

CENTRO STUDI FIMMG ROMA

VADEMECUM NUOVA RICETTA

USO DEL RICETTARIO

Il ricettario è destinato alla prescrizione di prestazioni sanitarie:

- a- Con onere a carico del SSN erogate sia presso strutture a gestione diretta che accreditate
- b- Con onere a carico di istituzioni estere in base alle norme comunitarie o altri accordi bilaterali di sicurezza sociale per gli assicurati, cittadini stranieri o italiani, residenti o in temporaneo soggiorno in Italia, forniti di Tessera europea di assicurazione malattia o documento equivalente
- c- Con onere a carico del Ministero della Salute, per il personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile

L'impiego dei ricettari per la prescrizione o proposta di prestazioni erogabili dal SSN è riservata ai medici dipendenti da servizio medesimo o con lo stesso convenzionati, nell'ambito dei rispettivi compiti istituzionali. La ricetta ha validità di trenta giorni ed è utilizzabile su tutto il territorio nazionale per le prescrizioni specialistiche e diagnostiche, mentre per le prescrizioni farmaceutiche è spedibile solo presso le farmacie ubicate nel territorio della regione.

NORME GENERALI SULLA COMPILAZIONE

La lettura ottica del ricettario richiede una compilazione scrupolosa. Non è possibile operare correzioni. In caso di errori la ricetta va rifatta totalmente. Inoltre lo stesso ricettario va conservato con la massima cura al fine di evitare lacerazioni, abrasioni o macchie che possono pregiudicare la lettura ottica. L'impiego di procedure informatiche e di relative stampanti laser o a getto d'inchiostro facilitano fortemente la prescrizione per cui se ne consiglia vivamente il loro utilizzo.

Risulta di fondamentale importanza:

- a- usare esclusivamente penne stilografiche o a sfera ad inchiostro nero
- b- scrivere con la massima chiarezza e semplicità
- c- in ogni casella deve essere riportato un solo carattere
- d- ciascun carattere deve occupare solo lo spazio bianco all'interno della casella e non oltrepassare i limiti della stessa
- e- non legare i caratteri tra di loro
- f- non operare cancellature o correzioni
- g- non utilizzare linee, punti o barrature tra i caratteri

- h- non barrare o annullare le caselle non utilizzate ad esclusione di quelle riservate alle note Aifa che devono essere barrate in caso di mancata utilizzazione
- i- la biffatura o la barratura delle caselle è effettuata apponendo un segno evidente all'interno del cerchio non oltrepassando i limiti della casella

NORME SPECIFICHE PER LA COMPILAZIONE

Il tagliando autoadesivo, che dovrebbe essere consegnato ai prescrittori insieme al ricettario, (per coprire i dati identificativi del paziente esclusivamente nelle prescrizioni farmaceutiche), non va utilizzato dal medico, ma messo a disposizione degli assistiti per un eventuale utilizzo a loro discrezione.

Dati identificativi del paziente (area A vedi fac simile):

- a- codice fiscale: va sempre compilato; viene rilevato dagli attuali tesserini emessi dalle Asl o dalla futura tessera sanitaria del Ministero dell'economia e finanze; può essere stampato in formato a barre nello spazio appositamente riservato qualora i prescrittori utilizzano elaboratori elettronici che lo consentano
- b- codice STP: va sempre riportato; viene rilevato dai tesserini rilasciati per gli stranieri temporaneamente presenti sul territorio; viene assegnato dall'Asl di competenza territoriale
- c- nome e cognome: va compilato in chiaro o con le iniziali
- d- domicilio: va compilato nei casi previsti dalla legge

Quest' area non va compilata nel caso di soggetti assicurati da istituzioni estere, nel cui caso va utilizzato il retro della ricetta.

Sigla provincia e codice ASL (area B vedi fac simile):

Per gli assistiti del SSN, va compilata esclusivamente, soltanto quando l'Asl di competenza dell'assistito (rilevabile dal tesserino o eventuale tessera sanitaria) non coincida con quella del medico prescrittore, con le seguenti modalità:

- a- riportare solo il codice Asl quando sia il medico prescrittore che l'assistito appartengono ad Asl diverse ma della stessa regione; nel caso di Asl diverse ma appartenenti allo stesso comune (ad es. Roma) tale codice non va riportato per cui il campo non va compilato
- b- riportare il codice Asl e la sigla automobilistica della provincia nel caso che il medico prescrittore e l'assistito appartengono ad Asl di regioni diverse.

Nota bene: il codice Asl non corrisponde a quelli attuali riportati sui tesserini ma viene dedotto da un apposito elenco.

Nel Lazio i nuovi codici, che sostituiranno le vecchie denominazioni, sono i seguenti:

Vecchio-----> Nuovo (Provincia e codice Asl)

RM/A-----> RM 101

RM/B-----> RM 102

RM/C-----> RM 103

RM/D-----> RM 104

RM/E-----> RM 105

RM/F-----> RM 106

RM/G-----> RM 107

RM/H-----> RM 108

VT -----> VT 109

RI -----> RI 110

LT -----> LT 111

FR -----> FR 112

Esenzione (area C vedi fac simile)

Esenzione farmaceutica

La barratura da parte del medico della lettera **N**, indica l'assenza del diritto all'esenzione e la compartecipazione alla spesa nella misura massima prevista per la farmaceutica (1 €/pezzo fino ad un massimo di 2 €/ricetta) oltre all'eventuale differenza dal prezzo di riferimento.

L'assenza di barratura della lettera **N** con apposizione dei codici nazionali di esenzione per le categorie previste indica il diritto dell'assistito all'esenzione.

Nel caso di pazienti affetti da patologie croniche e invalidanti viene trascritto dal medico il codice di esenzione preceduto dallo **O** (es. 013) che permette la multiprescrizione di tre pezzi a ricetta dei farmaci correlati alla patologia esente ed eventualmente assoggettata alla compartecipazione parziale alla spesa quale differenza dal prezzo di riferimento.

Le stesse modalità sono previste con il relativo codice per le malattie rare.

Le esenzioni per reddito delle categorie previste dalla DGR n.34 del 15.01.02, relative agli assistiti titolari di: assegni sociali di cui all'art.3 comma 6 L.335/95 e pensioni sociali di cui all'art.26 L.153/69 indicati con E03, e titolari di trattamenti pensionistici di cui all'art.1 L.544/88 indicati con E04 nel tesserino di esenzione rilasciato dalle Asl verranno indicate con il codice **E03** ed **E04** non barrando né la casella N, né la casella R e prescrivendo al massimo due pezzi per ricetta.

L'indicazione della lettera **G** (guerra) da parte del medico (**G01** dalla 1° alla 5° categoria - **G02** dalla 6° alla 8° categoria), indica esenzione totale dalla compartecipazione alla spesa con possibilità di prescrivere al massimo due pezzi per ricetta. Per la concessione di farmaci di classe C agli assistiti predetti il medico scriverà, controfirmando, "legge 203/2000" o qualora fosse introdotto, il relativo codice.

Sono esentate dalla compartecipazione alla spesa anche le categorie di invalidi civili (**C**), (**C01-C02-C04-C05-C06**); per servizio (**S**), (**S01**); per

lavoro **(L)**, **(L01)** e altre indicate con i codici: **N01**; **V01**; **F01**; anche in questi casi si può prescrivere al massimo due pezzi per ricetta.

Per l'assistenza integrativa erogata dalla Regione Lazio il medico indicherà nelle ultime tre caselle dell'esenzione) i caratteri **INT** preceduti dal codice nazionale dell'esenzione per gli aventi diritto. Per il presidi e gli ausili gli assistiti interessati saranno indicati con i codici: **G01INT – GO2INT - CO1INT – LO1INT – SO1INT**. In analogia per le patologie croniche o rare si avrà: **O13INT** etc.

La prescrizione di farmaci stupefacenti con il ricettario distribuito dall'Ordine dei medici e con il ricettario ministeriale consegnato dalle Asl sono esentate dalla compartecipazione alla spesa.

Esenzione prestazioni specialistiche

In assenza del diritto dell'assistito alla esenzione alla partecipazione della spesa per invalidità, patologia cronica, malattia rara o per altra condizione, il medico prescrittore deve barrare la casella contrassegnata dalla lettera **[N]**. L'indicazione dell'esenzione, in relazione al reddito, con riferimento alle categorie sotto indicate, viene effettuata direttamente dall'assistito al momento dell'erogazione della prestazione, mediante l'annullamento della casella contrassegnata dalla lettera **[R]**, con l'obbligo di firma autografa nello spazio contiguo.

Condizioni economiche [E]

[E01] Assistiti di età minore di 6 e maggiore di 65 anni, con reddito familiare lordo complessivo inferiore a 36.151,98 Euro (ex art. 8 comma 16 L. 537/93 e successive modifiche ed integrazioni);

[E02] Disoccupati e loro familiari a carico con reddito familiare inferiore a Euro 8.263,31, incrementato a euro 11.362,05 se con coniuge a carico, e incrementato di Euro 516 per ogni figlio a carico (ex art. 8 comma 16 L. 537/93 e successive modifiche ed integrazioni);

[E03] Titolari di assegno (ex pensione) sociale e loro familiari a carico (ex art. 8 comma 16 L. 537/93 e successive modifiche ed integrazioni);

[E04] Titolari di pensione al minimo ultrasessantenni e loro familiari a carico con reddito familiare inferiore a Euro 8.263,31, incrementato a Euro 11.362,05 se con coniuge a carico, e incrementato di Euro 516 per ogni figlio a carico (ex art. 8 comma 16 L. 537/93 e successive modifiche ed integrazioni).

Esenzioni per patologie croniche ed invalidanti D.M. 329/99 e D.M.296/01*) [O]*

Il medico prescrittore è tenuto a riportare nel riquadro " Codice Esenzione" le prime tre cifre del codice (compreso tra 001 e 056) della patologia per cui il paziente usufruisce dell'esenzione.

Esenzioni per malattie rare (D.M. N.279/01*) **[R]**

Il medico prescrittore è tenuto a riportare nel riquadro "Codice esenzione" l'intero codice a 6 caratteri della patologia per cui il paziente usufruisce dell'esenzione (R + cinque caratteri). [R99]: nel caso di prestazioni richieste su sospetto diagnostico di malattia rara

Esenzioni per invalidità **[G],[S],[L],[C],[M],[B],[T],[I],[P],[D],[N],[V],[F]**

In caso di esenzione riferita ad invalidità, il medico prescrittore è tenuto a riportare, allineando a sinistra, nel riquadro "Codice esenzione", le seguenti codifiche associate alle condizioni di invalidità:

Invalidi di guerra **[G]**

G01: Invalidi di guerra con pensione diretta vitalizia (dalla 1[^] alla 5[^] categoria) e deportati in campo di sterminio (ex art.6 comma 1 lettera a D.M. 01/02/1991).

G02: Invalidi di guerra (dalla 6[^] alla 8[^] categoria) (ex art.6 comma 2 lettera a DM 01/02/1991).

Invalidi per servizio **[S]**

S01: Grandi invalidi per servizio (1[^] categoria) – titolari di specifica pensione - (ex art.6 comma 1 lettera c D.M. 01/02/1991).

S02: Invalidi per servizio (dalla 2[^] alla 5[^] categoria) (ex art.6 comma 1 lettera c D.M. 01/02/1991).

S03: Invalidi per servizio (dalla 6[^] alla 8[^] categoria) (ex art.6 comma 2 lettera d D.M. 01/02/1991) per prestazioni correlate alla patologia invalidante.

S04: Obiettori di coscienza in servizio civile (ex art.6 comma 1 L.230/98).

Invalidi del lavoro **[L]**

L01: Grandi invalidi del lavoro - dall'80% al 100% di invalidità - (ex art.6 comma 1 lettera b D.M. 01/02/1991).

L02: Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa maggiore di 2/3 - dall'67% al 79% di invalidità - (ex art.6 comma 1 lettera b D.M. 01/02/1991).

L03: Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa inferiore ai 2/3 - dall'1% al 66% di invalidità - (ex art.6 comma 2 lettera b D.M. 01/02/1991) limitatamente alle prestazioni correlate alla patologia invalidante.

L04: Infortunati sul lavoro o affetti da malattie professionali (ex art.6 comma 2 lettera c D.M. 01/02/1991) limitatamente alle prestazioni correlate alla patologia invalidante.

Invalidi civili **[C]**

C01: Invalidi civili al 100% di invalidità senza indennità di accompagnamento (ex art.6 comma 1 lettera d D.M. 01/02/1991).

C02: Invalidi civili al 100% di invalidità con indennità di accompagnamento (ex art.6 comma 1 lettera d D.M. 01/02/1991).

C03: Invalidi civili con riduzione della capacità lavorativa maggiore di due terzi - dal 67% al 99% di invalidità - (ex art.6 comma 1 lettera c D.M. 01/02/1991).

C04: Invalidi civili minori di 18 anni con indennità di frequenza ex art.1 L. 289/90 (ex art.5 comma 6 D.L.vo 124/98).

C05: Ciechi assoluti o con residuo visivo non superiore a 1/10 in entrambi gli occhi - con eventuale correzione - riconosciuti dall'apposita Commissione invalidi civili ciechi - ai sensi dell' art.6 comma 1 lettera f D.M. 01/02/1991- (ex art. 6 L. 482/68 come modificato dalla L. n. 68/99)

C06: Sordomuti dalla nascita o da prima dell'apprendimento della lingua parlata - ai sensi dell' art.6 comma 1 lettera f D.M. 01/02/1991- (ex art. 7. L. 482/68 come modificato dalla L. n. 68/99).

Donne in stato di gravidanza e tutela della maternità **[M]**

M00: esente per stato di gravidanza in epoca preconcezionale, protocollo diagnostico di cui al D.M. 10/09/1998;

M01 - M41: esenzione per prestazioni previste dal protocollo diagnostico di cui al D.M. 10/09/1998 dalla prima alla quarantunesima settimana di gravidanza ordinaria (indicare la lettera [M]+ due cifre corrispondenti alla settimana di gestazione dalla 01 alla 41)

M99: esenzione per prestazioni previste dal protocollo diagnostico, di cui al D.M. 10/09/1998, in gravidanza ordinaria, in caso di non esatta quantificazione da parte del MMG della settimana di gestazione

M50: esenzione per stato di gravidanza in gravidanza a rischio, protocollo diagnostico di cui al D.M. 10/09/1998.

[B01]

Prestazioni diagnostiche a soggetti a rischio di infezioni da HIV
(ex art.1 comma 5 lettera b D.L.vo 29 aprile 1998 n.124)
Soggetti donatori [T]

[T01]: Prestazioni specialistiche correlate all'attività di donazione (ex art. 1 comma 5, lettera c D.L.vo 29 aprile 1998 n. 124).

[I01]: Prestazioni richieste per il rilascio di certificati di idoneità alla pratica sportiva, all'adozione e affidamento, allo svolgimento del servizio civile [I]
I01: esenzione per accertamenti di idoneità (DPCM 28 novembre 2003).

Prevenzione **[P]**

[P01] Prestazioni specialistiche finalizzate alla tutela della salute collettiva, disposte a livello locale in caso di situazioni epidemiche (ex art. 1 comma 4, lettera b, D.L.vo 29 aprile 1998 n. 124).

[P02] Prestazioni specialistiche finalizzate all'avviamento al lavoro derivanti da obblighi di legge e non poste a carico del datore di lavoro – attualmente eseguibili nei confronti dei soggetti maggiorenni apprendisti - (ex art. 1 comma 4, lettera b, D.L.vo 29 aprile 1998 n. 124).

[P03] Prestazioni correlate alla pratica vaccinale obbligatoria o raccomandata (ex art.1 comma 4 lettera b D.L.vo 29 aprile 1998 n.124)

Diagnosi precoce **[D]**

[D01]: Prestazioni diagnostiche nell'ambito di campagne di screening autorizzate dalla Regione (ex art. 1 comma 4 lettera a del D.L.vo 29 aprile 1998 n.124).

[D02]: Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000) – citologico.

[D03]: Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000) – mammografico.

[D04]: Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000) – colon-retto.

[D05]: Prestazioni di approfondimento diagnostico correlate alla diagnosi precoce del tumore della mammella (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000).

[N01]

Assistiti in possesso di esenzione in base alla Legge n. 210 del 25/02/92 - danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati – (ex art. 1 comma 5 lettera d D.L.vo 124/98).

[V01]

Assistiti in possesso di esenzione in base alla Legge n. 302/90 - Vittime del terrorismo e della criminalità organizzata - (ex art.5 comma 6 DLvo 124/98).

Detenuti [F]

[F01]: Prestazioni a favore di detenuti ed internati (ex art. 1, comma 6, D. L.vo 22 giugno 1999 n. 230).

Note AIFA exCuf (area D vedi fac simile)

Questo campo va compilato nel caso siano prescritti farmaci sottoposti a note Aifa. La compilazione avviene indicando con allineamento a sinistra le cifre della nota corrispondente e barrando le caselle non utilizzate. Nel caso di note che presentano oltre le cifre le lettere Bis viene utilizzata la lettere B nella terza casella; es. nota 55 Bis si compila 55B.

Tipologia della prestazione (area E vedi fac simile)

Non è specificato se la compilazione è obbligatoria o meno, in analogia per la vecchia ricetta dovrebbe essere facoltativa.

Si barra:

- S- suggerita: quando la prescrizione consegue ad un suggerimento specialistico o ad indicazione di una struttura di ricovero
- H- ricovero ospedaliero: quando la prescrizione contiene la proposta di un ricovero ospedaliero
- O- altro: può essere utilizzata per altre tipologie di prestazioni di pertinenza regionale o Asl

Priorità della prestazione (area F vedi fac simile)

Tale area, allo stato attuale, nella regione Lazio, non va compilata. La biffatura di quest'area è deputata ad accordi nell'ambito della contrattazione decentrata. Nel caso di compilazione va biffata:

- T- urgente: prestazione da eseguire nel più breve tempo possibile
- B- breve: prestazione da eseguire entro 10 giorni
- C- differita: da eseguire entro 30 giorni per le visite, entro 60 giorni per gli accertamenti strumentali
- P- programmata: da eseguire entro 180 giorni

Prescrizioni farmaceutiche e specialistiche (area G vedi fac simile)

Tale area va compilata nel rispetto delle norme per la prescrizione farmaceutica e specialistica:

- a- farmaceutica: si possono prescrivere, in assenza di esenzione, non più di due pezzi per ricetta, ad eccezione degli antibiotici monodose e dei medicinali somministrabili esclusivamente per fleboclisi (fino a 6 per ricetta) e dei farmaci a base di interferone
- b- specialistica: si possono prescrivere fino a 8 prestazioni della medesima branca; non si possono prescrivere sulla stessa ricetta prestazioni esenti dalla partecipazione al ticket insieme a prestazioni non esenti; va riportato il quesito diagnostico o la diagnosi

Numero totale confezioni farmaceutiche e prestazioni (area H vedi fac simile)

La compilazione è obbligatoria e comporta l'indicazione, con allineamento a sinistra, del numero totale delle confezioni o delle prestazioni.

Tipo di ricetta (area I vedi fac simile)

Allo stato attuale questo campo non va compilato per gli assistiti del SSN. Può essere adoperato in futuro per scopi specifici a livello regionale (es. AD per assistenza domiciliare; DP per distribuzione per conto; etc).

Nel caso di assistiti STP si trascrive il codice ST con allineamento a sinistra.

Nel caso di assicurati da istituzioni estere s' inserisce, con allineamento a sinistra, il codice UE per le istituzioni estere europee, il codice EE per quelle extraeuropee.

Data (area L vedi fac simile)

La compilazione della data si effettua trascrivendo i caratteri numerici con allineamento a sinistra e nell'ordine giorno, mese e anno :

- a- giorno: da 01 a 31
- b- mese: da 01 a 12
- c- anno: indicando soltanto le ultime due cifre, es. per il 2005 si trascrive 05

Timbro e firma (area M vedi fac simile)

Quest'area si compila obbligatoriamente con l'apposizione del timbro e della firma autografa del medico

Retro della ricetta (area N vedi fac simile)

Il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta e il medico di continuità assistenziale compilano il retro della ricetta soltanto nel caso di prescrizione a favore di soggetti assicurati da istituzioni estere, forniti di tessera europea di assicurazione di malattia o documento equivalente. La compilazione prevede la trascrizione con allineamento a sinistra, desunta dal documento, del codice dell'istituzione competente, dello stato estero, del

numero di identificazione personale dell'assistito, del numero di identificazione della tessera dell'assistito e dell'apposizione della firma autografa dell'assistito. Se il documento equivalente non riporta il numero identificativo della tessera le caselle possono essere lasciate in bianco.

Nell'effettuare la prestazione, ai fini della corresponsione del compenso da parte dell'Asl, il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta e il medico di continuità assistenziale dovrà compilare una nuova ricetta secondo le modalità descritte, riportando nelle apposite righe dell'area prescrizione (area G fac simile) la prestazione erogata (es. vis. Ambulatoriale; vis. Domiciliare; etc.) ed avendo cura di raccogliere la firma dell'assistito sul retro della ricetta, che dovrà essere trasmessa successivamente all'Asl per il rimborso.

CATEGORIE ESENTATE PER LA FARMACEUTICA

Codice definitivo - Categoria - ex Codice Laziomatica-Vecchio codice			
Tre confezioni a ricetta per periodi di terapia non superiori a 60 giorni			
O..	Patologie croniche e invalidanti (codici da 001 a 056)	O..	A
R..	Malattie rare	R..	A
Due confezioni a ricetta			
Invalidi di guerra			
G01	Invalidi di guerra con pensione diretta vitalizia (dalla 1[^] alla 5[^] categoria) e deportati in campo di sterminio.	Inv1 Inv16	R
G02	Invalidi di guerra (dalla 6[^] alla 8[^] categoria).	Inv2	R
V01	Vittime del terrorismo e della criminalità organizzata	Inv13	R
N01	Assistiti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati.	Inv17	A
Invalidi del lavoro [L]			
L01	Grandi invalidi del lavoro - dall'80% al 100% di invalidità -.	Inv21	AR

Invalidi per servizio [S]			
S01	Grandi invalidi per servizio (1[^] categoria).	Inv3	AR
Invalidi civili [C]			
C01	Invalidi civili al 100% di invalidità senza indennità di accompagnamento.	Inv9	AR
C02	Invalidi civili al 100% di invalidità con indennità di accompagnamento.	Inv9	AR
C04	Invalidi civili minori di 18 anni con indennità di frequenza.		AR
C05	Ciechi assoluti o con residuo visivo non superiore a 1/10 in entrambi gli occhi - con eventuale correzione - riconosciuti dall'apposita Commissione invalidi civili ciechi.	Inv10 Inv11	AR
C06	Sordomuti dalla nascita o da prima dell'apprendimento della lingua parlata.	Inv12	AR
F01	Detenuti ed internati.		AR
Condizioni economiche [E]			
E03	Titolari di assegno (ex pensione) sociale e loro familiari a carico.	RED3	AR
E04	Titolari di pensione al minimo ultrasessantenni e loro familiari a carico con reddito familiare inferiore a € 8.263,31, incrementato a € 11.362,05 se con coniuge a carico, e incrementato di € 516 per ogni figlio a carico.	RED4	AR

Federazione Italiana Medici di Famiglia



