



Sistema di accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale  
organizzato per priorità clinica

## Visita Cardiologica

## PREMESSA

Il Piano regionale attuativo del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa 2006 – 2008 (DGR 288 DD. 16.02.2007) prevede che il governo della domanda si attui attraverso un coinvolgimento diretto degli attori che partecipano, con ruolo diverso, alla generazione della richiesta di esami e prestazioni. Tali attori sono: il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta, il medico specialista ambulatoriale, il medico ospedaliero e il cittadino.

Il Piano citato, nel perseguimento dell'obiettivo del governo della domanda, prevede la messa a regime di un sistema di responsabilizzazione e di monitoraggio dei prescrittori e la definizione e applicazione diffusa di un sistema di prescrizione secondo criteri di priorità clinica.

Le Linee per la gestione 2009, oltre a dare l'indicazione ai MMG/PLS di prescrivere con criteri di priorità le prestazioni critiche, sottolineano la necessità per le aziende di distinguere le agende delle prime visite dai controlli.

La Legge Regionale n. 7 del 2009 obbliga il MMG e il PLS a formulare sempre il quesito clinico o il sospetto diagnostico e ad indicare, ove previsto, il criterio di priorità.

## CLASSIFICAZIONE NAZIONALE

Il Piano nazionale individua l'elenco delle prestazioni da monitorare suddividendole in quattro categorie:

- a) specifiche aree critiche di bisogno assistenziale, per le quali è prevedibile un ricorso caratterizzato da un alto livello di appropriatezza, per cui è necessario garantire il diritto all'accesso nei tempi adeguati (area delle urgenze differibili, area oncologica, area delle patologie cardiache e vascolari);
- b) prime visite specialistiche in branche caratterizzate da una forte domanda assistenziale;
- c) settori ad alta complessità tecnologica per le quali, al contrario, si rileva un frequente ricorso inappropriato, a fronte di un costo elevato delle stesse;
- d) ambiti che presentano forti differenze di accessibilità nelle diverse realtà regionali.

**L'obiettivo regionale è l'applicazione diffusa della compilazione dei criteri presenti nel ricettario, trovando le forme di adattamento rispetto alle pratiche attuali presenti in alcune Aziende.**

Dizione della ricetta	Indicazioni	Tempi
U – urgente		
B – breve	Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità	10 gg.
D – differita	Prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità	30 gg. visite (con esclusione delle visite specialistiche di maggior impatto), 60gg. prestazioni diagnostiche
P – programmata	Prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione e la disabilità	180 gg.

La Regione Friuli Venezia Giulia conferma i tempi e le percentuali sancite dal piano nazionale per il contenimento dei tempi di attesa che, nel caso di adozione di criteri di priorità, sono i seguenti:

- Pazienti codificati come classe A: tempo massimo di attesa 10 giorni; valore soglia: 90%
- Pazienti codificati come classe B: tempo massimo di attesa 30 giorni per le visite specialistiche, 60 giorni per le prestazioni diagnostiche; valore soglia: 80%
- Pazienti codificati come classe C: tempo massimo di attesa 180 giorni; valore soglia: 100%

## INDICAZIONI OPERATIVE

Dopo la ufficializzazione del documento che prevede i criteri di priorità per la Ecografia Addominale, la seconda tipologia di prestazione specialistica ambulatoriale per la quale è previsto un sistema di accesso organizzato per priorità cliniche è stata individuata nella **Visita Cardiologica**. Tale scelta è stata motivata dalla criticità del bisogno assistenziale e dalla forte pressione della domanda con conseguenti lunghi tempi d'attesa e rischio di inappropriatazza.

Il sistema regionale di prescrizione per criteri di priorità dovrà essere accompagnato da una revisione periodica delle attività prescrittive, che prevede l'attività sistematica e cadenzata nel tempo con cui i principali attori (MMG, specialisti, distretti, presidi ospedalieri) svolgono con la metodologia dell'audit la valutazione dell'appropriatezza delle prescrizioni effettuate.

Con tale progetto ci si prefigge quindi di avviare e successivamente consolidare l'attività di revisione periodica delle prescrizioni in medicina generale e tra gli specialisti ambulatoriali e ospedalieri.

Le agende dei CUP/CALL-CENTER dovranno essere costruite in maniera da poter prenotare secondo criteri di priorità e da poter distinguere il controllo (ritorno) dal primo accesso.

Le Aziende dovranno attivare un sistema di monitoraggio per la verifica dell'applicazione corretta dei criteri di priorità e del rispetto dei tempi previsti.

Le Aziende potranno attivare sistemi di comunicazione diretta tra MMG/PLS e specialisti ospedalieri (es. numero verde) che permettano, **soprattutto nella prima fase di applicazione del processo di prioritarizzazione**, la discussione di singoli casi, degli esami necessari e dei criteri di priorità da assegnare.

Al fine di semplificare il percorso per il cittadino e ridurre i tempi è previsto che il MMG/PLS inizi il percorso diagnostico con la richiesta della prima visita; lo specialista che ha il contatto con il paziente dovrà, salvo diversa richiesta del paziente stesso o del MMG /PLS, produrre tutte le richieste per poter completare l'iter diagnostico redigendo le impegnative e, dove possibile, prenotando le prestazioni successive. I Piani aziendali prevedono tempi e modalità di adeguamento graduale alle indicazioni nazionali e regionali.

Le prestazioni per cui sono definiti i tempi massimi sono quelle considerate di primo accesso.

Per prestazione di primo accesso si intende quella che si riferisce al primo contatto che avviene normalmente per sospetto diagnostico di patologia cardiovascolare severa.

CRITERI DI PRIORITA' PER VISITA CARDIOLOGICA

<b>CARDIOLOGIA – VISITA CARDIOLOGICA</b>			
Priorità	Tempo di attesa	Criteri di selezione	Note
<b>U</b>	Entro 24 ore	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dolore toracico in atto o nelle ultime 48 ore di sospetta origine ischemica (vedi allegato 1)</b></li> <li>• <b>Sincope o presincope negli ultimi 7 gg</b></li> <li>• <b>Dispnea parossistica a riposo di sospetta origine cardiaca</b></li> <li>• <b>Bradiaritmie (<math>\leq 40/\text{min}</math>) o Tachiaritmie (<math>\geq 130/\text{min}</math>) obiettivabili e sintomatiche per dispnea e/o angina pectoris, sincope o presincope (se asintomatiche invio per solo ecg)</b></li> </ul>	Gestione diretta ambulatorio cardiologico o attraverso Pronto Soccorso, in base agli accordi locali
<b>B</b>	Entro 10 giorni	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dolore toracico di sospetta origine ischemica (vedi allegato) ripetuto nell'ultimo mese</b></li> <li>• <b>Dispnea di recente insorgenza per sforzo lieve (da sospetto scompenso cardiaco Boston &gt; 5 vedi allegato 2)</b></li> <li>• <b>Sincopi o presincopi ripetute nell'ultimo mese</b></li> </ul>	Far afferire le richieste al CUP/Call center o direttamente al servizio di cardiologia per una prima valutazione e/o teleconsulto, sulla base dell'organizzazione locale
<b>D</b>	Entro 30 giorni	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Instabilità e necessità di adeguamento terapeutico in: scompenso cardiaco congestizio, cardiopatia ischemica, aritmie</b></li> <li>• <b>Dolore toracico a bassa/intermedia probabilità</b></li> </ul>	Far afferire le richieste al CUP/Call center o direttamente al servizio di cardiologia per una prima valutazione e/o teleconsulto, sulla base dell'organizzazione locale
<b>P</b>	Entro 180 giorni	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tutte le prime visite motivate (dispnea, sincope, dolore toracico, cardiopalmo, ipertensione arteriosa resistente a 3 farmaci) che non rientrano nelle classi precedenti</b></li> </ul>	Prenotabile a CUP
<b>C</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Controlli cardiologici programmati</b></li> <li>• <b>Visite a carattere medico legale, per rilascio certificati, patenti ecc.</b></li> </ul>	Prenotabile a CUP Sulla base della tempistica prevista dai follow-up

Raccomandazioni generali per la compilazione della prescrizione:

- Indicare sempre il quesito diagnostico;
- Barrare sempre il codice di priorità;
- Inserire gli aspetti clinici rilevanti a sostegno della richiesta (segni obiettivati, sintomi riferiti);
- Nel caso in cui il quesito diagnostico non rientri tra quelli specificati motivare sempre il criterio di assimilazione ad una determinata classe di priorità;

- Indicare sempre se si tratta di esame suggerito da una precedente visita di uno specialista;
- Specificare sempre se si tratta di “controllo” in quanto tutti gli esami successivi al primo (controlli, follow-up) vanno prenotati in altre agende e non sono soggetti a monitoraggio. Essi sono, di norma, prescritti e prenotati dallo stesso specialista che ha avuto il primo contatto con il paziente, al fine di completare l’iter diagnostico o di monitorare il paziente secondo un programma di follow-up.  
In caso di “controllo” non deve essere barrato alcun codice di priorità, l’indicazione del codice di priorità presuppone, altresì, la richiesta di un “primo accesso”.

Per la **Visita Cardiologica** i criteri clinici di selezione corrispondenti alle classi di priorità sono stati individuati dal gruppo di lavoro multidisciplinare regionale coordinato dall’ARS, composto da Cardiologi e MMG , sulla base di esperienze già validate a livello locale in alcune Aziende/Aree Vaste regionali.

### Sistema di verifica

Con cadenza semestrale dovranno essere verificati da parte dei MMG e dagli specialisti ospedalieri:

1. l’appropriatezza prescrittiva ed in particolare la coerenza del quesito diagnostico con la classe di priorità;
2. il rispetto del tempo d’attesa previsto per la prestazione stessa;
3. la necessità di revisionare i criteri di accesso

Allo scopo si propongono come strumenti di verifica le schede sottostanti per gli erogatori e per i prescrittori:

Prestazione di: <b>Visita Cardiologica</b>		
Struttura erogante:		
Cognome Nome Paziente:		
Quesito diagnostico:		
Codice di priorità: urgente <input type="checkbox"/> , breve <input type="checkbox"/> , differita <input type="checkbox"/> , programmata <input type="checkbox"/> , non presente <input type="checkbox"/>		
Il codice di priorità è correlato al quesito clinico?	SI	NO
Indagine negativa	SI	NO
Indagine positiva (non correlata al quesito)	SI	NO
Indagine positiva (correlata al quesito)	SI	NO
Data:	firma:	

Prestazione di: <b>Visita Cardiologica</b>		
Cognome Nome MMG :		
Distretto di:		
Prestazione effettuata presso:		
Presidio/Distretto di:		
Sono stati rispettati i tempi per l’esecuzione? (urgente <input type="checkbox"/> , breve <input type="checkbox"/> , differita <input type="checkbox"/> , programmata <input type="checkbox"/> )	SI	NO
Data:	firma:	

Si suggerisce di effettuare la verifica di tutte le impegnative (esclusi i controlli) erogate da una struttura durante una settimana per trimestre, per un minimo di quattro settimane/anno. E’ allo studio la possibilità di far valutare direttamente al cittadino il rispetto dei tempi d’attesa per la priorità assegnata alla prestazione e l’applicazione dei principi di semplificazione successivi al primo accesso.

## SUGGERIMENTI PER L'INQUADRAMENTO DEL PAZIENTE CON DOLORE TORACICO

- Valutare la presenza di criteri di dolore ischemico:
  - 1) E' correlato allo sforzo fisico?
  - 2) E' di breve durata (2-20 minuti)?
  - 3) E' alleviato dal riposo e dalla nitroglicerina sublinguale (entro 30 s → pochi minuti)?
  - 4) E' retrosternale?
  - 5) Si irradia (in modo centrifugo) alla gola, al collo o al braccio sinistro?
  - 6) Sono assenti altre evidenti cause di dolore toracico?
- Classificazione:
  - ANGINA TIPICA:
    - presenza dei criteri 1,2,3 oppure
    - presenza di almeno 4 criteri
  - ANGINA ATIPICA:
    - presenza di 2 criteri oppure
    - positività solo dei criteri 4 e 6
  - DOLORE PROBABILMENTE NON ANGINOSO:
    - Presenza di un solo criterio o di nessun criterio

## Allegato 2

### CRITERI DI BOSTON PER LA DIAGNOSI DI SCOMPENSO CARDIACO

CATEGORIE CLINICHE	PUNTEGGIO
<i>CATEGORIA I: ANAMNESI</i>	
Dispnea riposo	4 punti
Ortopnea	4 punti
Dispnea parossistica notturna	3 punti
Dispnea camminando in piano	2 punti
Dispnea camminando in salita	1 punto
<i>CATEGORIA II: ESAME OBIETTIVO</i>	
Frequenza cardiaca 91-110 bpm	1 punto
Frequenza cardiaca > 110 bpm	2 punti
Pressione venosa giugulare a 45° > 6 cm	2 punti
Pressione venosa giugulare a 45° > 6 cm + epatomegalia o edemi arti inferiori	3 punti
Rantoli polmonari al 3° inferiore degli emitoraci	1 punto
Rantoli polmonari oltre il 3° inferiore degli emitoraci	2 punti
Gemiti o sibili	3 punti
Terzo tono	4 punti
<i>CATEGORIA III: RX TORACE</i>	
Edema alveolare	4 punti
Edema interstiziale	3 punti
Redistribuzione apicale del circolo polmonare	2 punti
Versamento pleurico bilaterale	3 punti
Cardiomegalia (indice cardiotoracico > 0,50)	3 punti

**8 – 12 punti** → scompenso cardiaco definito

**5 – 7 punti** → scompenso cardiaco possibile

**< 5 punti** → scompenso cardiaco improbabile

**Criteria di Boston** (Carlson KJ, Lee DCL, Goroll AH et al. An analysis of physicians' reasons for prescribing long-term digitalis therapy in outpatients. *J Chron Dis* 1985; 38:733-739)