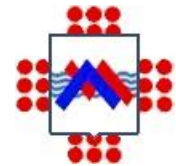




Matera, 31 luglio 2012



Ai Medici Convenzionati
Agli Specialisti Cardiologi
Loro Sedi

Cari colleghi,

la Direzione Generale della nostra ASL, in collaborazione con l'Ordine dei Medici di Matera, ha istituito un gruppo di lavoro misto, medici ospedalieri e del territorio, per individuare e condividere dei percorsi di appropriatezza nella gestione della sanità: lo scopo principale è quello di migliorare la qualità dei servizi offerti ai cittadini.

Il raggiungimento di questo obiettivo richiede due condizioni:

- la valorizzazione e il riconoscimento della professionalità dell'intera classe medica, che vede l'Ordine dei Medici come massimo garante
- la corretta gestione ed ottimizzazione delle risorse economiche disponibili, compito proprio della Direzione aziendale.

Il gruppo di lavoro sull'appropriatezza, sulla base di indirizzi operativi condivisi a livello regionale, ha scelto di mettere al primo posto delle criticità da affrontare quello delle **liste di attesa**.

L'individuazione delle classi di priorità per patologia, avviata nel 2007 e portata a termine all'inizio del 2012 con la pubblicazione del "Manuale delle classi di priorità", è lo strumento principale per assicurare ai cittadini tempi certi e garantiti nell'accesso alle prestazioni sanitarie, sulla base della gravità della patologia e del tipo di prestazione richiesta.

Di fatto però la gestione delle prenotazioni per classi di priorità non è mai realmente partita per una serie di ragioni ben note:

- la mancata diffusione del manuale delle classi di priorità tra la classe medica e tra gli stessi uffici periferici e centrali del CUP
- la difficoltà di "ritagliare" prestazioni prioritarie all'interno di liste d'attesa già congestionate
- il rifiuto di prestazioni segnalate come "prioritarie" anche quando indicate in ricetta
- l'utilizzo "opportunistico" delle classi di priorità al solo scopo di aggirare le liste di attesa

Oggi vogliamo ripartire sul serio, chiedendo la collaborazione dei medici ospedalieri e dei medici di famiglia, per iniziare a gestire da subito, con il criterio delle classi di priorità, le **visite specialistiche cardiologiche** (il modello sarà applicato ad altre specialità).

Queste le modalità operative suggerite dal gruppo di lavoro sull'appropriatezza e fatte proprie dalla Direzione aziendale:

SPECIALISTI CARDIOLOGI

Si fanno carico dei seguenti compiti:

1. aumentare il tempo orario destinato all'attività ambulatoriale convenzionata, anche con il ricorso alle visite pomeridiane
2. gestire in proprio le visite di follow-up (controllo PM e defibrillatori; controlli post-ricovero; controlli post IMA nel primo anno) dando precisa indicazione ai pazienti circa la data del controllo;
3. garantire la prescrizione su ricettario SSN delle ulteriori indagini (di laboratorio o strumentali cardiologiche) necessarie al completamento della consulenza specialistica (Legge regionale 17/2011)

4. rinviare alla responsabilità del medico curante i pazienti con patologie cardiologiche ben compensate (es. ipertensione in terapia efficace, infartuati di vecchia data) e già valutati in ambito cardiologico (con l'indicazione della "non" necessità di ulteriori controlli programmati)
5. anticipare le visite cardiologiche già programmate per i mesi a venire in favore dei pazienti in lista d'attesa segnalati come rientranti in una classe di priorità Breve (10 giorni) o Differibile (30 giorni); questo senza pregiudizio ai tempi già assegnati agli altri pazienti

MEDICI DI MEDICINA GENERALE e PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

Si fanno carico dei seguenti compiti:

1. scrivere sempre sulla ricetta la "patologia" per la quale si richiede la consulenza specialistica
2. individuare la classe di priorità del paziente (sulla base del manuale che si allega alla presente) e barrare la relativa casella U-B-D-P sulla ricetta (Protocollo integrativo all'Accordo regionale)
3. indicare il sospetto diagnostico o la sintomatologia che giustificano l'attribuzione della priorità alla classe B (breve, 10 giorni) o D (differibile, 30 giorni)
4. specificare, a prescindere dalla classe di priorità, se trattasi di VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO per distinguerle dalle "prime visite" (paziente mai prima valutato in ambito cardiologico o che presenti patologia cardiologica diversa da quella già nota)
5. annotare sull'elenco dei pazienti già prenotati per visita cardiologica (che sarà inviato in seguito) quelli che potrebbero giovare di una visita Breve o Differibile, inserendo nell'ultima colonna la lettera B o D. Restituire l'elenco aggiornato alla ASL a mezzo fax sia al 0835-253.320 Sig. Caggiano presso Direzione Sanitaria e sia al 0835-253.411 Unità operativa di Cardiologia.

I pazienti segnalati come prioritari verranno immediatamente contattati dai cardiologi ospedalieri per concordare un anticipo dei tempi della visita cardiologica.

Sulla base di un'indagine preliminare su un campione di 100 pazienti inviati dal MMG a visita cardiologica sono emersi i seguenti dati:

I pazienti con priorità **B** sono il **4%**

I pazienti con priorità **D** sono il **13%**

I pazienti con priorità **P** sono il **73%** così suddivisi:

14/100 visite di follow up (controlli post ricovero, post IMA, PM) *

25/100 ipertesi in perfetto controllo farmacologico e già valutati in cardiologia **

7/100 pazienti sani senza patologia cardiologica (sportivi, donne in gravidanza) ***

* saranno gestiti direttamente dal reparto di cardiologia

** saranno presi in carico esclusivo dal medico di MG

*** sono auspicabili percorsi differenziati da concordare con gli specialisti prescrittori

Le "prime visite" sono il **10%** (di queste solo 2 con priorità B, le altre tutte Programmate).

La Direzione aziendale e l'Ordine dei Medici di Matera auspicano che questo processo di armonizzazione dei percorsi assistenziali sia condiviso da tutti i colleghi, ospedalieri e convenzionati, per ottenere i risultati auspicati.

Il Direttore Sanitario
Dott. Andrea Sacco

Il Presidente dell'Ordine dei Medici
Dott. Raffaele Tataranno

Allegato

Classi di priorità per la Visita cardiologica

Priorità U (urgente) entro 72 ore - **Pronto Soccorso**

Dolore toracico tipico (angina da sforzo o angina da cardiopatia ischemica già in trattamento)

Sincope

Turbe del ritmo di nuova insorgenza (ipo-iper cinetiche) anche se asintomatiche

Dispnea ingravescente *

Crisi ipertensiva severa

Soffio in neonato a rischio

Aritmie nel lattante

* scompenso cardiaco in fase di instabilizzazione, miopericardite, embolia polmonare

Priorità B (Breve) entro 10 giorni

**Dolore toracico da sforzo in soggetti ad elevato rischio cardiologico
(ipertesi, fumatori, diabetici, dislipidemic, familiarità ischemica)**

Dolore toracico "atipico" (in soggetto con 2 o più fattori di rischio)

Turbe del ritmo senza compromissione dell'emodinamica del paziente *

Dispnea da sforzo e/o edemi di recente insorgenza (sospetta valvulopatia o cardiomiopatia)

Neoplasie in trattamento chemioterapico

Soffi cardiaci nel neonato (primo riscontro)

* cardiopalmo persistente e/o parossistico in atto o di recente insorgenza, ritmico o aritmico

Priorità D (Differibile) entro 30 giorni

Soffi cardiaci primo riscontro in assenza di sintomi (escluso il neonato)

Sospetta cardiopatia (valvolare, ischemica, polmonare, aritmica)

Pregressa crisi ipertensiva risolta

Scompenso cardiaco II-III classe

Priorità P (Programmabile)

Situazioni non previste nelle precedenti classi *

*Ipertensione arteriosa di recente diagnosi , Diabete asintomatico , Patologie croniche

Nota:

I follow up di pazienti già noti (PM e defibrillatori, controlli post IMA entro 12 mesi dall'evento, controlli post ricovero) saranno fissati sulla base di un calendario gestito dal reparto di cardiologia.