

Criteria di formazione delle liste di attesa Regione Lombardia

Per **tempo di attesa** si intende il lasso di tempo che intercorre tra il momento in cui un cittadino accede al servizio sanitario **per prenotare** una prestazione e il momento in cui la prestazione viene prenotata e successivamente erogata.

Per un'efficace gestione della sempre più ampia richiesta di cure il Sistema Sanitario Nazionale ha adottato un sistema basato sulle priorità cliniche che, indicate dal medico prescrittore in ricetta, consentono di garantire l'assistenza sanitaria in considerazione dell'urgenza.

Regione Lombardia con il *Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA)* ha inoltre indicato tempi massimi di attesa per il **primo accesso a 75 prestazioni sanitarie ambulatoriali e di ricovero fra le più critiche**.

Classi di priorità

Il Medico prescrittore, in base alla valutazione clinica, deve fornire l'indicazione di priorità, riportando su ciascuna impegnativa un apposito codice che individua il tempo massimo per l'erogazione della prestazione.

Le Classi di Priorità per le **prestazioni di specialistica ambulatoriale** sono codificate come segue:

- **U = urgente** — da erogare nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore;
 - o L'apposizione in ricetta della priorità "U" chiama alla responsabilità tutti gli attori coinvolti: il medico prescrittore, il cittadino utente e la struttura erogatrice in quanto:
 - il medico prescrittore valuta con coscienza clinica l'urgenza della prestazione e la segnala tramite indicazione in ricetta della Classe di Priorità "U";
 - il cittadino utente si impegna a presentare la prescrizione per la prenotazione entro le 48 ore successive al rilascio della ricetta, accettando - salvo casi eccezionali e con motivazioni documentabili — di fruire della prestazione nella struttura dove la stessa è disponibile;
 - la struttura erogatrice si impegna ad effettuare la prestazione urgente entro le 72 ore successive alla presentazione dell'impegnativa o, in caso di impossibilità a rispettare il termine, si impegna ad attivare il proprio "Responsabile Unico per i tempi di attesa" per individuare altra diversa struttura in grado di erogare la prestazione nel tempo stabilito.
- **B = breve** - entro 10 gg;
- **D = differibile** — da erogare entro 30 gg per le visite ed entro 60 gg per le prestazioni strumentali;
- **P = programmabile** — da erogare secondo le indicazioni cliniche di volta in volta stabilite dal medico prescrittore.

Il tempo previsto dalla classe di priorità decorre a partire dal momento in cui l'utente richiede la prestazione.

L'impegnativa del medico

Il medico è il professionista che stabilisce, attraverso la compilazione dell'impegnativa (ricetta dematerializzata o ricetta rossa), quale sia la priorità d'accesso per il proprio paziente.

La ricetta medica del Servizio Sanitario Nazionale è un documento rilasciato da un medico dipendente del SSN o convenzionato con esso.

E' utilizzata per la richiesta di prestazioni specialistiche o diagnostiche sia in strutture pubbliche che private accreditate a contratto.

Durata dell'impegnativa

Le impegnative che prescrivono visite o esami diagnostici sono valide per 1 anno, a partire dalla data di compilazione da parte del medico fino alla data di prenotazione della stessa prestazione. Il cittadino può usufruire delle prestazioni contenute nella stessa ricetta (massimo 8) presso la medesima struttura, in momenti diversi, entro un periodo di tempo coerente rispetto al tipo di patologia e di trattamento prescritto, di norma entro 1 anno dall'effettuazione della prima prestazione. La durata annuale della ricetta risulta necessaria in particolare per le *visite di controllo o follow up*.

Primo accesso e controlli (follow up)

La prima visita, o il primo esame è il momento in cui il problema manifestato dal paziente viene valutato clinicamente per la prima volta. In questa fase viene formulato un preciso quadro diagnostico.

L'impegnativa medica è rilasciata dal Medico curante.

Sono considerati **primi accessi** anche quelli relativi a pazienti noti, affetti da malattie croniche (ad esempio diabete, ipertensione...) che presentano una fase di riacutizzazione o l'insorgenza di un nuovo problema, anche non correlato alla patologia cronica, ma tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva della terapia.

Per **visita o esami di controllo (follow up)** si intende il momento dell'accertamento diagnostico successivo ad un primo accesso (sia visita, sia esame). In questa fase al paziente è già stata impostata una terapia e le prestazioni erogate sono finalizzate, ad esempio, a seguire l'evoluzione di patologie croniche, valutare a distanza l'eventuale insorgenza di complicanze, verificare la stabilizzazione della patologia o il mantenimento del buon esito dell'intervento, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto al primo accesso. Le prescrizioni per visite o esami di controllo di solito, vengono prescritte dal medico specialista che ha preso in carico il paziente.

Gallarate, 1/02/2021

NUOVA RISANA

Il legale rappresentante

DR/SSA Anna Riba

