LA RICETTA SSN

Dott.ssa Francesca Benvenuti

RICETTA

Autorizzazione, data al farmacista in forma scritta, che permette al paziente di accedere al farmaco.

FARMACO

Sostanza che ha proprietà curative, in grado di ripristinare-correggere o modificare funzioni fisiologiche

- Non soggetti a prescrizione medica (SOP-OTC) uso comune, destinati ad automedicazione;
- Soggetti a prestazione medica (RR) ripetibile;
- Soggetti a prescrizione medica da rinnovare di volta in volta (RNR);
- Soggetti a prescrizione medica speciale (triplice copia, stupefacenti);
- Soggetti a prescrizione medica limitativa (medicinali usati esclusivamente in ambito ospedaliero, o vendibili al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti, o usati dallo specialista in ambulatorio).

LA RICETTA SSN

Il decreto 17/03/2008 ha revisionato il precedente D.M. 18/05/2004 concernente il modello di ricettario medico a carico del SSN e SASN.
Il nuovo decreto è stato emanato per attuare quanto previsto dal comma 2 dell'art. 50 della L.326 del 2003 (Progetto tessera sanitaria) ed è pubblicato nel Supplemento Ordinario n°89 alla G. U. n° 86 del 11/04/2008.

Il SSN è destinato alla prescrizione per l'erogazione di prestazioni sanitarie:

– Con onere a carico del SSN presso strutture a gestione diretta o accreditate (art. 1 comma 1, Legge 24 novembre 2003 n° 326);

– Agli assicurati, cittadini italiani o stranieri, residenti o in temporaneo soggiorno in Italia, il cui onere è a carico di istituzioni estere in base alle norme comunitarie o altri accordi bilaterali di sicurezza sociale art. 1 comma 2, Legge 24 novembre 2003 n° 326);

– Con onere a carico del Ministero della salute, al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile art. 1 comma 3, Legge 24 novembre 2003 n° 326).

COPERTINA DEL RICETTARIO

-Parte fissa: ente competente;

-Parte removibile (cedola): attesta la consegna del ricettario al medico prescrittore

(codice identificativo corrisponde al codice della prima ricetta sia in formato numerico che a barre)

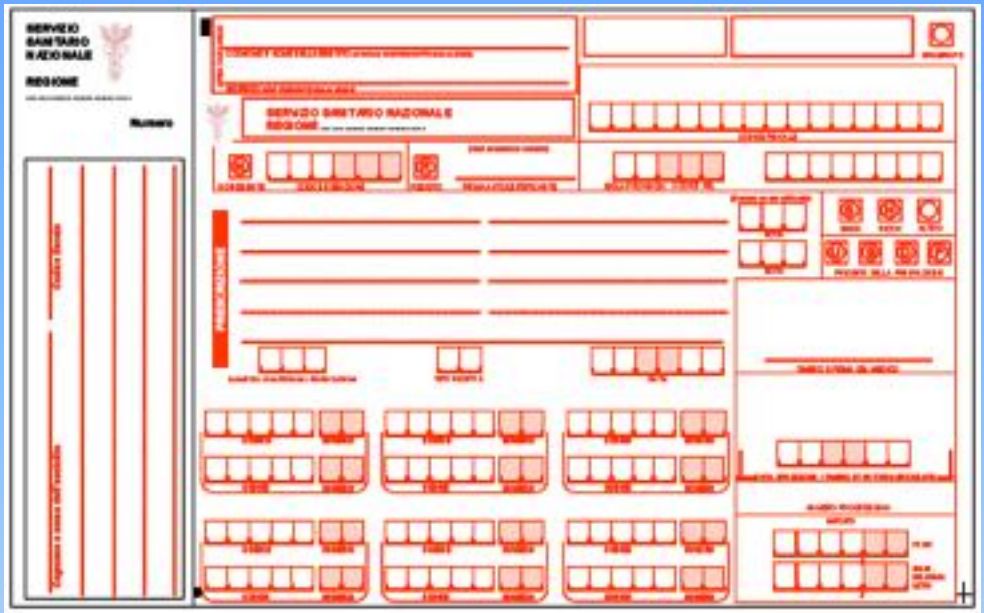
STRUTTURA E FORMATO DEL MODULO

Il modulo è stampato in carta filigranata prodotta dall'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato in cui è riprodotto il simbolo del Caduceo.

I moduli sono raccolti in blocchi di 100 esemplari, cuciti con due punti metallici sul lato sinistro.

Sia la ricetta che le matrici sono staccabili mediante due perforazioni lineari.

CARATTERISTICHE DELLA MATRICE



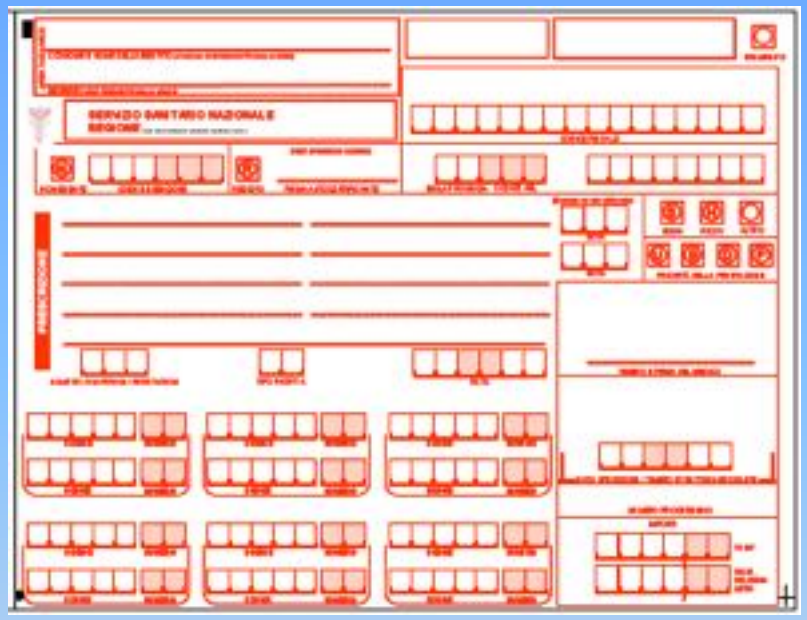
Nel caso della ricetta SSN, valida anche per i possessori di TEAM e gli STP (allegati 2 bis e 2 ter) contiene:

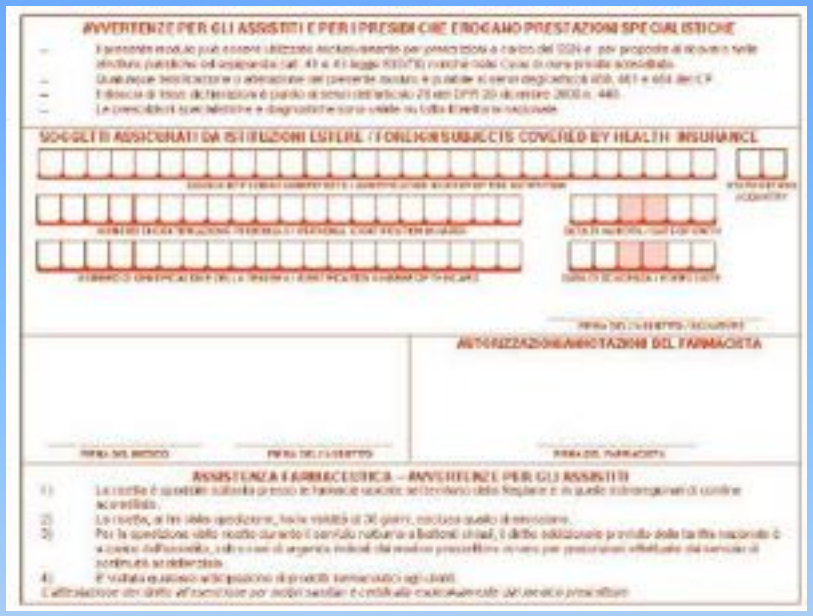
-Indicazione ente di competenza

-Codice numerico identificativo della ricetta

-Spazio per l’indicazione del nome e cognome dell’assistito, codice dell’assistito, indirizzo dell’assistito e l’indicazione della diagnosi.

CARATTERISTICHE DELLA RICETTA





La ricetta SSN è costituita da un recto e un verso.

AVVERTENZE PER LA CORRETTA COMPILAZIONE

-Massima cura nella conservazione della ricetta allo scopo di evitare lacerazioni e macchie;

-Massima Chiarezza nella trascrizione manuale di caratteri numerici o alfabetici, non legarli tra di loro, evitare puntini, lineette, virgole;

-Riportare un solo carattere per casella;

-Timbri e penne devono essere con inchiostro nero non oleoso;

-Le caselle destinate alla lettura ottica di biffatura devono essere compilate apponendo un segno evidente (es.: **X**) all'interno del cerchio contenuto nella casella o annerendolo, avendo cura di non fuoriuscire dalla casella stessa.

ANALISI DEL RECTO DELLA RICETTA

AREA INTESTAZIONE

Contiene i seguenti elementi:

-Denominazione ente di competenza (SSN – Regione Marche);

- Codice identificativo della ricetta sia in formato numerico con caratteri OCR-A, che a barre. Questo codice esprime il numero progressivo regionale.

Il codice identificativo è costituito da due elementi.

Il primo formato da 5 caratteri:

-codice ente di competenza (Regione o Provincia autonoma), 3 cifre;

-Anno di produzione ricettario, ultime due cifre

Il secondo elemento è costituito da 10 caratteri:

-Numerazione progressiva della ricetta nell'ambito del medesimo ente competente, 9 cifre;

-Carattere di controllo di parità del progressivo, 1 cifra.

STAMPA INFORMATIZZATA

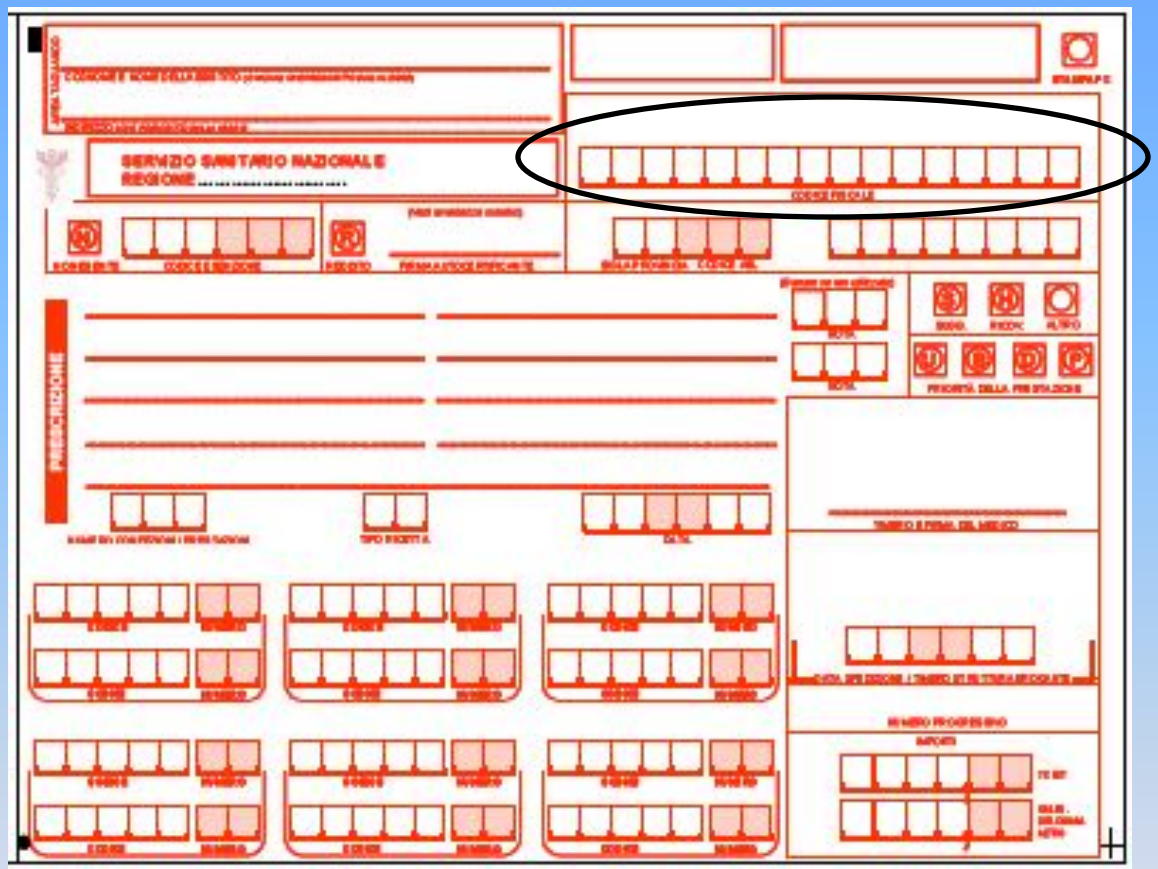
Permette l'identificazione, tramite lettura ottica, del lumero delle ricette e dei medici che utilizzano sistemi informatici per la stampa completa delle ricette.

Deve essere biffata.

AREA TAGLIANDO

Contiene due righe per l’indicazione obbligatoria dei dati anagrafici dell’assistito (nome, cognome, o iniziali nella prima riga, indirizzo sulla seconda riga). Tale area può essere coperta da tagliando adesivo su esplicita richiesta dell’assistito esclusivamente nel caso di prestazioni farmaceutiche (art. 87 D.L. 30 giugno 2003 n.196, in materia di protezione dei dati personali).

AREA CODICE DELL'ASSISTITO



16 caselle contigue predisposte per la lettura ottica in cui il medico (o il farmacista, o il paziente) deve obbligatoriamente indicare il codice fiscale dell’assistito.

Medici dotati di elaboratori elettronici possono stampare il codice dell’assistito anche nel formato a barre nello spazio appositamente riservato.

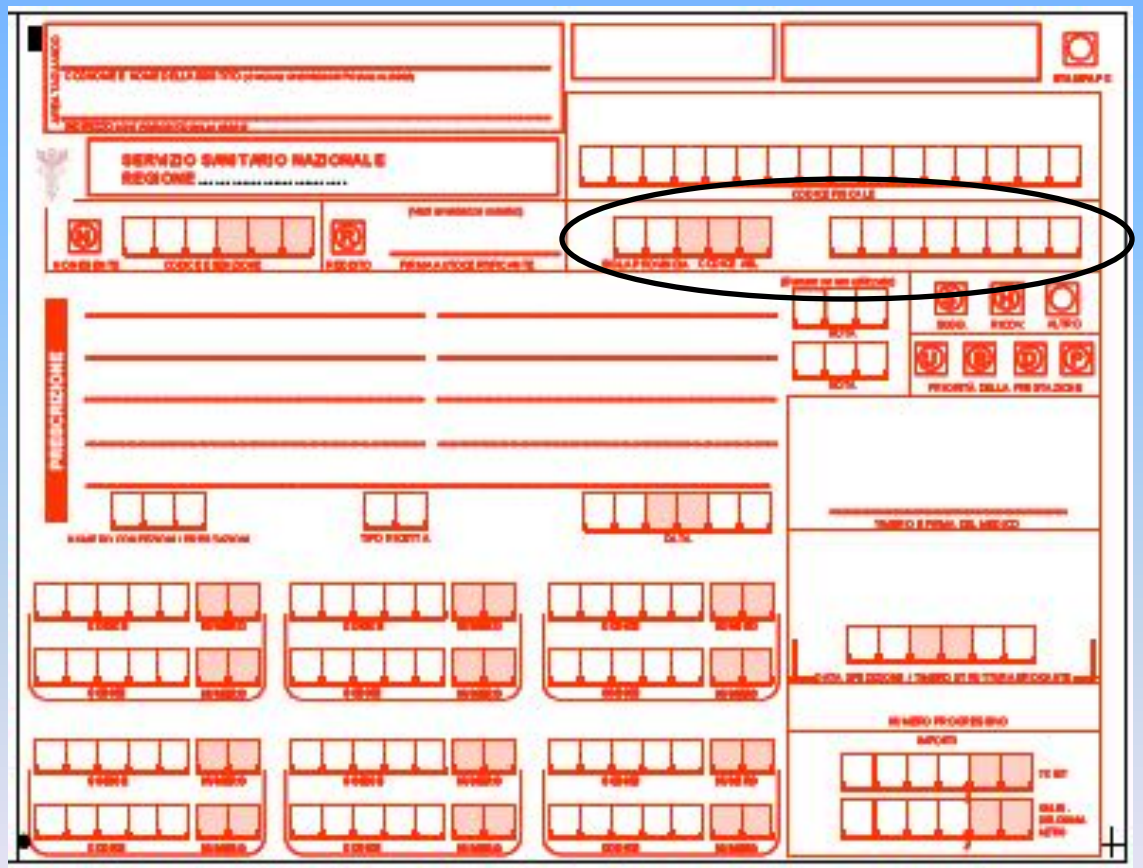
Oppure si possono utilizzare etichette adesive recanti i dati del codice fiscale.

Nel caso STP → Codice STP assegnato dalla ASL di competenza territoriale

Nel caso Assistito SASN → Codice fiscale dell'assistito

Nel caso Possessori TEAM → Non deve essere compilato (i dati assicurativi devono essere riportati sul verso della ricetta.

SIGLA PROVINCIA E CODICE ASL DI COMPETENZA DELL'ASSISTITO



È composta da due elementi:

-Il primo formato da 5 caselle contigue predisposte per la lettura ottica di cui

le prime due caselle destinate all’indicazione della sigla della provincia della ASL di **competenza** dell’assistito (ASL che eroga i servizi sanitari, può o meno coincidere pro tempore con quella di appartenenza),

le successive 3 caselle (ombreggiate) destinate all’indicazione del codice della ASL di **appartenenza** dell’assistito (ASL di residenza)

La compilazione deve essere sempre effettuata anche quando la ASL di competenza (desumibile dal documento d’iscrizione al SSN) coincide con quella del medico che rilascia la ricetta.

Non deve essere compilata nel caso di:

-Assistiti STP

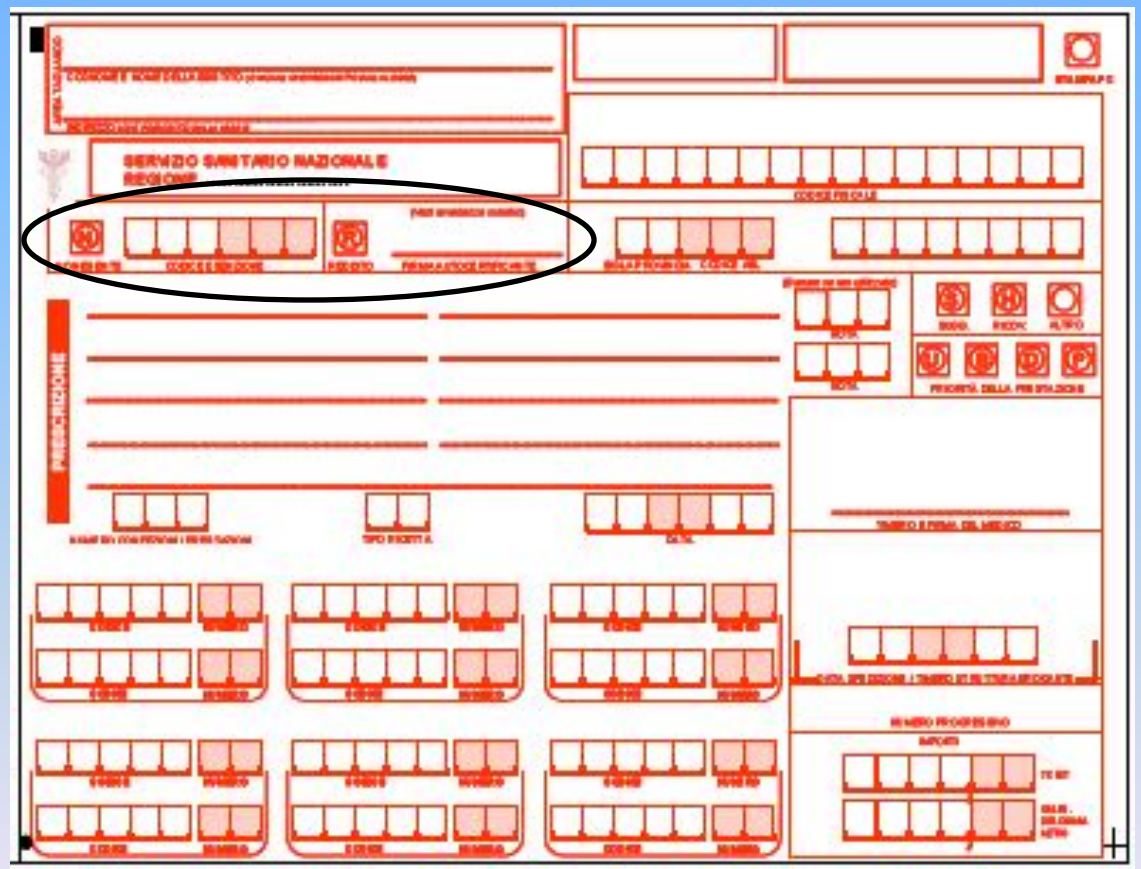
-Personale navigante iscritto al SASN

-Assicurati d’istituzioni estere

-Il secondo elemento formato da 8 caselle è a disposizione delle regioni per eventuali ulteriori codifiche.

Attualmente viene utilizzato per indicare la data di validità per la spedizione della ricetta in cui vengono prescritte le forniture dei presidi dei mesi successivi rispetto alla data di compilazione nel caso in cui il medico redige più ricette nello stesso giorno.

AREA ESENZIONE



Contiene le informazioni sull’eventuale esenzione dell’assistito dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per motivi sanitari o correlati alla situazione reddituale.

- Una casella contrassegnata dalla lettera “**N**” destinata all’indicazione dell’assenza del diritto dell’assistito all’esenzione dalla partecipazione alla spesa per motivi sanitari.

-6 caselle contigue destinate all’indicazione del codice di identificazione della tipologia di esenzione.

Le prime 3 caselle sono destinate all’indicazione del codice della tipologia di esenzione prevista da norme NAZIONALI.

Le seconde 3 caselle (ombreggiate) vengono utilizzate per l’indicazione del codice della tipologia di esenzione eventualmente prevista in ambito REGIONALE (E99).

-1 casella contrassegnata con la lettera “**R**” destinata all’indicazione del diritto all’esenzione dalla partecipazione alla spesa in relazione alla propria posizione reddituale.

-Uno spazio destinato alla firma dell’assistito che autocertifica la sussistenza del diritto all’esenzione per motivi di reddito (obbligatoria se biffata la R)

Esistono diversi codici corrispondenti alla tipologia di esenzione riconosciuta a cui gli assistiti SSN e SASN possono aver diritto per diritti sanitari

8.27 ALLEGATO 12 - CODIFICA NAZIONALE DELLE CONDIZIONI DI ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA

Istruzioni per l'attribuzione del codice che identifica la tipologia di esenzione

Il medico prescrittore deve riportare nelle caselle della ricetta predisposte a questo scopo il codice e il sub-codice di esenzione che identificano la tipologia di esenzione correlata allo stato di salute, secondo quanto riportato nella tabella 1) allegata.
Salvo alcuni casi particolari, il codice è costituito da un carattere alfabetico e il sub-codice è costituito da un carattere numerico a due cifre.
I casi particolari sono:

- ✓ esenzioni per patologie croniche (n. 1): il codice è costituito dallo 0 (zero) e il sub-codice, per le condizioni indicate nella nota (1) è costituito da 4 caratteri;
- ✓ esenzioni per patologie rare (n. 2): il sub-codice è costituito da 5 caratteri

Il soggetto erogatore della prestazione dovrà barrare la casella contrassegnata dalla lettera R e riportare nelle caselle predisposte a questo scopo il codice e il sub-codice delle esenzioni correlate alla situazione reddituale del nucleo familiare (n. 38, 39, 40, 41) indicate nella tabella 2) allegata, quando l'assistito abbia autocertificato il diritto a tale esenzione apponendo la propria firma nell'apposito spazio.

Esenzioni correlate allo stato di salute
(a cura del medico prescrittore)

n.	Tipologia di esenzione	Cod.	SubCod.	Note
1	Soggetti affetti da patologie croniche e invalidanti esenti ai sensi del D.M. 28.05.1999 n. 329 e succ. modifiche e integrazioni (ultimo D.M. 21.5.2001 n. 296);	**0** malattie croniche	**da 01 a nn**	*Vedi Nota (1)*
2	Soggetti affetti da patologie rare esenti ai sensi del D.M. 18.05.2001 n. 279;	**R** Rare	**da Aannn a Qannn**	*Vedi Nota (2)*
3	Prestazioni richieste su sospetto diagnostico di malattia rara (ex art. 5 comma 2 del D.M. 18.05.2001 n. 279).		**99**	*Vedi Nota (3)*
4	Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla 1ª alla 5ª titolari di pensione diretta vitalizia e deportati in campo di sterminio (ex art. 6 comma 1 lett. a del D.M. 01.02.1991);	**G** Guerra	**01**	
5	Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla 6ª alla 8ª (ex art. 6 comma 2 lett. A del D.M. 01.02.1991);		**02**	

6	Grandi invalidi del lavoro - dall'80% al 100% di invalidità - (ex art. 6 comma 1 lett. B del D.M. 01.02.1991);	**L** Lavoro	01	
7	Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa > 2/3 - dal 67% al 79% di invalidità - (ex art. 6 comma 1 lett. b del D.M. 01.02.1991);		02	
8	Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa < 2/3 - dall'1% al 66% di invalidità - (ex art. 6 comma 2 lett. b del D.M. 01.02.1991);		03	
9	Infortunati sul lavoro o affetti da malattie professionali (ex art. 6 comma 2 lett. c del D.M. 01.02.1991);		04	
10	Grandi invalidi per servizio appartenenti alla 1ª categoria - titolari di specifica pensione - (ex art. 6 comma 1 lett. c del D.M. 01.02.1991);	**S** Servizio	01	
11	Invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla 2ª alla 5ª (ex art. 6 comma 1 lett. c del D.M. 01.02.1991);		02	
12	Invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla 6ª alla 8ª (ex art. 6 comma 2 lett. d del D.M. 01.02.1991);		03	
13	Obiettori di coscienza in servizio civile (ex art. 6, comma 1, L. 8 luglio 1998, n. 230)		04	
14	Invalidi civili al 100% di invalidità senza indennità di accompagnamento (ex art. 6 comma 1 lett. d del D.M. 01.02.1991);	**C** Civili	01	
15	Invalidi civili al 100% di invalidità con indennità di accompagnamento (ex art. 6 comma 1 lett. d del D.M. 01.02.1991);		02	
16	Invalidi civili con riduzione della capacità lavorativa > 2/3 - dal 67% al 99% di invalidità - (ex art. 6 comma 1 lett. d del D.M. 01.02.1991);		03	
17	Invalidi civili minori di 18 anni con indennità di frequenza ex art. 1 L. n. 289/90 (ex art. 5 comma 6 del D.Lgs. 124/1998);		04	

18	Ciechi assoluti o con residuo visivo non superiore ad un decimo ad entrambi gli occhi - con eventuale correzione - riconosciuti dall'apposita Commissione Invalidi Ciechi Civili - ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. f del D.M. 01.02.1991 - (ex art. 6 L. n. 482/68 come modificato dalla L. n. 68/99);		05	
19	Sordomuti (da intendersi coloro che sono colpiti da sordità dalla nascita o prima dell'apprendimento della lingua parlata) - ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. f del D.M. 01.02.1991 - (ex art. 7 L. n. 482/68 come modificato dalla L. n. 68/99);		06	
19bis	Prestazioni richieste in sede di verifica dell'invalidità civile ex D.M.20.7.1989, n. 293 e succ. mod.		07	
20	Pazienti in possesso di esenzione in base alla L. n. 210 del 25.02.1992 - Danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati - (ex art. 1 comma 5 lett. d del D.Lgs. 124/1998);	N Legge n. 210	01	
21	Vittime del terrorismo e della criminalità organizzata (ex art. 15 L. n. 302/90; art. 5 comma 6 del D.Lgs. 124/1998); vittime del terrorismo e delle stragi di tale matrice con invalidità < 80% e loro familiari (ex art. 9 della l. 206/2004), vittime del dovere e familiari superstiti (ex.dPR 7 luglio 2006, n. 243)	V Vittime	01	
21bis	Vittime del terrorismo e delle stragi di tale matrice con invalidità > 80% (art. 4, legge 3.8.2004, n. 206)		02	

22	Esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/09/1998)- in epoca pre-concezionale;	**M** Maternità	**00**	
23	esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/09/1998) - in gravidanza ordinaria; *oppure* →		**da 01 a 41**	così composto: M + nn (settimana di gravidanza)
24	Esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/09/1998) – in gravidanza ordinaria		**99**	*Vedi Nota (4)*
25	Esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/09/1998) - in gravidanza a rischio ;		**50**	
25bis	Ulteriori prestazioni in gravidanza erogate al personale navigante		52	
26	Prestazioni diagnostiche nell'ambito di campagne di screening autorizzate dalla Regione (ex art. 1 comma 4 lett. a del D.Lgs. 124/1998);	**D** Diagnosi precoce	**01**	
27	Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000) - citologico;		**02**	
28	Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000) - mammografico;		**03**	
29	Prestazioni di diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000) - colon-retto;		**04**	
30	Prestazioni di approfondimento diagnostico correlate alla diagnosi precoce del tumore della mammella (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000)		**05**	
30bis	Prestazioni incluse nel protocollo della campagna di monitoraggio sulle condizioni sanitarie dei soggetti operanti nei territori della Bosnia-Herzegovina e del Kosovo (ex d.m. 22 ottobre 2002)		06	
31	Prestazioni specialistiche correlate all'attività di donazione (ex art. 1 comma 5 lett. c del D.Lgs. 124/1998);	**T** donazione	**01**	
32	Prestazioni diagnostiche a soggetti a rischio di infezione HIV (ex art. 1, comma 4 lett. b del D.Lgs. 124/1998 – prima parte);	**B** Hiv	**01**	

33	Prestazioni specialistiche finalizzate alla tutela della salute collettiva, disposte a livello locale in caso di situazioni epidemiche (ex art. 1 comma 4 lett. b del D.Lgs. 24/1998 – seconda parte -);	P Prevenzione	01	
34	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 lett. b del D.Lgs. 124/1998 – ultima parte -);		02	
35	Prestazioni correlate alla pratica vaccinale obbligatoria o raccomandata (ex art. 1 comma 4 lett. b del D.Lgs. 124/1998 – prima parte -); profilassi antitubercolare ex DPR 7 novembre 2001, n. 465		03	
36	Prestazioni a favore di detenuti ed internati (ex art. 1, comma 6, D.Lgs. 22. 6. 1999 n. 230)	F detenuti	01	
37	Prestazioni richieste per il rilascio di certificati di idoneità alla pratica sportiva, all'adozione e affidamento, allo svolgimento del servizio civile (ex D.P.C.M. 28 novembre 2003)	I Idoneità	01	
38	Prestazioni medico legali ai naviganti in ambito SASN	PML		*Vedi nota (5)*

39	Prestazioni ambulatoriali urgenti o comunque essenziali ai cittadini extracomunitari non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, privi di risorse economiche sufficienti (art. 35, c. 3, D.lgs. 25 luglio 1998, n. 286; art. 43, comma 4, DPR 31 agosto 1999, n. 394.	X Extracomunitari	01	*Vedi nota (6)*
40	Terapia del dolore severo	TDL	01	*Vedi nota (7)*

Note alla Tab. 1

Nota (1)
I caratteri identificativi dell'esenzione (codice+sub-codice) corrispondono alle prime 3 cifre del codice identificativo della condizione di esenzione (0NN - dove con N rappresenta un numero). Per le "Affezioni del sistema circolatorio" e per la "Malattia ipertensiva" il codice si compone di 4 caratteri: 0A02 per le "Malattie cardiache e del circolo polmonare"; 0B02 per le "Malattie cerebrovascolari"; 0C02 per le "Malattie delle arterie, arteriose, capillari, vene, vasi linfatici"; 0A31 per "Ipertensione arteriosa"; 0031 per "Ipertensione arteriosa in presenza di danno d'organo

Nota (2)
I caratteri identificativi dell'esenzione (codice+sub-codice) sono 6 e corrispondono al codice identificativo completo della malattia o del gruppo di malattie: secondo lo schema prevalente RAANNN (dove A rappresenta un carattere alfabetico e N rappresenta un carattere numerico)

Nota (3)
Nel caso di soggetti per i quali è stato formulato dallo specialista un sospetto diagnostico di malattia rara, è sufficiente l'indicazione del codice R e del sub-codice 99. Gli stessi caratteri identificativi dovranno essere usati per la codifica delle indagini genetiche sui familiari dell'assistito quando necessarie per diagnosticare (all'assistito) una malattia rara di origine ereditaria.

Nota (4)
Codice alternativo utilizzabile dal MMG, qualora lo stesso medico non fosse operativamente in grado di quantificare esattamente la settimana di gestazione dell'assistita, anche in ragione dei lunghi periodi intercorrenti tra la data di prescrizione e la data di erogazione della prestazione specialistica richiesta.
In questo caso, la verifica della correlazione tra la settimana di gravidanza e la tipologia della prestazione richiesta, ai fini dell'esenzione dalla spesa sanitaria, sarebbe di competenza della struttura erogatrice.

Nota (5)
Le prestazioni medico legali erogate gratuitamente ai naviganti marittimi e aerei iscritti al SASN di cui al codice PML (D.M. 22 febbraio 1984 ed altre normative tecniche di settore), ivi comprese le prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio connesse alla formazione del giudizio medico-legale, sono:
visita preventiva di imbarco per i marittimi con libretto di navigazione, di nazionalità italiana, straniera o apolide;
visita preventiva di imbarco per gli imbarcandi come personale al servizio sulla nave, che imbarcano con passaporto di nazionalità italiana o straniera su navi battenti bandiera italiana;
visite periodiche biennali di idoneità alla navigazione marittima;
visite di rilascio o rinnovo delle licenze e degli attestati aeronautici (per il solo personale di 1^ e 2^ classe in costanza di rapporto di lavoro nel settore dell'aviazione civile;
accertamenti diagnostici richiesti dalla Commissione medica permanente di 1° grado;
accertamenti diagnostici richiesti dall'I.M.L. in sede di visita straordinaria;
visita di sbarco per malattia occorsa durante il periodo di imbarco (o insorta entro i 28 giorni dallo sbarco per i marittimi imbarcati o per il personale imbarcato a servizio della nave ed iscritto all' I.P.Se.Ma.);
emissione di un giudizio di idoneità o di inidoneità al lavoro.

Nota (6)
Il codice X01 deve essere utilizzato quando il cittadino straniero assistito non goda, ad altro titolo (es. gravidanza, malattia cronica, ecc.) dell'esenzione dalla partecipazione alla spesa

Nota (7)
Il codice TDL deve essere utilizzato sulla ricetta per la prescrizione dei farmaci per la terapia del dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa per una terapia non superiore a trenta giorni. Il medesimo codice può essere utilizzato dalla Regioni ai fini dell'esenzione sulla quota di compartecipazione alla spesa.

Esenzioni correlate alla situazione economica del nucleo familiare
(a cura del soggetto erogatore)

n.	Tipologia di esenzione	Cod.	SubCod.	Note
38	Soggetti con meno di 6 anni o più di 65 anni con reddito familiare inferiore a 36.151,98 euro (ex art. 8, comma 16 della L. 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni);	E condizioni Economiche	01	
39	Disoccupati – e loro familiari a carico – con reddito familiare inferiore a 8.263,31 euro incrementato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516 euro per ogni figlio a carico (ex art. 8 comma 16 della L. 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni);		02	
40	Titolari di assegno (ex pensione) sociale – e loro familiari a carico - (art. 8 comma 16 della L. 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni);		03	
41	Titolari di pensione al minimo, con più di 60 anni – e loro familiari a carico - – con reddito familiare inferiore a 8.263,31 euro incrementato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516 euro per ogni figlio a carico (ex art. 8 comma 16 della L. 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni);		04	

ALLEGATO A

MISURE ANTICRISI IN AMBITO SANITARIO – ANNO 2012

Misure:

a) esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate e con rapporto contrattuale con il SSR della Regione Marche;
b) erogazione gratuita di farmaci di fascia C compresi nei Prontuari Terapeutici Ospedalieri locali o di Area Vasta - attraverso le Farmacie Convenzionate o in distribuzione diretta dalle Farmacie Ospedaliere.

Beneficiari:

Cittadini residenti nella Regione Marche individuabili nei lavoratori e familiari fiscalmente a carico che, al momento della fruizione delle prestazioni, risultino:

1) aver perso il lavoro dal 1° gennaio 2009;
2) in mobilità;
3) in cassa integrazione (ordinaria, straordinaria, in deroga, sospensione EBAM) e che nelle 13 settimane precedenti alla erogazione delle prestazioni abbiano avuto una sospensione del lavoro pari almeno al 40% delle ore lavorabili;
4) in contratto di solidarietà che nei 6 mesi precedenti all'erogazione delle prestazioni abbiano avuto una riduzione dell'orario di lavoro pari ad almeno il 40% delle ore lavorabili;

Validità:

dal 1° gennaio 2012 al 31 dicembre 2012.

Certificato di esenzione:

Il Certificato di esenzione relativo alle misure anticrisi - **Codice esenzione E99** - viene rilasciato secondo quanto stabilito dalla DGR 931/2011, con riferimento all'Area Vasta di competenza a seguito dell'entrata in vigore della Legge regionale n. 17/2011 che ha modificato la Legge regionale n. 13/2003. Tale certificato ha validità annuale con scadenza 31.12.2012. L'assistito è tenuto a dare immediata comunicazione del venir meno, nel corso del periodo di validità del Certificato di esenzione, delle condizioni per beneficiare della stessa. Gli Uffici Anagrafe delle Aree Vaste di competenza provvederanno al ritiro del Certificato di esenzione ed all'aggiornamento della posizione anagrafica dell'assistito, anticipando la data di scadenza dell'esenzione.

Familiari a carico:

Sulla base della vigente normativa, ovvero l'art. 12 del D.P.R. 22.12.1986, n. 917 "Approvazione del Testo Unico delle imposte sui redditi", sono da intendersi familiari a carico i familiari non fiscalmente indipendenti, vale a dire i familiari per i quali il soggetto può beneficiare delle detrazioni fiscali.

Codici esenzione per patologia

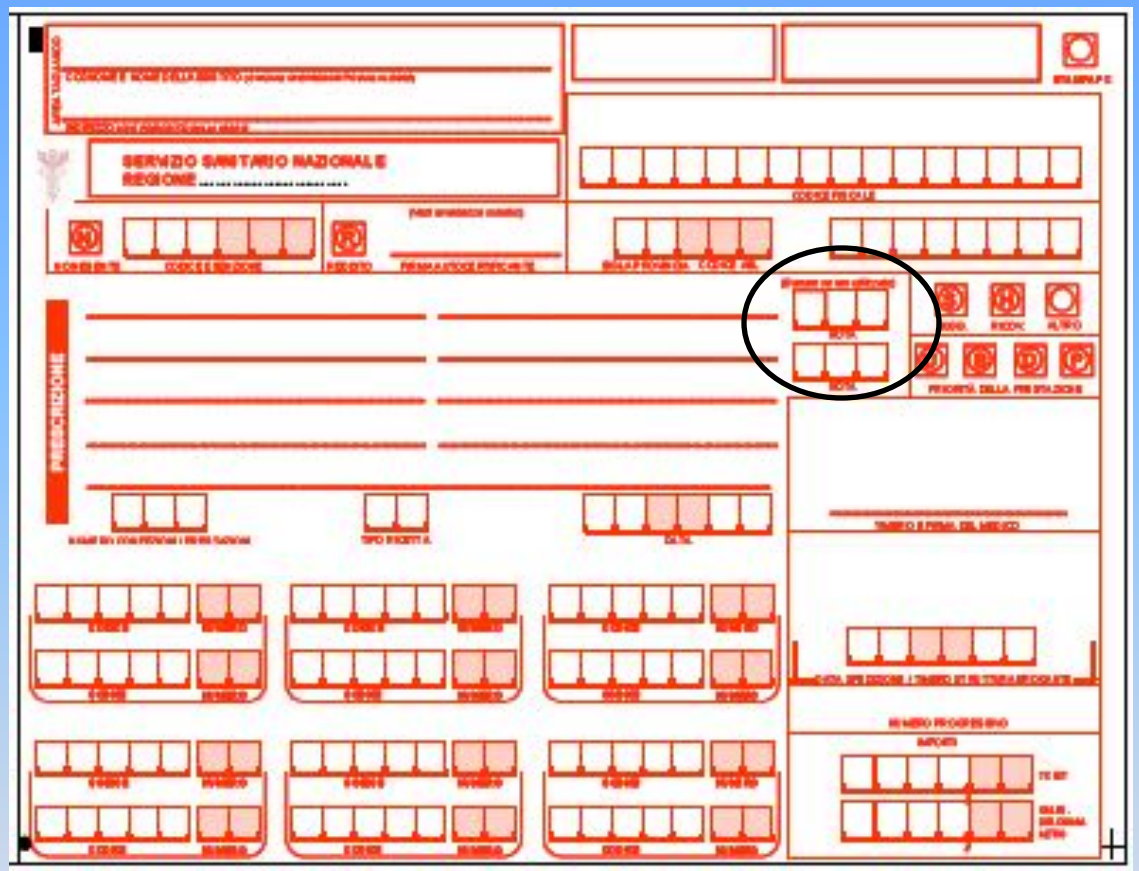
(Regolamento di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'art. 5, comma 1, lettera a) del D. Lgs. 29 aprile 1998 n. 124).

001	Acromegalia e gigantismo
002	Affezioni del sistema circolatorio (escluso: Sindrome di Budd-Chiari)
003	Anemia emolitica acquisita da autoimmunizzazione
005	Anoressia nervosa, bulimia
006	Artrite reumatoide
007	Asma
008	Cirrosi epatica, cirrosi biliare
009	Colite ulcerosa e malattia di Crohn
011	Demenze
012	Diabete insipido
013	Diabete mellito
014	Dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool
016	Epatite cronica (attiva)
017	Epilessia (escluso: Sindrome di Lennox-Gastaut)
018	Fibrosi cistica
019	Glaucoma

020	Infezione da HIV
021	Insufficienza cardiaca (N.Y.H.A. Classe III e IV)
022	Insufficienza corticosurrenale cronica (morbo di Addison)
023	Insufficienza renale cronica
024	Insufficienza respiratoria cronica
025	Ipercolesterolemia familiare omozigote e eterozigote tipo IIA e IIB. Ipercolesterolemia primitiva e poligenica. Ipercolesterolemia familiare combinata. Iperproteinemia di tipo III
026	Iperparatiroidismo, ipoparatiroidismo
027	Ipotiroidismo congenito, ipotiroidismo acquisito (grave)
028	Lupus eritematoso sistemico
029	Malattia di Alzheimer
030	Malattia di Sjogren
031	Ipertensione arteriosa
032	Malattia o sindrome di Cushing
034	Miastenia grave
035	Morbo di Basedow, altre forme di ipertiroidismo
036	Morbo di Buerger
037	Morbo di Paget

038	Morbo di Parkinson e altre malattie extrapiramidali
039	Nanismo ipofisario
040	Neonati prematuri, immaturi, a termine con ricovero in terapia intensiva neonatale
041	Neuromielite ottica
042	Pancreatite cronica
044	Psicosi
045	Psoriasi (artropatica, pustolosa grave, eritrodermica)
046	Sclerosi multipla
047	Sclerosi sistemica (progressiva)
048	Soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne e da tumori di comportamento incerto
049	Soggetti affetti da pluripatologie che abbiano determinato grave ed irreversibile compromissione di più organi e/o apparati e riduzione dell'autonomia personale correlata all'età risultante dall'applicazione di convalidate scale di valutazione delle capacità funzionali
050	Soggetti in attesa di trapianto (rene, cuore, polmone, fegato, pancreas, cornea, midollo)
051	Soggetti nati con condizioni di gravi deficit fisici, sensoriali e neuropsichici
052	Soggetti sottoposti a trapianto (rene, cuore, polmone, fegato, pancreas, midollo)
053	Soggetti sottoposti a trapianto di cornea
054	Spondilite anchilosante
055	Tubercolosi (attiva bacillifera)
056	Tiroidite di Hashimoto

AREA NOTE



Contiene due gruppi di tre caselle destinate alla eventuale indicazione obbligatoria delle note, emesse dall'AIFA o dalle Regioni, relative ai farmaci prescritti.

Il medico deve barrare le caselle se non utilizzate.

La prescrizione a carico del SSN di alcuni farmaci è limitata a determinate patologie

NOTA 001 – Gastroprotettori= misoprostolo, esomeprazolo, lansoprazolo, omeprazolo, pantoprazolo, rabeprazolo, misoprostolo+diclofenac.

La prescrizione a carico del SSN è limitata

-Alla prevenzione delle complicanze gravi del tratto GI superiore in trattamento cronico con FANS, in terapia antiaggregante con ASA a basse dosi,

-Purchè sussista una delle seguenti condizioni di rischio:

storia di pregresse emorragie digestive o di ulcera peptica non guarita con terapia eradicante,

concomitante terapia con anticoagulanti o cortisonici,

età avanzata

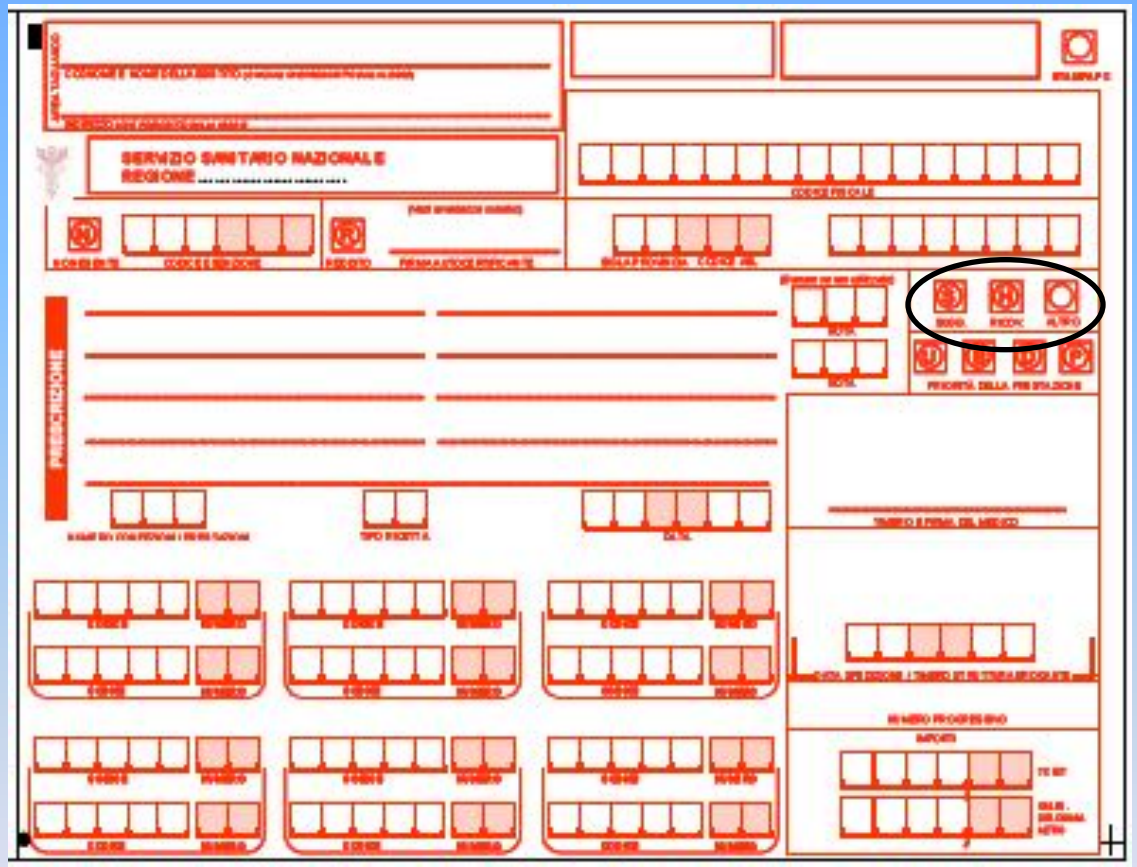
Le ricette SSN vengono utilizzate anche per la prescrizione di prodotti per l'assistenza integrativa. Questa area viene utilizzata per indicare il periodo di validità della fornitura qualora la confezione prescritta sia sufficiente per il fabbisogno di 2 – 3 mesi

030 → 1 mese

060 → 2 mesi

090 → 3 mesi

AREA TIPOLOGIA DELLA PRESCRIZIONE

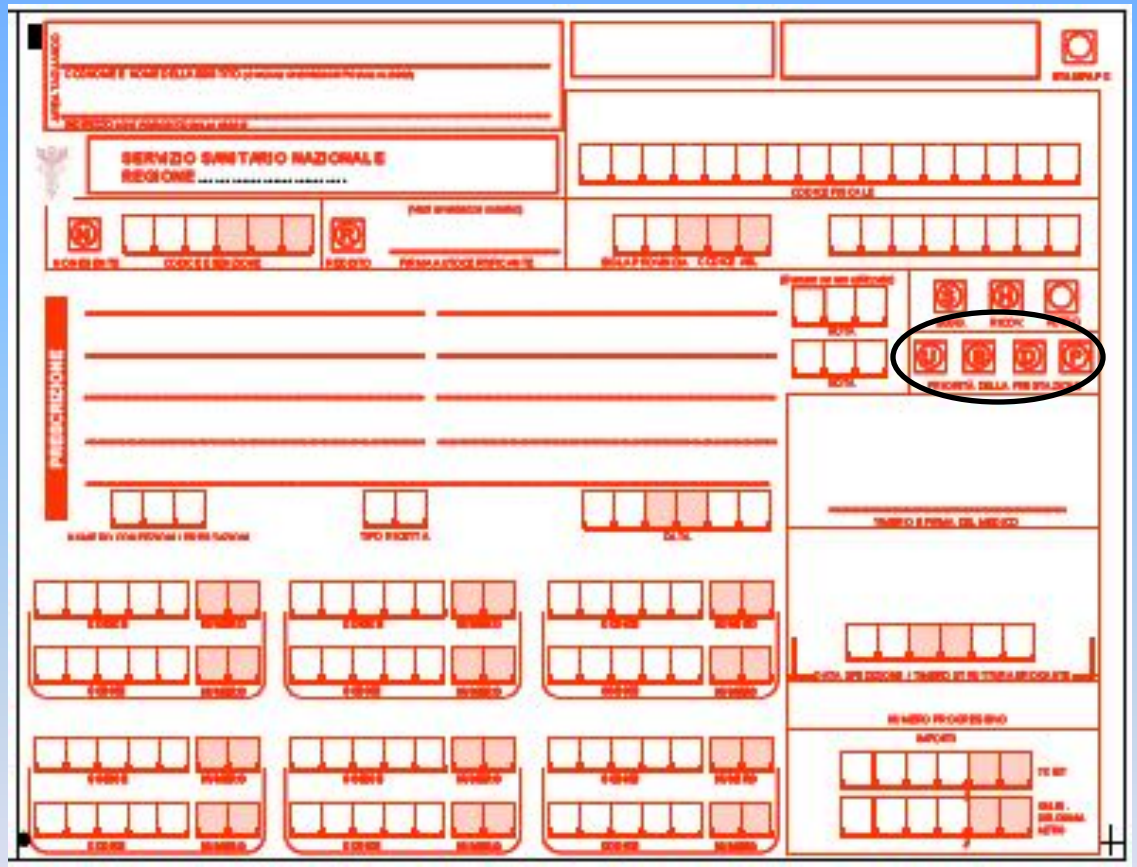


-Casella contrassegnata dalla lettera “**S**” che indica una prestazione suggerita

-Casella contrassegnata dalla lettera “**H**” destinata alla proposta di un ricovero

-Casella senza contrassegno e denominata “**ALTRO**” destinata alla indicazione di prescrizioni di tipo diverso introdotte da provvedimenti regionali o SASN specifici.

AREA PRIORITA' DELLA PRESCRIZIONE



-“**U**” → Urgente, da eseguire nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore

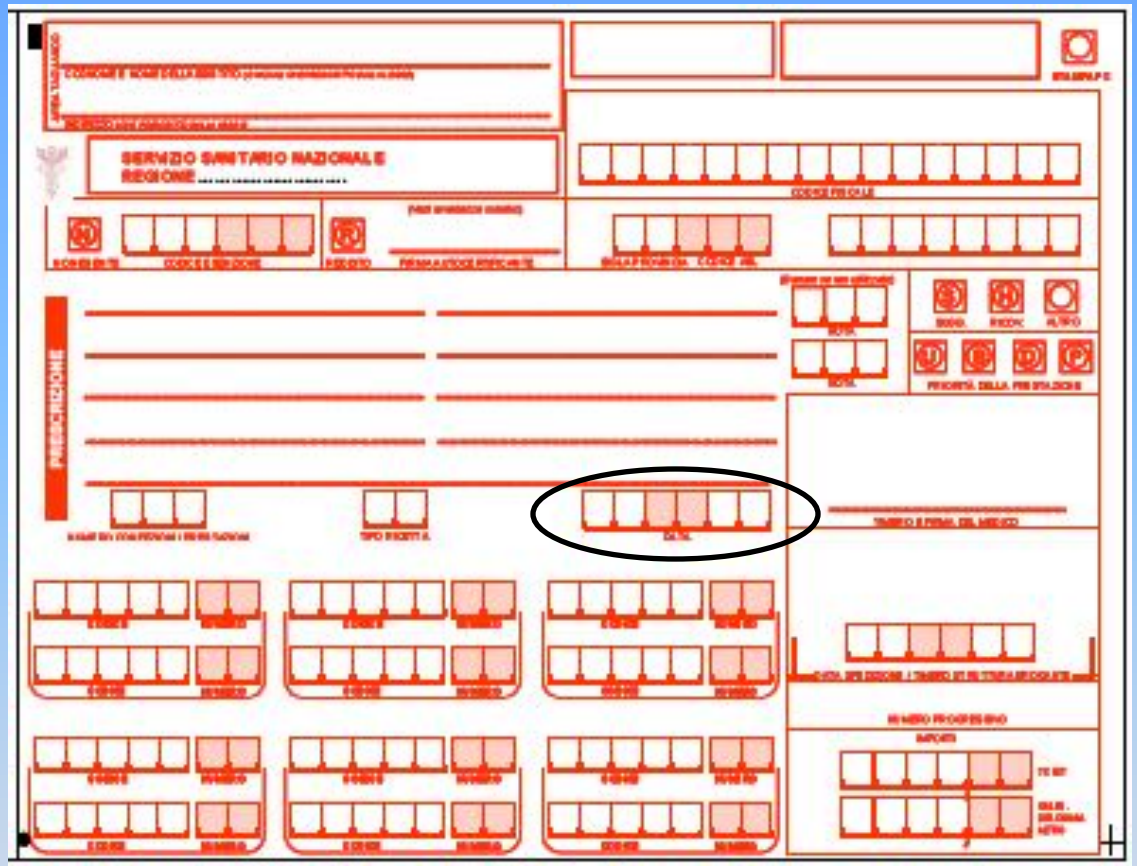
-“**B**” → Breve, entro 10 giorni

-“**D**” → Differita, entro 30 giorni per le visite entro 60 giorni per gli accertamenti specialistici

-“**P**” → Programmata, da eseguire senza priorità

AREA TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

AREA DATA COMPILAZIONE RICETTA

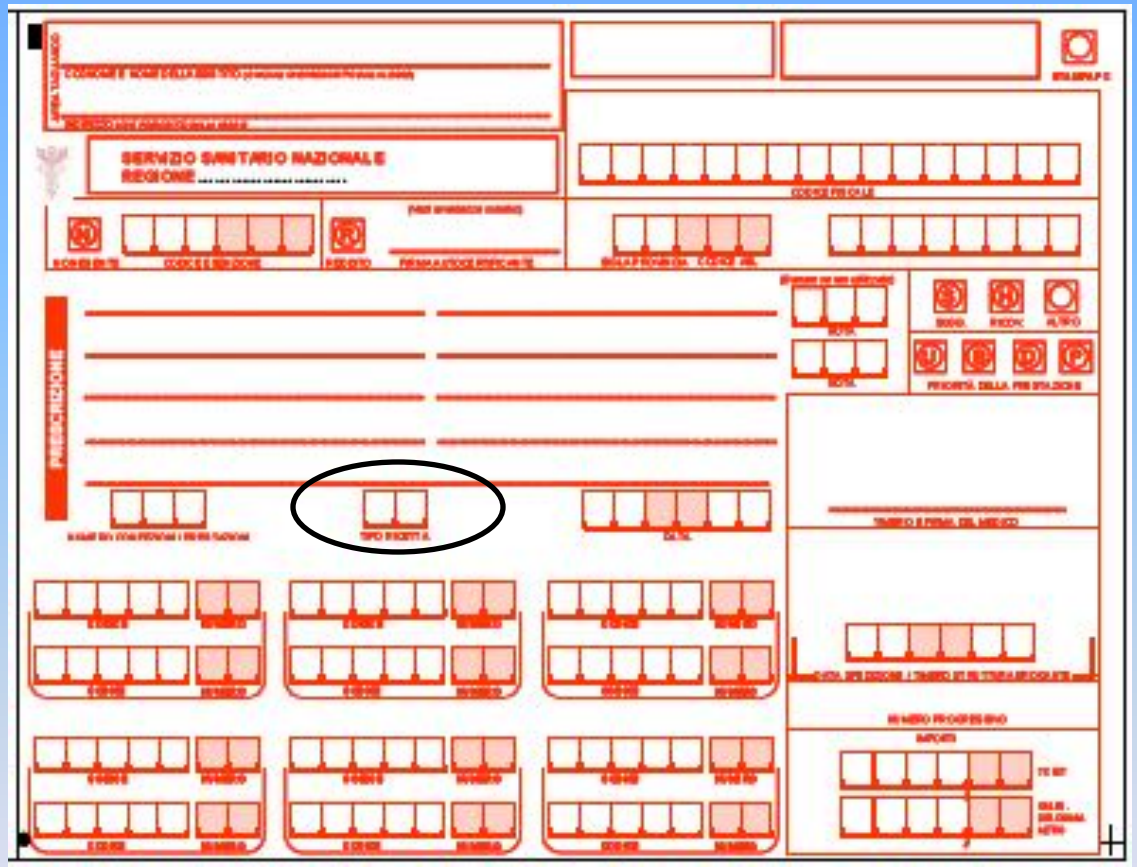


6 caselle

Formato gg/mm/aa

Ammesso l’uso di timbri datari con caratteri OCR

AREA TIPO RICETTA



-Assistiti SSN residenti: non va compilato, ma può essere adatto a scopi specifici a livello regionale.

-Assistiti SASN italiani e non, dipendenti da datore di lavoro italiano, del settore marittimo o dell'aviazione civile:

NA → visita ambulatoriale

ND → visita domiciliare

-Assistiti presso la rete del SASN, in quanto lavoratori stranieri o italiani, dipendenti da datore di lavoro non italiano del settore marittimo o dell'aviazione civile, ed assicurati presso istituzioni estere dei Paesi aderenti all'UE o di Paesi con i quali vigono accordi bilaterali o multilaterali:

NE → per definire l'effettuazione della prescrizione a soggetto assistito da istituzioni dell'UE

NX → qualora la prescrizione si riferisca a soggetto assistito da istituzioni estere extra UE.

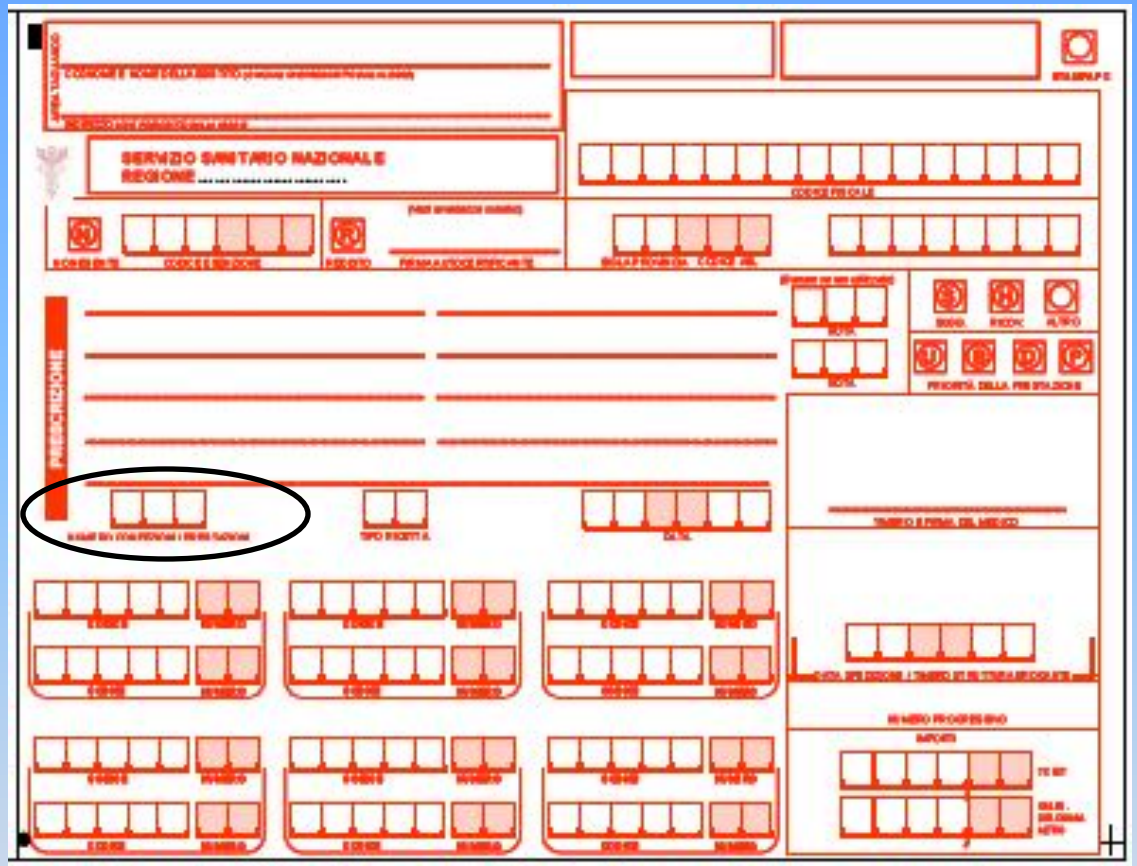
-STP: codice ST

-Soggetti assicurati da istituzioni estere :

UE → Istituzioni estere

EE → Istituzioni estere extra UE.

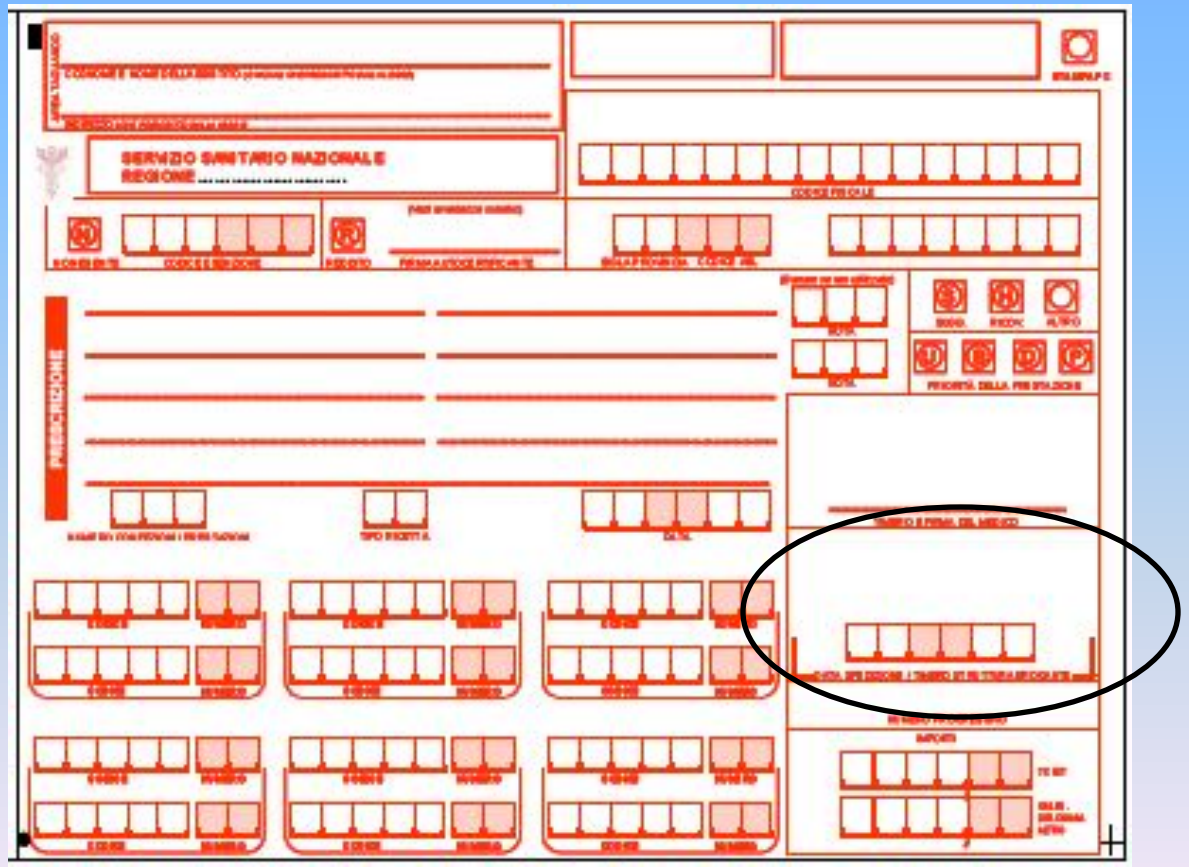
AREA NUMERO CONFEZIONI-PRESTAZIONI



3 caselle contigue con allineamento a destra.

Il numero delle confezioni deve essere riportato anche nell’area prescrizione

AREA EFFETTUAZIONE DELLA PRESTAZIONE E TIMBRO STRUTTURA EROGANTE



L’area data di spedizione va compilata in caso di prestazione di assistenza farmaceutica (in tal caso la data di erogazione coincide con quella di spedizione) di assistenza specialistica nonché di assistenza integrativa.

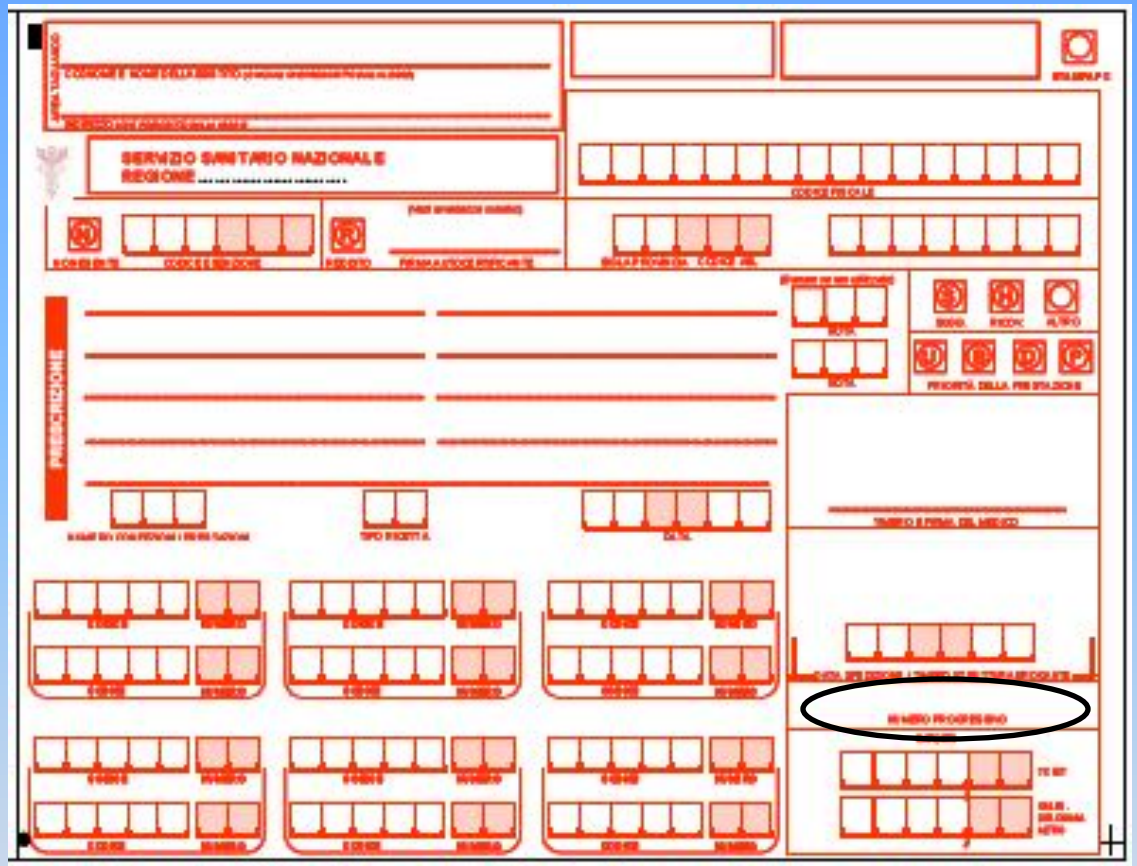
6 caselle contigue,

formato gg/mm/aa

Il timbro della struttura (farmacia, strutture specialistiche pubbliche o private accreditate) deve essere apposto evitando che invada le caselle a lettura ottica riservate alla data di effettuazione della prestazione.

Ammesso l’uso di timbri datari.

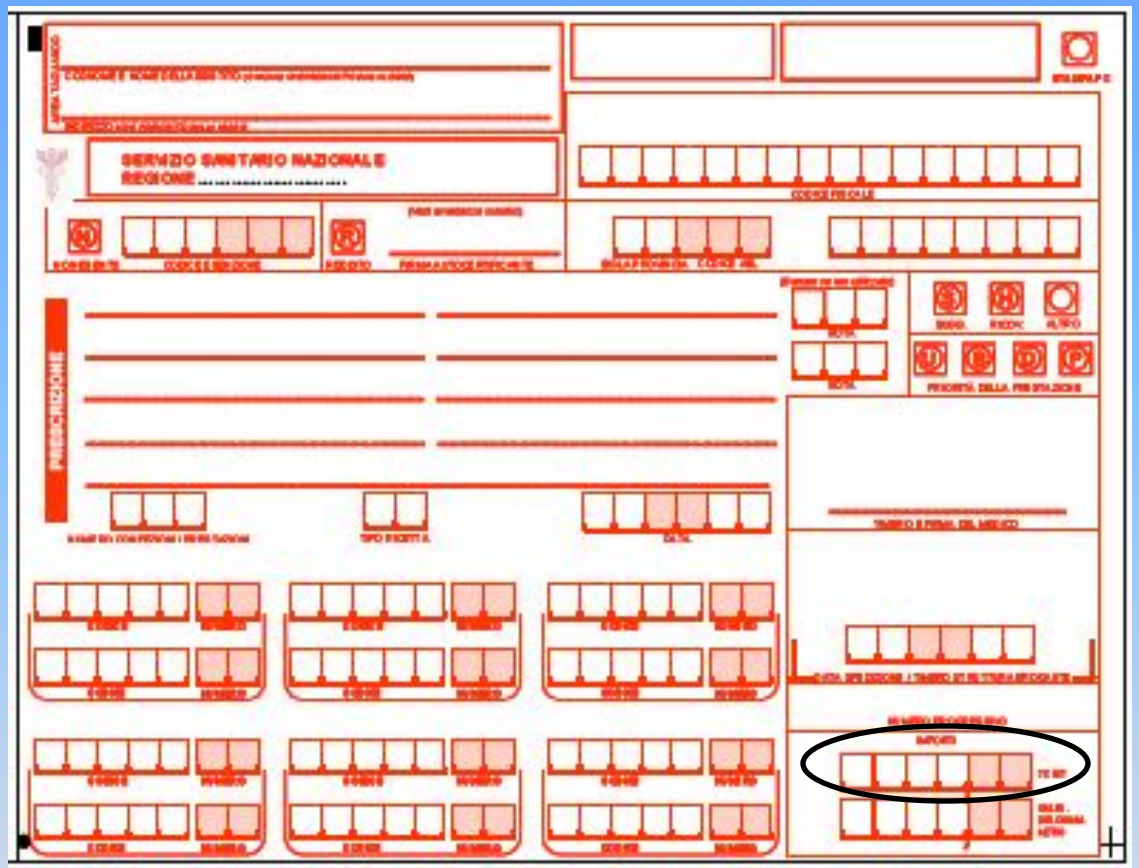
AREA NUMERO PROGRESSIVO



Apposto dalla farmacia o dalla struttura erogante la prestazione.

Ammesso l’uso di timbri o sistemi automatizzati.

AREA IMPORTO TICKET

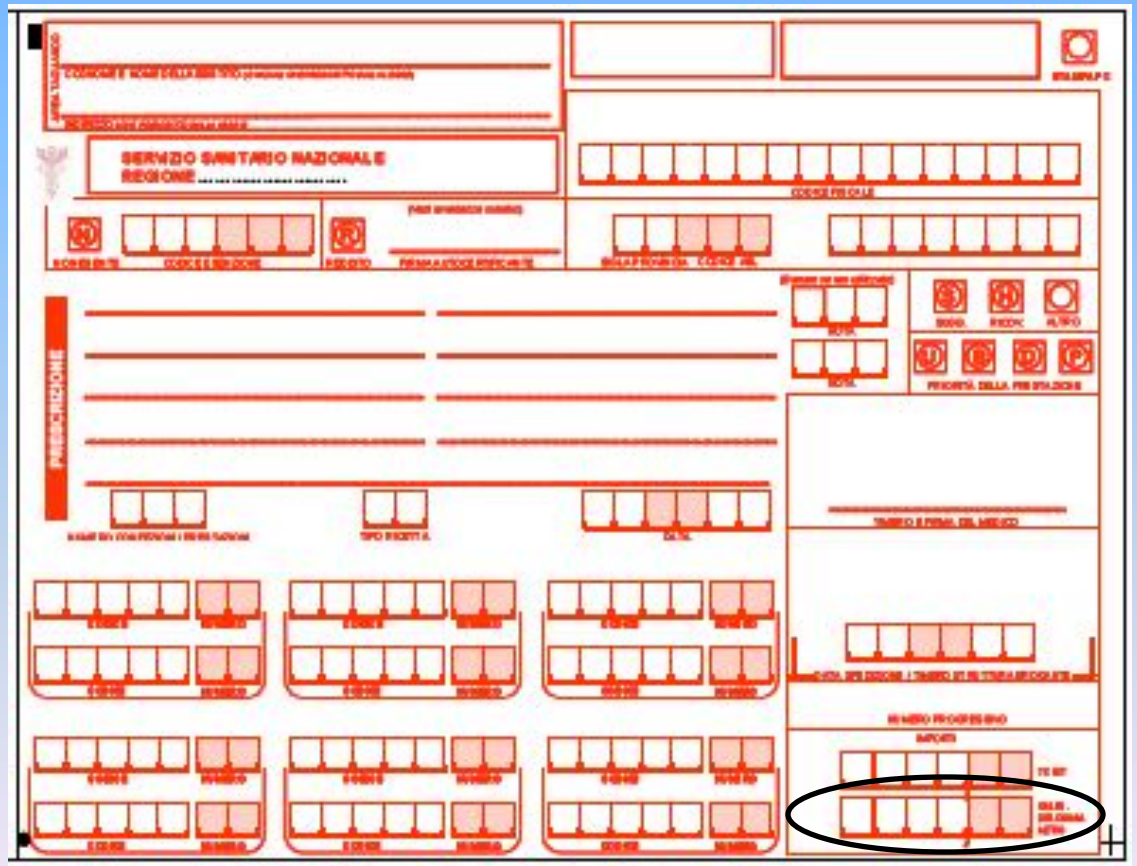


6 caselle contigue.

Destinate all'indicazione dell'importo relativo alla quota di partecipazione alla spesa sanitaria a carico dell'assistito (somma di eventuali ticket e/o quote e/o differenze con il prezzo di riferimento).

Allineamento a destra per le 4 cifre intere, a sinistra per le 2 cifre decimali.

AREA IMPORTO GALENICI, DIRITTO DI CHIAMATA ED ALTRO



6 caselle contigue destinate all’indicazione

dell’importo di prodotti galenici o integrativi erogati per i quali non è prevista l’applicazione di fustelle,

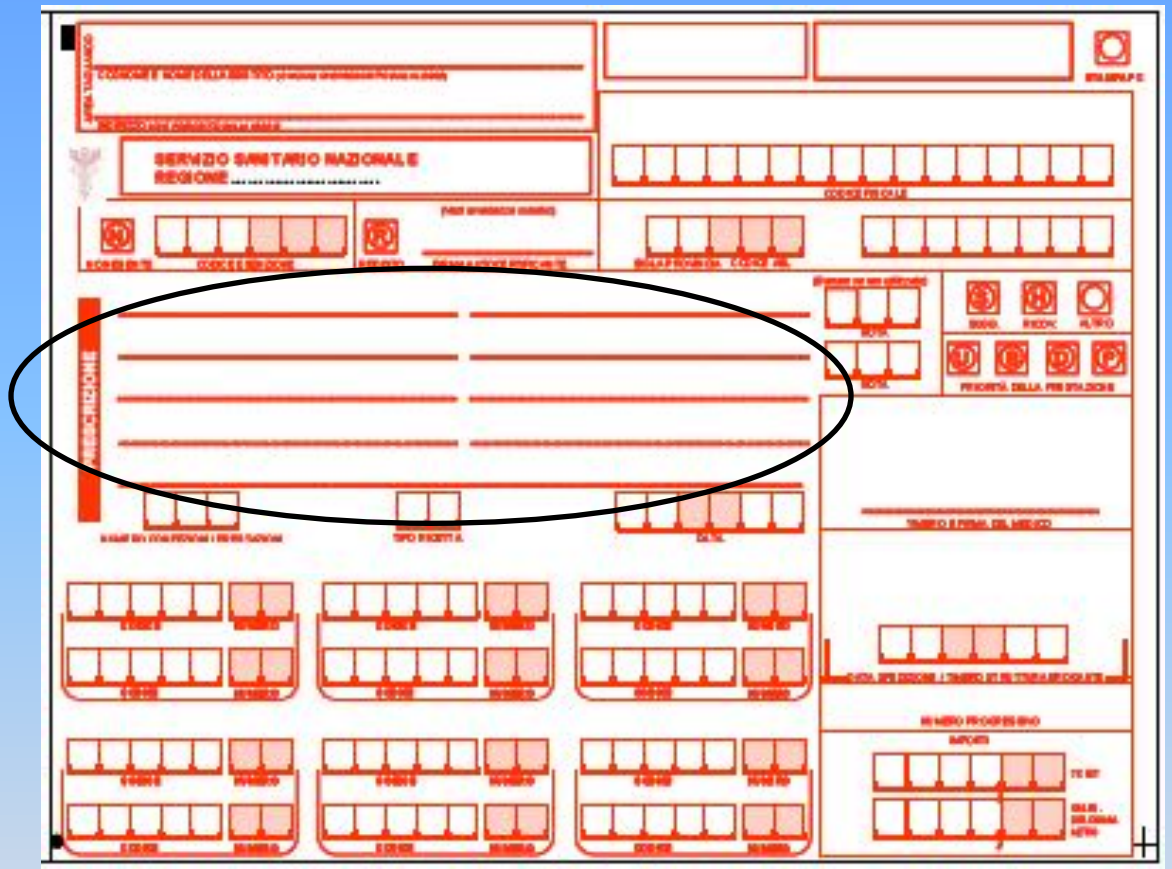
delle prestazioni di assistenza specialistica,

del diritto di chiamata previsto per le farmacie dalla Tariffa Nazionale dei Medicinali durante il servizio notturno a battenti chiusi, a condizione che sulla ricetta risulta precisato da parte del medico il carattere di urgenza della prescrizione, e da parte della farmacia l’ora di presentazione della ricetta stessa (Per le prescrizioni rilasciate da medici del servizio di Guardia Medica, la farmacia ha l’obbligo di annotare l’ora di spedizione della ricetta, ma il medico non ha l’obbligo di appuntare il carattere di urgenza della prescrizione).
(chiamata durante le ore notturne = € 3,87 – diurne = € 1,55)

AREA MARKER

Stampati contestualmente alla fincatura della ricetta con lo scopo di consentire un corretto posizionamento dell’immagine in fase di scansione della ricetta da parte di sistemi di rilevamento ottico.

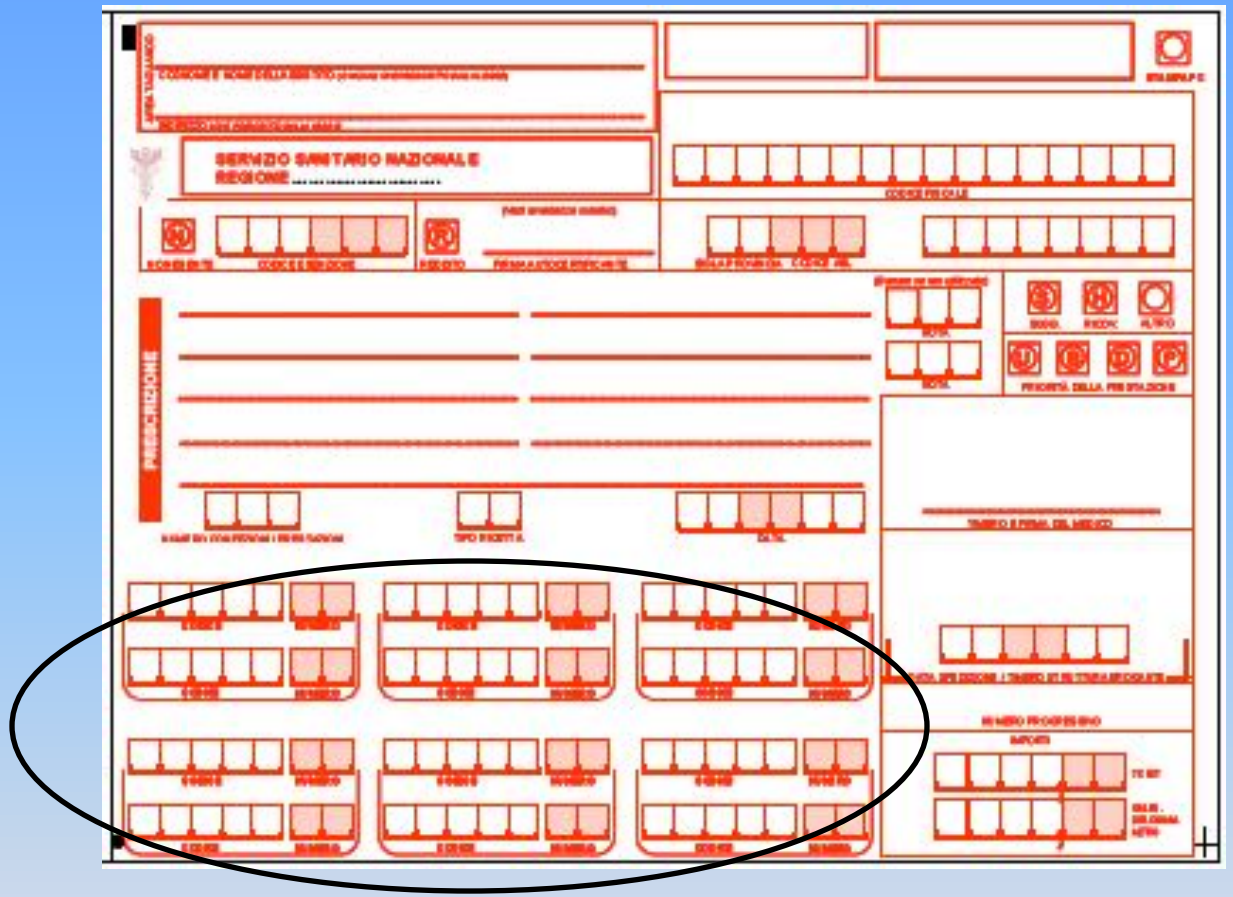
AREA PRESCRIZIONE



8 spazi identificati da apposite righe tratteggiate per la descrizione della prescrizione.

1 spazio con una sola riga, posta al di sotto delle precedenti, da utilizzare per la descrizione della diagnosi o quesito diagnostico

AREA PRESTAZIONI EROGATE



6 riquadri destinati all'applicazione delle fustelle autoadesive o dei bollini cartografici recanti il codice della confezione delle specialità medicinali, prodotti galenici, presidi o dei codici delle prestazioni specialistiche e del loro numero.

Devono essere evitate sovrapposizioni o capovolgimenti delle fustelle.

Non è consentito l’uso di punti metallici.

All’interno di ciascun riquadro sono presenti due gruppi di 5 caselle contigue e, vicino ad essi, due gruppi di 2 caselle contigue destinate, in alternativa all’applicazione dei bollini, all’indicazione manoscritta o informatizzata, rispettivamente del codice identificativo del tipo di prestazione specialistica effettuata (Nomenclatore Tariffario Nazionale o Regionale) e del numero di prestazioni effettuate per ciascun tipo.

Rispettare allineamento a sinistra.

ANALISI DEL VERSO DELLA RICETTA

AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI E PER I PRESIDI CHE EROGANO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

- Il presente modulo può essere utilizzato esclusivamente per prescrizioni a carico del SSN e per proposte di ricovero nelle strutture pubbliche ed equiparate (art. 41 e 43 legge 833/78) nonché nelle Case di cura private accreditate.
- Qualunque falsificazione o alterazione del presente modulo è punibile ai sensi degli articoli 476, 461 e 464 del C.P.
  Il rilascio di false dichiarazioni è punito ai sensi dell'articolo 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.
- Le prescrizioni specialistiche e diagnostiche sono valide su tutto il territorio nazionale.

SOGGETTI ASSICURATI DA ISTITUZIONI ESTERE / FOREIGN SUBJECTS COVERED BY HEALTH INSURANCE

CODICE ISTITUZIONE COMPETENTE / IDENTIFICATION NUMBER OF THE INSTITUTION

STATO / COUNTRY

NUMERO DI IDENTIFICAZIONE PERSONALE / PERSONAL IDENTIFICATION NUMBER

DATA DI NASCITA / DATE OF BIRTH

NUMERO DI IDENTIFICAZIONE DELLA TESSERA / IDENTIFICATION NUMBER OF THE CARD

DATA DI SCADENZA / EXPIRY DATE

FIRMA DELL'ASSISTITO / SIGNATURE

FIRMA DEL MEDICO

FIRMA DELL'ASSISTITO

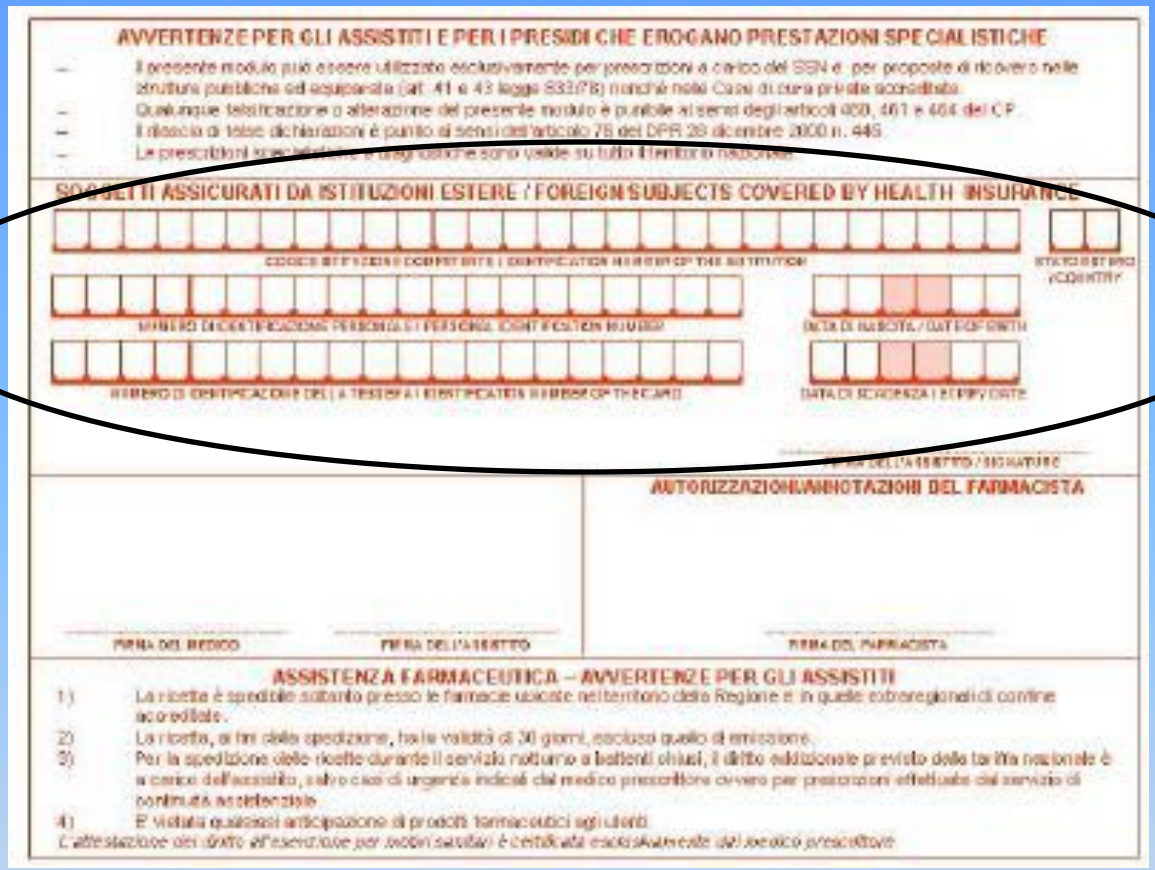
AUTORIZZAZIONI/ANNOTAZIONI DEL FARMACISTA

FIRMA DEL FARMACISTA

ASSISTENZA FARMACEUTICA – AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI

1) La ricetta è spendibile soltanto presso le farmacie ubicate nel territorio della Regione e in quelle extraregionali di confine accreditate.
2) La ricetta, ai fini della spedizione, ha la validità di 30 giorni, escluso quello di emissione.
3) Per la spedizione delle ricette durante il servizio notturno a battenti chiusi, il diritto addizionale previsto dalla tariffa nazionale è a carico dell'assistito, salvo casi di urgenza indicati dal medico prescrittore ovvero per prescrizioni effettuate dal servizio di continuità assistenziale.
4) È vietata qualsiasi anticipazione di prodotti farmaceutici agli utenti.

L'attestazione del diritto all'esenzione per redditi sanitari è certificata esclusivamente dal medico prescrittore.



AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI E PER I PRESIDI CHE EROGANO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

– Il presente modulo può essere utilizzato esclusivamente per prescrizioni a carico del SSN e per proposte di ricovero nelle strutture pubbliche ed equiparate (art. 41 e 43 legge 833/78) nonché nelle Case di cura private accreditate.
– Qualunque falsificazione o alterazione del presente modulo è punibile ai sensi degli articoli 459, 461 e 464 del C.P.
– Il rilascio di false dichiarazioni è punito ai sensi dell'articolo 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.
– Le prescrizioni specialistiche e diagnostiche sono valide su tutto il territorio nazionale.

SOGGETTI ASSICURATI DA ISTITUZIONI ESTERE / FOREIGN SUBJECTS COVERED BY HEALTH INSURANCE

CODICE ISTITUZIONE COMPETENTE / IDENTIFICATION NUMBER OF THE INSTITUTION

STATO DI ISTITUZIONE / COUNTRY

NUMERO DI IDENTIFICAZIONE PERSONALE / PERSONAL IDENTIFICATION NUMBER

DATA DI NASCITA / DATE OF BIRTH

NUMERO DI IDENTIFICAZIONE DELLA TESSERA / IDENTIFICATION NUMBER OF THE CARD

DATA DI SCADENZA / EXPIRY DATE

FIRMA DELL'ASSISTITO / SIGNATURE

AUTORIZZAZIONI/ANNOTAZIONI DEL FARMACISTA

FIRMA DEL MEDICO

FIRMA DELL'ASSISTITO

FIRMA DEL FARMACISTA

ASSISTENZA FARMACEUTICA – AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI

1) La ricetta è spendibile soltanto presso le farmacie ubicate nel territorio della Regione e in quelle extraregionali di confine accreditate.
2) La ricetta, ai fini della spedizione, ha la validità di 30 giorni, escluso quello di emissione.
3) Per la spedizione delle ricette durante il servizio notturno a battenti chiusi, il diritto addizionale previsto dalla tariffa nazionale è a carico dell'assistito, salvo casi di urgenza indicati dal medico prescrittore ovvero per prestazioni effettuate dal servizio di continuità assistenziale.
4) È vietata qualsiasi anticipazione di prodotti farmaceutici agli utenti.

L'attestazione del diritto all'esenzione per motivi sanitari è certificata esclusivamente dal medico prescrittore.

Area per l'assistenza a soggetti assicurati da istituzioni estere dove vengono indicate le informazioni relative ad assicurati cittadini italiani o stranieri, residenti o in temporaneo soggiorno in Italia, forniti di tessera europea di assicurazione malattia o modulo rilasciato dalla ASL all'assicurato estero titolare di altro attestato comunitario o attestato derivante da accordi bilaterali extra UE

Il medico deve compilare:

-Un elemento formato da 28 caselle contigue destinate a contenere l'istituzione contenente per l'assistito (descrizione e codice), allineamento a sinistra;

-Un elemento formato da 20 caselle contigue dove indicare il numero di identificazione personale dell'assistito, allineamento a sinistra;

-Un elemento formato da 20 caselle contigue con il numero di identificazione della Tessera Europea di Assicurazione Malattia dell'assistito, allineamento a sinistra.
Lasciato in bianco se il documento equivalente non riporta il numero identificativo della tessera;

-Un elemento formato da 6 caselle in cui riportare la data di nascita dell’assistito, formato gg/mm/aa;

-Un elemento formato da 6 caselle in cui va indicata la data di scadenza della tessera europea di assicurazione malattia dell’assistito, formato gg/mm/aa;

-Spazio destinato a contenere la firma dell’assistito.

AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI E PER I PRESIDI CHE EROGANO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

- Il presente modulo può essere utilizzato esclusivamente per prescrizioni a carico del SSN e per proposte di ricovero nelle strutture pubbliche ed equiparate (art. 41 e 43 legge 833/78) nonché nelle Case di cura private accreditate.
- Qualunque falsificazione o alterazione del presente modulo è punibile ai sensi degli articoli 476, 461 e 464 del C.P.
- Il rilascio di false dichiarazioni è punito ai sensi dell'articolo 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.
- Le prescrizioni specialistiche e diagnostiche sono valide su tutto il territorio nazionale.

SOGGETTI ASSICURATI DA ISTITUZIONI ESTERE / FOREIGN SUBJECTS COVERED BY HEALTH INSURANCE

CODICE IDENTIFICAZIONE COMPETENTE / IDENTIFICATION NUMBER OF THE INSTITUTION

STATO ISTITUTO / COUNTRY

NUMERO DI IDENTIFICAZIONE PERSONALE / PERSONAL IDENTIFICATION NUMBER

DATA DI NASCITA / DATE OF BIRTH

NUMERO DI IDENTIFICAZIONE DELLA TESSERA / IDENTIFICATION NUMBER OF THE CARD

DATA DI SCADENZA / EXPIRY DATE

FIRMA DELL'AVENTE DIRITTO / SIGNATURE

AUTORIZZAZIONI/ANNOTAZIONI DEL FARMACISTA

FIRMA DEL MEDICO

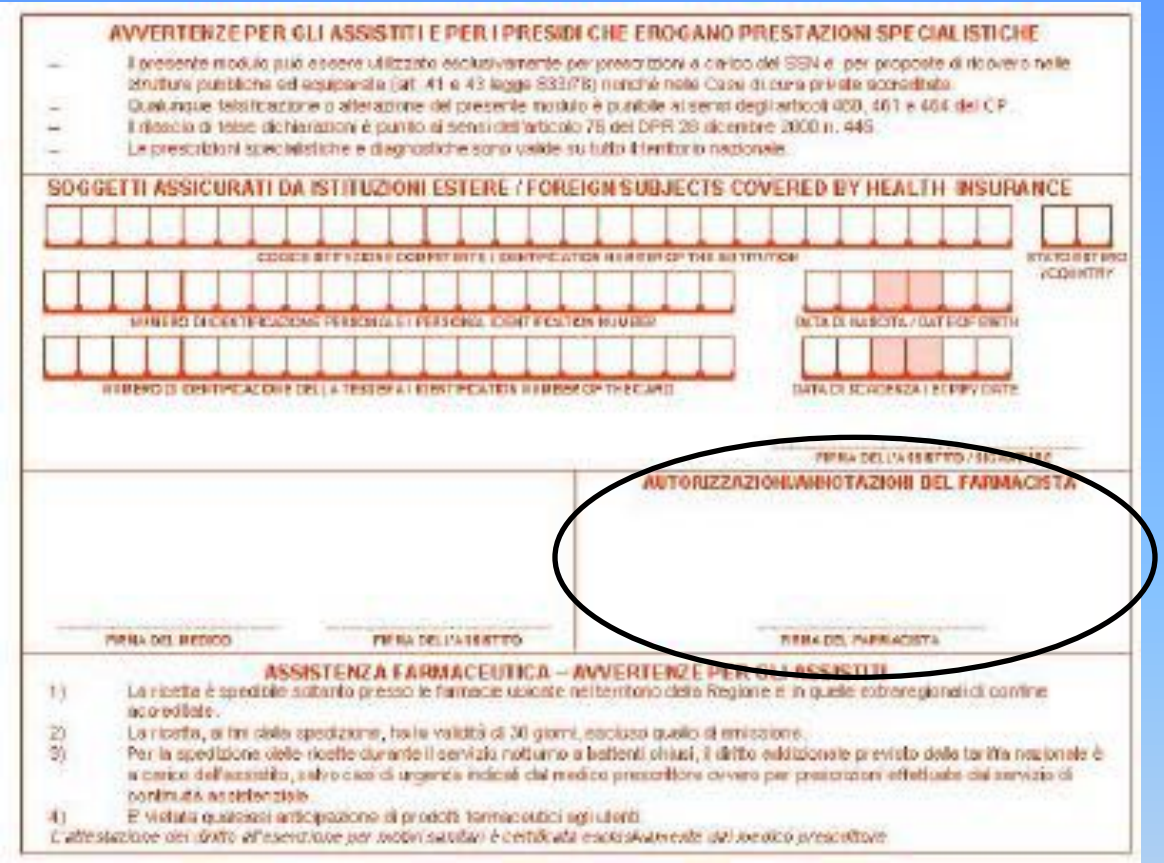
FIRMA DELL'AVENTE DIRITTO

FIRMA DEL FARMACISTA

ASSISTENZA FARMACEUTICA – AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI

1) La ricetta è spedibile soltanto presso le farmacie ubicate nel territorio della Regione e in quelle extraregionali di confine accreditate.
2) La ricetta, ai fini della spedizione, ha la validità di 30 giorni, escluso quello di emissione.
3) Per la spedizione delle ricette durante il servizio notturno a battenti chiusi, il diritto addizionale previsto dalla tariffa nazionale è a carico dell'assistito, salvo casi di urgenza indicati dal medico prescrittore ovvero per prestazioni effettuate dal servizio di continuità assistenziale.
4) È vietata qualsiasi anticipazione di prodotti farmaceutici agli utenti.

L'attestazione del diritto all'esenzione per motivi sanitari è certificata esclusivamente dal medico prescrittore.



AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI E PER I PRESIDI CHE EROGANO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

- Il presente modulo può essere utilizzato esclusivamente per prescrizioni a carico del SSN e per proposte di ricovero nelle strutture pubbliche ed equiparate (art. 41 e 43 legge 833/78) nonché nelle Case di cura private accreditate.
- Qualunque falsificazione o alterazione del presente modulo è punibile ai sensi degli articoli 476, 461 e 464 del C.P.
- Il rilascio di false dichiarazioni è punito ai sensi dell'articolo 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.
- Le prescrizioni specialistiche e diagnostiche sono valide su tutto il territorio nazionale.

SOGGETTI ASSICURATI DA ISTITUZIONI ESTERE / FOREIGN SUBJECTS COVERED BY HEALTH INSURANCE

CODICE DELL'ISTITUZIONE COMPETENTE / IDENTIFICATION NUMBER OF THE INSTITUTION

STATO DI ISTITUZIONE / COUNTRY

NUMERO DI IDENTIFICAZIONE PERSONALE / PERSONAL IDENTIFICATION NUMBER

DATA DI NASCITA / DATE OF BIRTH

NUMERO DI IDENTIFICAZIONE DELLA TESSERA / IDENTIFICATION NUMBER OF THE CARD

DATA DI SCADENZA / EXPIRY DATE

FIRMA DELL'ASSISTITO / SIGNATURE

AUTORIZZAZIONI/ANNOTAZIONI DEL FARMACISTA

FIRMA DEL MEDICO

FIRMA DELL'ASSISTITO

FIRMA DEL FARMACISTA

ASSISTENZA FARMACEUTICA – AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI

1) La ricetta è spedibile soltanto presso le farmacie ubicate nel territorio della Regione e in quelle extraregionali di confine accreditate.
2) La ricetta, ai fini della spedizione, ha la validità di 30 giorni, escluso quello di emissione.
3) Per la spedizione delle ricette durante il servizio notturno a battenti chiusi, il diritto addizionale previsto dalla tariffa nazionale è a carico dell'assistito, salvo casi di urgenza indicati dal medico prescrittore ovvero per prescrizioni effettuate dal servizio di continuità assistenziale.
4) È vietata qualsiasi anticipazione di prodotti farmaceutici agli utenti.

L'attestazione del diritto all'esenzione per motivi sanitari è certificata esclusivamente dal medico prescrittore.

Spazio per autorizzazioni (con timbro) rilasciate dalla ASL o per annotazioni da parte del farmacista (Legge 405/2001, art. 6).

SOSTITUITO Art. 6 CONVENZIONE

SOSTITUITO CON EQUIVALENTE

EQUIVALENTE NON DISPONIBILE

FARMACO NON RITIRATO

TERAPIA IN ATTO

AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI E PER I PRESIDI CHE EROGANO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

- Il presente modulo può essere utilizzato esclusivamente per prescrizioni a carico del SSN e per proposte di ricovero nelle strutture pubbliche ed equiparate (art. 41 e 43 legge 833/78) nonché nelle Case di cura private accreditate.
- Qualunque falsificazione o alterazione del presente modulo è punibile ai sensi degli articoli 476, 461 e 464 del C.P.
- Il rilascio di false dichiarazioni è punito ai sensi dell'articolo 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.
- Le prescrizioni specialistiche e diagnostiche sono valide su tutto il territorio nazionale.

SOGGETTI ASSICURATI DA ISTITUZIONI ESTERE / FOREIGN SUBJECTS COVERED BY HEALTH INSURANCE

CODICE IDENTIFICAZIONE COMPETENTE / IDENTIFICATION NUMBER OF THE INSTITUTION

STATO ESTERO / COUNTRY

NUMERO DI IDENTIFICAZIONE PERSONALE / PERSONAL IDENTIFICATION NUMBER

DATA DI NASCITA / DATE OF BIRTH

NUMERO DI IDENTIFICAZIONE DELLA TESSERA / IDENTIFICATION NUMBER OF THE CARD

DATA DI SCADENZA / EXPIRY DATE

FIRMA DELL'AVENTE DIRITTO / SIGNATURE

AUTORIZZAZIONI/ANNOTAZIONI DEL FARMACISTA

FIRMA DEL MEDICO

FIRMA DEL FARMACISTA

ASSISTENZA FARMACEUTICA – AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI

1) La ricetta è spendibile soltanto presso le farmacie ubicate nel territorio della Regione e in quelle extraregionali convenzionate o accreditate.
2) La ricetta, ai fini della spedizione, ha la validità di 30 giorni, escluso quello di emissione.
3) Per la spedizione delle ricette durante il servizio notturno a esercizi chiusi, il diritto addizionale previsto dalla tariffa nazionale è a carico dell'assistito, salvo casi di urgenza indicati dal medico prescrittore ovvero per prescrizioni effettuate dal servizio di continuità assistenziale.
4) È vietata qualsiasi anticipazione di prodotti farmaceutici agli utenti.

L'attestazione del diritto all'esenzione per motivi sanitari è certificata esclusivamente dal medico prescrittore.

La ricetta SSN ha validità 30 giorni escluso quello di emissione.

Numero confezioni prescrivibili per singola ricetta (Legge 405/2001 – G.U. n. 268 del 17/11/2001):

-2 pezzi per i medicinali fascia A del Prontuario Terapeutico Nazionale (art. 65 comma 12 L. 23/12/2000 n. 388);

-3 pezzi per i medicinali destinati al trattamento di malattie croniche, invalidanti e rare (art. 5 D.L. 29/04/1998 n. 124);

-6 pezzi per antibiotici in confezione monodose, medicinali a base di interferone a favore di soggetti affetti da epatite cronica e per i medicinali somministrati esclusivamente per fleboclisi;

-Per i farmaci analgesici oppiacei, utilizzati nella terapia del dolore di cui all'art. 43 comma 3bis D.P.R. 309/90, è consentita la prescrizione in un'unica ricetta di un numero di confezioni sufficienti a coprire una terapia massima di 30 giorni.

Art. 15 comma 11 bis, D.L. 06 luglio 2012 n. 95 convertito con modificazioni in L. 07 agosto 2012 n. 135 (pubblicato nel Supplemento Ordinario alla G.U. n. 189 del 14 agosto 2012) recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini (Spending Review)

L' art. 15 comma 11-bis dispone che: «*Il medico che curi un paziente, per la prima volta, per una patologia cronica, ovvero per un nuovo episodio di patologia non cronica, per il cui trattamento sono disponibili più medicinali equivalenti, è tenuto ad indicare nella ricetta del Servizio sanitario nazionale la sola denominazione del principio attivo contenuto nel farmaco. Il medico ha facoltà di indicare altresì la denominazione di uno specifico medicinale a base dello stesso principio attivo; tale indicazione è vincolante per il farmacista ove in essa sia inserita, corredata obbligatoriamente di una sintetica motivazione, la clausola di non sostituibilità di cui all'art. 11, comma 12, del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 marzo 2012, n. 27. Il farmacista comunque si attiene a quanto previsto dal menzionato articolo 11, comma 12.*»

L’art.15 si applica:

-a prescrizioni riguardanti farmaci inseriti nelle liste di trasparenza;

-alla prescrizione della terapia relativa ad un nuovo episodio patologico sia di natura cronica, che per un nuovo episodio di una patologia non cronica.

La nuova norma non si applica ai medicinali per i quali non sono disponibili equivalenti (e comunque a quelli non inseriti nelle liste di trasparenza), ai medicinali non rimborsabili SSN e a quelli prescritti su ricetta bianca.

1. PAZIENTE CON PATOLOGIA CRONICA, GIA' IN CURA

MEDICO	FARMACISTA
Il medico può continuare a prescrivere come prima:	Come previsto dalla precedente normativa: • *decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, articolo 11, comma 9; convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122 e successive modifiche;* • *decreto-legge n. 1 del 2012, art. 11, comma 9 coordinato con la legge di conversione 24.03.2012, n. 27, art. 11, comma 12;* • *circolare 10 08 2011 Prot. 4233 dell'ARS-Regione Marche;* • *circolare 19 04 2012 Prot. 4080 dell'ARS – Regione Marche.*
----------	----------

A. Il medico prescrive un farmaco originatore o un farmaco equivalente specificando la ditta farmaceutica ("marca")

Es: per un pazinete iperteso (malattia cronica), già in trattamento con Triatec, potrà tranquillamente essere redatta una ricetta SSN come in precedenza.

-Se il farmaco prescritto rientra tra quelli che hanno il prezzo più basso, il farmacista è tenuto a dare all'assistito quello prescritto.

-Nel caso in cui il medico prescrive un farmaco di prezzo superiore a quelli di prezzo più basso presenti nelle liste, il farmacista è tenuto a fornire il farmaco di prezzo più basso.

-Il paziente può richiedere un farmaco avente le medesime caratteristiche ma prezzo di vendita al pubblico più alto di quello di rimborso, previa corresponsione da parte di questo della differenza tra il prezzo di vendita e quello di rimborso;

Tale regola vale anche in caso di non disponibilità del farmaco con prezzo uguale a quello di riferimento da parte di farmacie e distributori intermedi.

- La motivazione della sostituzione di un farmaco con un altro di uguale composizione, forma farmaceutica… avente diverso AIC, deve essere sempre annotata dal farmacista sul retro della ricetta.

B. Il medico prescrive il principio attivo

-Se si tratta di un principio attivo relativo a farmaci non appartenenti a liste di riferimento il farmacista dispensa tra le specialità disponibili, quella corrispondente per dosaggio e forma farmaceutica.

-Se si tratta di principio attivo di farmaci equivalenti, il farmacista consegnerà quello a prezzo più basso.

-Il paziente ha facoltà di scegliere un farmaco diverso presente nella lista pagando l'eventuale differenza di prezzo.

C. Il medico aggiunge alla prescrizione di un farmaco la dichiarazione di non sostituibilità

Se il medico vuole che il farmacista si attenga "alla lettera" alla prescrizione e non consegni al paziente un farmaco "generico" contenente lo stesso principio attivo, egli dovrà apporre la clausola "NON SOSTITUIBILE".
Tale clausola potrà essere indicata senza motivazione sintetica.

Es:

-Il farmacista non può distinguere se la prescrizione è relativa ad una nuova terapia o ad una già in corso.

-Il farmacista è tenuto a consegnare esattamente il farmaco prescritto
a meno che per indisponibilità o per carattere di urgenza, il medico prescrittore, contattato dal farmacista, non modifichi la sua prescrizione.

-La spedizione di qualsiasi ricetta contenente un farmaco con prezzo superiore a quello di riferimento comporta il pagamento, da parte dell'assistito, di una quota pari alla differenza tra il prezzo del farmaco erogato e quello di riferimento.

2. PAZIENTE CON PATOLOGIA CRONICA PER IL QUALE SI INIZIA LA CURA:

MEDICO	FARMACISTA
Nei casi cronici, alla prima prescrizione della terapia il medico dovrà sempre indicare nella ricetta SSN il nome del principio attivo.	Come previsto dalla precedente normativa: • *decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, articolo 11, comma 9; convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122 e successive modifiche;* • *decreto-legge n. 1 del 2012, art. 11, comma 9 coordinato con la legge di conversione 24.03.2012, n. 27, art. 11, comma 12;* • *circolare 10 08 2011 Prot. 4233 dell'ARS – Regione Marche;* • *circolare 19 04 2012 Prot. 4080 dell'ARS – Regione Marche.*
----------	----------

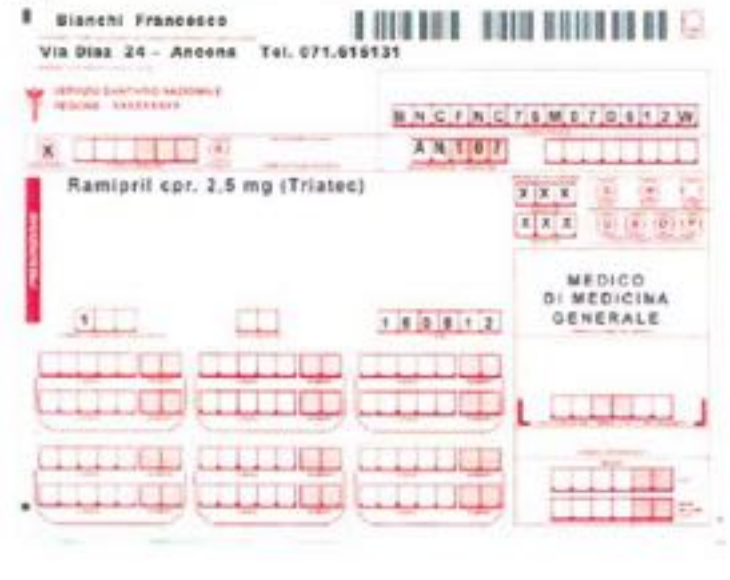
-Se si tratta di principio attivo relativo a farmaci non appartenenti a liste di riferimento il farmacista dispensa tra i farmaci disponibili quello corrispondente per dosaggio e forma farmaceutica.

-Se si tratta di principio attivo di farmaci equivalenti il farmacista consegnerà quello a prezzo più basso presente nella lista di trasparenza dell'AIFA.

-Il paziente ha facoltà di scegliere un farmaco diverso presente nella lista pagando l'eventuale differenza di prezzo.

B. Il medico prescrittore può aggiungere, nella ricetta, al principio attivo, un nome commerciale

Es:



-Se il farmaco prescritto rientra tra quelli che hanno il prezzo più basso, il farmacista è tenuto a dare all'assistito quello prescritto.

-Nel caso in cui il medico prescrive un farmaco di prezzo superiore a quelli di prezzo più basso presenti nelle liste, il farmacista è tenuto a fornire il farmaco di prezzo più basso.

-Il paziente può richiedere un farmaco avente le medesime caratteristiche ma prezzo di vendita al pubblico più alto di quello di rimborso, previa corresponsione da parte di questo della differenza tra il prezzo di vendita e quello di rimborso;

Tale regola vale anche in caso di non disponibilità del farmaco con prezzo uguale a quello di riferimento da parte di farmacie e distributori intermedi.

- La motivazione della sostituzione di un farmaco con un altro di uguale composizione, forma farmaceutica… avente diverso AIC, deve essere sempre annotata dal farmacista sul retro della ricetta.

C. Il medico aggiunge alla prescrizione di un farmaco la dichiarazione di non sostituibilità

Se il medico ritiene che il farmaco di "marca" prescritto non sia sostituibile appone la clausola di NON SOSTITUIBILITÀ e deve obbligatoriamente inserire una sintetica motivazione come nel seguente **esempio** (M.C. = motivi clinici).

Naturalmente, verificata l'efficacia e la tollerabilità del farmaco effettivamente assunto dall'assistito, le successive prescrizioni seguiranno le modalità di cui al punto 1).

-Il farmacista è tenuto a consegnare esattamente il farmaco prescritto a meno che per indisponibilità o per carattere di urgenza, il medico prescrittore, contattato dal farmacista, non modifichi la sua prescrizione.

-La spedizione di qualsiasi ricetta contenente un farmaco con prezzo superiore a quello di riferimento comporta il pagamento, da parte dell'assistito, di una quota pari alla differenza tra il prezzo del farmaco erogato e quello di riferimento.

3. PAZIENTE AFFETTO DA UN NUOVO EPISODIO DI PATOLOGIA NON CRONICA

(comprendendo anche, secondo quanto chiarito dal Ministero della Salute con la sua *circolare del 3/08/2012*, un nuovo episodio di patologia non cronica, che si verifica a distanza di tempo da altro episodio analogo)

MEDICO	FARMACISTA
Il medico prescrittore dovrà sempre indicare in ricetta il nome del principio attivo ----------	Come previsto dalla precedente normativa: • *decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, articolo 11, comma 9; convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122 e successive modifiche;* • *decreto-legge n. 1 del 2012, art. 11, comma 9 coordinato con la legge di conversione 24.03.2012, n. 27, art. 11, comma 12;* • *circolare 10 08 2011 Prot. 4233 dell'ARS – Regione Marche;* • *circolare 19 04 2012 Prot. 4080 dell'ARS – Regione Marche.* ----------

A. Il medico prescrive il principio attivo

Nei casi di patologie non croniche, es. faringo-tonsillite, il medico prescrittore d'ora in poi sarà sempre tenuto a indicare in ricetta il nome del principio attivo. Nel caso del Clavulin, ad esempio, agirà come segue:

Verdi Maria
Via Colonna 34 - Ancona Tel. 071.054123

Amoxicillina + acido clavulanico cpr.
875 mg + 125 mg

MEDICO DI MEDICINA GENERALE

-Se si tratta di principio attivo relativo a farmaci non appartenenti a liste di riferimento il farmacista dispensa tra i farmaci disponibili quello corrispondente per dosaggio e forma farmaceutica.

-Se si tratta di principio attivo di farmaci equivalenti il farmacista consegnerà quello a prezzo più basso presente nella lista di trasparenza dell'AIFA.

-Il paziente ha facoltà di scegliere un farmaco diverso presente nella lista pagando l'eventuale differenza di prezzo.

B. Il medico prescrittore può aggiungere, nella ricetta, al principio attivo, un nome commerciale

Es:

-Se il farmaco prescritto rientra tra quelli che hanno il prezzo più basso, il farmacista è tenuto a dare all'assistito quello prescritto.

-Nel caso in cui il medico prescrive un farmaco di prezzo superiore a quelli di prezzo più basso presenti nelle liste, il farmacista è tenuto a fornire il farmaco di prezzo più basso.

-Il paziente può richiedere un farmaco avente le medesime caratteristiche ma prezzo di vendita al pubblico più alto di quello di rimborso, previa corresponsione da parte di questo della differenza tra il prezzo di vendita e quello di rimborso;

Tale regola vale anche in caso di non disponibilità del farmaco con prezzo uguale a quello di riferimento da parte di farmacie e distributori intermedi.

- La motivazione della sostituzione di un farmaco con un altro di uguale composizione, forma farmaceutica… avente diverso AIC, deve essere sempre annotata dal farmacista sul retro della ricetta.

C. Il medico aggiunge alla prescrizione di un farmaco la dichiarazione di non sostituibilità

Qualora il medico prescrittore voglia indicare un particolare nome commerciale e renderlo vincolante per il farmacista dovrà redigere la ricetta come segue, cioè apporre la clausola di non sostituibilità e motivarla sinteticamente (L.A.S.A. = Look-Alike/Sound-Alike) – **vedi esempio**

-Il farmacista è tenuto a consegnare esattamente il farmaco prescritto a meno che per indisponibilità o per carattere di urgenza, il medico prescrittore, contattato dal farmacista, non modifichi la sua prescrizione.

-La spedizione di qualsiasi ricetta contenente un farmaco con prezzo superiore a quello di riferimento comporta il pagamento, da parte dell'assistito, di una quota pari alla differenza tra il prezzo del farmaco erogato e quello di riferimento.

PROCEDURE PER IL RIMBORSO DELLA RICETTA SSN

-Si controlla la corretta compilazione della ricetta (annotazioni vanno controfirmate dal medico).

-Si applicano le fustelle tolte dalla confezione.

-Si annota l'importo di eventuali ticket.

-Timbrare e datare le ricette negli appositi spazi a destra sul recto della ricetta.

-Riportare eventuali annotazioni sul verso della ricetta.

-Numerare progressivamente le ricette e disporle in mazzette da 100 separando CODIN, ossigeno, assistenza integrativa.

-Si spediscono al centro tariffazione.

-Le ricette vanno consegnate alla ASL entro il 5 del mese successivo a quello di spedizione.

-Ricette mancanti del codice fiscale, data spedizione, timbro farmacia, data compilazione, firma/timbro medico vengono riconsegnate alla farmacia perché possano essere regolarizzate e devono essere restituite alla ASL entro 30 giorni dalla data di ricezione.

-Ricette inviate alla ASL con un ritardo superiore ad un anno dalla data di spedizione non sono ammesse al pagamento.

-È vietata l'anticipazione del medicinale anche se seguita dalla successiva presentazione della ricetta.

-La quota di partecipazione non può essere percepita anticipatamente nel caso in cui la farmacia sia sprovvista dei medicinali prescritti e debba approvvigionarsene attraverso il ciclo distributivo.

-Se non è indicata la forma farmaceutica o il dosaggio, il farmacista può ugualmente spedire la ricetta riportando sul retro apposita annotazione.

Se la ricetta reca la prescrizione di una specialità medicinale senza l'indicazione del dosaggio il farmacista è tenuto a consegnare il prodotto nel dosaggio più basso esistente e concedibile in regime SSN o la confezione con il dosaggio utilizzato dal paziente; ma in entrambi i casi è necessario apporre idonea dichiarazione sul retro della ricetta (terapia in atto).

-Il farmacista può completare solo il campo relativo al codice fiscale.

PRESCRIZIONE DI ISOTRETINOINA AD USO SISTEMICO

In G.U. n.43 del 21 febbraio 2009 è stata pubblicata la Determinazione AIFA 16 novembre 2007 recante “Modifica della modalità di prescrizione di medicinali contenenti isotretinoina ad uso sistemico” (Allegato 1).

Per ovviare alle difficoltà di accesso alla terapia da parte dei pazienti la cui prescrizione era riservata ai medici dermatologi, è stato permesso anche ai medici di base di poter prescrivere medicinali contenenti questo principio attivo.

Provvedimento in vigore dal 29 marzo 2009.

La prima prescrizione è affidata allo specialista dermatologo che compila anche un modulo introdotto dal presente provvedimento e lo allega alla ricetta in modo da permettere al medico di base di procedere alle successive prescrizioni su modello SSN.

L’operatività delle farmacie non viene modificata in quanto il modulo non viene presentato in farmacia ma rimane agli atti del medico prescrittore.

In farmacia viene quindi presentata solo la prescrizione medica e il farmacista dovrà attenersi al rispetto degli adempimenti vigenti:

-Verificare la presenza sulla ricetta della data di certificazione (data in cui il medico si è sincerato dello stato di non gravidanza e della copertura contraccettiva della paziente) e del dosaggio giornaliero.
La data di certificazione deve essere sempre apposta anche se coincide con quella di prescrizione.

-Tra data di certificazione e data di compilazione non devono passare più di 3 giorni.

-Dispensare isotretinoina entro 7 giorni dalla data di certificazione

Per un ciclo di terapia massimo di 30 giorni.

-Dispensare una nuova confezione di isotretinoina solo in seguito a presentazione di nuova ricetta.

Il paziente al termine della terapia è tenuto a riconsegnare al farmacista le capsule non utilizzate

Ricetta limitativa
(DLvo 219/2006)

I medicinali soggetti a ricetta medica limitativa sono quelli la cui prescrizione o la cui utilizzazione è limitata a taluni medici o a taluni ambienti,

Comprendono 3 categorie:

a) medicinali utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero (art. 92 D. Lgs 219/2006): sono quei medicinali che, per le caratteristiche farmacologiche, o per innovatività, per modalità di somministrazione o per altri motivi di tutela della salute pubblica, non possono essere utilizzati in condizioni di sufficiente sicurezza al di fuori di strutture ospedaliere. Tenuto conto delle caratteristiche dei medicinali, l'AIFA può stabilire che l'uso di questi medicinali è limitato a taluni centri ospedalieri o, invece, è ammesso anche nelle strutture di ricovero a carattere privato.
Questi medicinali devono recare sull'imballaggio esterno o, in mancanza di questo, sul confezionamento primario le frasi «Uso riservato agli ospedali. Vietata la vendita al pubblico». In caso possano essere utilizzati anche nelle strutture di ricovero a carattere privato la frase è modificata in rapporto all'impiego autorizzato del medicinale. Questi medicinali sono forniti dai produttori e dai grossisti direttamente alle strutture autorizzate a impiegarli o agli enti da cui queste dipendono.

b) medicinali vendibili al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti (art. 93 D.Lgs 219/2006): sono i medicinali che, sebbene utilizzabili anche in trattamenti domiciliari, richiedono che la diagnosi sia effettuata in ambienti ospedalieri o in centri che dispongono di mezzi di diagnosi adeguati, o che la diagnosi stessa e, eventualmente, il controllo in corso di trattamento sono riservati allo specialista.
Questi medicinali devono recare sull'imballaggio esterno o, in mancanza di questo, sul confezionamento primario, dopo le frasi «Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica», o «Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica utilizzabile una sola volta», la specificazione del tipo di struttura o di specialista autorizzato alla prescrizione.

c) medicinali utilizzabili esclusivamente dallo specialista in ambulatorio (art. 94 D.Lgs 219/2006): sono i medicinali che, per loro caratteristiche farmacologiche e modalità di impiego, sono destinati ad essere utilizzati direttamente dallo specialista durante la visita ambulatoriale. Lo specialista può utilizzare uno dio questi medicinali presso il domicilio del paziente, soltanto se la somministrazione dello stesso non necessita di particolari attrezzature ambulatoriali.
Sull'imballaggio esterno o, in mancanza di questo, sul confezionamento primario devono essere riportate le frasi: «Uso riservato a...», con specificazione dello specialista autorizzato all'impiego del medicinale, e «Vietata la vendita al pubblico».
Questi medicinali possono essere forniti dai produttori e dai grossisti direttamente agli specialisti autorizzati ad impiegarli.

Principio attivo	Specialità	Limitazione
Cisapride	ALIMIX CIPRIL PREPULSID	Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica utilizzabile una sola volta rilasciata da centri ospedalieri. (Decreto 28 luglio 2000).
Clozapina	LEPONEX cpr	Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica utilizzabile una sola volta, attestante l'esecuzione della conta e della formula leucocitaria e la compatibilità dei valori riscontrati con l'inizio, la prosecuzione o la ripresa del trattamento. Prescrizione riservata esclusivamente ai centri ospedalieri e ai dipartimenti di salute mentale, da parte di specialisti in psichiatria o in neuropsichiatria.
Diazossido	PROGLICEM cps	Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica su indicazione di un centro ospedaliero.
Didanosina	VIDEX cpr	Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica rilasciata da un centro ospedaliero autorizzato.
Donezepil	ARICEPT cpr MEMAC cpr	Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica specialistica. (Il decreto di A.I.C specifica che il medico deve essere specializzato nella cura dell'Alzheimer, senza fornire ulteriori chiarimenti. Generalmente si considerano tali i geriatri, neurologi e psichiatri. Vale comunque la dichiarazione del medico che si qualifichi come "esperto nella gestione della demenza di Alzheimer"). Nel Decreto 20 luglio 2000, all'art.5 (Riclassificazione dei medicinali a base di donezepil), è scomparso ogni riferimento al "medico specialista nella gestione della malattia di Alzheimer" ed è rimasta la sola indicazione "medico specialista". Per la fornitura in regime di assistenza SSN, la prescrizione viene fatta su diagnosi e piano terapeutico effettuati dalle Unità di Valutazione Alzheimer Nella seconda fase del trattamento è prevista la possibilità per il medico di medicina generale di effettuare prescrizioni sempre sulla scorta del piano terapeutico redatto dalle Unità di Valutazione dell'Alzheimer.

Pricipio attivo	Specialità	Limitazione
Mepivacaina	CARBOCAINA F.le	Medicinali ad esclusivo uso del medico odontoiatra
Lidocaina	XILOCAINA SPRAY	Medicinali ad esclusivo uso del medico odontoiatra
Acido ialuronico	OTOIAL FLE	Medicinale ad esclusivo uso degli specialisti otorinolaringoiatri.