

Area dell' Assistenza Territoriale
UOC Assistenza Primaria Distretto 14-ex ASL Roma E

Prot.2302/XIV
Del 02/12/2016

**Ai Medici di Medicina Generale
Ai Pediatri di Famiglia
Ai Medici Specialisti ambulatoriali e
ospedalieri**

**Oggetto: PRIORITARIZZAZIONE E CORRETTA COMPILAZIONE DELLA RICETTA per le ricette
compilate a partire dal 1 dicembre 2016.**

Cari Colleghi

la Regione Lazio, con il DCA 437/2013 *"Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2013 - 2015"*, ha previsto che, all'atto della compilazione della ricetta, il medico indichi l'urgenza della richiesta, espressa come **classe di priorità**.

La classe prescelta garantirà l'erogazione della prestazioni entro termini precisi.

Le classi individuate sono:

- classe di attesa **U** : prestazione da garantirsi, per lo più, entro 72 ore;
- classe di attesa **B** : prestazione da garantirsi entro 10 giorni;
- classe di attesa **D** : prestazione da garantirsi entro 30 o 60 giorni;
- classe di attesa **P** : prestazione da garantirsi entro 180 giorni.

Con un successivo decreto (DCA 211/2016 *"Approvazione delle Linee guida per l'attribuzione della classe di priorità nelle prescrizioni di specialistica ambulatoriale"*), la Regione ha prodotto un documento che fornisce alcune indicazioni sulle patologie associate alle classe di priorità (per 38 delle 43 prestazioni indicate come "critiche" nel *Piano Nazionale per il Governo Liste Attesa - PNGLA 2010-12*). Le indicazioni sono state formulate utilizzando la c.d. metodologia RAO. Il metodo RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) individua, per una data prestazione (ECG, TAC, visita dermatologica, ect), l'insieme delle patologie/condizioni cliniche, che hanno in comune il *"tempo massimo che il paziente può attendere, prima di effettuarla, senza che ne venga ritardata la diagnosi o pregiudicata la terapia"*. Queste patologie, poi, vengono inserite/raggruppate in una stessa classe di priorità.

Tuttavia, essendo l'indicazione della classe di priorità richiesta per **tutte le prestazioni di primo accesso**, per quelle non incluse nel documento regionale il medico prescrittore attribuirà la classe di priorità in base all'evidenza clinica e alle condizioni del paziente.

Le **prestazioni di "Primo Accesso"** sono definite nel modo seguente:

Prime visite e 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 primo accesso anche quelle che lo specialista che osserva per primo il caso 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 MMG conseguente ad un precedente esame o visita e finalizzata alla conclusione del percorso diagnostico in un tempo definito.

Le prestazioni per "Controlli Successivi" possono essere definite per differenza e vengono, generalmente, erogate nell'ambito di percorsi di cura e presa in carico per patologie croniche. Alla prenotazione di tali prestazioni dovrebbe provvedere, attraverso gli appositi canali definiti e resi operativi a livello aziendale, la struttura che ha in carico il paziente.

Per indicare la "**Tipologia di accesso**" si procede come di seguito indicato:

- **VISITE SPECIALISTICHE**

Nel caso di Prima Visita Specialistica (vedi all. 1 – Elenco dei codici CUR per le Prime Visite) dovrà essere indicata la priorità con biffatura della apposita casella:

- Urgente - **U**: da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore; prenotazione attraverso il DottorCUP (numero dedicato 800986867), direttamente al momento della prescrizione;
- Breve - **B**: da eseguire entro 10 giorni;
- Differibile - **D**: da eseguire entro 30 giorni;
- Programmabile - **P**: da eseguire comunque entro 180 giorni.

Se la visita prescritta è di "Controllo" (vedi all. 2 – Elenco dei codici CUR per le VISITE DI CONTROLLO) non dovrà essere indicata la priorità e non si terrà conto della eventuale priorità indicata.

- **PRESTAZIONI STRUMENTALI**

Per le prestazioni strumentali nel caso di primo accesso dovrà essere indicata, con biffatura della apposita casella, una delle classi di priorità:

- Urgente - **U**: da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore; prenotazione attraverso il DottorCUP (numero dedicato 800986867), direttamente al momento della prescrizione;
- Breve - **B**: da eseguire entro 10 giorni;
- Differibile - **D**: da eseguire entro 60 giorni;
- Programmabile - **P**: da eseguire comunque entro 180 giorni.

Se le prestazioni strumentali sono prescritte come "Controllo successivo" nell'ambito di follow-up, Percorsi diagnostico-terapeutici (PDTA), Pacchetti ambulatoriali complessi (PAC), etc, nella ricetta possono essere contraddistinte dal medico con biffatura della *casella Altro* (vedi all. 3) e non dovrà essere indicata la classe di priorità.

Nella ricetta è **obbligatorio indicare il problema di salute** che motiva la richiesta, indicato nelle Linee Guida come *CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (PAROLE CHIAVE)* ovvero con un termine che ricomprende varie eventualità (diagnosi - sospetto diagnostico - sintomo - segno - familiarità per...., ect,) oppure utilizzando l'ICD9-CM (testuale o con codice a 6 cifre compreso il punto di separazione).



Riguardo l'individuazione delle condizioni cliniche associate alle classi di priorità, è opportuno sottolineare:

- che i tempi di attesa previsti per le classi di priorità devono essere considerati come *"range di attesa massima accettabile"*, non essendo possibile, per ovvi motivi, assegnare un singolo tempo massimo di attesa ad ogni singola patologia/condizione clinica;
- che l'associazione di sintomi e/o condizioni cliniche alle classi di priorità si basa su criteri di ragionevolezza clinica che - ancorché rivisti alla luce dell'applicazione sul campo nel corso degli anni, e validati dal *consensus scientifico* - sono pur sempre *"teorici"*;
- che, pertanto, l'indicazione finale di una classe di priorità, piuttosto che di un'altra, è responsabilità esclusiva del medico prescrittore, che deciderà in base alla reale situazione clinica dell'assistito, soprattutto per alcune prestazioni dove i limiti tra le classi sono sfumati;
- che le condizioni cliniche associate alle classi di priorità, per ovvi motivi di praticità, non esauriscono tutte le possibili evenienze o situazioni, a cui ci si trova davanti durante la pratica clinica;
- che il documento si riferisce esclusivamente a prestazioni da erogare, nel *setting* ambulatoriale e che, pertanto, in esso non sono state mai considerate le condizioni cliniche che impongono l'immediato invio del paziente al Pronto Soccorso. L'eventuale decisione in merito è demandata interamente al medico che ha in cura il paziente.

Nella stessa ricetta cartacea non possono essere prescritte prestazioni di "Primo Accesso" e prestazioni per "Controllo successivo".

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".

In sede di prenotazione l'operatore CUP verificherà:

- la tipologia di accesso
- la classe di priorità
- il quesito diagnostico

indispensabili per la prenotazione, limitandosi a verificarne la compilazione/codifica.

Rep.le UOS Percorsi per la Cronicità

Dott.ssa Luisa Lucentini

Il Direttore UOC Assistenza Primaria Distretto 14 ex ASL Roma E
Dott. Umberto Forte