ASL LECCE
SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

DIREZIONE SANITARIA
via Miglietta, 5 - 73100 Lecce
tel. 0832 215653 - Fax 0832 215672
0832 215623 - Fax 0832 215659
e-mail: dirsan@ausl.le.it

Direttori Medici di Presidio Ospedaliero ASL Lecce
Direttori Distretti SS. SS. ASL Lecce
Direttore Dipartimento Radiodiagnostica ASL Lecce
Direttori UU.OO. di Radiologia Medica ospedaliere
Direttore U.O. Radiodiagnostica Distretto S.S. Lecce

p.c. Responsabile Servizio C.U.P. ASL Lecce
Responsabile Unità Controllo di gestione

Oggetto: *D.G.R. n. 479 del 18.03.2014, Piano regionale per il Governo delle Liste di Attesa. Approvazione delle "Linee Guida per la prescrizione e la prenotazione secondo criteri di priorità delle prestazioni specialistiche ambulatoriali". Disposizione urgente.*

Con riferimento all'oggetto, si dispone quanto segue:

1. tutte le agende di prenotazione C.U.P. attive presso le Strutture in indirizzo, senza eccezione alcuna, dovranno essere rimodulate per codice di priorità (U – B – D – P), secondo quanto previsto dalla D.G.R. n. 479 del 18.03.2014 che si allega;
2. a tale scopo, pertanto, le SS.LL. dovranno far pervenire entro il 30.04.2014, al Responsabile CUP aziendale che legge per conoscenza e che sarà disponibile per tutti i chiarimenti del caso, le indicazioni necessarie (giorni, orari, tipologia di prestazioni con disponibilità differenziate per codice di priorità).

Il contenuto della presente disposizione riveste carattere assolutamente strategico, in quanto, al completamento della predetta rimodulazione, tutte le richieste di prestazioni accettate dai C.U.P. aziendali prive di indicazione del codice di priorità, saranno necessariamente considerate con codice "P" (da erogarsi entro 180 giorni). Di conseguenza, la rilevazione dei tempi di attesa per ogni prestazione potrà essere differenziata per tipologia di codice, in modo da fornire una rappresentazione più appropriata, sia sul piano clinico che organizzativo, del rapporto domanda-offerta di prestazioni sanitarie in questo territorio.

I Direttori dei Distretti Socio Sanitari assicureranno la diffusione della presente disposizione ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di libera scelta, per le rispettive competenze

Il corretto e tempestivo adempimento della presente disposizione sarà utilizzato come elemento di valutazione della "performance", sia individuale che di *équipe*.

Distinti saluti

Il Direttore Amministrativo
Dott. Antonio Vigna

Il Direttore Sanitario
Dr. Ottavio Narracci

Il Direttore Generale
Dott. Valdo Mellone

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 18 marzo 2014, n. 479

DGR 1397/2011. Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa. Approvazione delle "Linee guida per la prescrizione e la prenotazione secondo criteri di priorità delle prestazioni specialistiche ambulatoriali".

L'Assessore al Wefare, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio Sistemi Informativi e Flussi Informativi, come confermata dal dirigente ad interim del Servizio Accreditamento e Programmazione e Sanitaria, riferisce quanto segue:

Premesso che:

- l'art. 1, comma 173, della legge 30/12/2004, n. 311, dispone che l'accesso da parte delle Regioni al finanziamento integrativo a carico dello Stato del fondo sanitario, di cui al comma 164 del medesimo articolo 1, è subordinato alla stipula di una specifica intesa, ai sensi dell'art.8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, che contempli specifici adempimenti, per il rispetto degli obiettivi di finanza pubblica;
- la suddetta Intesa è stata sancita nella Conferenza Stato- Regioni nella seduta del 23 marzo 2005 (repertorio atti n. 2271);
- la sopra richiamata Intesa ha previsto all'art. 9 l'istituzione presso il Ministero della Salute del Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse e per la verifica della congruità tra i predetti livelli e le risorse messe a disposizione.
- l'intesa sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2010-2012, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23/12/2005, n.266, siglata dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 28/10/2010, ha previsto che le Regioni adottino il proprio Piano regionale entro sessanta giorni dall'emanazione delle *"Linea guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali"*, prodotte dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA);
- sulla base della proposta tecnica formulata dall'Area Accreditamento, Qualità e Ricerca dell'Agenzia Regionale Sanitaria (A.Re.S.), con DGR n. 1397 del 24/06/2011 è stato approvato il *"Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2011-2013"*, in attuazione dell'art. 9 della suddetta Intesa;

Considerato che:

- una delle principali novità del suddetto PNGLA ha riguardato l'organizzazione delle agende transitando ad un modello di gestione degli accessi secondo fasce di attesa coerenti con le classi di priorità;
- è stato condiviso un sistema di classificazione unico nazionale, individuando il numero di classi e il loro significato, in maniera distinta per l'attività di ricovero e ambulatoriale;
- i codici di priorità per le attività ambulatoriali, da valorizzare in ricetta a cura del medico proscrittore nell'apposito campo, sono i seguenti:
  1) URGENTE (U), da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
  2) BREVE (B), da eseguire entro 10 giorni;
  3) DIFFERIBILE (D), da eseguire entro 30 giorni per visite e 60 giorni per accertamenti diagnostici;
  4) PROGRAMMATA (P), prestazione programmata, senza priorità, su indicazione del prescrittore.
- tra gli adempimenti previsti ai fini della verifica annuale dei livelli di assistenza erogati, vi è il monitoraggio *ex post* dei tempi di attesa attraverso il flusso informativo previsto dal comma 5 dell'art. 50 del D.L. 269/2003, convertito con modificazioni in L. n. 326/2003;
- nonostante i codici di priorità rappresentino una delle chiavi principali per governare adeguatamente le liste di attesa, garantendo tempi adeguati in relazione ai reali e contingenti bisogni di salute dei cittadini, dall'analisi dei dati del suddetto flusso informativo si rileva che in Regione Puglia solo il 3% delle ricette presenta tale campo selezionato da parte del medico prescrittore e che tale valore è di gran lunga inferiore a quanto atteso nell'ambito della verifica annuale dei LEA da parte del suddetto Comitato;
- la riduzione delle liste di attesa può essere perseguita in maniera efficace incidendo non solo sul-

l'offerta, ma anche sulla regolamentazione della domanda, sia migliorando l'appropriatezza prescrittiva, sia discriminando le prescrizioni (e le relative erogazioni) a seconda del livello di urgenza delle stessa determinato dalle classi di priorità;

Rilevato che:

- con nota del 28/11/2013 il Direttore pro tempore dall'Area Accreditamento, Qualità e Ricerca dell'A.Re.S., in qualità di referente tecnico regionale dei tempi di attesa ai sensi della DGR n. 2671/2011, ha proposto all'Area Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e delle Pari Opportunità della Regione Puglia l'adozione del documento denominato "Manuale delle specifiche cliniche per l'accesso secondo criteri di Priorità alle Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali", avente lo scopo di facilitare l'uso in fase prescrittiva dei codici di priorità per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, in linea con quanto stabilito dal Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa, così come recepito con DGR n. 1397/2011 dal conseguente Piano Regionale;
- il suddetto documento, basandosi sul modello di gestione degli accessi alle prestazioni specialistiche ambulatoriali in base a criteri di priorità clinica secondo il modello dei Raggruppamenti d'Attesa Omogenei (RAO) già in uso in altre realtà regionali, ha lo scopo di supportare i prescrittori nell'indicazione più corretta delle priorità soprattutto per i pazienti che manifestano per la prima volta un problema clinico;
- con nota prot. AOO_081/4393 del 3/12/2013 il suddetto documento è stato inviato alle Aziende ed Istituti pubblicidel SSR, nonché alle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative dei medici prescrittori (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali convenzionati, dirigenza medica) per una condivisione preliminare, richiedendo di comunicare eventuali osservazioni allo stesso;
- sono pervenute osservazioni da parte della ASL LE, dalla ASL BR e dalla ASL BT, nonché da parte della FIMMG Puglia e dello SMI Puglia, in parte recepite nella revisione del documento contestualmente ad ulteriori modifiche operate dalle strutture regionali;
- il suddetto documento è stato rinominato *"Linee guida per la prescrizione e la prenotazione, secondo criteri di priorità, delle prestazioni specialistiche ambulatoriali"*;
- si rende necessario incrementare sensibilmente il numero di ricette, relative al cosiddetto "primo accesso", aventi l'indicazione da parte del medico prescrittore del codice priorità sia per garantire il rispetto dei tempi di attesa previsti dal PNGLA, sia per raggiungere i livelli previsti, come evidenziato in fase di verifica dei LEA.

Per tutto quanto sopra esposto si propone alle valutazioni della Giunta Regionale di:

- approvare il documento *"Linee guida per la prescrizione e la prenotazione, secondo criteri di priorità, delle prestazioni specialistiche ambulatoriali"*, allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;
- disporre che le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero-Universitarie e gli IRCCS pubblici, nonché le strutture private accreditate si conformino all'utilizzo delle suddette linee guida in modo che siano applicate da parte dei medici prescrittori e dalle strutture erogatrici pubbliche e private accreditate;
- dare mandato alle Aziende Sanitarie Locali di monitorare su base semestrale l'applicazione delle suddette linee guida, di concerto con le Aziende Ospedaliero-Universitarie e gli IRCCS pubblici presenti nel proprio territorio, e di trasmettere i risultati del suddetto monitoraggio al Servizio Accreditamento e Programmazione Sanitaria;
- dare mandato al Servizio Accreditamento e Programmazione Sanitaria di proporre eventuali modifiche o integrazioni al suddetto documento, alla luce delle evoluzioni del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa in fase di revisione e delle eventuali richieste da parte delle Aziende ed Istituti pubblici del SSR.

SEZIONE COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DELLA L.R. N.28/01 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

La presente proposta di deliberazione viene sottoposta all'esame della Giunta regionale ai sensi dell'art.4, comma 4, lett. a), della L.R. 4.2.1997, n.7.

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta regionale l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal dirigente dell'Ufficio Sistemi Informativi e Flussi Informativi e dal dirigente del Servizio Accreditamento e Programmazione Sanitaria;

A voti unanimi espressi nei modi di legge.

DELIBERA

di approvare la relazione dell'Assessore proponente così come in narrativa indicata, che qui si intende integralmente trascritta, e conseguentemente di:

1. approvare il documento "Linee guida per la prescrizione e la prenotazione, secondo criteri di priorità, delle prestazioni specialistiche ambulatoriali", allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;

2. disporre che le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero-Universitarie e gli IRCCS pubblici, nonché le strutture private accreditate si conformino all'utilizzo delle suddette linee guida in modo che siano applicate da parte dei medici prescrittori e dalle strutture erogatrici pubbliche e private accreditate;

3. dare mandato alle Aziende Sanitarie Locali di monitorare su base semestrale l'applicazione delle suddette linee guida, di concerto con le Aziende Ospedaliero-Universitarie e gli IRCCS pubblici presenti nel proprio territorio, e di trasmettere i risultati del suddetto monitoraggio al Servizio Accreditamento e Programmazione Sanitaria;

4. dare mandato al Servizio Accreditamento e Programmazione Sanitaria di proporre eventuali modifiche o integrazioni al suddetto documento, alla luce delle evoluzioni del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa in fase di revisione e delle eventuali richieste da parte delle Aziende ed Istituti pubblici del SSR;

5. disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il Segretario della Giunta
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

REGIONE PUGLIA

Linee guida per la prescrizione e la prenotazione, secondo criteri di priorità, delle prestazioni specialistiche ambulatoriali

Versione 1.0
Marzo 2014

Sommario

1. Introduzione
1.1. Prestazioni ambulatoriali e relative classi di priorità
1.2. Principi generali
1.3. Monitoraggio sull'uso delle priorità
2. Procedura Operativa
2.1. Scopo
2.2. Campo di applicazione
2.3. Titolarità Prescrittiva
2.4. Modalità di compilazione della richiesta di prestazione specialistica
2.5. Modalità Operative
2.6. Modalità della Prescrizione
2.7. Elenco Prestazioni Con Accesso per Priorità Clinica
2.7.1. Elenco Visite specialistiche ambulatoriali
2.7.2. PRESTAZIONI STRUMENTALI
2.7.3. ALTRI ESAMI SPECIALISTICI
2.8. CONDIZIONI PARTICOLARI PER IL RICORSO AI CODICI DI PRIORITA'

Storia delle revisioni del documento

Versione 1.0	Approvata con DGR _____	

1. Introduzione

I Piani Regionali per il Governo delle Liste d'Attesa[1], sinora adottati dalla Regione Puglia, hanno fornito alle Aziende Sanitarie indirizzi per la gestione delle liste d'attesa, sottolineando, in particolare, l'importanza di assicurare appropriatezza alla domanda di prestazioni e, contemporaneamente, di correlare gli accessi a criteri di priorità in relazione ai bisogni clinico-assistenziali degli utenti.

L'obiettivo è stato e rimane quello di promuovere la capacità del Servizio Sanitario Regionale (SSR) di intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre l'inappropriatezza e di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

A tal fine, vi è la necessità di individuare strumenti di governo clinico, ai diversi livelli del sistema, che coinvolgano direttamente tutti i professionisti prescrittori.

In particolare, le presenti linee guida hanno lo scopo di promuovere l'uso sistematico delle classi di priorità, sia nella fase della prescrizione sia della prenotazione. Questa modalità di accesso rappresenta l'unica possibilità per assicurare il rispetto dei tempi d'attesa in coerenza con i bisogni, in coerenza con i sistemi di monitoraggio attuali, che sono previsti per verificare sia la garanzia dei LEA che l'attuazione di strategie gestionali a livello regionale ed aziendale.

1.1. Prestazioni ambulatoriali e relative classi di priorità

La principale novità del Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) del 2010-12 ha riguardato l'organizzazione delle agende, poiché dalla gestione della garanzia di tempi massimi per alcune prestazioni da assicurare a particolari categorie di pazienti, com'era previsto dal precedente Piano nazionale, si è transitato ad un modello di **gestione degli accessi secondo fasce temporali coerenti con le classi di priorità**.

Tenendo conto che i LEA devono essere assicurati in maniera omogenea sul territorio nazionale, si è condiviso un sistema di classificazione unico nazionale, individuando il numero di classi e il loro significato, in maniera distinta per l'attività di ricovero e ambulatoriale. I **codici di priorità** per le attività ambulatoriali, **da valorizzare nell'apposito campo della ricetta**, che indicano i tempi entro i quali devono essere erogate le prestazioni, sono i seguenti:

U (Urgente):	da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, **entro 72 ore**
B (Breve):	da eseguire **entro 10 giorni**
D (Differibile):	da eseguire **entro:** – **30 giorni per visite** – **60 giorni per accertamenti diagnostici**
P (Senza priorità/Programmata):	Prestazione programmabile su indicazione del prescrittore. Le prestazioni contraddistinte da P, nel caso di primo accesso, rappresentano quelle prestazioni non ascrivibili alle classi U, B e D in quanto il tempo di attesa per l'erogazione non influenza lo stato clinico/prognosi del paziente.

La DGR n. 1397/2011 ha specificato che il codice **P** può essere utilizzato sia per il primo accesso sia per i controlli programmati: è il prescrittore che indica nella richiesta il tempo previsto per la prestazione, che deve essere superiore ai tempi previsti per la classe di priorità D.

[1] Piano Regionale per il Contenimento dei Tempi d'Attesa per il triennio 2008-10 approvato con le D.G.R. n. [illegible] n. 68/2007 e Piano Regionale per il Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2011-13 approvato con [illegible]

Qualora la richiesta contenga la classe di priorità P, deve essere assegnato il tempo indicato dal prescrittore, ovvero, in assenza di un tempo determinato dal prescrittore, assegna deve essere assegnata la prima data utile in coda alle liste degli erogatori individuati dall'ASL per la garanzia dei tempi d'attesa (ovvero di qualsiasi agenda, se la ASL non ha effettuato tale scelta).

Sebbene a regime del nuovo PNGLA, i codici di priorità dovranno essere indicati per tutte le prestazioni LEA, vi è **l'urgenza di avviare un uso sistematico dei codici di priorità per l'elenco delle prestazioni indicate dal PNGLA**, poiché esse sono quelle **individuate come critiche rispetto ai tempi d'attesa** e, quindi, soggette a monitoraggio specifico.

I criteri clinici che l'Accordo Stato-Regioni del 11.7.2002 ha individuato per la prescrizione delle classi di priorità per le prestazioni ambulatoriali vengono riportati nella seguente tabella:

CLASSE DI PRIORITÀ PER PRESTAZIONI AMBULATORIALI	INDICAZIONI
CLASSE A **corrispondente al codice di priorità B**	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. Da eseguirsi entro 10 giorni
CLASSE B **corrispondente al codice di priorità D**	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. Da eseguirsi entro 30 giorni per le visite e entro 60 giorni per le prestazioni strumentali
CLASSE C **corrispondente al codice di priorità P**	Prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, disfunzione, la disabilità. Da eseguirsi secondo la programmazione indicata.

In considerazione dei criteri sopra elencati, è evidente che il **codice U (relativo alle urgenze)**, che in relazione a quanto previsto dall'art. 1 comma 4 lett. d) della legge 3 agosto 2007 n. 120 va garantito entro le **72 ore**, debba essere **riferito a condizioni di particolare rilevanza e gravità clinica** e che la *ratio* della norma sia quella di liberare i Pronto Soccorso Ospedalieri da una domanda di prestazioni che, presentando le caratteristiche dell'urgenza differibile, può essere soddisfatta in un *setting* ambulatoriale anche extra-ospedaliero, seppur entro tempi ristretti, in quanto appropriato rispetto al bisogno.

Ai fini del **monitoraggio nazionale** dei tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali sono presi in considerazione **esclusivamente i primi accessi (prime visite e prestazioni diagnostiche/terapeutiche)**, ovvero quelle prestazioni che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto, mentre sono esclusi tutti gli accessi successivi (prestazioni di controllo) e le prestazioni di *screening*.

Nelle Linee Guida del Ministero della Salute per il **monitoraggio ex ante** si specifica che:

- un **primo accesso** corrisponde ad una prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e nel caso di un paziente cronico, si considera primo accesso, la visita o l'esame strumentale, necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico;
- un **accesso successivo** corrisponde ad una visita o prestazione di approfondimento per pazienti presi in carico dal primo specialista, controllo e follow up.

Ne consegue che, ai fini di una corretta rilevazione dei dati per la verifica del rispetto dei tempi d'attesa, nelle procedure di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal SSR (di cui all'elenco sottostante), deve essere assicurato l'uso sistematico dell'indicazione di prima visita e controllo, del quesito diagnostico e delle classi di priorità.

In particolare, sono oggetto di monitoraggio 14 visite specialistiche e 29 prestazioni di diagnostica strumentale, di seguito elencate:

VISITE SPECIALISTICHE			
Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Disciplina
1	Visita cardiologia	89.7	8
2	Visita chirurgia vascolare	89.7	14
3	Visita endocrinologica	89.7	19
4	Visita neurologica	89.13	32
5	Visita oculistica	95.02	34
6	Visita ortopedica	89.7	36
7	Visita ginecologica	89.26	37
8	Visita otorinolaringoiatrica	89.7	38
9	Visita urologica	89.7	43
10	Visita dermatologica	89.7	52
11	Visita fisiatrica	89.7	56
12	Visita gastroenterologica	89.7	58
13	Visita oncologica	89.7	64
14	Visita pneumologica	89.7	68

PRESTAZIONI STRUMENTALI		
Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore
	Diagnostica per Immagini	
15	Mammografia	87.37.1 - 87.37.2
16	TC senza e con contrasto Torace	87.41 - 87.41.1
17	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2 – 88.01.1
18	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4 – 88.01.3
19	TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6 – 88.01.5
20	TC senza e con contrasto Capo	87.03 – 87.03.1
21	TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	88.38.2 – 88.38.1
22	TC senza e con contrasto Bacino	88.38.5
23	RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2
24	RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4 - 88.95.5
25	RMN Muscoloscheletrica	88.94.1 – 88.94.2
26	RMN Colonna vertebrale	88.93 – 88.93.1
27	Ecografia Capo e collo	88.71.4
28	Ecocolordoppler cardiaca	88.72.3
29	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73.5
30	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77.2
31	Ecografia Addome	88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1
32	Ecografia Mammella	88.73.1 - 88.73.2
33	Ecografia Ostetrica - Ginecologica	88.78 - 88.78.2
	Altri esami Specialistici	
34	Colonscopia	45.23 – 45.25 – 45.42
35	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24
36	Esofagogastroduodenoscopia	45.13 – 45.16
37	Elettrocardiogramma	89.52

38	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50
39	Elettrocardiogramma da sforzo	89.41 – 89.43
40	Audiometria	95.41.1
41	Spirometria	89.37.1 – 89.37.2
42	Fondo Oculare	95.09.1
43	Elettromiografia	93.08.1

Negli ultimi anni in alcune ASL della Regione, specificamente nelle ASL di Lecce e Brindisi (sebbene in quest'ultima limitata ai codici U) si è avviata un'esperienza di regolamentazione degli accessi per priorità clinica in relazione a specifiche condizioni cliniche. Queste due ASL, sia nei monitoraggi nazionali effettuati nei periodi indice per la misurazione dei tempi d'attesa ex ante sia in quelli che autonomamente a livello regionale, risultano avere le più alte percentuali di ricorso dei prescrittori all'indicazione delle priorità.

In particolare, nella ASL di Lecce è stato utilizzato un Manuale che ha individuato le specifiche cliniche per l'accesso relativamente a tutti i codici di priorità, utilizzando esperienze sviluppate in altre Regioni/P.A., che hanno definito i **Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO)** per la classificazione dei bisogni degli utenti in termini di tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali.

Le presenti linee guida, definite sulla scorta di quelle esperienze, serve hanno lo scopo di sostenere i prescrittori nell'indicazione più corretta delle priorità soprattutto per i pazienti che manifestano per la prima volta un problema clinico. Per i pazienti cronici, infatti, i processi evolutivi delle patologie sono in buona misura prevedibili e, quindi, gli accessi ai controlli programmati sono "governabili", utilizzando agende dedicate, purché il paziente sia gestito clinicamente secondo protocolli assistenziali correlati a percorsi diagnostico-terapeutici definiti in ambito distrettuale e secondo modelli di presa in carico dei piani di cura ad essi correlati.

1.2. Principi generali

Le presenti linee guida assumono come punto di riferimento la D.G.R. Puglia 24 giugno 2011, n. 1397 e si rifanno al modello di gestione degli accessi alle prestazioni specialistiche ambulatoriali in base a criteri di priorità clinica secondo il modello dei RAO, introdotti per la prima volta circa 20 anni fa nella P.A. di Trento e già in uso presso altre realtà regionali. ("*Tempi di attesa e Priorità in Sanità*" - Giuliano Mariotti – ed. Franco Angeli).

Il modello del RAO parte dal principio che i tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali devono essere differenziate e specificamente raggruppati in 5 categorie, in relazione ad oggettive condizioni (già diagnosticate o sospette) di iso-urgenza e di iso-rilevanza (importanza e urgenza clinica).

L'appartenenza allo specifico gruppo RAO deve essere codificata dal medico prescrittore mediante la valorizzazione, di una delle 4 lettere "di codice" (U, B, D e P), a ciascuna delle quali corrisponde uno specifico tempo massimo d'attesa, come si è già avuto modo di indicare. Oltre a barrare la specifica lettera di codice, il medico deve indicare necessariamente parole chiave che servano ad orientare l'erogatore rispetto al problema da gestire. In particolare, le parole chiave corrispondono alla condizione clinica ovvero al sospetto diagnostico che giustifica il ricorso alla priorità.

Ad integrazione delle priorità cliniche previste dal modello dei RAO, le presenti linee guida prevedono la presa in carico anche di alcune situazioni di fragilità socio-sanitaria e sociale, che sono state inserite stabilmente come categorie prioritarie per tutte le prestazioni ambulatoriali:

- Gruppo U:
  - assistiti ultranovantenni (il calcolo dell'età si considera per anno di nascita e non per la specifica data di nascita: ad es. sono ammessi alla priorità nell'anno 2013 i nati nel 1923).
  - assistiti di età compresa tra 0 e 14 anni, con disabilità o patologia cronica grave .
- Gruppo B:

- assistiti ultraottantacinquenni (analogamente a quanto detto per gli ultranovantenni, il calcolo dell'età si considera per anno di nascita e non per la specifica data di nascita).
- gestanti con gravidanza presso il termine.

Come previsto dalla DGR n. 1397/2011, le **prestazioni richieste per l'inserimento in lista d'attesa per trapianto d'organo** (anche quelle non incluse nell'elenco di cui in precedenza) devono essere prescritte ed assicurate con classe di priorità D, mentre quelle **per il mantenimento attivo in lista** devono essere tempestivamente prescritte con classe di priorità P ed assicurate entro il tempo indicato dal medico richiedente: per tali prestazioni i prescrittori devono chiaramente specificare nella ricetta il motivo della richiesta (Inserimento o Mantenimento in Lista d'attesa per trapianto d'organo).

E' necessario, ovviamente, escludere dal ricorso alle prestazioni prioritarie ambulatoriali quelle condizioni nelle quali il rischio clinico è troppo elevato. Per alcune condizioni, a monte della 4 classi di priorità, è stato definito un quinto gruppo, che prevede la necessità e l'urgenza del ricorso immediato al Pronto Soccorso Ospedaliero, definito quale Classe UND o delle **Urgenze Non Differibili**, anche questa codificata da specifiche parole chiave per ogni tipologia di prestazione richiesta.

1.3. Monitoraggio sull'uso delle priorità

L'introduzione dei codici di priorità per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali critiche, di cui all'elenco precedente, richiede l'attivazione di un processo di monitoraggio, secondo metodiche condivise tra gli stessi prescrittori (medici di medicina generale e specialisti) ed erogatori delle prestazioni (specialisti), circa l'appropriatezza nell'uso dei criteri definiti nel presente Manuale. Tale condivisione deve realizzarsi in un confronto tra pari.

Per consentire tale valutazione di appropriatezza, si può fare ricorso ad una metodica già utilizzata presso le realtà ove sono stati implementati i codici di priorità, che è definita come **"Misurazione dei valori dell'indice di concordanza per la prestazione specialistica richiesta come prioritaria"**.

Le modalità di monitoraggio sono due:

- Verifica a monte della corretta utilizzazione delle parole chiave: per tale modalità è necessario effettuare una verifica circa la corrispondenza tra parola chiave indicata e codice di priorità prescritto.
- Verifica da parte del medico specialista (all'atto dell'esecuzione della prestazione) della sussistenza delle condizioni ascrivibili alle parole chiave utilizzate: tale modalità di valutazione è particolarmente indicata per le prestazioni diagnostiche radiologiche e strumentali, preferibilmente prima dell'esecuzione.

La seconda modalità appare quella più sostenibile, in relazione all'impegno di risorse professionali necessarie.

In tutti i casi, le ASL devono attivare forme di valutazione/verifica circa l'appropriatezza d'uso dei codici di priorità, secondo il metodo della concordanza tra specialisti, che erogano la prestazione, e prescrittori.

E' compito della ASL elaborare i dati di concordanza rilevati. Tali dati, al di là della valutazione che deve essere effettuata sui comportamenti prescrittivi, devono essere discussi tra operatori (*audit*), affinché siano avviate forme correttive di eventuali inappropriatezze.

L'analisi della concordanza è effettuata **semestrale** a cura di ogni singola Aziende Sanitaria Locale che provvede a relazione agli uffici regionali competenti. A tal fine il Direttore Generale istituisce un apposito gruppo di lavoro costituito da rappresentanti dei medici prescrittori e specialisti coordinato dalla Direzione Sanitaria. Nelle Aziende Sanitarie Locali nelle quali insistono IRCCS pubblici e Aziende Ospedaliero Universitarie (AOU) il suddetto gruppo di lavoro è integrato con rappresentanti dei medici specialisti degli IRCCS e delle AOU, individuati dalle Direzioni sanitarie degli stessi Enti.

In base a tale procedura, i medici prescrittori saranno suddivisi in tre distinti gruppi, in base ai livelli di concordanza rilevata:

- Livello di appropriatezza ottimale: valori di concordanza superiori al 90%.
- Livello di appropriatezza accettabile: valori di concordanza compresi tra il 60% e l'89%.
- Livello di appropriatezza critica: valori di concordanza inferiori al 60%.

Inoltre, il gruppo di lavoro si esprimerà in merito alla segnalazione ed alle raccomandazioni da inviare ai medici autori di palesi e reiterate discordanze.

2. Procedura Operativa

2.1. Scopo

Al fine di ottemperare a quanto previsto dall' Accordo Conferenza Stato Regioni del 28/10/2010 (pubblicato sulla GU n° 274 del 23/11/2010) e dalla DGR n. 1397 del 24/06/2011 ed organizzare l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali secondo "PRIORITA' CLINICHE" si definisce una nuova organizzazione dei servizi specialistici poliambulatoriali e una modalità prescrittiva basata su tempi di attesa differenziati per singola prestazione in base al bisogno clinico dell'utente. A tal fine sono stati individuati raggruppamenti di attesa omogenei (RAO) per ogni singola visita specialistica, prestazioni strumentali e altri esami specialistici individuati nella DGR n. 1397/2011.

2.2. Campo di applicazione

Le indicazioni di cui al presente documento si applicano alle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate presso le strutture pubbliche e private accreditate, prescritte da tutti i medici dipendenti e convenzionati su ricettario del Servizio Sanitario Regionale.

2.3. Titolarità Prescrittiva

L'utilizzo del ricettario[2] del SSN è riservato ai medici, dipendenti del SSN o convenzionati (MMG, PLS, Medici specialisti convenzionati interni) e , in limitati casi specifici definiti dal RR n. 17/2003 e da Deliberazioni della Giunta Regionale, ai medici di strutture private accreditate nell'ambito esclusivo dei rispettivi compiti istituzionali. È escluso l'utilizzo del ricettario SSN da parte di medici dipendenti o specialisti ambulatoriali convenzionati per prestazioni conseguenti o connesse con l'attività erogata in regime libero – professionale intra o extra muraria e ai medici di strutture accreditate private, ad eccezione dei limitati casi specifici sopra indicati. Per quanto non esplicitamente indicato, si rinvia alle disposizioni contenute nel Regolamento Regionale n. 17/2003.

2.4. Modalità di compilazione della richiesta di prestazione specialistica

1. PRIMA VISITA/ESAME Specialistica/o

Per **prima visita/primo esame strumentale** si intende la visita/esame in cui il problema del paziente viene affrontato per la prima volta con compilazione di una documentazione scritta (cartella clinica o scheda). E' tale anche la visita o prestazione erogata da specialista diverso dal primo osservatore, necessaria per effettuare la definizione e l'inquadramento diagnostico.

Inoltre sono considerate prime visite/esami quelle effettuate nei confronti di pazienti noti, affetti da malattie croniche, che presentino una fase di riacutizzazione tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva ed una rivisitazione della terapia in atto.

Il medico prescrittore ha l'obbligo si segnalare sulla ricetta che si tratta di prima visita/esame strumentale (vedi modalità di prescrizione).

2. VISITA SUCCESSIVA O DI CONTROLLO / 2° ESAME SPECIALISTICO

Per **visita successiva o "di controllo"** si intende:

- visite o accertamenti diagnostici strumentali successivi ad un inquadramento diagnostico già concluso che ha definito il caso ed eventualmente già impostato una prima terapia. Si tratta di prestazioni finalizzate ad esempio a: seguire nel tempo 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;

[2] In considerazione dell'avvio a regime del processo di dematerializzazione della ricetta medica, quanto riferito all'uso delle ricette del SSN deve intendersi riferito anche alle prescrizioni de materializzate e al promemoria cartaceo di cui al DM 2/11/2011.

- le prestazioni successive al primo inquadramento diagnostico e programmate dallo specialista che ha già preso in carico il paziente (comprese le prestazioni di 2° e 3° livello rese a pazienti a cui è già stato fatto un inquadramento diagnostico che necessita di approfondimento);
- tutte le prestazioni prescritte con l'indicazione del codice di esenzione per patologia sulla ricetta.

Il medico prescrittore ha l'**obbligo** si segnalare sulla ricetta che si tratta di seconda visita/esame strumentale (vedi modalità di prescrizione).

Casi particolari: Se nell'ambito della stessa struttura, un paziente viene visitato per lo stesso problema da due medici diversi in tempi diversi, queste non possono essere considerate entrambe come prime visite. E', tuttavia, fortemente raccomandato che l'organizzazione della struttura consenta processi di presa in carico e gestione del PDTA da parte dello stesso specialista ovvero dallo stesso team di cura, per assicurare coerenza nel processo di prima definizione diagnostica e continuità nel follow-up del paziente. Nel caso in cui un paziente si presenti in una struttura per la prima visita ed in un'altra struttura per la visita successiva, queste prestazioni sono da considerarsi entrambe **prime visite** anche se riguardano lo stesso problema, poiché in entrambi i casi viene effettuata una prima valutazione dal un medico di quella struttura, con compilazione della documentazione clinica (tali casi devono essere ridotti al minimo in quanto è compito dello specialista effettuare la prescrizione con contestuale prenotazione della visita di controllo)

E' **obbligo dello Specialista** la prescrizione della seconda visita/controllo e di qualunque ulteriore indagine reputata necessaria al fine del completamento dell'iter diagnostico e conseguente alla prestazione inizialmente richiesta.

Al fine di evitare i disagi ai pazienti e limitare il fenomeno delle prescrizioni indotte **sarà normalmente a carico del MMG l'impegnativa per le prime visite mentre sarà compito dello specialista redigere l'impegnativa, che non ha scadenza temporale, per il controllo programmato indicato nell'ultimo referto.**

E' **obbligo del MEDICO PRESCRITTORE** indicare sulla richiesta il **quesito diagnostico.**

2.5. Modalità Operative

1. Le presenti indicazioni operative si applicano alle prestazioni specialistiche ambulatoriali descritte nelle Tabelle allegate, a partire dall'adozione del presente Manuale da parte della Giunta Regionale
2. Fino ad altra comunicazione ufficiale, i medici prescrittori devono prescrivere ai propri utenti le prestazioni di cui al punto 1 indicando, oltre alle informazioni già di norma comunicate, anche la tipologia di prescrizione, facendo anche riferimento alle indicazioni riportate nelle Tabelle allegate, barrando OBBLIGATORIAMENTE una delle caselle poste in alto a destra della ricetta regionale e dedicate appunto all'indicazione della priorità clinica (U,B,D,P) e indicando se trattasi di primo accesso o secondo accesso.
3. Ad ogni prestazione specialistica di cui al punto 1 prescritta secondo le modalità di cui al punto 2 corrisponderà un identico vincolo di tempo di attesa: urgenza differibile = da indirizzare al servizio tipo U entro 72 ore; tipo B = entro10 giorni; tipo D = entro 30 gg. per visite /60 giorni per prestazioni strumentali; tipo P = prestazione programmata secondo l'indicazione formulata dal prescrittore.
4. Le singole prestazioni indicate al punto 1 utilizzano tutte o in parte i codici priorità indicati al punto 3. Per un uso corretto dei codici è raccomandato fare riferimento alle indicazioni nelle Tabelle allegate. Si sottolinea che le prescrizioni, se prive di codice priorità, verranno considerate di tipo P e, quindi, programmate nella prima data utile successiva ai limiti previsti per la Priorità di tipo D.
5. Il medico prescrittore deve OBBLIGATORIAMENTE indicare se trattasi di primo accesso/esame o secondo accesso/esame utilizzando il codice 1 se trattasi di primo accesso/esame oppure 0 (zero) se trattasi di secondo accesso/esame. Tali codici devono essere anteposti, sulla ricetta, al quesito diagnostico

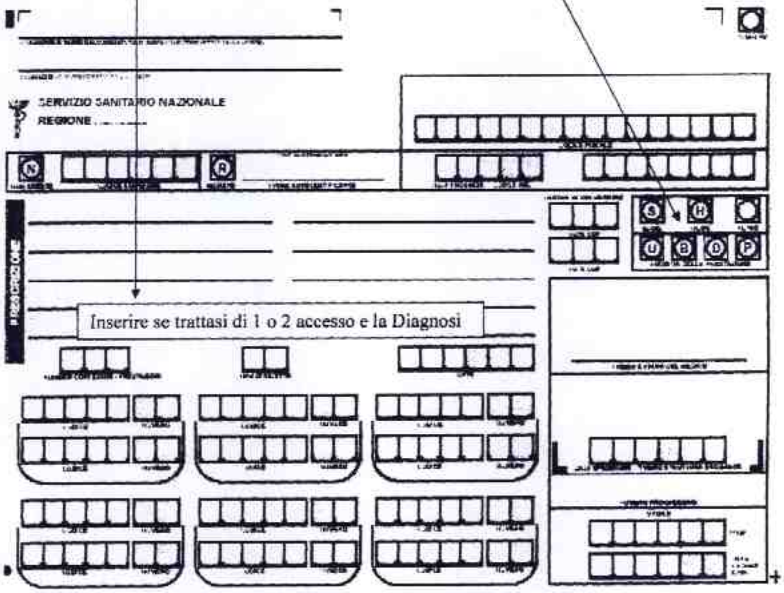
anch'esso obbligatorio (vedi schemi successivi compilazione ricetta). Il criterio di definizione se trattasi di primo accesso o secondo è legato alla problematica clinica motivo della richiesta (vedi sopra).

6. Tutti gli operatori addetti alla prenotazione che riceveranno una richiesta di prenotazioni di prestazioni indicate al punto 1, con la dichiarazione verbale se il paziente è al telefono o con l'indicazione scritta sull'impegnativa (se il paziente è allo sportello) del codice priorità, dovranno prenotare la prestazione secondo i tempi di attesa come indicato al punto 3. I sistemi di prenotazione online devono adeguarsi a tali indicazioni. Sono escluse le richieste con codice U, per le quali ciascuna A.S.L. definisce il proprio modello organizzativo.
7. Nel caso in cui l'utente si rivolga al CUP per la richiesta di prestazione in data successiva alla scadenza prevista per la priorità, calcolata dal giorno della prescrizione, la priorità decade. La priorità decade anche nel caso in cui il paziente rifiuti la prima data utile prospettata dal CUP nel rispetto dell'ambito territoriale e del tempo massimo previsto per la priorità.
8. Ai fini del calcolo del tempo massimo di attesa verrà tenuta in considerazione la differenza fra la data del contatto con il servizio CUP (non la data dell'impegnativa) e la data assegnata per effettuare la prestazione.
9. In ogni caso, gli utenti con priorità di accesso, specie se con tempi di attesa superiori a quelli previsti per quella classe, saranno, in caso di disponibilità per rinunce, contattati tempestivamente nel re-call qualora attivo nell'Azienda.
10. I medici specialisti che operano ambulatori nelle strutture pubbliche o nelle strutture private accreditate, ricevono i piani di lavoro con indicati gli utenti prenotati secondo le «priorità» di cui al punto 3.
11. Il referto dovrà essere consegnato tempestivamente all'utente, o a persona autorizzata. La tempestività deve essere correlata al tempo massimo di attesa del grado di priorità. Tipo U = stesso giorno della prestazione; Tipo B = entro max 3 giorni dall'esecuzione della prestazione e Tipo D entro 7/10 giorni.
12. Le informazioni ed i problemi connessi all'applicazione della presente procedura devono essere comunicati alla Direzione Sanitaria della ASL.

2.6. Modalità della Prescrizione

Il medico prescrittore **deve obbligatoriamente:**

- Barrare l'indicazione del tipo di priorità di accesso " U,B,D,P"
- Indicare il quesito diagnostico
- Indicare se trattasi di 1° Accesso o 2° Accesso : segnando 1 (uno) se si tratta di primo Accesso; 0 (zero) se secondo accesso.
- I codici 0 o 1 devono essere anteposti al quesito diagnostico



(nota importante: con il progressivo utilizzo della ricetta de materializzata le suddette indicazioni saranno riportate nel promemoria cartaceo da rilasciarsi all'assistito a cura del medico prescrittore)

2.7. Elenco Prestazioni Con Accesso per Priorità Clinica

Gli elenchi contengono, per ciascuna delle prestazioni incluse nell'elenco del PRGLA, le condizioni cliniche più frequenti che giustificano un accesso prioritario in relazione all'uso dei codici previsti in ricetta.

Il PRGLA, per le patologie oncologiche e per le cardiopatie ischemiche, prescrive che la fase diagnostica sia comunque completata in trenta giorni dall'insorgenza di un sospetto clinico consistente: in tale periodo bisogna completare anche l'eventuale stadiazione della neoplasia. Il PRGLA raccomanda fortemente la definizione di modelli di presa in carico del paziente affinchè sia assicurato il percorso diagnostico e l'avvio alla terapia necessaria entro i tempi massimi da garantire.

Nell'elenco seguente non sono incluse le prestazioni correlate all'inserimento ed al mantenimento in lista d'attesa per trapianto d'organo, per le quali, comunque, valgono, rispettivamente, i codici B e D, come previsto dal PRGLA.

NOTA BENE
Per le prestazioni incluse nell'elenco, oltre le condizioni cliniche elencate, può essere indicata dal prescrittore qualsiasi altra condizione clinica non prevista nelle "parole chiave" che si ritiene giustifichi l'attribuzione al raggruppamento. In tal caso il prescrittore indicherà esplicitamente con la dicitura "Altro" anteposta la condizione clinica non inclusa tra le "parole chiave".

La "Commissione per la valutazione dell'appropriatezza nell'uso delle priorità" considererà tali condizioni non previste nelle "parole chiave" valutando che siano utilizzate dal singolo prescrittore entro limiti accettabili (generalmente non superiori al 10%).

2.7.1. Elenco Visite specialistiche ambulatoriali

CARDIOLOGIA

Prestazione: Visita cardiologica + ECG - Codice: 89.7 + 89.52

Classe di priorità	Attesa max da garantire	"Parola Chiave"
URGENZA NON DIFFERIBILE (UND nessuna codifica sul ricettario)	**(nessuna prenotazione: inviare al pronto soccorso o chiamare il 118)**	o Dolore toracico tipico di sospetta origine cardiaca o Dispnea di recente insorgenza in soggetto non riconosciuto cardiopatico (sospetta origine cardiaca, sospetta embolia polmonare) o Sincope (improvvisa perdita di coscienza e caduta a terra) o Insufficienza cardiaca acuta o Cardiopalmo persistente/parossistico in atto o di recente insorgenza <=2 gg. con polso ritmico/aritmico, freq. > 120-130/m', sintomatico per lipotimia/sincope, dispnea, dolore in cardiopatia nota o non nota o Cardiopalmo in cardiopatico noto con sintomi associati (gravi) o Perdita di coscienza transitoria a risoluzione spontanea con ipotonia muscolare (verosimile sincope)
URGENTE (U del ricettarioSSN)	**3 gg**	o Insufficienza cardiaca cronica riacutizzata o insufficienza cardiaca ingravescente o Cardiopalmo persistente/parossistico in atto o di recente insorgenza >2 gg. con polso ritmico/aritmico, freq. > 120-130/m', sintomatico per lipotimia/sincope, dispnea, dolore in cardiopatia nota o non nota o Dispnea di recente insorgenza o di recente aggravamento in cardiopatico noto o Aritmia del lattante o Vertigini dopo esame obiettivo accurato da sospetta patologia cardiaca (U o B in base al quadro clinico) o Turbe del ritmo di nuova insorgenza ipocinetiche o ipercinetiche in assenza di sintomi o Dolore toracico tipico (angina da sforzo o angina da cardiopatia ischemica già in trattamento) o Sincope o Dispnea ingravescente o Severe crisi ipertensive

Classe di priorità	Attesa max da garantire	"Parola Chiave"
BREVE **(B del ricettario SSN)**	**10 gg.**	o Sospetta angina stabile (angina presente da > 30 gg con caratteristiche cliniche stabili) o Pre-sincope/lipotimia (dopo valutazione che escludano l'origine non cardiaca); o Cardiopalmo persistente/parossistico in atto o <= 10-15 gg, ritmico/aritmico, sintomatico come sopra in cardiopatia nota o non nota o Soffi cardiaci: primo riscontro in assenza di sintomi in neonato o Compromissione o perdita di coscienza di natura da definire dopo esclusione di altre cause o TIA verificatosi da oltre 48 ore con ABCD2 <4 già valutato radiologicamente e dal neurologo, se sospetto cardioembolismo o Vertigini dopo esame obiettivo accurato da sospetta patologia cardiaca (U o B in base al quadro clinico) o Dolore toracico atipico o Turbe del ritmo che non comportino una compromissione dell'emodinamica del paziente o Dispnea da sforzo e/o edemi di recente insorgenza di sospetta natura cardiologica o Gravidanza a termine o Indagini diagnostiche con mezzo di contrasto o Neoplasie in trattamento chemioterapico
DIFFERIBILE **(D del ricettario SSN)**	**30 gg.**	o Cardiopalmo extrasistolico non noto in precedenza o Soffi cardiaci: primo riscontro in assenza di sintomi o Sospetta cardiopatia (valvolare, ischemica, polmonare, aritmica, cardiomiopatia) o Ipertensione arteriosa sisto e/o diastolica già in trattamento politerapico e non responder
PROGRAMMABILE **(P del ricettario SSN)**	**180 gg.**	o Altre condizioni cliniche o Sincope neuromediata (accordi con altri specialisti per iter diagnostico) o Follow up o Valutazione di tutti i pazienti cardiologici o a rischio di patologie cardiache (diabetici, dislipidemici, ipertesi, tireopatici...) e loro follow up

CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA

Prestazione: Visita Chirurgia Vascolare – angiologia - Codice: 89.7

Classe di priorità	Attesa max da garantire	"Parola Chiave"
URGENZA NON DIFFERIBILE **(UNO nessuna codifica sul ricettario)**	**(nessuna prenotazione: inviare al pronto soccorso o chiamare il 118)**	**Valutazione di pronto soccorso in evidenza clinica di patologia vascolare acuta di interesse chirurgico** o trombosi venosa profonda (quando indicato trattamento chirurgico) o ischemia arteriosa acuta o TIA recente (quando indicato il trattamento chirurgico) o Piede diabetico ulcerato con ischemia accertata con ecodoppler arterioso

Classe di priorità	Attesa max da garantire	"Parola Chiave"
URGENTE **(U del ricettario SSN)**	**3 gg**	o Trombosi venosa superficiale **Visita con ecodoppler arterioso arti inferiori:** o Ischemia critica dell'arto: dolore ischemico a riposo, resistente a terapia con analgesici da almeno 2 settimane o Sospetto piede diabetico con ischemia grave
BREVE **(B del ricettario SSN)**	**10 gg.**	o Sindrome dello stretto toracico (ipostenia da sforzo, differenza presso ria tra gli arti > 20 mm Hg) o Ulcere arti inferiori **Visita con ecodoppler TSA:** o TIA verificatosi da oltre 48 ore già valutato radiologicamente e dal neurologo **Visita con ecodoppler venoso:** o Tromboflebite e varicoflebiti resistenti alla terapia **Visita con ecodoppler arterioso arti inferiori:** o Sospetto piede diabetico con ischemia grave (U o B in base al quadro clinico
DIFFERIBILE **(D del ricettario SSN)**	**30 gg.**	o Paziente sintomatico per soffio carotideo o Varicocele o Sospetta ipertensione reno-vascolare o Arteriopatia obliterante cronica periferica II stadio o Acrocianosi – fenomeno di Raynaud **Tronchi epiaortici:** o Reperto di soffio carotideo in paziente neurologicamente asintomatico per disturbi di tipo ischemico cerebrale o Pazienti operandi per patologia aneurismatica, arteriopatia obliterante periferiferica o coronaropatia o Candidati ad interventi di chirurgia maggiore o Presenza di gradiente presso rio > 30 mm Hg fra i due arti superiori **Patologia arteriosa arti inferiori:** o Claudicatio intermittens con intervallo libero di marcia invalidante (< 100-200 metri in piano) **Patologia addominale:** o Obiettività fisica suggestiva per aneurisma aorta addominale **Patologia venosa periferica** o Ulcere perimalleolari da ipertensione venosa cronica
PROGRAMMABILE **(P del ricettario SSN)**	**180 gg.**	o Diabete mellito o Ipertensione arteriosa o Sindrome metabolica o Aneurisma aorta addominale sino a 50 mm o Varicocele subcilico **Tronchi epiaortici:** o Ecodoppler TSA in pazienti diabetici, coronaropatici, sintomatici, nefropatici cronici o Altre condizioni cliniche

ENDOCRINOLOGIA

Prestazione: Visita edocrinologica - Codice: **89.7**

Classe di priorità	Attesa max da garantire	"Parola Chiave"
URGENZA NON DIFFERIBILE (UND nessuna codifica sul ricettario)	**(nessuna prenotazione: inviare al pronto soccorso)**	Parole chiave non indicate: valutazione di pronto soccorso in evidenza clinica di patologia grave non differibile
URGENTE (U del ricettario SSN)	3 gg.	o Tutte le endocrinopatie in gravidanza
BREVE (B del ricettario SSN)	**10 gg.**	o Ipo-ipertiroidismo severo all'esordio o Oftalmopatia Basedowiana di grado medio-severo o Tumefazione tiroidea insorta acutamente o Ipercalcemia >12,5 mg/dl o Paziente con neoformazioni ipofisarie in programma per intervento neurochirurgico o Diabete insipido o Disfunzione tiroidea con esami di laboratorio discordanti o persistenza peggioramento del quadro clinico dopo trattamento o Sospetto consistente di neoplasia dell'apparato endocrino o
DIFFERIBILE (D del ricettario SSN)	**30 gg.**	o Ipertiroidismo non complica all'esordio o Ipotiroidismo non complica all'esordio o Incidentaloma surrenalico o Incidentaloma ipofisario o Iper-iposurrenalismo all'esordio
PROGRAMMABILE (P del ricettario SSN)	**180 gg.**	o Follow-up

NEUROLOGIA

Prestazione Visita neurologica **Codice: 89.13**

Classe di Priorità	Attesa max da garantire	"Parola Chiave"
URGENZA NON DIFFERIBILE (UND nessuna codifica sul ricettario)	**(nessuna prenotazione: inviare al pronto soccorso o chiamare il 118)**	o Sospetti segni e/o sintomi di TIA verificatosi entro 48 ore; o Sospetti segni e/o sintomi di TIA verificatosi da oltre 48 ore in paziente ad alto rischio di recidiva (ABCD2 >4) o con sospetta stenosi carotidea critica (es: rilievo di soffio carotideo); o Compromissione o perdita di coscienza di natura non sincopale (U o B in base al quadro clinico); o Vertigine con nistagmo verticale o associazione di sintomi / segni neurologici acuti (diversi da sordità ed acufene)

Classe di Priorità	Attesa max da garantire	"Parola Chiave"
URGENTE **(U del ricettario SSN)**	3 giorni	o Cefalea continuativa, senza altri sintomi, da più di 7 giorni, in soggetto precedentemente asintomatico; o Cefalea da recente trauma cranico (già indagata con TAC encefalo negativa); o Recente lipotimia e / o sincope; o Sospetti segni e / o sintomi di TIA, verificatosi da oltre 48 ore in paziente a basso rischio di recidiva (ABCD2 < 4); o Compromissione o perdita di coscienza di natura non sincopale (UND o B in base al quadro clinico); o Recidiva di sclerosi multipla;
(B del ricettario SSN)	10 gg.	o Scompenso in trattamento antiparkinsoniano; o Scompenso in trattamento antiepilettico; o Deficit motorio periferico di recente insorgenza; o Paresi periferica del nervo facciale a lenta risoluzione; o Compromissione o perdita di coscienza di natura non sincopale (UND o U in base al quadro clinico); Modifica delle condizioni neurologiche preesistenti di nuova e recente insorgenza, ad andamento subacuto o rapidamente progressivo: o Turbe dello stato di coscienza; o Riduzione capacità cognitive e deterioramento mentale; Alterazioni delle funzioni sensitivo motorie
DIFFERIBILI **(D del ricettario SSN)**	30 gg.	o Deterioramento mentale da sospetta Malattia di Alzheimer; o Sindrome vertiginosa cronica; o Emicrania accessionale; o Modificazione significativa quadro neurologico in pazienti con patologie croniche note o con sintomi in lento peggioramento
PROGRAMMABILE **(P del ricettario SSN)**	Attesa programmata	o Deterioramento mentale; o Cefalea cronica; o Altre condizioni cliniche; o Follow up patologie neurologiche croniche stabilizzate a lenta evoluzione

OCULISTICA

Prestazione: Visita OCULISTICA + Fondo dell'occhio - Codice: 95.02 + 95.09.1

Classe di priorità	Attesa max da garantire	"Parola Chiave"
URGENZA NON DIFFERIBILE **(UND nessuna codifica sul ricettario)**	**(nessuna prenotazione: inviare al pronto soccorso)**	o Occhio rosso da sospetto glaucoma acuto o Occhio rosso monolaterale non traumatico con fotofobia con calo visus e/o dolore o Occhio rosso bilaterale non traumatico persistente o che peggiora dopo trattamento (UND o U in base al quadro clinico)

Classe di priorità	Attesa max da garantire	"Parola Chiave"
URGENTE **(U del ricettario SSN)**	**3 giorni**	o Occhio rosso dolente o Disturbi del visus improvvisi o Oculocefalagie (non diagnosticate) o Occhio rosso monolaterale non traumatico con fotofobia con calo visus e/o dolore (UND o U in base al quadro clinico) o Occhio rosso bilaterale non traumatico persistente o che peggiora dopo trattamento (UND o U in base al quadro clinico) o Traumi (non conseguenti ad incidenti sul lavoro), corpi estranei o Dolore acuto oculare o Improvvisi cali visivi o improvvise amaurosi
BREVE **(B del ricettario SSN)**	**10 gg.**	o Cataratta nel bambino o Disturbi oculari in patologie sistemiche o Patologie iatrogene o Sospetto glaucoma o Congiuntiviti acute (limitatamente alla patologia acuta) o Calazio o Flemmone del sacco o Visione mosche volanti con fosfeni
DIFFERIBILE **(D del ricettario SSN)**	**30 gg.**	o Fundus per diabetici o ipertesi o Ulteriore riduzione del visus imprecisata o dubbia o Deficit del visus in età scolare (problemi a scuola) o Prime visite per cefalea o Ambliopia o Fundus per diabetici o ipertesi
PROGRAMMABILE (P del ricettario SSN)	**180 gg.**	o Follow up o Visite per prescrizione occhiali (NB la rottura dell'occhiale non è una urgenza) o Esame complessivo o parziale dell'occhio per qualsiasi esigenza non contemplata nelle precedenti prestazioni

ORTOPEDIA

Prestazione Visita ortopedica **Codice: 89.7**

Classe di Priorità	Attesa massima da garantire	"Parola Chiave"
URGENZA NON DIFFERIBILE (UND nessuna codifica sul ricettario)	**(nessuna prenotazione: inviare al pronto soccorso o chiamare il 118)**	VALUTAZIONE DI PRONTO SOCCORSO IN EVIDENZA CLINICA
URGENTE **(U del ricettario SSN)**	**3 gg.**	o Blocco meccanico grosse articolazioni (spalla, gomito, anca, ginocchio) con impossibilità di movimento; o Lombo sciatalgie acute con insufficienza rachide + Lasegue vivace + Valsalva positiva; o Cervicalgie acute con blocco vertebrale; o Gonalgia acuta senza trauma di probabile tipologia chirurgica;

Classe di Priorità	Attesa massima da garantire	"Parola Chiave"
BREVE **(B del ricettario SSN)**	o o 10 gg.	o Sospetto strumentale radiologico consistente per patologia tumorale; o Patologie acute di media gravità poco rispondenti al trattamento antalgico (ad es: epicondiliti, periartriti, patologie reumatiche del polso e della mano); o Patologia tumorale o sospetta tumorale non inquadrata (ad es: osteolisi d.n.d.d.); o Versamenti endoarticolari non cronici; o Patologia osteo articolare acuta (es: emartro, idrarto, blocco articolare; o Prima visita pediatrica (patologia malformativa rachide e arti);
DIFFERIBILI **(D del ricettario SSN)**	**30 gg.**	o Tutte le sindromi canalicolari (ad es: dito a scatto, tunnel carpale); o Patologia subacuta; o Gonalgia cronica o sub acuta di probabile tipologia chirurgica; o Patologia osteoarticolare cronica; o Patologia della mano e del piede; o Visite pediatriche; o Scoliosi;
PROGRAMMABILE (P del ricettario SSN)	**Attesa programmata**	o Controlli post-dimissione e altri follow-up o Controlli periodici; o Prescrizioni e /o controllo di tutori / ortesi

GINECOLOGIA

Prestazione: Visita ginecologica - Codice: 89.26

Classe di priorità	Attesa max da garantire	"Parola Chiave"
URGENZA NON DIFFERIBILE (UND nessuna codifica sul ricettario)	**(nessuna prenotazione: inviare al pronto soccorso)**	o Menometrorragie gravi.
URGENTE **(U del ricettario SSN)**	**3 gg.**	o Sospetta neoplasia dell'endometrio (con sintomi clinici); o Sospetta neoplasia dell'ovaio (con sintomi clinici); o Vaginiti e/o dolore pelvico. o Perdite ematiche atipiche (soprattutto dopo la menopausa). o Metrorragie o Bartolinite
BREVE **(B del ricettario SSN)**	**10 gg.**	o Sospetta neoplasia dell'endometrio (senza sintomi clinici); o Sospetta neoplasia dell'ovaio (senza sintomi clinici); o PAP test positivo. o Massa pelvica; o Sanguinamento uterino anomalo; o Metrorragie o Tumefazione pelvica o Vulvovaginite o Perdite ematiche in menopausa o Sospetta neoplasia o Nodulo mammario

Classe di priorità	Attesa max da garantire	"Parola Chiave"
DIFFERIBILE (D del ricettario SSN)	30 gg.	o Sospetto di patologia ginecologica; o Algie pelviche o MST o Disturbi del ciclo o Dismenorrea
PROGRAMMABILE (P del ricettario SSN)	180 gg.	o Tutte le altre condizioni o Prolasso uterino o Cistorettocele o Disturbi della minzione o Sterilità/infertilità di coppia o Climaterio/menopausa o Follow up oncologico o Patologia benigna o Utero e annessi o Acne/irsutismo

OTORINOLARINGOIATRIA

Prestazione: Visita ORL - Codice: 89.7

Classe di priorità	Attesa max da garantire	"Parola Chiave"
URGENZA NON DIFFERIBILE (UND nessuna codifica sul ricettario)	(nessuna prenotazione: inviare al pronto soccorso o chiamare il 118)	o Sintomi di compressione tracheale, incluso stridore dovuto a tumefazione tiroidea; o otalgia resistente alla terapia antalgica in età pediatrica; o otalgia iperacuta resistente alla terapia antalgica; o ascesso peritonsillare; o epistassi profusa o massiva; o ipoacusia improvvisa con obiettività negativa ; o emottisi; o vertigini con nistagmo spontaneo; o vertigine acuta con patologia uditiva significativa; o segni di otite media suppurativa; o segni o sintomi oto-vestibolari scatenati dalla manovra di Valsalva o cambi pressori.
URGENTE (U del ricettario SSN)	3 gg.	o Epistassi recidivante nelle ultime 48 ore; o Epistassi pregressa o ricorrente o Otalgia o Farinfotonsillite acuta (con trisma e/o disfagia) o Ipoacusia improvvisa o Tumefazione acuta latero-cervicale o Odinofagia; o Emoftoe acuta;

Classe di priorità	Attesa max da garantire	"Parola Chiave"
BREVE **(B del ricettario SSN)**	**10 gg.**	o Massa cervicale ad insorgenza improvvisa o in progressione da > 2 settimane; o Disfonia da 2 settimane o più con Rx torace negativo; o Otalgia resistente alla terapia (adulto); o Emoftoe ricorrente; o Epistassi recidivanti; o Tumefazione ghiandola salivare; o Sindrome di Menière o menieriformi; o Ipertrofia adenotonsillare nel bambino con apnee notturne; o Bambino con Obstructive Sleep Apnea Sindrome (OSAS); o Se di sospetta eziologia ORL (e non stomatologica), i seguenti segni/sintomi: tumefazioni facciali di recente insorgenza, paresi del facciale, otite media secretiva cronica, epistassi, alterazioni della sensibilità, rinostenosi; o Sindrome apnee ostruttive nel sonno del bambino; o Ipertrofia adenotonsillare nel bambino con importante ostruzione respiratoria alta e segni clinici evidenti; o Qualsiasi dei segni/sintomi seguenti di ndd non di origine oftalmica e di sospetta natura espansiva: distopia progressiva del bulbo oculare; diplopia; ptosi palpebrale; o Vertigini subacute non invalidanti dopo esame obiettivo; o Disfonia persistente o Otite ricorrente con otorrea o Rinorrea mucopurulenta o Cefalea con sospetto di sinusite acuta
DIFFERIBILE **(D del ricettario SSN)**	**30 gg.**	o Notevole ipertrofia adenotonsillare o tonsillare nel bambino con ostruzione respiratoria alta e segni clinici intermedi; o Ipoacusia pregressa e/o progressiva o Ostruzione nasale persistente o Acufeni o Vertigine ricorrente o Flogosi ricorrenti o recidivanti delle v.a.s.
PROGRAMMABILE (P del ricettario SSN)	**180 gg.**	o Ipertrofia adenotonsillare senza importante ostruzione; o Sospetto Lichen Planus orale; o Percorso diagnostico tumori VADS; o Follow up di patologie già seguite e monitorate; o Altre condizioni cliniche. o Esami strumentali audiovestibolari o Visita foniatrica

UROLOGIA

Prestazione: Visita urologica - Codice: 89.7

Classe di priorità	Attesa max da garantire	"Parola Chiave"
URGENZA NON DIFFERIBILE (UND nessuna codifica sul ricettario)	Inviare in PS senza barrare alcuna casella di priorità	o Macroematuria massiva.

Classe di priorità	Attesa max da garantire	"Parola Chiave"
URGENTE **(U del ricettario SSN)**	**3 gg.**	o Colica reno-ureterale risolta di prima insorgenza; o Macroematuria persistente; o Ematuria o Colica renale
BREVE **(B del ricettario SSN)**	**10 gg.**	o Macroematuria pregressa; o Nodulo testicolo, epididimo o pene; o Massa renale accertata ecograficamente; o PSA aumentato con relativa ridotta quota del PSA libero; o Recente ritenzione acuta d'urina; o Sospetta patologia renale ostruttiva, eco-accertata; o Sospetta neoplasia vie genito-urinarie, eco-accertata; o Sospetto K prostata dopo anamnesi ed esame obiettivo accurato ed esami di laboratorio predittivi per K; o Idronefrosi o Cistite emorragica o Ritenzione cronica di urina o Infezioni urinarie ricorrenti o Idromele sotto tensione o Malattie sessualmente trasmesse
DIFFERIBILE **(D del ricettario SSN)**	**30 gg.**	o Colica renale o ureterale già valutate ecograficamente senza stasi urinaria; o Calcolosi renale; o Infezione vie urinarie nel maschio; o Nodulo prostatico; o Cistiti recidivanti; o PSA aumentato (esclusi casi di Tipo B); o Macroematuria accertata eco graficam. senza sospetto di neoplasia genito-urinaria; o Controllo K prostata non programmato; o Emospermia; o Controlli post-dimissione o follow up o Prostatite o Incontinenza urinaria o Calcolosi urinaria sintomatica, non coplicata o Emospermia o Vescica neurologica o Ipertrofia prostatica benigna o ritenzione cronica d'urina, infezioni urinarie ricorrenti idrocele sotto tensione (non in atto)
PROGRAMMABILE (P del ricettario SSN)	**180 gg.**	o Varicocele; o Ipertrofia della prostata; o Idrocele e cisti del testicolo o epididimo eco-accertate; o Fimosi semplice; o Disturbi minzionali; o Altre condizioni cliniche o Varicocele o Idrocele o Cisti epididimo o Calcolosi renale asintomatica o Cistocele o Disfunzioni sessuali o Follow-up neoplasie o Follow up patologie benigne

DERMATOLOGIA

Prestazione Visita dermatologica **Codice: 89.7**

Classe di priorità	Attesa massima da garantire	"Parola Chiave"
URGENZA NON DIFFERIBILE (UND nessuna codifica sul ricettario)	**(nessuna prenotazione: inviare al pronto soccorso o chiamare il 118)**	o Ustioni: tutte in sede critica (volto, mani, piedi, genitali) e per le altre sedi con estensione > 5%; o Angioedema acuto (volto, fauci); o Reazione generalizzata allergica da puntura d'insetto; o Reazione generalizzata allergica da farmaci; o Affezioni batteriche acute febbrili (erisipela, cellulite, flemmoni, fasciti); o Affezioni virali acute da Herpes Zooster
URGENTE (U del ricettario SSN)	**3 gg**	o Patologie infettive acute (ad es: impetigine, flemmone); o Neoformazioni sanguinanti e/o suppurate (ad es: melanoma, carcinoma spinocellulare, cisti suppurata, granuloma piogenico) o Dermatite moderata mal tollerata o peggiorata (età < 15 anni) (U o B in base al quadro clinico); o Paziente trapiantato con insorgenza di lesioni cutanee sospette
BREVE (B del ricettario SSN)	**10 gg.**	o Lesioni persistenti > 1 cm dure alla palpazione generalmente sul viso, cuoio capelluto, dorso della mano e con un incremento delle dimensioni negli ultimi 2 mesi; o Lesioni nodulari a rapida insorgenza (< 3 mesi); o Lesioni pigmentate piane o rilevate (sospetto melanoma) o Patologie eruttive a rapida comparsa (ad es: Psoriasi eruttiva, eczema acuto, pitiriasi rosea); o Patologie dolenti infette e non (ad es: ulcera varicosa grave, unghia incarnita complicata; o Dermatite moderata mal tollerata o peggiorata (età < 15 anni) (U o B in base al quadro clinico); o Sospetto Carcinoma basocellulare; o Persistenza lesione cutanea resistente al trattamento locale nella quale la diagnosi è incerta o vi è sospetto di tumore; o Psoriasi pustolosa; o Malattie a trasmissione sessuale; o Scabbia; o Pediculosi; o Eczemi gravi; o Orticaria; o Patologie tumorali menalocitarie (sospetti melanomi)
DIFFERIBILE (D del ricettario SSN)	**30 gg.**	o Neoformazioni di n.d.d. (sospetti epiteliomi) o Verruche volgari; o Micosi; o Eczemi e Eczematidi; o Prurito senile; o Dermatosi bollose; o Mucositi e aftosi

Classe di priorità	Attesa massima da garantire	"Parola Chiave"
PROGRAMMABILE (P del ricettario SSN)	180 gg.	o Dermatiti croniche (cloasma vitiligine, psoriasi) o Acne rosacea, Dermatite seborroica; o Alopecie e onicopatie; o Connettiviti (Fenomeno di Raynaud, Lupus eritematoso, Sclerodermia ecc.); o Follow up

FISIATRIA

Prestazione: **Visita fisiatrica** - Codice: **89.7**

Classe di priorità	Attesa max da garantire	"Parola Chiave"
URGENZA NON DIFFERIBILE (UND nessuna codifica sul ricettario)	(nessuna prenotazione: inviare al pronto soccorso)	Classe di priorità non prevista
URGENTE (U del ricettario SSN)	3 gg.	Classe di priorità non prevista
BREVE (B del ricettario SSN)	10 gg.	o Esiti di fratture o trauma trattato con gesso immobilizzazione o chirurgia o Esiti di intervento chirurgico ricostruttuvo (capsula-tendini-legamenti) o Lesione nervosa periferica recente (entro 3 mesi dall'evento) o Gonalgia acuta senza trauma di probabile eziologia degenerativa o Patologia post traumatica recente o Esiti di intervento chirurgico recente o Patologie neurologiche post acute recenti
DIFFERIBILE (D del ricettario SSN)	30 gg.	o Esiti di intervento ortopedico non classe B o Colpo di frusta entro 1 mese dall'evento o Patologia articolare sub-acuta entro 2 mesi dall'evento (periartrite, epicondilite, tendinite, cervico-lombalgia acuta o Linfedema post mastectomia (entro 3 mesi dall'insorgenza) o Prima valutazione del bambino con scoliosi o Gonalgia cronica o sub-acuta di probabile eziologia degenerativa o Patologie dell'età evolutiva o Patologie post-traumatiche non recenti o Patologie neurologiche non recenti o Patologia degenerativa cronica
PROGRAMMABILE (P del ricettario SSN)	180 gg.	o Altre condizioni cliniche o Follow-up dell'età evolutiva o Follow up

GASTROENTEROLOGIA

Prestazione: **Visita gastroenterologica** - Codice: **89.7**

Classe di priorità	Attesa max da garantire	"Parola Chiave"
URGENZA NON DIFFERIBILE (UND nessuna codifica sul ricettario)	**(nessuna prenotazione: inviare al pronto soccorso)**	Parole chiave non indicate: valutazione di pronto soccorso in evidenza clinica di patologia
URGENTE (U del ricettario SSN)	**3 gg.**	Classe di priorità non prevista
BREVE (B del ricettario SSN)	**10 gg.**	o IBD: malattie infiammatorie croniche (Malattia di Crohn e rettocolite ulcerosa) o Nuovo caso IBD (endoscopicamente indagato) o Riacutizzazione di IBD o Ascite di ndd o Anemia significativa (Hb < 10 g) di sospetta origine gastroenterologica
DIFFERIBILE (D del ricettario SSN)	**30 gg.**	o Epatopatia cronica
PROGRAMMABILE (P del ricettario SSN)	**180 gg.**	o Follow-up

ONCOLOGIA

Prestazione: **Visita oncologica** - Codice: **89.7**

Classe di priorità	Attesa max da garantire	"Parola Chiave"
URGENZA NON DIFFERIBILE (UND nessuna codifica sul ricettario)	**(nessuna prenotazione: inviare al pronto soccorso)**	Parole chiave non indicate: valutazione di pronto soccorso in evidenza clinica di patologia
URGENTE (U del ricettario SSN)	**3 gg.**	Classe di priorità non prevista
BREVE (B del ricettario SSN)	**10 gg.**	o Sospetto consistente di patologia tumorale
DIFFERIBILE (D del ricettario SSN)	**30 gg.**	Classe di priorità non prevista
PROGRAMMABILE (P del ricettario SSN)	**180 gg.**	o Visita oncologica di follow up

PNEUMOLOGIA

Prestazione: Visita pneumologica - Codice: 89.7

Classe di priorità	Attesa max da garantire	"Parola Chiave"

Classe di priorità	Attesa max da garantire	"Parola Chiave"
URGENZA NON DIFFERIBILE (UND nessuna codifica sul ricettario)	**(nessuna prenotazione: inviare al pronto soccorso o chiamare il 118)**	o Emottisi imponente; o Asma bronchiale riacutizzato (o BPCO riacutizzata) in pazienti con comorbilità grave (es. bronco-cardiopatici); o Accesso asmatico acuto o asma grave persistente; o Broncopneumopatia cronica broncorroica riacutizzata. o Dolore toracico acuto con dispnea;
URGENTE (U del ricettario SSN)	**3 gg**	o Emoftoe recente; o Rx torace indicativo di lesione sospetta (tbc o tumorale); o Sospetta TBC. o Dispnea ingravescente: o Riacutizzazione di asma bronchiale o di BPCO in paziente broncopneumopatico noto (stadio GOLD moderato o grave) o Emoftoe o Dispnea ingravescente o Crisi asmatica improvvisa o Asma bronchiale riacutizzata o Sospetta TBC o Polmonite complicata o Versamento pleurico o Accesso asmatico acuto nel bambino o Accesso grave persistente nel bambino o Riacutizzazione di bronchiectasie nel bambino
BREVE (B del ricettario SSN)	**10 gg.**	o Dolore toracico (escluso quello acuto, di pertinenza P.S.); o Asma bronchiale non ben controllata dalla terapia; o BPCO riacutizzata senza compromissione emogasanalitica, o Tosse stizzosa di ndd persistente da oltre 3 gg.; o Rivalutazione di insufficienza respiratoria cronica in paziente anziano già seguito e documentato; o Dispnea di nnd (non cardiogena). o Nodulo polmonare o Dolore toracico non acuto o Polmonite o Asma bronchiale non controllata sufficientemente da terapia o Sindromi ostruttive o restrittive non stabili o Dispnea di recente insorgenza o Asma lieve persistente nel bambino o Bronchiectasie per controllo nel bambino o Infezioni recidivanti chiuse con sospetto di immunodeficienza nel bambino
DIFFERIBILE (D del ricettario SSN)	**30 gg.**	o Diagnosi differenziale per sospetta BPCO; o Controlli successivi in patologie già studiate e documentate (Asma , BPCO, Insufficienza Respiratoria); o Controlli post dimissione e altri follow-up o Asma cronico, BPCO, Insufficienza respiratoria cronica o Asma episodico frequente nel bambino o Episodi catarrali ricorrenti nel bambino
PROGRAMMABILE (P del ricettario SSN)	**180 gg.**	o Tutte le altre condizioni o Follow-up e controllo dopo dimissione ospedaliera

2.7.2. PRESTAZIONI STRUMENTALI

MAMMOGRAFIA

- Codice: 87.37.1 – 87.37.2

Classe di Priorità	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
TIPO U	3 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
TIPO B	10 gg	o Evidenza clinica di neoplasia; o Sospetta mastite >30 anni; o Perdita ematica dal capezzolo >30 anni solo dopo ecografia e striscio del secreto su vetrino; o Addensamento o distorsione sospetta dopo ecografia.
TIPO D	60 gg	o Sospetto clinico di patologia espansiva benigna (sospetto fibroadenoma) in pazienti che non hanno mai effettuato l'esame, salvo diversa indicazione di controllo programmato (il fibroadenoma accertato diventa P).
TIPO P	Attesa programmata	o Mastopatia, mastodinia, noduli diffusi; o Richiesta di mammografia per screening con età inf. al 50 anni e sup. al 70 anni; o Ectasie duttali e papillomi duttali chirurgicamente accertati con es. istologico negativo; o Microcalcificazioni con carattere di benignità già accertate; o Patologia cistica già sottoposta ad agoaspirazione; o Pazienti sottoposte a pregresso intervento chirurgico di nodulectomia con istologia negativa; o Accertamenti in pazienti oncologiche con neoplasia primitiva misconosciuta; o Paziente in terapia ormonale, se non aderisce allo screening (il Medico richiedente deve contattare il servizio di mammografia o senologia diagnostica); o Follow up (se sul referto mammografico non è espressamente specificato il periodo di attesa per il controllo, la successiva mammografia va data a due anni dalla precedente, se paziente asintomatica).

***TAC* TORACE**

- Codice: 87.41 – 87.41.1

Classe di Priorità	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
TIPO U	3 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
TIPO B	10 gg	o Sospetta lesione maligna pleurica o polmonare o mediastinica; o Stadiazione di lesione espansiva da eseguire in prossimità di diagnosi oncologica.
TIPO D	60 gg	o Rivalutazione di addensamento parenchimale polmonare o di versamento pleurico dopo terapia medica e controllo RX.
TIPO P	Attesa programmata	o Stadiazione di lesione espansiva nell'ambito di percorso diagnostico terapeutico programmato (follow up); o Follow up di neoplasia dopo trattamento.

- **Si raccomanda valutazione della funzionalità renale prima della somministrazione di mdc paramagnetico;**
- **L'utilizzo e.v. del mdc organo iodato è assolutamente CONTROINDICATO in pazienti con insufficienza renale grave (GFR<60 ml/minuto);**

- **In caso di insufficienza renale grave e TC con mdc inderogabile far seguire al mdc seduta dialisi concordando con i nefrologi;**
- **Effettuare la dialisi dopo la TC se il paz è in trattamento dialitico (I seduta: entro 2 ore; II seduta entro 24 ore dalla prima)**

TAC ADDOME SUPERIORE E/O INFERIORE

- Codice: 88.01.2 – 88.01.1 – 88.01.4 – 88.01.3

Classe di Priorità	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
TIPO U	3 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
TIPO B	10 gg	o UroTC (s/mdc) in sospette coliche renali persistenti con dilatazione della via urinaria escretrice senza dimostrazione di calcoli ureterali all'ecografia. o Stadiazione di lesione espansiva neoplastica certa o sospetta da eseguire in prossimità della diagnosi oncologica o Massa addominale pulsante per sospetto aneurisma
TIPO D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
TIPO P	Attesa programmata	o Stadiazione di lesione espansiva neoplastica certa e sospetta nell'ambito di percorso diagnostico terapeutico programmato (follow up); o Massa palpabile addominale, successiva ad ecografia se quest'ultima non è dirimente. Ittero ostruttivo ecograficamente dimostrato; o Identificazione/valutazione di lesione/i focale/i epatiche per valutazione resecabilità e corretta pianificazione terapeutica chirurgica; o Lesioni espansive renali solide o cistiche complesse di 1-1.5 cm circa o più grandi per caratterizzarle accuratamente.

- **Si richiamano le raccomandazioni in precedenza riportate riguardo la funzionalità renale prima della somministrazione di mdc organo-iodato;**
- **Per la FUNZIONALITA' RENALE è SUFFICIENTE LA CREATINA EMATICA (formula di Kockroft per % filtrato glomerulare)**

TAC ENCEFALO-CRANIO

- Codice: 87.03 – 87.03.1

Classe di Priorità	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
TIPO U	3 gg	o TIA; o Processo occupante spazio (RMN in seconda istanza); o Sospetto ematoma sottodurale cronico;
TIPO B	10 gg	o Esiti di trauma con tendenza (a distanza di 10 giorni o più dal trauma) a deterioramento neurologico (rallentamento cognitivo, disturbi della parola, movimenti lenti e impacciati con alterazioni dell'equilibrio, sonnolenza); o Stadiazione di lesione espansiva nell'ambito da eseguire in prossimità di diagnosi oncologica
TIPO D	60 gg	o Cefalea semplice persistente con esame neurologico negativo; o Demenza o deterioramento mentale a lenta evoluzione (prima diagnosi) (per escludere ematoma sottodurale cronico o idrocefalo normoteso);
TIPO P	Attesa programmata	o Stadiazione di lesione espansiva nell'ambito di percorso diagnostico terapeutico programmato (follow up); o Follow up in esiti di TIA;

- **Si richiamano le raccomandazioni in precedenza riportate riguardo la funzionalità renale, prima della somministrazione di mdc organo-iodato;**
- **Per la FUNZIONALITA' RENALE è SUFFICIENTE LA CREATINA EMATICA (formula di Kockroft per % filtrato glomerulare)**

- **Per la FUNZIONALITA' RENALE è SUFFICIENTE LA CREATINA EMATICA (formula di Kockroft per % filtrato glomerulare)**

TAC RACHIDE E SPECO VERTEBRALE

- Codice: 88.38.2 – 88.38.1

Classe di Priorità	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
TIPO U	3 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
TIPO B	10 gg	o Lombalgia acuta o cronica riacutizzata in paziente di età >40 anni con grave e persistente sintomatologia radicolare (dolore acuto e/o deficit motorio e/o sensitivo clinicamente documentato) in paziente operato di o Ernia discale;
TIPO D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
TIPO P	Attesa programmata	o Lombalgia acuta o subacuta o cronica o recidivante con sintomatologia radicolare modesta (dolore non persistente senza deficit motorio) in paziente di età >40 anni; Lombalgia acuta o subacuta o cronica o recidivante isolata in paziente di età >40 anni; o Intervento per ernia discale già programmato (ove RM non disponibile); o Follow up

- **Si richiamano le raccomandazioni in precedenza riportate riguardo la funzionalità renale, prima della somministrazione di mdc organo-iodato**
- **Per la FUNZIONALITA' RENALE è SUFFICIENTE LA CREATINA EMATICA (formula di Kockroft per % filtrato glomerulare)**

RMN CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO

- Codice: 88.91.1 – 88.91.2

Classe di Priorità	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
TIPO U	3 gg	o Processo occupante spazio a livello intracranico (di secondo livello dopo esame TAC);
TIPO B	10 gg	o Sclerosi multipla o altre malattie demielinizzanti (prima diagnosi) Epilessia (prima diagnosi); o Idrocefalo (TAC non dirimente);
TIPO D	60 gg	o Morbo di Parkinson (prima diagnosi); o Controllo in esiti di lesione traumatica con crisi epilettiche;
TIPO P	Attesa programmata	o Follow up in esiti di lesione traumatica (ai fini medico-legali); o Follow up di processi occupanti spazio o di esiti di intervento neurochirurgico; o Follow up di malattie demielinizzanti pre o post-terapia;

- **Si richiamano le raccomandazioni in precedenza riportate riguardo la funzionalità renale, prima della somministrazione di mdc paramagnetico;**
- **Per la FUNZIONALITA' RENALE è SUFFICIENTE LA CREATINA EMATICA (formula di Kockroft per % filtrato glomerulare)**

RM ADDOME SUPERIORE e/o INFERIORE

(pelvi, prostata e vescica - Codice: 88.95.4 – 88.95.5)

Classe di Priorità	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
TIPO U	3 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
TIPO B	10 gg	o ADD. INF: Stadiazione locoregionale e generale di neoplasia già accertata istologicamente o citologicamente espansiva in prossimità di diagnosi oncologica (neoplasia endometrio, cervice, retto, prostata) successiva ad esame endoscopico e/o prelievo bioptico , seguita da TAC per stadiazione a distanza.
TIPO D	60 gg	o Lesione surrenalica evidenziato ecograficamente
TIPO P	Attesa programmata (concordata con il Radiologo)	o ADD. INF: Stadiazione locoregionale e generale di neoplasia già accertata istologicamente o citologicamente espansiva nell'ambito di percorso diagnostico terapeutico (neoplasia endometrio, cervice, retto, prostata) successiva ad esame endoscopico e/o prelievo bioptico, seguita da TAC per stadiazione a distanza. o ADD. SUP: Identificazione di lesioni focali epatiche dubbie o sospette, dopo TAC non risolutiva, per pianificazione chirurgica (preferibilmente mediante utilizzo di mdc epatospecifico) o Lesione renale dubbia all'ecografia e alla TAC (es. angiomiolipoma, o cisti sec. Classificazione Bosniack II-III), in pazienti con funzionalità renale conservata. o ADD. SUP e/o COLANGIO RM: Sospetto clinico di patologia litiasica delle vie biliari in paziente itterico o subitterico o con dilatazione delle vie biliari evidenziate all'ecografia; o Dolore persistente post-colecistectomia; o Valutazione anatomica delle vie biliari e del dotto pancreatico per pianificazione chirurgica

- **Si richiamano le raccomandazioni in precedenza riportate riguardo la funzionalità renale, prima della somministrazione di mdc paramagnetico;**
- **Per la FUNZIONALITA' RENALE è SUFFICIENTE LA CREATINA EMATICA (formula di Kockroft per % filtrato glomerulare)**

RM MUSCOLO SCHELETRICA

Codice: 88.94.1 – 88.94.2

Classe di Priorità	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
TIPO U	3 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
TIPO B	10 gg	o Stadiazione locoregionale e generale di lesione neoplastica muscolo-scheletrica in prossimità di diagnosi oncologica (ad esempio: stadiazione locale tumore osseo o muscolare primitivo) associata a studio TC
TIPO D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO

TIPO P	Attesa programmata	o Stadiazione locoregionale e regionale di lesione neoplastica muscolo-scheletrica nell'ambito di percorso diagnostico terapeutico (ad esempio: stadiazione locale tumore osseo o muscolare primitivo) associata a studio TC o Follow up di lesioni note o ESAME RM WHOLE BODY: follow up /valutazione metastasi scheletriche o malattie mieloproliferative (es mieloma). o Sospetta osteomielite in fase acuta o riacutizzata o Sospetta osteonecrosi non visibile all'indagine RX convenzionale

- **Si richiamano le raccomandazioni in precedenza riportate riguardo la funzionalità renale, prima della somministrazione di mdc paramagnetico;**
- **Per la FUNZIONALITA' RENALE è SUFFICIENTE LA CREATINA EMATICA (formula di Kockroft per % filtrato glomerulare)**

RM COLONNA VERTEBRALE

Codice: 88.93 – 88.93.1

Classe di Priorità	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
TIPO U	3 gg	o Mielopatia da sospetto tumore o da sospetta patologia infettiva (es. spondilodiscite)
TIPO B	10 gg	o Lombalgia acuta o cronica riacutizzata in paziente di età <40 anni con grave e persistente sintomatologia radicolare (dolore acuto e/o deficit motorio e/o sensitivo clinicamente documentato) in paziente operato di ernia discale; o Lombalgia acuta o cronica riacutizzata in paziente di età <40 anni con grave e persistente sintomatologia radicolare (dolore acuto e/o deficit motorio e/o sensitivo clinicamente documentato) dopo 3 settimane di riposo e/o terapia medica senza risultati;
TIPO D	60 gg	o Gravi dolori cervicali, grave cervico-rachialgia con alterazioni degenerative e con evidenza di sofferenza radicolare cervicale;
TIPO P	Attesa programmata	o Lombalgia acuta o subacuta o cronica o recidivante con sintomatologia radicolare modesta (dolore non o persistente senza deficit motorio) in paziente di età <40 anni; o Lombalgia acuta o subacuta o cronica o recidivante isolata in paziente di età <40 anni. o Cervicobrachialgia; o Intervento per ernia discale già programmato; o Follow up

- **Si richiamano le raccomandazioni in precedenza riportate riguardo la funzionalità renale, prima della somministrazione di mdc paramagnetico;**
- **Per la FUNZIONALITA' RENALE è SUFFICIENTE LA CREATINA EMATICA (formula di Kockroft per % filtrato glomerulare)**

ECOCOLORDOPPLER CARDIACO

– CODICE –88.72.3

Classe di priorità	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
TIPO U	3 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
TIPO B	10 gg	o insufficienza cardiaca non compensata (paziente gestibile a domicilio); o soffio cardiaco nel neonato asintomatico;
TIPO D	60 gg	o soffi cardiaci in assenza di sintomi/segni di insufficienza cardiaca;
TIPO P	Attesa programmata	o Follow up

ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO

– CODICE –88.73.5

Classe di priorità	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
TIPO U	3 gg	o Ecocolordoppler dei TSA: soggetti sintomatici con attacchi ischemici transitori (TIA) sindrome vertiginosa con sospetto furto della succlavia; o Ecocolordoppler arterioso arti inferiori: pazienti con ischemia critica cronica.
TIPO B	10 gg	o Vertigini dopo aver escluso patologie di pertinenza. o sospetto clinico di aneurisma aorta addominale o periferico o Ecocolordoppler arterioso periferico: grave PAOD con claudicatio invalidante
TIPO D	60 gg	o Ecocolordoppler dei TSA: soffio cervicale isolato in paziente asintomatico; o Ecocolordoppler arterioso periferico: grave PAOD con claudicatio invalidante;
TIPO P	Attesa programmata	o Follow up

ECOCOLORDOPPLER VENOSO

– CODICE –88.77.2

Classe di Priorità	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
TIPO U	3 gg	o sospetta TVP e tromboflebite superficiale di coscia
TIPO B	10 gg	o Flebite superficiale della gamba non rispondente al trattamento (vedi anche scheda Visita CHIRURGIA VASCOLARE / FLEBOLOGIA)
TIPO D	60 gg	o sindrome varicosa sintomatica (edemi serotini , ulcere ecc.)
TIPO P	Attesa programmata	o Follow up di TVP: controllo a 7 gg. se punteggio di Wells > 1 e prima ecografia negativa

ECOGRAFIA MAMMARIA

– CODICE –88.73.1 / 88.73.2

Classe di Priorità	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
TIPO U	3 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
TIPO B	10 gg	o evidenza clinica di neoplasia in pz. <30 anni; o mastite o galattoforite in pz. <30 anni;1 o perdita ematica dal capezzolo in pz. <30 anni;1 o addensamento o forma espansiva clinicamente palpabile in pz. <30 anni; o addensamento o lesione sospetta in mammografia;
TIPO D	60 gg	o Sospetto clinico di patologia espansiva benigna (cisti o fibroadenoma) in pazienti che non hanno mai effettuato l'esame (il fibroadenoma accertato diventa P);
TIPO P	Attesa programmata	o Pazienti sottoposte a biopsia con esame istologico negativo; o Mastopatia, mastodinia, noduli diffusi in pz. <30 anni; o Fibroadenoma già diagnosticato in pz. <30 anni; o Formazioni cistiche già accertate e sottoposte a svuotamento; o Se sul referto ecografico non è espressamente specificato il periodo di attesa per il controllo, la successiva o ecografia va data a due anni dalla precedente in pz. <30 anni; o Terapia ormonale in pz. <30 anni (il richiedente deve contattare il servizio di mammografia diagnostica o senologica) o Follow up

ALTRE ECOGRAFIE

Classe di Priorità	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
TIPO U	3 gg	o colica reno-ureterale urgente non ancora indagata ecograficamente; o colica biliare persistente; o sospetto ittero ostruttivo;
TIPO B	10 gg	o macroematuria non associata ad altre condizioni cliniche; o massa addominale; o tumefazioni nella regione del collo, delle logge parotidee (ghiandole salivari) e delle regionisovraclaveari; o sospetta ascite; o tumefazioni testicolari non dolorose; o alterazione significativa dei valori di PSA in pazienti senza patologia prostatica nota;

Classe di Priorità	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
TIPO D	60 gg	o infezioni acute urinarie resistenti alla terapia antibiotica e forme ricorrenti; o dolori addominali subacuti ricorrenti, solo quando già escluse patologie gastriche o intestinali; o neoformazioni palpabili dei tessuti molli clinicamente sospette (esclusa senologia); o 1° riscontro di alterazione dei test di funzionalità epatica e/o renale e/o pancreatica; o sospetto idrocele o varicocele; o ecografia renale nel bambino in pielonefrite acuta (per ricerca dilatazioni o scar);
TIPO P	Attesa programmata	o ecografia renale di follow up nel neonato (1, 3, 6, 12 mesi) in pielectasie; o altri controlli periodici concordati e follow up in patologie già diagnosticate secondo indicazioni linee guida

ECOGRAFIA OSTETRICO – GINECOLOGICA

– CODICE –88.78 - 88.78.2

Classe di priorità	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
TIPO U	3 gg	o OSTETRICA: sospetto aborto ritenuto, minaccia di parto, prematuro per misurazione collo, sospetta o malformazione fetale, dubbio presentazione a termine, per interruzione volontaria di gravidanza, aritmia o fetale con scompenso cardiaco, sospetta gravidanza extrauterina, sanguinamenti atipici in gravidanza, o IUGR severo con flussi patologici; o GINECOLOGICA: masse endopelviche sintomatiche, metrorragia, dolore pelvico di sospetta origine o ginecologica, pelviperitonite;
TIPO B	10 gg	o OSTETRICA: sospetto ritardo di crescita fetale, sospetta macrosomia, controllo per minaccia di aborto, o sospetto gravidanza gemellare, per ridatazione della gravidanza, ecografia di secondo livello (in ogni caso o differenziare l'urgenza; ci sono situazioni in cui l'eco di 2° livello si può programmare per tempo: es. o assunzione di farmaci presunti pericolosi); o GINECOLOGICA: sanguinamenti in menopausa, localizzazione di IUD; o stadiazione se paziente sintomatica
TIPO D	60 gg	o OSTETRICA: ecografia di primo livello secondo protocollo ministeriale; o GINECOLOGICA: controllo per endometriosi, controlli postintervento, dolore pelvico cronico, o sanguinamenti irregolari intermestruali, masse endopelviche asintomatiche;
TIPO P	Attesa programmata	o OSTETRICA : controlli programmati; o GINECOLOGICA: controlli programmati; controlli endometrio in corso di terapia, se asintomatica o (esempio terapia sostitutiva);

2.7.3. ALTRI ESAMI SPECIALISTICI

AUDIOMETRIA

Codice 95.41.1

Classe di Priorità	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
TIPO U	3 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
TIPO B	10 gg	o Sospetta ipoacusia, qualora non chiaramente trasmissiva (accompagnata da motivata relazione clinica);
TIPO D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
TIPO P	Attesa programmata	o Percorso diagnostico concordato; Follow up

COLONSCOPIA + ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

Codice 45.23 – 45.25 – 45.41

Classe di Priorità	ATTESA MASSIMA DAGARANTIRE	Situazioni cliniche
TIPO U		LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
TIPO B	10 gg	o sanguinamento non compendiato come "tipo urgente" : rettorragia non grave, diarrea mucosanguinolentanon infettiva, ematochezia ; o anemia sideropenica di primo riscontro con Hb < 10 g/dl ; o "sintomi d'allarme": vomito significativo e persistente, disfagia, odinofagia, calo di peso importante (10% negli ultimi mesi), massa addominale ; o necessità di escludere lesioni per terapie cardiologiche urgenti ; o sospette neoplasie rilevate radiologicamente ;
TIPO D	60 gg	o anemia sideropenica cronica, perdite ematiche minori (sputo ematico, emottisi dubbia, tracce ematiche nel pulirsi) ; o Sindrome dispeptico-dolorosa minore > 45 anni (non già indagata) o diarrea cronica, stipsi recente o eventi sub-occlusivi; o riscontro radiologico di polipi ;
TIPO P	Attesa programmata	o Altre indicazioni non compendiate nelle precedenti categorie: o Screening; controlli di eradicazione varici esofagee e di polipectomie; follow up di: neoplasie, o malattie infiammatorie croniche intestinali (Inflammatory Bowel Disease o IBD), Barrett ; o - sintomatologia tipo colon irritabile (non già indagata con ; o - positività test del sangue occulto in asintomatico ; o - sindrome dispeptico-dolorosa < 45 anni (nell'attesa eseguire trial terapeutico; l'indagine potrà esser sospesa se vi sarà risposta alla terapia) ; o - ricerca di varici esofagee ; o - biopsie per sospetta celiachia ; o - patologie minori già valutate endoscopicamente ;

ELETTROMIOGRAFIA

Codice 93.08.1

Classe di Priorità	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
TIPO U	3 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
TIPO B	10 gg	o Dolore irradiato all'arto superiore o inferiore con deficit motorio oggettivo, focale, presente da più di o 2 settimane, ed insorto da non più di 40 giorni.
TIPO D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
TIPO P	Attesa programmata	o Follow up e prestazione programmata per intervento neurochirurgico

HOLTER CARDIACO

Codice. 89.50

Classe di Priorità	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
TIPO U	3 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
TIPO B	10 gg	o Aritmia ipercinetica ventricolare sintomatica in grave cardiopatia organica;
TIPO D	60 gg	o Cardiopalmo extrasistolico in cardiopatia organica;
TIPO P	Attesa programmata	o Cardiopalmo extrasistolico in assenza di cardiopatia; o Altre condizioni cliniche o Follow up

2.8. CONDIZIONI PARTICOLARI PER IL RICORSO AI CODICI DI PRIORITA'

TIPO U:

- assistiti ultranovantenni (il calcolo dell'età si considera per anno di nascita e non per la specifica data di nascita: ad es. sono ammessi alla priorità nell'anno 2013 i nati nel 1923).
- assistiti di età compresa tra 0 e 14 anni, con disabilità o patologia cronica grave

TIPO B:

- assistiti ultraottantacinquenni (analogamente a quanto detto per gli ultranovantenni, il calcolo dell'età si considera per anno di nascita e non per la specifica data di nascita).
- gestanti con gravidanza presso il termine.

TIPO D:

- prestazioni richieste per l'inserimento in lista d'attesa per trapianto d'organo (secondo il protocollo definito dal Centro Regionale di Riferimento per I Trapianti D'organo)

TIPO P:

- prestazioni richieste per il mantenimento in lista d'attesa per trapianto d'organo (secondo il protocollo definito dal Centro Regionale di Riferimento per I Trapianti D'organo) da garantire entro la scadenza indicata dal prescrittore

Il Dirigente ad interim del Servizio Accreditamento e Programmazione Sanitaria (Silvia Papini)

Silvia Papini