della prestazione erogata, secondo la modalità suindicata, è consentita dal SAC/SAR soltanto se le prestazioni appartengono alla stessa branca specialistica e soltanto per le prestazioni - prescritte ed erogate - nella stessa Regione. Le eventuali variazioni effettuate dagli erogatori saranno oggetto di specifico monitoraggio.

**PER LE PRESTAZIONI EROGATE IN REGIME DI MOBILITÀ SANITARIA, È ESCLUSA LA POSSIBILITÀ DI VARIARE LE PRESTAZIONI IN FASE DI EROGAZIONE.**

### **INTEGRAZIONE PRESTAZIONI IN FASE DI EROGAZIONE**

L'unica possibilità consentita all'erogatore di integrare le prestazioni di una prescrizione specialistica dematerializzata riguarda i prelievi per la branca di Laboratorio analisi, qualora non fossero inseriti nella prescrizione. Di seguito sono riepilogate le diverse tipologie di prelievo:

Nomenclatore	Codice	Descrizione
N	91.48.4	PRELIEVO CITOLOGICO
N	91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO
N	91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE
N	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
N	91.49.3	PRELIEVO MICROBIOLOGICO

I prelievi vanno inseriti e tariffati una sola volta, a prescindere dal numero di ricette relative al singolo accesso dell'assistito, con la sola eccezione degli esami ripetuti (es. tempo di protrombina PT) o della eventuale coesistenza di diverse tipologie di prelievo (es. prelievo di sangue venoso e prelievo microbiologico).

### **PRESTAZIONI AGGIUNTIVE PRESCRITTE DALLO SPECIALISTA**

Il medico specialista (dipendente o convenzionato) operante presso una struttura pubblica, prescrive direttamente le ulteriori prestazioni ritenute necessarie per il completamento dell'iter diagnostico, senza rimandare l'assistito dal medico di famiglia (MMG/PLS) per la trascrizione della prescrizione.

### **CAMPI OBBLIGATORI DA COMPILARE IN FASE DI EROGAZIONE**

Il medico/struttura, al momento della registrazione delle prestazioni erogate, nel caso delle 43 prestazioni rientranti nel monitoraggio del PNGLA, deve compilare obbligatoriamente i campi “garanziaTempiMax” e “dataPrenotazione”.

### **VALIDITA' DELLE ESENZIONI**

La Circolare del Ministero della Sanità n. 100/SCPS/15.162 del 08.02.1994 “Applicazione dell’art. 8 della Legge 24.12.1993, n. 537 - Interventi correttivi di finanza pubblica” specifica per quanto attiene le esenzioni per età e reddito che “il diritto all’esenzione è accertato dal medico prescrittore, pertanto esso opera con riguardo alla data della prescrizione e non alla data di spedizione della ricetta”.

Pertanto, il requisito dell’età e del reddito individuato dal legislatore deve sussistere con riferimento alla data di prescrizione e non alla data in cui la prestazione viene effettivamente resa, legata quest’ultima alla classe di priorità indicata dal medico. Ad ulteriore conferma di quanto affermato, si evidenzia che le prescrizioni dematerializzate non possono essere modificate in fase di erogazione.

### **MANCATO INSERIMENTO DELL’ESENZIONE NELLA RICETTA DEMATERIALIZZATA**

Nei casi in cui la ricetta dematerializzata non riporti alcuna esenzione e l’assistito dichiara di averne diritto, in fase di prenotazione/accettazione si deve invitare l’assistito a recarsi dal medico prescrittore per l’emissione di una nuova ricetta riportante l’esenzione corretta.

Il medico prescrittore verificate, mediante l’applicativo in uso, le esenzioni dell’assistito provvede all’annullamento della ricetta errata ed emette una nuova ricetta dematerializzata riportante l’esenzione.

Per agevolare l’assistito, potrà essere il medico della struttura pubblica alla quale l’assistito si è rivolto per l’erogazione della prestazione, ad emettere, previa verifica, una nuova ricetta (cartacea/dematerializzata) riportante il corretto codice di esenzione. Rimane in capo all’assistito la segnalazione dell’incongruenza al proprio medico e la necessità che lo stesso provveda ad annullare la prescrizione dematerializzata originale.

### **MALFUNZIONAMENTI SAC/SAR - EROGATORE**

Qualora l’erogatore, a causa di malfunzionamenti propri oppure del Sistema SAC/SAR, fosse impossibilitato ad accedere ai dati telematici della prescrizione dematerializzata, dovrà far riferimento a quanto indicato nel promemoria cartaceo presentato dall’assistito. L’erogatore, al termine del malfunzionamento, è tenuto a trasmettere telematicamente i dati dell’avvenuta erogazione sul promemoria cartaceo il prima possibile ed in maniera differita rispetto alla reale erogazione, secondo quanto stabilito nel Manuale Utente e nelle Specifiche tecniche pubblicate nel sito regionale <https://sar.sanita.marche.it/preroga>

### **FLUSSO MENSILE SPECIALISTICA AMBULATORIALE (FILE C)**

In attesa di ulteriori disposizioni da parte del MEF, gli erogatori dovranno obbligatoriamente provvedere alla trasmissione dei dati delle ricette specialistiche dematerializzate con il flusso mensile ex art. 50 della Legge 269/2003 (File C).