

Prot. GC/2049

Roma, 28/07/2020

Gentile Direttore,

Si segnala alla S.V. un comportamento inopportuno da parte del ReCup che rifiuta la prescrizione del medico di medicina generale recante la dicitura "visita di controllo" se la prescrizione non riporta la biffatura della casella "altro".

Si segnala che i gestionali della mg non consentono al momento di procedere a tale biffatura sulla ricetta dematerializzata, costringendo il mmg a usare la ricetta rossa (in contrasto con le disposizioni regionali sulla dematerializzata).

In alternativa chiedono la "prima visita", (sic), ovviamente con priorità urgente o breve stante l'indisponibilità di altre agende, anche se la prestazione in realtà è differibile, ma ciò contrasta con le direttive ricevute dai medici a livello aziendale che pregano di voler riservare le urgenze a chi effettivamente ne ha bisogno oltre al fatto che per le visite di controllo per i pazienti cronici la dizione prima visita comporta il pagamento del ticket anche se in possesso dell'esenzione.

Insomma paradossi che costringono il paziente ad ulteriori inutili accessi in studio, cosa che nel contesto epidemiologico attuale sarebbe da evitare, e che sottraggono tempo al medico costringendolo ad occuparsi degli aspetti più deleteri della burocrazia.

Ora il Decreto del Commissario ad Acta 11 aprile 2017, n. U00110 recita:

"A tale proposito deve essere sottolineato come la domanda di prestazioni di primo accesso sia completamente distinta, in termini di tipologia, di utenza e di volume, alla domanda di prestazioni di controllo, che rientrano in percorsi di cura più o meno standardizzati riferiti a problemi clinici già definiti, connotando la "presa in carico" dell'assistito. Questa distinzione con l'indicazione della "Tipologia di Accesso", **a carico del medico prescrittore in qualsiasi struttura operante**, consente la separazione dei percorsi assistenziali e impone una diversa organizzazione dei servizi aziendali di prenotazione, assistenza e successivo trattamento delle informazioni.

a. le prestazioni di "Primo Accesso" sono definite nel modo seguente:

"Le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche, sono quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto. Sono prestazioni di 1° accesso anche quelle che lo specialista che osserva per primo il paziente richiede ad un altro specialista, poiché necessarie per l'approfondimento del quesito diagnostico.

Per i pazienti con diagnosi già definita, ovvero affetti da malattie croniche, si considera lo stesso come primo accesso la prestazione richiesta nel caso di insorgenza di un nuovo problema o di una riacutizzazione tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva."

Va considerata come prestazione di primo accesso anche quella richiesta dal Medico di Medicina

Generale conseguente ad un precedente esame o visita e finalizzata alla conclusione del percorso diagnostico in un tempo definito.

b. le prestazioni per “Controlli Successivi”, definite per differenza, riguardano pazienti per i quali già è stata formulata una diagnosi iniziale, erogate nell’ambito di percorsi di cura e presa in carico per patologie croniche (agende di II livello). **Le prestazioni strumentali** che saranno prescritte come Controlli successivi, nell’ambito di follow-up, di percorsi diagnostico terapeutici e in genere di presa in carico di un paziente cronico, **potranno essere** contraddistinte dal medico mediante biffatura della casella Altro mentre non dovrà essere indicata la classe di priorità.

Conseguentemente, nella stessa ricetta non potranno essere indicate prestazioni di “Primo Accesso” e prestazioni per “Controlli successivi” e in assenza di specifica indicazione (biffatura di una priorità o della casella Altro) la richiesta sarà considerata di Primo accesso con classe di priorità “P”. **Questo tipo di richieste debbono essere gestite dal Medico Specialista della struttura, senza rimandare al MMG/PLS la prescrizione su ricetta SSN**, realizzando la “presa in carico” dell’assistito.

L’organizzazione aziendale deve prevedere la prenotazione dell’appuntamento direttamente mediante l’accesso al sistema regionale Recup-web da parte del prescrittore o indirizzando l’assistito verso lo sportello CUP aziendale, se presente nella struttura stessa, facendo in modo che il paziente non sia costretto ad uscire dalla sede o a rivolgersi al ReCUP.

Qualora l’assistito si rivolga comunque al ReCUP per prenotare una prestazione di “Controllo Successivo”, la prenotazione viene effettuata sulla quota di agende riservate ai ‘Ritorni’.

Dal che si evince come le strutture sanitarie dovrebbero gestire mediante prenotazione le visite di controllo ma non lo fanno, come il ReCup si arroghi il diritto di rifiutare una prestazione redatta secondo le regole in assenza di altra normativa correttiva del DCA 110/17, ed infine della confusione ingenerata dall’alterazione della frase chiave giacchè il DCA afferma che i medici "**potranno**" biffare "altro", non "**dovranno**".

Si chiede pertanto alla S.V. di voler ripristinare quanto prima le regole per evitare che un servizio diventi disservizio.

Cordiali saluti.

Dr Giovanni Cirilli
Segretario Regionale Fimmg Lazio