

Allegato 12

Attività di controllo e tempi di attesa

Premessa

Viene confermata la necessità che per l'anno 2011 le direzioni strategiche delle ASL diano la massima priorità, in termini di programmazione e di risorse dedicate, alla attuazione delle disposizioni progressivamente introdotte dalla Giunta Regionale con le DGR VIII/4799 del 30 maggio 2007, VIII/8501 del 26 novembre 2008, VIII/9014 del 20 febbraio 2009, VIII/9581 del 11 giugno 2009, VIII/10804 del 16 dicembre 2009 e IX/621 del 13 ottobre 2010.

Il Ministero competente in data 10.12.2009 ha emanato un apposito decreto "Controlli sulle cartelle cliniche", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.122 del 27.05.2010, che con il presente atto viene adottato dalla Regione Lombardia.

Il Piano dei controlli, previsto dalla DGR VII/15324 del 2003, è il principale strumento di programma di cui le ASL dispongono per declinare nel concreto le linee di intervento a supporto della mission aziendale e per integrare tra loro le varie linee di intervento per tutte le aree oggetto di controllo.

Le ASL entro il 31 gennaio 2011 devono predisporre ed inviare obbligatoriamente su supporto magnetico non modificabile alla DG Sanità il piano dei controlli relativo all'esercizio 2011. Si ricorda l'obbligo dell'invio mensile, da parte delle ASL, del flusso informativo relativo alle attività di controllo. Con decorrenza dall'esercizio 2011, secondo il formato che sarà indicato dalla DG Sanità con apposita circolare entro il 31 dicembre 2010, le ASL dovranno mensilmente trasmettere le informazioni relative alle diffide ed alle sanzioni amministrative. I responsabili delle ASL dovranno comunque comunicare prontamente alla Direzione Generale Sanità ogni evento di particolare rilevanza in merito ai controlli.

Si ribadisce, come già indicato per l'anno 2010, che vengono superate le tempistiche e le modalità relative alla produzione delle controdeduzioni da parte del soggetto erogatore ed al successivo riscontro della ASL alle stesse, previste dalla DGR VII/12692 del 10.04.2003 "Modalità di attuazione dei controlli e gestione delle pratiche oggetto di controdeduzioni". Valgono i tempi e di modi previsti dalla legge 689/81(articolo 18) e s.m.i. Le Asl dovranno riscontrare le controdeduzioni nel rispetto dei tempi previsti dalla legge 241/90 e s.m.i.

I disposti della dgr VIII/4799 del 30 maggio 2007

Si ricordano di seguito, tra le altre, alcune delle indicazioni fornite dalla già citata DGR VIII/4799 del 30 maggio 2007:

- la non obbligatorietà del preavviso della visita ispettiva a suo tempo definito in 48 ore “lavorative” dalla d.g.r. n. VII/8078 del 18.02.2002; con questa indicazione si intende che l’eventuale preavviso non può essere inoltrato dalla ASL alla struttura prima delle 48 ore precedenti il controllo e che il preavviso non è più da considerarsi un obbligo.
- l’assenza della limitazione di tipologia di controllo (appropriatezza o congruenza della codifica) sulla stessa pratica;
- il superamento di quanto previsto dalla VII/12692 del 10.04.2003 alla voce “calendarizzazione dei controlli”, dando la priorità alla verifica delle attività erogate nel corso dell’esercizio di cui non sono state ancora saldate le attività che si individua con il periodo che va dal 1° gennaio di un anno al 28 febbraio dell’anno seguente;
- la non sospensione del controllo a seguito di “interpello” alla Direzione Generale Sanità, così come previsto dalla circolare 37/SAN/2003, privilegiando, nel caso di contestazione, l’interpretazione conservativa della modalità di codifica proposta dalla ASL, che deve essere quella prevista dalle linee guida regionali emanate a riguardo della codifica delle prestazioni e che riguarda le procedure consolidate e storicizzate nella pratica clinica e quindi anche utilizzate in sede di rilevazione dei costi e definizione delle tariffe delle prestazioni sia a livello nazionale che regionale;
- l’obbligatorietà dell’estensione del campione a tutta la casistica, nel caso di rilevazione di errori che superano la soglia statistica di significatività;
- dare attuazione, come previsto dalla l.r. 8/2007, alla sovraterritorialità della funzione di controllo prevedendo che le ASL verifichino le prestazioni a favore di propri residenti erogate da strutture ubicate presso altre ASL, dando atto che la possibilità di maggiore azione anche sul piano territoriale potrà essere una buona garanzia di crescita dell’efficacia delle attività di controllo attraverso anche il confronto tra e con diversi operatori, superando la previsione del d.d.g. Sanità n. 1375/05 e della dgr. n. VIII/3776 del 13.12.2006 – in tema di controlli tra ASL viciniori;
- si raccomanda la massima attenzione all’utilizzo dello strumento interpello che è attivo sul sito della DG Sanità; Le risposte fornite dalla Regione ai quesiti posti tramite Interpello sono pareri vincolanti tramite i quali vengono chiariti i dubbi relativi all’interpretazione o all’applicazione di normative o disposizioni amministrative già vigenti, garantendo così una applicazione omogenea sul territorio regionale della funzione di controllo delle ASL.

Il ruolo dei NOC

Si ribadisce il contenuto della legge 689/81, (e dell'art.12bis della legge regionale 31/1997) a riguardo del ruolo del Responsabile NOC che effettui una ispezione.

Il Responsabile dell'ispezione NOC nell'esercizio della specifica funzione è pubblico ufficiale: ha potere autoritativo (potere di imporre alla controparte un "fare", una attività, come ad esempio la sospensione della attività) e un potere certificativo (potere di redigere un verbale). I componenti dell'equipe di quella specifica ispezione concorrono, per le azioni compiute per le pratiche esaminate, allo svolgimento dell'ispezione stessa.

Nel momento in cui il responsabile dell'ispezione NOC verifica una condotta illecita è tenuto ad applicare le relative sanzioni amministrative per le quali la norma non ammette discrezionalità.

Il verbale di accertamento di condotta oggetto di sanzione amministrativa deve necessariamente contenere i seguenti elementi:

- Data
- Generalità trasgressore (legale rappresentante dell'ente)
- Eventuali responsabili in solido
- Descrizione del fatto
- Indicazione della norma violata
- Indicazione della sanzione.

Si conferma la necessità, per l'anno 2011, che almeno il 10% delle attività di ricovero siano soggette a controlli. Una quota fino a 3 punti percentuali dei 10 sopra previsti potrà essere riferita ad attività di autocontrollo effettuate a cura dei soggetti erogatori secondo le modalità di selezione del campione e di verifica dell'autocontrollo effettuati dalle ASL stabilite dalla DGR VIII/10077/09 e dalla DGR IX/621/10.

Per i restanti 7 punti percentuali si conferma la priorità da riservarsi, da parte delle ASL, alla selezione di tipo mirato della casistica.

Per le attività di specialistica ambulatoriale si ribadisce, per il 2011, una percentuale di controllo pari ad almeno il 3,5% delle pratiche.

Si stabilisce che nel piano dei controlli 2011 le ASL propongano quindi delle azioni quantitativamente e qualitativamente adeguate a riguardo delle attività di controllo summenzionate.

Per quanto riguarda le indicazioni date nel 2009 relativamente alla verifica della presenza sulle impegnative del sospetto/quesito diagnostico e sulle modalità di verifica della presenza nelle cartelle cliniche dei requisiti approvati con la DGR VIII 9014/2009 si confermano per il 2011 le ultime indicazioni date con le DGR VIII/9581/2009 e VIII/10077/2009.

Le ASL devono inviare alla Direzione Generale Sanità con cadenza mensile gli esiti delle attività di controllo utilizzando il flusso stabilito con d.g.r. n. VII/12692 del 10.04.2003, al fine di consentire alla Direzione Generale Sanità di fornire alle ASL stesse, con cadenza, bimestrale, i dati aggiornati relativi all'andamento dei controlli rispetto agli erogatori del proprio territorio e alle prestazioni usufruite dai propri residenti in ASL diverse in Regione Lombardia.

Controllo delle attività ambulatoriali

Riprendendo il già ricordato obiettivo minimo del 3,5% di attività ambulatoriali da sottoporre ad attività di controllo, si evidenzia che per questa tipologia di attività, caratterizzata da un alto numero di prescrizioni, pari a circa 40 milioni annui, è assolutamente necessario privilegiare i controlli di tipo statistico formale per verificare l'eventuale occorrenza di situazioni ad alto rischio di opportunismo e/o di errata modalità di erogazione / rendicontazione delle prestazioni.

Per facilitare lo svolgimento di queste attività si confermano le indicazioni già date dalla DGR VIII/10804 del 16 dicembre 2009.

Si ribadisce che il cittadino può usufruire delle prestazioni contenute nella stessa ricetta 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 6 mesi dall'effettuazione della prima prestazione. In caso di non effettuazione di tutte le prestazioni richieste, dovranno essere rendicontate solo le prestazioni effettivamente erogate.

L'art. 1 del Decreto del Ministero Economia e delle Finanze del 17 marzo 2008 "*Revisione del decreto ministeriale 18 maggio 2004, attuativo del comma 2 dell'articolo 50 della legge n. 326 del 2003 (Progetto tessera sanitaria), concernente il modello di ricettario medico a carico del Servizio sanitario nazionale. (GU n. 86 del 11-4-2008 - Suppl. Ordinario n.89)*" riferisce che la prescrizione delle prestazioni sanitarie con onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale presso strutture a gestione diretta o accreditate e' effettuata esclusivamente mediante l'impiego di ricettari le cui caratteristiche sono fissate dal disciplinare tecnico allegato allo stesso decreto.

Per un puntuale assolvimento dei debiti informativi da inviare entro il 10 di ogni mese al MEF (Ministero Economia e Finanze), *in risposta alle esigenze di monitoraggio della spesa sanitaria stabilite dall'art. 50 del decreto legge n. 269/2003 convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni*, si conferma la necessità che tutte le prestazioni erogate a carico del SSN trovino corrispondenza con quanto prescritto sui ricettari di cui al comma 1. art. 1 del DM 17/3/2008.

Controlli sul File F – contabilizzazione

Per quanto riguarda la gestione contabile degli effetti dei controlli alle strutture erogatrici di File F, si precisa che:

- 1) la struttura erogatrice, oggetto del controllo, come da indicazioni regionali vigenti, inserisce nel campo “destinazione record” (posizione 154 file FF1 e posizione 86 del file FF2) il valore M (record modificato a seguito di controlli);
- 2) la ASL riceve mensilmente dalla DG Sanità i record di File F ricevuti dagli erogatori e verifica che gli stessi rendicontino correttamente, indicando il valore M, i record controllati e modificati dalle ASL stesse in occasione dei controlli;
- 3) di conseguenza l'effetto economico dei controlli deve essere correttamente registrato nei record flaggati con la lettera M;
- 4) i controlli effettuati sul File F 2010 devono chiudersi entro il 28/02/2011 in modo da permettere in tempo utile alla chiusura dell'esercizio la trasmissione dei dati.

Customer Satisfaction

Il sistema dovrà essere orientato all'utilizzo integrato dei dati di customer satisfaction e delle segnalazioni affinché le informazioni ottenute possano divenire strumenti dell'alta dirigenza in una logica finalizzata alla costruzione di un modello futuro di qualità percepita.

In particolare, con decreto del Direttore Generale Sanità, dovranno essere definite apposite metodologie e strumenti per la realizzazione di un sistema “di ascolto della qualità percepita” nell'ottica di una più ampia valorizzazione del vissuto e della partecipazione del cittadino.

Tempi di attesa

Azioni di governo e programmazione

Entro il 31 gennaio 2011 le ASL predispongono e formalizzano gli aggiornamenti dei Piani attuativi oggi vigenti con l'obiettivo di attualizzarli rispetto ad eventuali nuove priorità e necessità. Le Aziende Ospedaliere e le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico dovranno, congruentemente con i Piani Attuativi delle ASL, presentare i Piani semestrali Aziendali di Governo dei Tempi di Attesa (PGTAz) entro il 28 febbraio del 2011 ed entro il 31 luglio del 2011 dovranno presentare i PGTAz relativi al secondo semestre del 2011.

Il monitoraggio dei tempi di attesa

La Direzione Generale Sanità, in adempimento alla DGR VIII/5743 del 31 ottobre 2007, dal maggio 2008 sta raccogliendo i dati delle rilevazioni prospettiche mensili attraverso un portale web dedicato, messo a disposizione di tutti gli erogatori, adeguatamente formati, che accedono attraverso ID e Password.

Nel corso del 2011 si prevede di effettuare almeno 12 rilevazioni di prevalenza dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero e cura oggetto di monitoraggio.

Si prevede inoltre di individuare, con decreto da effettuarsi a cura della DG Sanità, un campione significativo di erogatori, pubblici e privati accreditati, che saranno coinvolti in una rilevazione settimanale dei tempi di attesa con la finalità di avere un monitoraggio sempre più puntuale delle attese che i cittadini devono sostenere per ottenere le prestazioni ambulatoriali e quelle di ricovero e cura. Al fine di poter assolvere agli obblighi informativi di cui al Patto Stato Regioni è necessario fornire delle precisazioni e delle nuove indicazioni relativamente alla compilazione di alcuni campi dei tracciati riferiti ai debiti informativi di cui alla circolare 28/SAN e di cui all'art. 50 della legge 24 novembre 2003, n.326 e successive modifiche ed integrazioni.

Si ribadisce la necessità che il campo denominato "identificativo tipo di prestazione" sia obbligatoriamente ed accuratamente compilato nella totalità dei record con l'attenzione, fatte salve le altre codifiche previste per questo campo, di utilizzare il codice O per le prestazioni ordinarie di 1° accesso ed il codice Z per i secondi accessi, i follow up e tutte le prestazioni per le quali non è previsto il monitoraggio del tempo di attesa.

Per quanto riguarda inoltre il campo "classe di priorità" si rende necessario che sia obbligatoriamente ed accuratamente compilato nella totalità dei record.

Al fine di monitorare puntualmente le classi di priorità stabilite dalla DGR 2828/2006, si prevede, a partire dal 1° gennaio del 2011, di compilare questo campo aggiungendo prioritariamente le seguenti codifiche:

- “On” per le prestazioni afferenti **“Area Oncologica”**
- “CV” per le prestazioni afferenti all’**“Area Cardiovascolare”**
- “MI” per le prestazioni afferenti all’**“Area Materno Infantile”**
- “Ge” per le prestazioni afferenti all’**“Area Geriatrica”**

In tutti i casi che non ricadono nelle tipologie precedenti, a partire dal 1° gennaio del 2011, si conformano le codifiche già in uso a quelle indicate nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa ovvero:

- Attuale codice A (procedura da eseguirsi entro 3 giorni): dovrà essere codificata U (urgente).
- Attuale codice B (procedura da eseguirsi entro 30 gg per le visite, 60 gg per le prestazioni diagnostiche strumentali): dovrà essere codificata D (differibile)
- Attuale codice C (follow up, da eseguirsi oltre i 60 gg): dovrà essere codificata P (programmata).

Nel caso in cui la classe di priorità non fosse compilata dal prescrittore si sottintende che la prestazione, per volontà implicita dello stesso, ricade nella categoria P (programmata) e così deve essere compilata dall'erogatore in fase di rendicontazione (sostituisce la precedente categoria X).

Servizi di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale

Il Decreto legislativo 20 dicembre 2007, n. 261 “Revisione del decreto legislativo 19 agosto 2005, n. 191, recante attuazione della direttiva 2002/98/CE che stabilisce norme di qualità e di sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano e dei suoi componenti” all'art. 5 (Ispezioni e misure di controllo) prevede che *"Le regioni e le province autonome, in attuazione della normativa vigente in materia, organizzano ispezioni e adeguate misure di controllo presso i servizi trasfusionali e le unità di raccolta per verificarne la rispondenza ai requisiti previsti.....omissis (tali ispezioni) sono eseguite a intervalli di tempo regolari a distanza non superiore a due anni"*.

La Legge 21 ottobre 2005, n.219 “Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati”, all’art. 20 prevede che le Regioni organizzino ispezioni e adeguate

misure di controllo presso i servizi trasfusionali e le unità di raccolta per verificarne la rispondenza ai requisiti previsti dalla normativa vigente in materia di autorizzazione ed accreditamento.

Infine la Legge regionale 05/05 (V Piano sangue regionale) all'art. 16, comma 4, indica che "*La direzione generale competente in materia di sanità stabilisce modalità e tempi per i controlli e le verifiche ispettive previste dalla normativa in vigore.*"

In base a quanto sopra quindi le ASL effettueranno visite ispettive su almeno il 50% dei S.I.M.T. presenti sul territorio di competenza per la verifica del mantenimento dei requisiti autorizzativi e di accreditamento; tale attività sarà inserita nel piano dei controlli relativo all'esercizio 2011. Inoltre per ciascuna visita ispettiva effettuata dovrà essere redatta una relazione esaustiva da inviare alla attenzione delle U.O. Programmazione e sviluppo Piani e Governo dei Servizi sanitari e politiche di appropriatezza e controllo della DG Sanità della Regione Lombardia. La relazione riassuntiva con cadenza semestrale va comunicata anche all'AREU per quanto di competenza.

QUALITA' IN MINERALOMETRIA OSSEA COMPUTERIZZATA

Contesto di riferimento

L'osteoporosi è una malattia sistemica dell'apparato scheletrico caratterizzata da una bassa densità minerale ossea e da un deterioramento della microarchitettura del tessuto osseo. La rilevanza dell'osteoporosi deriva anche dalla sua diffusione: l'incremento della vita media che ha caratterizzato gli ultimi decenni ha fatto salire il numero degli individui a rischio di osteoporosi e quindi di frattura e la tendenza appare inesorabilmente in aumento. Questi numeri impongono una sempre maggiore attenzione da parte delle organizzazioni sanitarie per identificare i soggetti a rischio e le terapie più appropriate. Tra i test ritenuti più importanti per la diagnostica di questa patologia vi è la densitometria ossea a raggi X.

Obiettivo

Il tema della valutazione della appropriatezza e della qualità delle indagini diagnostiche MOC è da tempo all'attenzione di Regione Lombardia che nel 2003, in attuazione del DPCM LEA del novembre 2001, ha definito i criteri di corretta indicazione per accedere a questa procedura. Si tratta, in questo caso, di indicazioni che riguardano l'ex ante dell'esame. Nel corso del 2010 rappresentanti dell'Associazione Interregionale Nord-Est dell'Osteoporosi e del Gruppo Regionale Lombardia della Società Italiana di Radiologia Medica hanno posto all'attenzione degli uffici della DG Sanità la tematica, altrettanto importante, della corretta effettuazione dell'esame MOC a raggi X che risulta essenziale per impostare in modo corretto le terapie ed il monitoraggio nel tempo della loro efficacia.

E' stato quindi proposto dall'Associazione Interregionale Nord-Est dell'Osteoporosi e dal Gruppo Regionale Lombardia della Società Italiana di Radiologia Medica un progetto sperimentale che si pone come obiettivo il miglioramento della qualità delle indagini di densitometria ossea a raggi X. Questo tipo di indagine, infatti, è particolarmente esposta ad un rischio elevato di errori di esecuzione che limitano accuratezza e precisione della tecnica. Ciò comporta notevoli difficoltà nelle decisioni cliniche relative al trattamento dell'osteoporosi, affezione per la quale la densitometria rappresenta lo standard diagnostico di riferimento. Infatti, errori di esecuzione ed analisi possono determinare variazioni di densità dello stesso ordine di grandezza di quelle attese dopo trattamento, determinando scelte cliniche inappropriate o la necessità di ripetere l'indagine con ulteriori costi per il sistema sanitario.

Sulla base di queste premesse si stabilisce che, secondo le specifiche tecniche che saranno declinate in un decreto da approvarsi da parte della DG Sanità entro il 31 gennaio 2011, le strutture accreditate ed a contratto con il SSR per le prestazioni di MOC per poter continuare l'erogazione a contratto debbano:

- 1) Prevedere che un numero adeguato di tecnici e medici radiologi e non radiologi di ciascuna struttura partecipi obbligatoriamente ad un corso teorico-pratico interattivo, con accreditamento ECM, avente a tema "DENSITOMETRIA OSSEA A RAGGI X: TECNICA E INDICAZIONI".
- 2) Accettare le verifiche periodiche di qualità specifica delle prestazioni MOC che saranno attivate progressivamente, in raccordo con le edizioni dei corsi, durante il 2011.

Appropriatezza del trattamento della patologia vascolare

Nel corso del 2010 rappresentanti regionali della SICVE (Società Italiana di Chirurgia Vascolare) hanno posto all'attenzione della Direzione Generale Sanità il tema relativo alla promozione della appropriatezza specifica di erogazione di alcuni interventi di chirurgia vascolare proponendo l'istituzione di una commissione di esperti che supporti il sistema regionale nel merito della tematica sovraesposta.

Contenuti della collaborazione:

Garantire che le indicazioni poste per il trattamento delle patologie più importanti rispondano ai criteri delle linee guida nazionali e internazionali, sia dal punto di vista delle competenze professionali sia del contesto organizzativo di erogazione, in modo da prevenire l'utilizzo di metodiche chirurgiche ed endovascolari non sempre giustificate. Ciò con l'obiettivo di evitare rischi ai pazienti e un uso inappropriato di risorse.

Metodo:

La commissione, che sarà istituita entro il 31 gennaio 2011 con decreto della Direzione Generale Sanità, stabilirà i criteri e gli "strumenti" (cartella clinica, ecografia, TAC. etc. etc.) necessari per procedere alla valutazione delle attività, esaminerà, periodicamente, una casistica significativa di casi trattati per aneurisma all'aorta addominale, campionandoli ad esempio da U.O di Chirurgia Vascolare, da U.O. di Chirurgia Generale, da U.O di Cardiologia Emodinamica e da U.O. di Radiologia interventistica. Le predette valutazioni porteranno ad un giudizio sull'appropriatezza di indicazione al trattamento, sulla validità della metodica utilizzata e sulla corretta impostazione del programma di follow up in aderenza ai contenuti delle linee Guida Allegate.

Gli esiti delle valutazioni di appropriatezza saranno messi a disposizione del Sistema Regionale per le opportune valutazioni e determinazioni di competenza.

In considerazione dell'importanza clinica e della numerosità dei casi si stabilisce di iniziare queste attività con le valutazioni della casistica di Aneurisma dell'Aorta Addominale.

Elementi della cartella clinica necessari per le valutazioni di appropriatezza che saranno richiesti alle strutture campionate

Comorbidità.....
Anamnesi Pat. Remota e Prossima.....
Tac (Immagini).....
Esami precedenti Eco / Tac...(immagini).....
Vis Anestesiologica (rischio operatorio).....
Consenso informato.....
Verbale Operatorio
Eventuali Complicanze

Linee Guida per la Diagnosi e Trattamento dell'Aneurisma dell'Aorta Addominale

Definizione

Si definisce Aneurisma vero la dilatazione permanente e irreversibile di un'arteria.

Si considera aneurismatico un vaso il cui diametro trasversale superi almeno del 50% quello che caratterizza il segmento arterioso sano adiacente. Generalmente è definito come aneurisma un segmento di aorta addominale il cui diametro antero-posteriore o latero-laterale sia di almeno 3 cm.

Diagnosi

Nei pazienti *asintomatici*:

- La diagnosi strumentale di I° Livello si effettua mediante Ecografia e/o Ecocolordoppler
- Quella di II° Livello mediante Angio-TC/ Angio-RM

Nei pazienti *sintomatici* (rapido accrescimento dell'aneurisma e/o fessurazione, sintomi da compressione, reperto di Aneurisma dell'Aorta Addominale (AAA) in pazienti affetti da patologia aterosclerotica in altri sedi quale quella carotidea, coronaropatia, ischemia critica periferica, aneurisma toracico, aneurisma popliteo) oltre alla valutazione di 1° livello e di 2° livello

- Valutazione comorbidità (Ecocolordoppler TSA, Angio TC/ Angio-RM TSA, ecocardiografia, coronarografia, Ecocolordoppler arterioso arti inferiori, Angio-TC/Angio- RM arti inferiori)

Terapia

Indicazione al trattamento del paziente *asintomatico* (in relazione ai dati di mortalità intra e perioperatoria di ogni singolo Centro/Audit ed al rischio di rottura a 6 mesi dalla diagnosi):

- Pazienti con AAA (infra o iuxtarenali) di diametro superiore a 5 cm.
- Eccezioni:
 - 1°) riscontro di pazienti con AAA di dimensioni tra i 4 e 5 cm, senza apposizione trombotica parietale o con voluminosi blebs.
 - 2°) AAA che al controllo risultino cresciuti di 5 mm negli ultimi 4-6 mesi
 - 3°) Pazienti con segni di espansione o di instabilità dell'apposizione trombotica evidenziati durante l'esecuzione di angio-TC/ Angio-RM (crescent sign).
 - 4°) Pazienti con AAA di medie dimensioni (tra i 4 e 5 cm. di diametro), per cui è stato programmato un intervento chirurgico per altre patologie (patologia vescicale e prostatica, patologia benigna o maligna gastrointestinale, artroprotesi)
- I pazienti con AAA di dimensioni piccole (3-4 cm.) o medie (4-5 cm.) devono essere controllati ogni 6-12 mese mediante ecografia addominale ed eventuale AngioTC/AngioRM per evidenziare accrescimenti e/o segni di rottura.

Trattamento chirurgico tradizionale (open)

La mortalità del trattamento chirurgico open riportata dai centri di eccellenza varia dal 1% al 5%.

E' minore in centri ad alto volume di attività (2,5 % vs 5,6 %)

Il trattamento chirurgico open assicura risultati validi a lungo termine con bassa incidenza tardiva di complicanze legate alla protesi utilizzata.

Trattamento endovascolare (EVAR)

L'indicazione all'EVAR deve essere posta in base alle caratteristiche locali della lesione ed alle condizioni sistemiche del paziente (grave BPCO, cardiopatia non correggibile, addome ostile) ed alle caratteristiche morfologiche dell' aneurisma (diametri aortici, presenza di stenosi e/o occlusioni a livello degli assi iliaco-femorali, origine ed anatomia delle arterie renali) con impianto di endoprotesi idonea (aggancio prossimale transrenale o sottorenale, conformazione bisiliaca o monoiliaca).

L'EVAR comporta una minor mortalità perioperatoria rispetto all'intervento chirurgico open (0.8% vs 4.2). La conversione immediata nell'intervento chirurgico open è necessaria nel 1% dei casi.

Rispetto all'intervento open è necessario un follow-up più esteso nel tempo per valutare il corretto posizionamento e funzionamento della endoprotesi, considerando che circa un 15% dei pazienti nei 5 anni successivi necessita di un reintervento che nella gran parte dei casi è di tipo endovascolare per correzione di endoleak o di posizionamento non ottimale della protesi.

Indicazione al trattamento del paziente sintomatico

La scelta di procedere a un trattamento indifferibile in urgenza o in emergenza è posta in rapporto alle condizioni di instabilità emodinamica, utilizzando procedure chirurgiche open o endovasali.

Bibliografia:

- Linee guida SICVE (Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare). Vedi: www.sicve.it
- Shackley P, Slack R, Booth A, Michaels J.
Is there a positive volume-outcome relationship in peripheral vascular surgery? Results of a systematic review.
Eur J Vasc Endovasc Surg. 2000 Oct;20(4):326-35.
- Hirsch AT et al. ACC/AHA 2005
Practice Guidelines for the management of patients with peripheral arterial disease (lower extremity, renal, mesenteric, and abdominal aortic).
Circulation. 2006 Mar 21;113(11):e463-654.
- Henebiens M, van den Broek TA, Vahl AC, Koelemay MJ.
Relation between hospital volume and outcome of elective surgery for abdominal aortic aneurysm: a systematic review.
Eur J Vasc Endovasc Surg. 2007 Mar;33(3):285-92.
- Killeen SD, Andrews EJ, Redmond HP, Fulton GJ.
Provider volume and outcomes for abdominal aortic aneurysm repair, carotid endarterectomy, and lower extremity revascularization procedures.

- J Vasc Surg. 2007 Mar;45(3):615-26.
- National Institute for Health and Clinical Excellence
Endovascular stent-grafts for the treatment of abdominal aortic aneurysm
February 2009.www.nice.org.uk/TA167.
 - Giles KA, Hamdan AD, Pomposelli FB, Wyers MC, Dahlberg SE, Schermerhorn ML.
Population-based outcomes following endovascular and open repair of ruptured abdominal aortic aneurysms.
J Endovasc Ther. 2009 Oct;16(5):554-64.

Attività di controllo in ambito socio-sanitario

Nel Programma Regionale di Sviluppo le attività di vigilanza e controllo svolte dalle ASL rappresentano un'attività strategica nella tutela della qualità dei servizi erogati e proprio per tale motivo è prevista la revisione entro il 2011 delle procedure, modalità e metodologie mediante le quali viene effettuata l'attività di controllo globalmente intesa in ambito socio-sanitario e sociale.

Risulta, pertanto, opportuno richiamare il fatto che le ASL si adoperino già fin da ora affinché a questa specifica attività istituzionale vengano assegnate risorse di personale ed economiche adeguate allo svolgimento competente ed efficiente delle attività.

Le attività di vigilanza sono state richiamate con la DGR 8496/2008 nelle loro linee essenziali e con riferimento alla normativa già esistente relativa alla vigilanza routinaria e ai controlli di appropriatezza. Si ribadisce l'importanza che tali attività vengano svolte in piena aderenza a quanto stabilito dalle norme specifiche per ciascuna unità d'offerta e conformemente al codice etico aziendale per le implicazioni legali correlate allo svolgimento delle funzioni di vigilanza e controllo.

Pur rinviando a successivo provvedimento di riforma dei controlli che verrà adottato nel corso del 2011, appare, tuttavia, opportuno richiamare la necessità di espletamento di tali attività in linea con le indicazioni regionali nel rispetto della trasparenza degli atti e dei comportamenti.

Per quanto riguarda **l'attività di vigilanza** si segnala la necessità che le ASL prevedano nella pianificazione dei sopralluoghi un'azione puntuale di rilevazione in loco dello stato avanzamento dei Piani Programma delle strutture socio-sanitarie interessate. A tale proposito viene riconfermata la percentuale dei controlli pari ad almeno l'80% delle strutture socio-sanitarie accreditate.

Per quanto riguarda i **controlli di appropriatezza** si riconferma la percentuale di almeno il 10% sulle prestazioni erogate dalle RSA (controlli SOSIA), dalle RSD (controlli SIDI), dai Consultori, dai CDD, dalle CSS, dai CDI (sulla base del nuovo flusso informativo), dagli SMI, dagli erogatori ADI. Con circolare successiva verranno indicate le azioni specifiche per unità d'offerta.

Dalla valutazione effettuata sui piani di controllo pervenuti alla DG Famiglia si è potuto evidenziare una sostanziale disomogeneità tra le ASL nella stesura del documento inserito all'interno dei Piani di Controllo Integrati aziendali sia in termini quantitativi che qualitativi.

Fermo restando che il riferimento è costituito dalla normativa vigente per lo svolgimento delle attività di vigilanza e controllo, si richiama la necessità che le parti di competenza rispondano a precisi criteri di contestualizzazione, programmazione e completezza. A tale proposito si riportano gli elementi essenziali di riferimento per la stesura delle stesse:

- Descrizione e contestualizzazione della realtà territoriale;
- Descrizione quantitativa delle attività svolte negli anni suddivise tra attività di vigilanza e di controllo di appropriatezza per le unità d'offerta socio-sanitarie e sociali;
- Sintesi dei provvedimenti (n. rettifiche classi di fragilità, n. prescrizioni, n. diffide, ecc) adottati nel corso dell'anno suddivise per strutture coinvolte;
- Descrizione delle criticità emerse nello svolgimento dell'attività relative alle unità d'offerta e proposte di miglioramento;
- Descrizione della programmazione delle attività per l'anno 2011 e proposte di miglioramento.

Una copia del Piano Integrato dei Controlli deve essere inoltrata mezzo informatico alla Direzione generale famiglia all'indirizzo: famiglia_accreditamento@regione.lombardia.it