

DELIBERAZIONE N. 185 DEL 12.06.2019

OGGETTO: Recepimento Piano Regionale per il governo delle liste di attesa delle prestazioni di Specialistica Ambulatoriale e dei Ricoveri chirurgici programmati (PRGLA). Triennio 2019-2021”

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Su conforme proposta del direttore S.C Cure Primarie e Funzioni Distrettuali:

RICHIAMATA la legge Regionale n° 17 del 29 .07. 2016, con la quale, con decorrenza 1 ottobre 2016, è stata istituita l’Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa);

VISTO, in particolare l’art.3 c.2 lettera p) della suddetta L.r. n°17/2016, con la quale si dispone che A.Li.Sa svolga per conto di Regione Liguria, oltre alla funzioni puntualmente elencate nel medesimo articolo, ogni altra funzione alla stessa attribuita in forza di leggi regionali o provvedimenti della Giunta Regionale;

VISTA la Conferenza Permanente Per I Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, del 21 febbraio 2019 che ha recepito l’Intesa ai sensi dell’articolo 8 comma 6 della legge 5 giugno 2003 n°131 , sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, di cui all’articolo 1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n°266;

DATO ATTO che il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) nasce con l’obiettivo prioritario di avvicinare ulteriormente la sanità pubblica ai cittadini , individuando elementi di tutela e di garanzia volti a migliorare il grado di efficienza e appropriatezza prescrittiva e che l’attuazione del PNGLA costituisce un impegno comune del Governo e delle Regioni e delle Province Autonome rivolto alla promozione del principio di appropriatezza organizzativa e prescrittiva e garanzia dell’equità di accesso alle prestazioni;

DATO ATTO, altresì che, Regione Liguria con D.G.R. n° 397 del 17.05.2019 ha recepito l’Intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale Governo Liste di Attesa, per il triennio 2019-2021 demandando ad A.Li.Sa. la predisposizione del Piano Regionale di Governo delle Liste di attesa (PRGLA) nel rispetto dei principi e dei criteri fissati dal Piano Nazionale e l’adozione di indirizzi alle Aziende, Istituti ed Enti del S.S.R. volti a promuovere l’appropriatezza organizzativa e prescrittiva e a garantire equità di accesso alle prestazioni;

RILEVATO che Regione Liguria stabilisce che tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale prenotabili siano suddivise in classi di priorità e che i tempi massimi di attesa siano conformi a quanto stabilito nel Piano Nazionale (PNGLA), in base alle classi di priorità;

CONSIDERATO che la realizzazione del Piano Regionale Governo Liste di Attesa (PRGLA), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (Allegato 1), costituisce un impegno comune tra Regioni e Azienda al fine di dare attuazione alle linee di intervento declinate al paragrafo 2 del piano nazionale;

CONSIDERATO, altresì che, tra gli obiettivi stabiliti dal Piano Nazionale del governo delle Liste di Attesa vi è quello di promuovere come strumento di governo della domanda, il modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei- RAO" per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (Allegato 2);

DATO ATTO infine che, secondo quanto stabilito dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) entro 60 giorni dall'adozione del presente provvedimento le Aziende Sanitarie adottano un nuovo programma attuativo Aziendale o aggiornano quello in uso, in coerenza con quanto stabilito dal Piano Regionale Governo delle Liste di Attesa;

ACQUISITO il parere favorevole del Direttore Sanitario, del Direttore Amministrativo e del Direttore Socio Sanitario formulato ai sensi del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm.ii;

DELIBERA

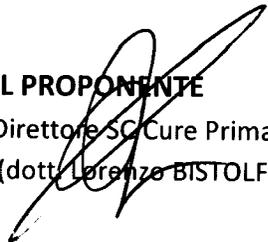
Per quanto esposto in narrativa e qui integralmente richiamato:

1. di prendere atto della D.G.R. n° 397 del 17.05.2019, avente ad oggetto l'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazionale Governo Liste di Attesa, per il triennio 2019-2021;
2. di approvare il Piano Regionale di Governo delle Liste di attesa (PRGLA) nel rispetto dei principi e dei criteri fissati dal Piano Nazionale e l'adozione di indirizzi alle Aziende, Istituti ed Enti del S.S.R. volti a promuovere l'appropriatezza organizzativa e prescrittiva e a garantire equità di accesso alle prestazioni di cui all'allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
3. di approvare il modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei- RAO" per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, di cui all'allegato 2 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
4. di stabilire che entro 60 giorni dall'adozione del presente provvedimento le Aziende Sanitarie dovranno adottare un nuovo programma attuativo Aziendale o aggiornare quello attualmente in uso;
5. di provvedere alla pubblicazione del presente provvedimento sul proprio albo pretorio on-line;

6. di dare atto che il presente provvedimento è composto di n°3 pagine e di 2 allegati per un totale di n° 165 pagine;

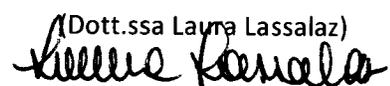
IL PROPONENTE

Direttore SC Cure Primarie e Funzioni Distrettuali
(dott. Lorenzo BISTOLFI)



Parere favorevole formulato ai sensi del D.Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

(Dott.ssa Laura Lassalaz)


IL DIRETTORE SANITARIO

(Dott. Sergio Vigna)


IL DIRETTORE SOCIOSANITARIO

(Dott.ssa Enrica Orsi)


II COMMISSARIO STRAORDINARIO

(Dott. G. Walter Locatelli)





**PIANO REGIONALE PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI
ATTESA DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA
AMBULATORIALE E DEI RICOVERI CHIRURGICI
PROGRAMMATI
TRIENNIO 2019– 2021**

Premessa

Il Sistema Sanitario Nazionale ha come obiettivo quello di assicurare a tutti i cittadini le prestazioni adeguate alle problematiche cliniche presentate nel rispetto della dignità della persona, della tutela della salute e dell'equità di accesso alle prestazioni stesse nell'osservanza dei LEA.

Le liste di attesa sono un aspetto del SSN e del SSR spesso percepito dai cittadini come un momento di disagio e di attrito nei confronti delle istituzioni a causa delle mancate risposte a un bisogno di salute. La gestione delle liste di attesa e il governo dei tempi di attesa sono un obiettivo prioritario della Regione Liguria.

Le azioni da intraprendere e da perseguire riguardano alcune aree fondamentali dei determinanti le liste di attesa e ,in particolare, si possono considerare tre aree di intervento: il governo della domanda, il governo dell'offerta sanitaria e la gestione ottimale dei sistemi di prenotazione ed erogazione delle prestazioni.

In questi ultimi anni si è potuto constatare come il fattore domanda sia aumentato anche in funzione della maggior attenzione al proprio stato di salute da parte dei cittadini, del progressivo aumento dei pazienti affetti da patologie croniche, della disponibilità di tecnologie e trattamenti e, per alcune aree, dell'inappropriatezza del ricorso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, con particolare riferimento alle prestazioni strumentali.

È comunque doveroso evidenziare che il progressivo uso dei codici di priorità clinica da parte dei Medici Prescrittori, e in particolare i Medici di Medicina Generale (MMG), ha permesso in questi ultimi anni un accesso più razionale alle prestazioni e, consequenzialmente, più adeguata risposta ai tempi di attesa.

Un altro aspetto fondamentale per le strategie di intervento sanitario nella nostra Regione riguarda l'indice di vecchiaia, che raggiunge livelli tali da essere la regione italiana con il più alto valore, e con una popolazione la cui aspettativa di vita supera gli 80 anni (in realtà si registra una

forbice tra maschi e femmine, quindi 80 è un valore indicativo). La conseguenza più evidente consiste nell'aumento del numero dei pazienti affetti da patologia cronica o, più spesso, da più patologie croniche, senza dimenticare le problematiche legate al progressivo deterioramento mentale. L'approccio a questi pazienti richiede al SSR uno sforzo multidisciplinare, multi specialistico e organizzativo per dare risposte coerenti, appropriate ed efficaci attraverso il potenziamento dei PDTA e realizzando una reale sinergia tra Ospedale e Territorio.

L'utilizzo delle Classi di Priorità, le indicazioni contenute nel manuale dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) (parte integrante del documento della CSR e del PNGLA 2019 – 2021), l'implementazione dei PDTA e dei PAI per i pazienti complessi, la promozione di un coinvolgimento 'trasversale', evitando la compartimentazione fra area ospedaliera e territoriale, sono azioni che vanno tutte a favore del perseguimento dell'efficienza e dell'appropriatezza.

PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Finalità del Piano

Scopo del presente Piano è individuare le misure necessarie a garantire tempi di attesa congrui con la classe di priorità indicata dal medico prescrittore attraverso l'appropriatezza della domanda e una adeguata organizzazione dell'offerta, con riferimento agli adempimenti fissati dal Piano Nazionale Gestione delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2019 – 2021 e di produrre indicazioni operative alle Aziende.

Il presente Piano attuativo prevede di:

- a) Aggiornare l'elenco delle prestazioni diagnostiche di assistenza specialistica ambulatoriale oggetto del monitoraggio delle liste di attesa in funzione delle classi di priorità.
- b) Individuare, in coerenza con quanto previsto a livello nazionale, le aree Cardiovascolare e Oncologica quali aree prioritarie per lo sviluppo di PDTA.
- c) Fornire alle Aziende Sanitarie liguri indirizzi omogenei al fine di garantire il governo della domanda di prestazioni attraverso diversi strumenti, quali:
 1. Utilizzo delle classi di priorità in fase prescrittiva e, in particolare, in fase di prenotazione;
 2. Presenza del quesito diagnostico nella prescrizione;
 3. Presenza del codice relativo alla tipologia di accesso (1= primo accesso; 0= secondo accesso);
 4. Istituzione del CUP regionale quale strumento organizzativo e informatico unico per la gestione delle agende di entrambi i livelli di accesso;
 5. Suddivisione dell'offerta tra primi accessi e secondi accessi attraverso la modulazione del CUP regionale tra **primo livello (Regionale) e secondo livello (presa in carico aziendale)**.
- d) Garantire l'accessibilità dell'intera offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale, sia pubblica e sia privata accreditata contrattualizzata, attraverso il CUP regionale, gestendo in modo trasparente, ed in totale visibilità, le agende di prenotazione delle Strutture Private Accreditate e contrattualizzate, le agende relative all'offerta istituzionale e della

libera professione intramuraria secondo le architetture informatiche definite dall'Azienda Ligure Sanitaria (A.Li.Sa.).

- e) Implementare i canali extra-aziendali di accesso al CUP regionale (Farmacie, MMG/PLS, Centri di aggregazione, ecc.).
- f) Formalizzare e/o aggiornare i provvedimenti aziendali relativi al rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione e le relative sanzioni amministrative, come da Legge n.266/2005.
- g) Prevedere la possibilità di acquisto (art. 55, comma 2 lett. D] del CCN 08/06/2000 della Dirigenza Medica) delle prestazioni aggiuntive erogate in regime libero professionale, concordate con i professionisti e sostenute economicamente dall'Azienda Sanitaria.
- h) Monitorare i volumi delle prescrizioni per tipologia di prestazione, tenendo conto delle caratteristiche epidemiologiche della popolazione Ligure, attraverso la costituzione di un pannello di indicatori unico e condiviso a livello regionale, gestito da A.Li.Sa., capace di consentire la lettura dell'andamento regionale e di quello delle singole aziende erogatrici di prestazioni.
- i) Garantire l'informazione e la comunicazione, attraverso i siti web di Regione Liguria, A.Li.Sa., e delle Aziende, sulla percentuale di soddisfazione delle richieste per le Classi di priorità Clinica "B" e "D" nei tempi definiti, attraverso la costruzione di un cruscotto intuitivo e unico a livello regionale, dedicato all'utenza, in coerenza con quanto previsto dal nuovo PNGLA.
- j) Garantire la partecipazione periodica delle associazioni di tutela del cittadino alle discussioni sulle tematiche delle liste di attesa.
- k) Individuare formalmente un Responsabile Aziendale delle Liste di Attesa e dei servizi del CUP.

Classi di Priorità ed elenco delle Prestazioni oggetto del monitoraggio

Oltre alle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale oggetto di Monitoraggio Ministeriale (Tabella 2), tutte le prestazioni di Specialistica Ambulatoriale prenotabili devono essere suddivise in Classi

di priorità e i tempi massimi di Attesa per singola classe di priorità devo rispettare le indicazioni riportate nella seguente tabella 1.

Il monitoraggio delle liste di attesa è eseguito esclusivamente sulle prime visite e le prime prestazioni diagnostico-terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto dell'utente con il SSR sulla base del problema clinico posto; sono escluse dal monitoraggio le prestazioni prescritte con classe di priorità "U", le quali dovranno essere comunque garantite entro 72 ore e specificatamente monitorate dalle Aziende, le prestazioni con Classe di Priorità "P" e tutte le prestazioni di controllo e di screening. Si ribadisce che nelle procedure di prescrizione e prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali garantite dal SSN, è obbligatoria la valorizzazione dei seguenti campi:

- Classe di priorità
- Quesito diagnostico;
- Indicazione di primo accesso o secondo accesso (codice 1 o 0) per tutte le prestazioni specialistiche oggetto di monitoraggio Ministeriale (LEA) e per quelle individuate da Alisa;

Tabella 1 - CLASSI DI PRIORITÀ

CLASSI DI PRIORITA'	INDICAZIONI
CLASSE B	Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve distanza del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità. Da eseguirsi entro 10 giorni.
CLASSE 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 di disabilità. Da eseguirsi entro 30 giorni per le prime visite ed entro 60 giorni per le prestazioni strumentali
CLASSE P	Prestazione che può essere programmata in un maggior arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, disfunzione o disabilità. Da eseguirsi entro 120 giorni

Di seguito vengono elencate le prestazioni specialistiche oggetto di monitoraggio ministeriale

Tabella 2 - VISITE SPECIALISTICHE

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice disciplina	Codice nuovi LEA
1	Prima Visita cardiologia	89.7	08	87.7A.3
2	Prima Visita chirurgia vascolare	89.7	14	89.7A.6

3	Prima Visita endocrinologica	89.7	19	89.7A.8
4	Prima Visita neurologica	89.13	32	89.13
5	Prima Visita oculistica	95.02	34	
6	Prima Visita ortopedica	89.7	36	89.7B.7
7	Prima Visita ginecologica	89.26.1	37	
8	Prima Visita otorinolaringoiatrica	89.7	38	89.7B.8
9	Prima Visita urologica	89.7	43	89.7C.2
10	Prima Visita dermatologica	89.7	52	89.7A.7
11	Prima Visita fisiatrica	89.7	56	89.7B.2
12	Prima Visita gastroenterologica	89.7	58	89.7A.9
13	Prima Visita oncologica	89.7	64	89.7B.6
14	Prima Visita pneumologica	89.7	68	89.7B.9

PRESTAZIONI STRUMENTALI

<i>Numero</i>	<i>Prestazione</i>	<i>Codice Nomenclatore</i>	<i>Codice Nuovi LEA</i>
Diagnostica per Immagini			
15	Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	87.37.1	87.37.1
16	Mammografia Monolaterale	87.37.2	87.37.2
17	TC del Torace	87.41	87.41
18	TC del Torace con MCD senza e con MCD	87.41.1	87.41.1
19	TC dell'addome superiore	88.01.1	88.01.1
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2	88.01.2
21	TC dell'Addome inferiore	88.01.3	88.01.3
22	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4	88.01.4
23	TC dell'addome completo	88.01.5	88.01.5
24	TC dell'addome completo senza e con MDC	88.01.6	88.01.6
25	TC Cranio – encefalo	87.03	87.03
26	TC Cranio – encefalo senza e con MDC	87.03.1	87.03.1
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.A, 88.38.2	88.38.A, 88.38.2
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.B, 88.38.1	88.38.B, 88.38.1
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.2	88.38.2
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.2	88.38.D
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.2	88.38.E
32	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	88.38.2	88.38.F

33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91.1	88.91.1
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	88.91.2	88.91.2
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88.95.4
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	88.95.5
38	RM della colonna in toto	88.93.6, 88.93, 88.93.1	88.93.6, 88.93, 88.93.1
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.7	88.93.7
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	88.71.4
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	88.72.3
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	88.73.5	88.73.5
43	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	88.74.1
44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	88.75.1
45	Ecografia dell'addome completo	88.76.1	88.76.1
46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1	88.73.1
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	88.73.2
48	Ecografia ostetrica	88.78	88.78
49	Ecografia ginecologica	88.78.2	88.78.2
50	Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.4	88.77.4

ALTRI ESAMI SPECIALISTICI

51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23	45.23
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42	45.42
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45.16
56	Elettrocardiogramma	89.52	89.52
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41	89.41
59	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44, 89.43	89.44, 89.43
60	Esame audiometrico tonale	95.41.1	95.41.1
61	Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1
62	Spirometria globale	89.37.2	89.37.2
63	Fotografia del Fundus	95.11	95.11
64	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.A
65	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTOINFERIORE fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.B
66	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)	93.08.1	93.08.C

67	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa fino a 4 muscoli	93.08.1	93.08.D
68	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie con elettrodi ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabili a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7)	93.08.1	93.08.E
69	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.1	93.08.F

I **Direttori Generali** delle ASL hanno l'obiettivo di garantire al 90 % degli assistiti il tempo massimo di attesa previsto per le classi con priorità "B" e "D" per le prestazioni oggetto del monitoraggio ministeriale e riferite a tutte le strutture sanitarie.

Prenotazione e Classi di Priorità: elementi generali

La Classe di Priorità è l'elemento che definisce il tempo di erogazione della richiesta e deve essere strettamente legato alle condizioni cliniche del paziente e alla loro possibile evoluzione.

La prescrizione di una visita specialistica o esame strumentale con Classe di Priorità "U", generalmente **non** viene prenotata dal CUP regionale, ma è il medico prescrittore che, data la necessità di effettuare la visita/esame in tempi molto stretti (entro 72 ore), contatta direttamente i servizi interessati del Distretto e concorda i termini per l'accesso. In alternativa il paziente viene dirottato al Pronto Soccorso. Le Aziende Sanitarie devono definire le modalità specifiche dedicate alla gestione delle urgenze "U" e comunicarle ai prescrittori.

Specificatamente alle classi di priorità B, D e P, qualora l'utente si rifiuti di accettare la prima disponibilità proposta dal sistema del CUP regionale all'interno dell'Azienda di residenza, questi perde automaticamente il diritto al rispetto della classe di priorità indicata dal Medico Prescrittore. **Tale rifiuto viene annotato sul sistema informatico del CUP regionale assieme alla prima data utile proposta e al luogo dell'appuntamento; di conseguenza all'assistito, se disponibile, può essere consentita la prenotazione su agende del CUP regionale con altra classe di priorità.** La mancanza dell'indicazione della Classe di Priorità sulla ricetta comporta l'assegnazione automatica alla classe P, "programmata", da erogarsi, preferibilmente, nell'arco di 120 giorni.

Il conteggio dei giorni ai fini della prenotazione della classe di priorità prescritta, **inizia dal giorno del contatto dell'utente con il sistema di prenotazione CUP.** Se il periodo che intercorre tra la

data di prescrizione e la data di prenotazione, supera i 10 giorni per prescrizione in Classe “B”, i 30 giorni per la Classe “D”, in caso di Visita Specialistica, o i 60 giorni, in caso di esame strumentale, il conteggio dei giorni di attesa parte dalla data del contatto. La data del primo contatto tra assistito e sistema di prenotazione dovrà essere memorizzata dal sistema informatico del CUP regionale anche se l’appuntamento non è stato concordato. La Direzione Distrettuale/Sanitaria è tenuta a monitorare il fenomeno ed eventualmente contattare i Medici Prescrittori per le opportune misure relative al singolo caso.

Il rispetto delle classi di priorità può essere garantito secondo le seguenti modalità:

1. **Ricette con priorità U:** se presentate per la prenotazione in 4 giornate e successive dalla data di rilascio, perde la priorità U (entro 72 ore); diventa **priorità B**.
2. **Ricette con priorità B:** se presentate per la prenotazione oltre il termine di 10 giorni dalla data del rilascio, perde la priorità e viene prenotata come prestazione **priorità D** (30 giorni per visite specialistiche e 60 giorni per esami strumentali);
3. **Ricette con priorità D:** se presentate per la prenotazione oltre il termine di 30 giorni o 60 giorni se trattasi di prescrizione di esame strumentale, dalla data del rilascio, perde la priorità D e viene prenotata come **priorità P**;
4. Le ricette **prive di indicazione** di codice di priorità sono sempre prenotate con priorità P;

Se si verifica con una certa frequenza il caso in cui il periodo che intercorre tra la data di prescrizione e la data di contatto, superi i 10 giorni per prescrizione in Classe “B”, i 30 giorni per la Classe “D” in caso di Visita Specialistica o i 60 giorni in caso di esame strumentale, la Direzione Distrettuale/Sanitaria è tenuta a contattare i Medici Prescrittori per le opportune valutazioni.

Le classi di priorità non sono applicabili alle visite di controllo o ai secondi accessi

Processi generali di gestione agende CUP

Il CUP Regionale prevede la suddivisione in CUP di Primo livello, che contiene tutta l’offerta specialistica ambulatoriale di primo accesso prenotabile da tutti i Medici prescrittori e visibile a

tutti i punti di prenotazione, e un CUP di Secondo livello, che contiene tutta l'offerta di secondo accesso, prenotabile generalmente dallo Specialista che prende in carico il paziente. Le prestazioni di Secondo livello devono essere tecnicamente prenotabili da "inviante" (stabilendo dei criteri di prenotabilità a livello regionale) e la prenotazione deve essere effettuata o dal medico che esegue la presa in carico o da specifici punti di prenotazione CUP autorizzati e afferenti a specifiche agende del CUP regionale, e insistenti nella stessa struttura dove è avvenuta la prescrizione.

L'agenda di prenotazione rappresenta **l'unità elementare e trasparente** per la gestione dell'offerta ed è lo strumento operativo del CUP regionale. **L'intera offerta** specialistica ambulatoriale di ciascuna Azienda, compresa quella erogata dalle Strutture Private Accreditate e Contrattualizzate, deve essere inserita completamente e progressivamente nelle agende del CUP regionale in funzione delle diverse tipologie e regimi di erogazione. Sono pertanto tassativamente vietate le gestioni autonome dell'offerta sia attraverso sistemi cartacei sia utilizzando sistemi informatizzati alternativi al CUP regionale. L'inserimento nel CUP regionale dell'intera offerta specialistica ambulatoriale, con la sola esclusione delle prestazioni del laboratorio di analisi (qualora sia organizzato in accesso diretto o vengano utilizzati sistemi diversi dal CUP regionale per la prenotazione), deve essere inserita nel circuito CUP regionale entro il **31/10/2019**. Per quanto riguarda la prenotazione dei cicli di FKT, si conviene, in questa prima fase, di inserire a CUP regionale il solo primo appuntamento o inizio ciclo.

Se le Aziende intendono organizzare punti di erogazione accessibili senza prenotazione per prestazioni che richiedano una prescrizione, dovranno essere garantiti e monitorati i seguenti aspetti organizzativi:

- Dovrà essere pubblicata sul sito aziendale l'informazione relativa alle sedi, agli orari di accesso e alle tipologie di prestazioni garantite; tale informazione dovrà essere replicata in apposita cartellonistica presente e ben visibile nella struttura di erogazione.
- Dovrà essere garantita la prestazione a tutti i cittadini che si presentino entro l'orario di apertura dell'ambulatorio; l'azienda dovrà quindi garantire organizzativamente l'eventuale prolungamento degli orari in modo da gestire completamente la richiesta giornaliera.
- Dal punto di vista della registrazione della prestazione sul sistema informativo, questa dovrà essere rendicontata con un **apposito codice** e potrà avere la data di prenotazione coincidente con la data di erogazione.

- Le Aziende che intendono offrire questo servizio sono tenute a comunicare ad A.Li.sa. le informazioni necessarie a individuare il centro erogatore, le tipologie di prestazioni e gli orari.
- A.Li.Sa. verificherà nei flussi la completa regolarità della prestazione.

L'offerta specialistica ambulatoriale deve prevedere esclusivamente l'erogazione di prestazioni comprese nei LEA (con la sola eccezione dell'attività di protesi odontoiatrica, per le Aziende che la erogano, o salvo diversa indicazione Regionale); la strutturazione delle agende CUP è conforme ai codici del catalogo unico regionale (CUR), e suddivisa tra agende di 1° livello e di 2° livello.

La costruzione delle agende è la fase operativa di programmazione dell'attività specialistica ambulatoriale. Rappresenta il punto focale dell'intero sistema di erogazione delle prestazioni, sia per l'impatto sulla complessità organizzativa, sia per l'impatto sull'utente in termini di accessibilità e soddisfazione.

L'Agenda è organizzata secondo un calendario con orari di attività congrui con il tempo medio necessario per l'esecuzione di ogni prestazione stabilendo il volume di offerta prenotabile in "posti" (tutte le agende attualmente "a tempo" devono progressivamente essere trasformate in posti). Le agende di prenotazione devono essere attive senza limiti temporali, salvo specificità e particolarità delle prestazioni erogabili o per cogenti motivi di tipo organizzativo e, in ogni modo, sempre esplicitati formalmente dall'Azienda.

Ciascuna agenda di primo accesso deve essere suddivisa in classi di priorità in ognuna delle quali vengono definiti i **posti** disponibili secondo percentuali stabilite a priori e modificabili secondo l'andamento della domanda (al solo scopo esemplificativo i volumi delle prestazioni possono essere suddivisi in: **20% per la classe "B", 30% per la Classe "D" e 50 % per la classe "P"**). La modulazione dei volumi di ripartizione dell'offerta è, come detto, un **fenomeno dinamico** che deve tenere conto della tipologia della domanda, dell'appropriatezza prescrittiva e dell'analisi di concordanza.

Si conviene di stabilire che il momento della chiusura di una agenda all'approssimarsi di una sessione prenotabile sia definito in relazione al livello a cui appartiene l' agenda. In particolare, le prestazioni afferenti ad agende di Primo Livello saranno indisponibili alla prenotazione nel

momento di chiusura degli sportelli nel giorno precedente alle prestazioni stesse. Per il Secondo Livello, le prestazioni diventeranno indisponibili 3 giorni lavorativi prima della loro calendarizzazione e la disponibilità non occupata verrà inserita nel sistema di riutilizzo delle prestazioni del CUP regionale per il Primo Livello.

Apertura e sospensione agende

Si premette che sospendere le attività di prenotazione (fenomeno delle cosiddette liste d'attesa bloccate, agende chiuse) è una pratica vietata dalla Legge 23 dicembre 2005, n. 266, art. 1, comma 282 (Finanziaria 2006), pertanto è fatto divieto di procedere alla sospensione/chiusura non giustificata delle agende.

Non sono ammesse chiusure periodiche né modifiche delle agende inserite nel CUP se non autorizzate dal Referente Aziendale e se non per grave e giustificato motivo. Ogni sospensione e modifica dovrà essere documentata da parte dell'Azienda. Qualora intervenissero situazioni particolari è necessario, quindi, gestire gli eventi in modo tale da:

1. Garantire all'utenza l'accesso alla prenotazione qualunque siano i tempi di attesa
2. Limitare al minimo la sospensione dell'erogazione di una prestazione
3. Garantire ai pazienti già prenotati il recupero della prestazione sospesa nel minor tempo possibile.

La chiusura improvvisa delle attività di erogazione (per assenza improvvisa di specialista o guasto di apparecchiatura), così come la chiusura per assenza per ferie del personale, deve sempre avere una procedura di riprogrammazione. La sospensione delle attività di erogazione legata a motivi tecnici e le conseguenti modalità degli interventi per limitare i disagi agli utenti, devono essere oggetto di confronto tra l'Azienda e le Organizzazioni di tutela dei Cittadini.

Le Aziende devono formalizzare entro il 30/06/2019 il regolamento relativo alla sospensione/chiusura delle Agende.

Mancata disdetta della prenotazione

La mancata disdetta dell'appuntamento (fenomeno di "drop out") influisce sull'intero SSR in termini organizzativi ed economici, e corrisponde a circa il 14.7% dell'offerta complessiva, con effetti più rilevanti per alcune prestazioni. Ai fini del contenimento del fenomeno, le Aziende possono prevedere accordi con i propri specialisti finalizzati all'organizzazione, anche temporanea, di appuntamenti in "Overbooking". Le Aziende devono utilizzare tutte le soluzioni ritenute opportune ed efficaci per ridurre il fenomeno del "Drop Out". A.Li.Sa. ha il compito di definire il regolamento per gestire le mancate disdette e le relative sanzioni a carico degli utenti inadempienti.

Al fine di informare i cittadini sulle sanzioni in cui potrebbero incorrere nel caso di mancata disdetta della prenotazione nei termini previsti, ogni foglio di prenotazione dovrà contenere, in caratteri chiari ed evidenziati, gli obblighi/sanzioni a carico dell'utente in caso di mancata disdetta. Le stesse informazioni devono essere disponibili nella cartellonistica, anche elettronica, presente nei punti di accesso dei cittadini al sistema di prenotazione.

INDICAZIONI OPERATIVE PER LE AZIENDE

Le Aziende Sociosanitarie Liguri devono garantire una risposta completa sul territorio in un'ottica di sistema integrato. Per quanto riguarda la realtà del territorio metropolitano genovese, dove insistono oltre alla ASL altre Aziende ed Enti Ospedalieri, si prevede un ruolo di Coordinamento esercitato dalla ASL 3 e di responsabilità nell'attuazione di un unico piano e il relativo monitoraggio dello stesso a livello metropolitano. Le Aziende e gli Enti Ospedalieri sono tenuti, a loro volta, alla collaborazione nella realizzazione del piano nei modi e nei tempi concordati, compatibilmente con i rispettivi compiti istituzionali.

Le Aziende Sociosanitarie Liguri devono inviare ad A.Li.Sa. i rispettivi Piani di Intervento e gestione delle liste di attesa entro e non oltre **60 giorni** dalla data di pubblicazione del Piano Regionale per la Gestione delle Liste di Attesa, successivamente devono provvedere alla pubblicazione del Piano sul sito web aziendale.

Il Piano deve contenere e sviluppare i seguenti punti:

- Per le sole prestazioni di Primo Accesso, l'individuazione degli ambiti territoriali all'interno dei quali viene quantificata l'offerta al fine di garantire il rispetto dei tempi di attesa (Classi di Priorità "B" e "D"). È necessario perseguire il principio di prossimità e raggiungibilità. L'ambito territoriale può essere individuato nell'intero territorio della ASL o, in casi particolari, del Distretto. Per i tempi di attesa delle prestazioni di alta specialità non erogate nel territorio di un'ASL, l'ambito è la Regione
- Devono essere individuate ed esplicitate le modalità operative attraverso le quali tutte le strutture Sanitarie, pubbliche e private accreditate e contrattualizzate, garantiscono i tempi massimi di attesa per classe di priorità ("B" e "D") al 90% degli utenti e i percorsi alternativi o le azioni straordinarie da adottare per garantire i tempi di attesa (Classi di Priorità "B" e "D") in caso di criticità
- Devono essere garantiti e monitorati costantemente i flussi dei dati relativi alla specialistica ambulatoriale e ai ricoveri ospedalieri
- Tutta l'offerta specialistica ambulatoriale pubblica e privata (istituti Privati Accreditati e contrattualizzati) deve essere disponibile all'interno delle agende del CUP regionale

- Deve essere garantita la correttezza e l'appropriatezza delle prescrizioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale sia per quanto riguarda la compilazione di tutti i campi obbligatori della ricetta, sia per la presenza del quesito diagnostico (adempimenti LEA)
- Monitorare l'andamento dei tempi di attesa sul territorio di competenza
- Organizzare campagne di comunicazione ai cittadini sul tema classi di priorità e liste di attesa con il coinvolgimento delle Associazioni dei Cittadini
- Predisporre il protocollo di intervento per le strutture in caso di sospensione dell'erogazione di una prestazione

Le Aziende dovranno organizzare un sistema di presa in carico dell'assistito nel caso in cui non sia disponibile la prestazione entro i tempi previsti dalla classe di priorità decisa dal prescrittore. Le linee generali che dovranno caratterizzare questo servizio sono le seguenti.

- Predisposizione di un numero verde dell'Azienda Sociosanitaria che deve essere comunicato all'assistito dal sistema di contatto (sportello, call center, etc.) in caso di non soddisfacimento della classe di priorità. Il sistema di contatto dovrà acquisire i dati della prescrizione.
- Organizzazione di un centro di back-office in carico all'Azienda Sociosanitaria che acquisirà dal sistema di contatto le prescrizioni non prenotate e dovrà reperire la prestazione. La comunicazione avverrà, tramite un sistema tracciabile messo a disposizione dal CUP regionale, a cura degli operatori di contatto verso il centro di back-office della ASL competente per territorio. Il centro di back-office (che corrisponde al numero verde) riceverà la telefonata dell'assistito e dovrà individuare la prestazione nei tempi previsti dalla classe di priorità utilizzando le risorse aziendali, del privato accreditato e della libera professione. Nel caso la prenotazione non sia possibile al momento della richiesta al numero verde, il centro di back-office sarà tenuto a trovare la prestazione e ricontattare l'assistito. Il centro di back-office di ASL 3 dovrà avere a disposizione le risorse aziendali, del privato accreditato, della libera professione e degli ospedali che insistono nell'Area Metropolitana.
- Predisporre modalità di coinvolgimento delle Organizzazioni di tutela del cittadino nel monitoraggio del Piano Attuativo Aziendale

Identificazione del Responsabile Aziendale per la Gestione e gli Interventi sulle Liste di Attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Nel rispetto delle indicazioni ministeriali, ciascuna Azienda deve garantire attraverso il proprio “Responsabile aziendale delle Liste di Attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali” il presidio dell’organizzazione attraverso il monitoraggio del rispetto dei tempi di attesa a seconda della classe di priorità indicata, l’eliminazione di sistemi di prenotazione autonoma, del corretto rapporto tra attività istituzionale e libero professionale, dell’ottimale utilizzo delle risorse disponibili e la gestione esclusiva delle agende, in sinergia con le Direzioni strategiche aziendali. Tali responsabili devono coincidere con i Referenti Aziendali che compongono il Gruppo di Indirizzo Interaziendale per la progettazione, gestione, monitoraggio del Servizio CUP regionale e controllo amministrativo delle prestazioni ambulatoriali, di cui alla Deliberazione A.Li.Sa. n. 255/2018.

Il Responsabile Aziendale deve avere il coordinamento di tutte le risorse aziendali indipendentemente dall’appartenenza ai distretti, all’ospedale o al privato contrattualizzato, e deve afferire alla direzione strategica.

Per tali attività le Aziende possono affiancare al Responsabile delle Liste di Attesa, un team di operatori (Dirigenti Medici, personale Amministrativo e del Comparto ecc.) dedicati. Le funzioni sono quelle di adottare iniziative finalizzate alla riorganizzazione dei servizi in modo da ottenere, ove possibile, incrementi di capacità produttiva senza aggravio di spesa ed esercitare il monitoraggio continuo della realizzazione delle azioni attraverso l’analisi dei dati dei sistemi informativi correnti e l’esame delle criticità, per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi posti e i relativi specifici indicatori. (Vedi sezione Indicatori)

Il Responsabile Unico Aziendale sarà inoltre competente per la definizione di interventi formativi a favore degli operatori dedicati al servizio CUP regionale e, in generale, del settore della Specialistica ambulatoriale, dei MMG, con particolare attenzione alla divulgazione del modello RAO e all’analisi della verifica di concordanza; suddette attività sono organizzate con la partecipazione attiva della Direzione Sociosanitaria e dei Direttori dei Distretti SS.

Il Responsabile deve garantire un efficace coordinamento intraaziendale in sinergia con le Direzioni Sociosanitarie Aziendali. È l’interfaccia sul tema liste di attesa con A.Li.Sa. e partecipa agli incontri periodici di Coordinamento.

Interventi sull'offerta

Le Aziende devono:

- Predisporre la suddivisione netta tra prestazioni di primo accesso e prestazioni di secondo accesso (CUP di 1° livello e CUP di 2° livello), con obbligo di prescrizione della visita successiva o di esami per il completamento dell'inquadramento diagnostico, da parte degli Specialisti. La presa in carico del paziente da parte dello Specialista richiede un costante monitoraggio per verificare l'effettiva presa in carico **obbligatoria** da parte della struttura/Specialista del paziente e relativa prescrizione delle prestazioni inserite nelle agende del CUP regionale di Secondo livello.
- Inserire nel sistema CUP regionale entro il 31/10/2019 di almeno il 95% dell'offerta di prestazioni di specialistica Ambulatoriale, compresa quella erogata dalle strutture Private Accreditate e Contrattualizzate, con l'obiettivo di completare il percorso entro il 31 Gennaio 2020.
- Suddividere l'offerta in Classi di Priorità definendone le relative percentuali (indicativamente 20% "B", 30% "D" e 50% "P"). Ogni Azienda deve monitorare periodicamente la tipologia della domanda secondo la Classe di Priorità e adattare i relativi volumi percentuali di offerta in linea con la soddisfazione del 90% delle richieste entro i tempi indicati per le classi "B" e "D"
- Semplificare le codifiche delle agende di primo accesso. Per ciascuna Azienda è necessario semplificare e ridurre il numero di agende di prenotazione che per la stessa specialità presentano frammentazioni legate a specifici ambiti/quesiti diagnostici al fine di utilizzare appieno la potenzialità produttiva. Eliminare le agende sub-specialistiche che non saturano tutta la loro offerta valutate per il periodo 30/06/2018 – 31/12/2018 e relativa implementazione dell'offerta "libera" da vincoli di prescrizione. Il monitoraggio deve essere effettuato semestralmente
- Monitorare almeno trimestralmente, l'andamento delle percentuali di saturazione delle agende di primo e secondo accesso, con particolare attenzione alle agende prenotabili a quesito, al fine di recuperare volumi di offerta da inserire in primo accesso

- Concordare e condividere con gli Specialisti l'eventualità di ricorrere all' Overbooking. Le Aziende devono controllare puntualmente il fenomeno delle mancate presentazioni in modo da prevedere un livello di overbooking medio che sia adeguato a quello delle prestazioni non erogate. Per il primo anno si consiglia di analizzare il fenomeno del "Drop Out" dell'anno precedente e calcolarne una percentuale personalizzata per ogni singolo Specialista e/o team di erogazione e, successivamente, concordare il volume aggiuntivo. L' Overbooking deve essere dinamico in modo da poter essere modificato positivamente o negativamente a seconda delle circostanze.
- Utilizzare appieno le potenzialità produttive garantendo la massima disponibilità di apertura degli ambulatori istituzionali per le prestazioni critiche dal lunedì al venerdì e l'ottimizzazione dell'uso delle risorse. Nel caso prevedere aperture anche nelle giornate del Sabato e/o in fasce orarie serali (per esempio dopo le 19.00)

Interventi sulla domanda

Utilizzo Manuale RAO

Il PNGLA 2019 – 2021 prevede come parte integrante, la procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei - Il Manuale RAO è uno degli strumenti di governo della domanda, per le prestazioni di specialistiche ambulatoriali. Esso si pone come momento strategico sia sul versante prescrittivo che erogativo delle prestazioni. Il Manuale RAO contiene delle linee di indirizzo, definito in AGENAS con la collaborazione delle Società Scientifiche dei Medici Specialisti e della Medicina Generale ed i rappresentanti delle Associazioni degli Utenti, finalizzate all'attribuzione della classe di priorità clinica e ad uso dei medici prescrittori). Sarà predisposto da parte di Alisa il Manuale Rao a valenza regionale opportunamente adeguato alla realtà locale, con le integrazioni indicate dal documento della Conferenza Stato Regioni e la condivisione con i DIAR di competenza e potrà essere implementato di ulteriori prestazioni di specialistica ambulatoriale tra quelle che presentano un consumo rilevante da parte dei cittadini Liguri. Le Aziende a loro volta devono divulgare la conoscenza e l'uso del Manuale RAO ai Medici Prescrittori con lo scopo di ridurre la variabilità prescrittiva e ricondurla il più possibile all'aderenza delle evidenze scientifiche nell'ottica di una sempre maggior governance del sistema salvaguardando l'autonomia professionale dei Professionisti e, nel contempo, garantendo al paziente l'accesso alle cure appropriate e nel rispetto dei tempi.

La diffusione all'uso dei RAO deve coinvolgere tutti i Medici prescrittori con particolare riguardo ai MMG.

Verifica di concordanza

E' uno strumento strategico che permette una valutazione utile all'organizzazione ed alla programmazione delle agende oltre ad essere spunto per percorsi di audit e/o iniziative di formazione.

Il medico specialista che sottopone il paziente alla prestazione **deve** attribuire il codice priorità (U-B-D-P) al paziente stesso sulla base della valutazione clinico-anamnestica e l'aderenza ai RAO, al fine di permettere il confronto inter-soggetti delle attribuzioni di priorità (valutazione di concordanza). Qualora non vi fosse contatto con il paziente (ad esempio: prestazioni radiologiche), l'attribuzione del codice di priorità sarà effettuato sulla base del quesito clinico obbligatorio contenuto nel campo note della ricetta SSN.

A.Li.Sa assicura nella gestione del sistema informatico la possibilità di inserire sul foglio di lavoro dello Specialista la conferma della Classe di priorità prescritta o la classe assegnata al momento della Visita/Esame.

La verifica di concordanza deve essere effettuata su tutte le prestazioni di primo accesso prenotabili con classe di priorità e monitorata periodicamente dalle Aziende. Il risultato del monitoraggio deve essere inviato semestralmente ad Alisa e messo a conoscenza dei MMG (feedback) e degli Specialisti su supporto informatico. (Allegato 3)

Appropriatezza

L'appropriatezza costituisce uno dei temi prioritari su cui le Aziende Sanitarie devono sviluppare interventi per il governo dei tempi di attesa. Nel triennio di applicazione del presente Piano, a sviluppo di quanto già attuato, le azioni sull'appropriatezza dovranno riguardare, in particolare:

Appropriatezza prescrittiva

Le Aziende Sociosanitarie Locali devono:

- verificare la corretta compilazione delle richieste di prestazioni specialistiche allo scopo di ottimizzare le scelte operative e promuovere strumenti che utilizzino uno stesso linguaggio (Catalogo Unico - CUR): presenza **quesito diagnostico o motivazione clinica, classe di priorità e tipologia di accesso** ecc.;
- verificare la coerenza con quanto presente sul "Manuale Rao" ed il quesito diagnostico allo scopo di promuovere incontri di confronto paritetico tra Specialisti e MMG e/o di spunto per l'organizzazione di specifici corsi di formazione a favore dei Medici Prescrittori
- organizzare la raccolta dei dati relativi alla verifica di concordanza per le prestazioni oggetto di monitoraggio Ministeriale di cui alla Tabella 1;
- monitorare le prescrizioni di cui all'Allegato 4 e 4D (elenco note e corrispondenti condizioni di erogabilità/indicazioni appropriatezza prescrittiva) di cui al DPCM 12/01/2017 n.15 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502);

- monitorare l'utilizzo del modello RAO;

Appropriatezza organizzativa

Relativamente alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, è necessario proseguire e affinare l'analisi della previsione della domanda e la conseguente pianificazione dell'offerta di prestazioni nei diversi regimi di erogazione (servizio sanitario nazionale, libera professione) nelle diverse modalità di accesso (prestazioni urgenti, programmabili, accesso diretto, prestazioni di completamento diagnostico, agende dedicate per i follow up per le patologie croniche con particolare riferimento alle patologie oncologiche, percorsi semplici di presa in carico), e attraverso il consolidamento dei già attivi PDTA e l'avvio di nuovi.

Mancata presentazione degli utenti

In considerazione della rilevanza del fenomeno (circa 14,7% di prestazioni non eseguite per mancata presentazione dell'utente), si ritiene necessario che sia garantito un livello di supporto all'utenza, possibilmente omogeneo, nella fase che precede l'appuntamento mediante:

- Meccanismi di promemoria appuntamenti o sistemi di recall almeno per le prestazioni più critiche e/o a maggior consumo di risorse;
- Individuazione di meccanismi di disdetta delle prenotazioni già effettuate, semplici e in tempi opportuni, in modo tale che da tali disdette si originino effettivi posti liberi da utilizzare per altri assistiti.

Le Aziende, attraverso il Gruppo di Indirizzo Interaziendale del CUP regionale, definiscono e concordano la realizzazione tecnica degli strumenti di riduzione del drop out attraverso il partner tecnologico di gestione del CUP, e devono pubblicizzare agli utenti la modalità attraverso le quali disdire l'appuntamento. Tale messaggio deve essere riportato, anche nella documentazione della prenotazione e negli eventuali messaggi di recall. Di tali disdette deve essere tenuta traccia, tali informazioni devono costituire il presupposto per la applicazione del ticket alle prestazioni prenotate e non erogate per mancata disdetta, sia per i soggetti non esenti che per quelli esenti ticket.

PDTA INSERITI NELL' AREA CARDIOVASCOLARE ED ONCOLOGICA

Le malattie del sistema cardiocircolatorio e i tumori si confermano essere principali cause di morte nel nostro Paese. Pertanto, in tali ambiti, va prevista una tempistica nell'erogazione delle prestazioni che garantisca l'afferenza ad appropriati Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) in tempi adeguati.

In merito ai percorsi diagnostico terapeutici nell'oncologia e nel cardiovascolare, la Regione Liguria dà mandato ad A.Li.Sa. per la definizione delle modalità e della tempistica.

In particolare A.Li.Sa. si avvale dei D.I.A.R. (Dipartimenti Inter Aziendali Regionali) Cardioracovascolare e Oncologico (DGR. 104/2017) per l'individuazione, lo sviluppo e la condivisione dei PDTA nell'**oncologia** e nel **cardiovascolare**.

In particolare sarà costituito un tavolo di coordinamento con le Aziende Sanitarie, con lo scopo di diffondere e attuare i PDTA individuati in sede di DIAR, e proseguire l'esperienza condivisa con le Aziende Liguri ed i MMG per la gestione dei pazienti affetti da patologia/e croniche (Diabete e BPCO, Scompenso, Demenze ecc. e i pazienti polipatologici).

Si precise che i tempi massimi d'attesa per ciascun PDTA, per le patologie oggetto di monitoraggio non potranno essere superiori **ai 30 giorni** per la fase diagnostica e **30 giorni** per l'inizio della terapia dal momento dell'indicazione clinica per almeno il 90% dei pazienti.

Si precise che le Aziende dovranno prevedere e predisporre specifiche agende dedicate ai PDTA (Diabete, BPCO, Scompenso Cardiaco e percorsi oncologici).

Monitoraggio dei PDTA

La metodologia si può sinteticamente riportare a una logica che, nell'ambito del percorso diagnostico-terapeutico, si focalizza su quattro momenti fondamentali:

- a) data della prima prestazione ("tracciante") dell'avvio del PDTA per paziente;
- b) data della prestazione diagnostica tracciante "conclusiva" (per i tumori, solitamente è il citologico o istologico, mentre per la cardiopatia ischemica trattata con by-pass solitamente è la coronarografia);
- c) data in cui viene posta, da parte dello specialista di riferimento, l'indicazione alla terapia specifica per quel problema clinico, che coincide o può coincidere con l'inserimento in lista d'attesa per il ricovero ospedaliero con accesso programmato;
- d) data di invio al MMG e/o data ricovero per l'inizio della terapia.

Per quanto riguardano i PDTA Oncologici, Il Ministero ha selezionato per il Monitoraggio delle liste di attesa i seguenti indicatori:

PDTA TUMORE MAMMELLA

- Tempestività dell'intervento chirurgico dalla diagnosi
- Tempestività dell'inizio della terapia medica
- Radioterapia complementare
- Follow-up mammografico

PDTA TUMORE COLON-RETTO

- Tempestività dell'intervento chirurgico per tumore maligno del colon dalla diagnosi
- Follow-up endoscopico per tumore maligno del colon
- Tempestività del primo trattamento (medico o chirurgico) per tumore maligno del retto dalla
- Diagnosi
- Follow-up endoscopico per tumore maligno del retto

Si precisa che lo sforzo della Regione, e quindi delle Aziende, va nel senso della gestione sanitaria ed organizzativa delle cronicità pensando di superare il concetto semplicistico di PDTA visto in modo isolato e dedicato ad una sola e specifica patologia cronica, traguardando l'obiettivo di creare una rete di professionisti della quale fanno parte anche i MMG, che possano prendere in carico il paziente pluri patologico, gestendone le varie fasi delle malattie.

PRESTAZIONI IN LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA

Il cittadino che non riesce a prenotare la prestazione entro i tempi della classe di priorità prescritta, può rivolgersi a un professionista che opera in regime di Libera Professione Intramuraria, versando la sola quota del ticket se dovuto (decreto legislativo del 1998, n. 124 art. 3); l'Azienda si fa carico della corresponsione al Professionista della relativa tariffa. Tali costi sono a totale carico dell'Azienda.

Nello specifico, occorre richiamare quanto previsto in materia dalla legge n. 120 del 3 agosto 2007 e s.m.i. e, in particolare, dal dl. 158/2012, convertito con modifiche in legge n.189/2012, nonché dalla normativa contrattuale vigente.

Le Aziende garantiscono il coinvolgimento delle Organizzazioni di tutela dei cittadini all'interno delle commissioni aziendali per l'ALPI.

La libera professione intramuraria deve essere gestita secondo le regole stabilite al fine di garantire un corretto equilibrio tra le attese per l'attività istituzionale e per quella libero professionale.

I principi fondamentali che disciplinano la materia sono i seguenti:

- Obbligo dell'adozione di sistemi organizzativi che consentano di controllare che i volumi delle prestazioni effettuate in regime di libera professione non superino globalmente quelli effettuati nell'attività istituzionale;
- Garanzia che l'esercizio dell'attività professionale intramuraria non sia in contrasto con le proprie finalità e attività istituzionali, e che lo svolgimento sia organizzato in modo tale da garantire l'integrale assolvimento dei compiti di istituto e da assicurare la piena funzionalità dei servizi. A tal fine, l'attività libero professionale intramuraria non può globalmente comportare, per ciascun dirigente, un volume di prestazioni o un volume orario superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali (art. 54, comma 5 del CCNL 8 giugno 2000 della Dirigenza medica e veterinaria);
- Monitoraggio aziendale dei tempi di attesa relativo alle prestazioni effettuate durante l'attività istituzionale per assicurare il rispetto dei tempi medi fissati, attivando anche meccanismi di riduzione dei medesimi (art. 1, comma 4, lett. d) legge n. 120/2007).

I Direttori Generali si impegnano a inserire entro il **31/10/2019**, tutte le prestazioni erogate in regime di Libera Professione Intramuraria in un programma di prenotazione informatico in modo da rendere trasparente la procedura.

Al fine di contenere gli oneri a carico dei bilanci delle Aziende Sanitarie, le prestazioni erogate in regime libero professionale dai professionisti in favore dell'Azienda, come previsto dall'art. 55 comma 2 del CCNL della dirigenza del 8 giugno 2000, **costituiscono uno strumento eccezionale e temporaneo per il governo delle liste e il contenimento dei tempi d'attesa**, nella misura in cui anche tali prestazioni possono contribuire a integrare l'offerta istituzionale, allorquando una ridotta disponibilità temporanea di prestazioni in regime istituzionale metta a rischio la garanzia di assicurare al cittadino le prestazioni all'interno dei tempi massimi regionali.

Qualora l'Azienda (per l'area metropolitana Genovese si devono considerare tutte le Aziende e le Strutture Private Accreditate e Contrattualizzate) non sia in grado di garantire i tempi previsti, ai sensi del d.lgs. 124/1998, l'Azienda stessa deve autorizzare l'erogazione della prestazione in regime libero professionale intramurario. In questo caso il cittadino deve sostenere il solo l'onere del pagamento del ticket se dovuto. Per tale procedura A.Li.Sa. dovrà produrre la modulistica unica a livello regionale.

In caso di **superamento del rapporto tra attività in regime di libera professione e in regime istituzionale** sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento dei tempi di attesa massimi individuati dalla Regione Liguria, i Direttori Generali attuano il blocco delle attività libero professionali, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate.

Attivazione di prestazioni di libera professione a committenza aziendale

Attivazione di disponibilità dedicate ed erogate in regime istituzionale aggiuntive rispetto all'ordinario o libero professionale dai professionisti con il pagamento di una tariffa concordata e contrattata.

In presenza di particolari criticità delle liste di attesa per le Classi di Priorità "B" e "D" e per determinate prestazioni e non riconducibili all'interno dei parametri temporali di erogazione previsti con la sola offerta ordinaria, sarà possibile il ricorso agli istituti contrattuali previsti per l'incremento dell'offerta, come l'acquisto di prestazioni da personale dipendente e convenzionato

SUMAI da erogare in regime libero professionale in favore dell'Azienda, come previsto dall' art.55 comma 2 del CCNL della dirigenza dell'8 giugno 2000, e mediante prestazioni aggiuntive. Gli oneri derivanti da tali iniziative sono a totale carico delle Aziende.

MONITORAGGI

Il Ministero eseguirà, periodicamente, i seguenti monitoraggi:

- 1) *Monitoraggio ex post delle* prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale da strutture pubbliche e private accreditate e contrattualizzate di cui alla Tabella 1 (attraverso il flusso informativo ex art. 50 della Legge n.326/2003 e ai sensi del DM 18/03/2008 attuativo delle disposizioni di cui al comma 5 dell'art 50 di cui sopra);il monitoraggio ex-post prende in considerazione la data di prenotazione e la data dell'erogazione della prestazione.
- 2) *Monitoraggio ex ante* delle prestazioni ambulatoriali prenotate in regime istituzionale da strutture pubbliche e private accreditate e contrattualizzate di cui alla Tabella 1; il monitoraggio ex-ante prende in considerazione la data di contatto dell'utente con il sistema di prenotazione e la data dell'appuntamento.
- 3) *Monitoraggio ex post* delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
- 4) *Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;*
- 5) *Monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA)* in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di altre aree critiche;
- 6) *Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero professionale intramuraria – ALPI* (per conto e a carico dell'utente) in libera professione intramuraria ed intramuraria allargata effettuata attraverso il portale di Agenas (<http://alpi.agenas.it>), secondo le relative Linee Guida ad oggi in fase di revisione;

7) *Monitoraggio della presenza sui siti Web* di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;

8) *Monitoraggio dell'effettiva inclusione* di tutte le Agende di prenotazione (delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria) nel sistema CUP.

INDICATORI

Per la valutazione delle performance delle Aziende, A.Li.sa. calolerà i seguenti indicatori:

Monitoraggio del sistema dell'accesso

- Efficienza del Call Center (percentuale di rifiutati dal sistema, tempo medio di attesa)
- Efficienza dei canali di prenotazione (call center, farmacie, sportelli, MMG, specialista, prenotazione del cittadino)

Correttezza e completezza della prescrizione

- Completezza dei campi della ricetta
- Percentuale di utilizzo dei codici di priorità e loro distribuzione

Completezza e dinamica dell'offerta, drop out

- Percentuale di prestazioni prenotate e non erogate, senza disdetta
- Percentuale di prestazione erogate che non sono passate dal Cup Regionale

Tempi di attesa

- Indice di saturazione delle agende (n.prenotate/n.offerte)
- Indice di performance per classe di priorità (prenotate con tempo di attesa conforme alla classe/totale)
- Tasso di consumo di prestazioni per area (per tipologia, classe di età, cronicità, etc.)

- Indice di pressione esterna ad un determinato momento per prestazione offerta (n. pazienti in lista di attesa / n. prestazioni in agenda)

LINEE DI INDIRIZZO PER LA GESTIONE DELLE LISTE DI PRENOTAZIONE DEI RICOVERI CHIRURGICI PROGRAMMATI NELLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE LIGURIA

Per tutti i ricoveri programmati devono essere utilizzate sistematicamente le Classi di priorità, definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito dell'Accordo dell'11 luglio 2002 e del PNCTA 2006-2008 e del PNGLA 2010-2012 di cui alla tabella sotto riportata:

Classe di priorità per il ricovero Indicazioni

CLASSE A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi
CLASSE B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o ad esempio, per un intervento di cataratta sul secondo occhio da eseguirsi a distanza predefinita rispetto all'intervento sul primo occhio. Grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
CLASSE C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
CLASSE D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi

I criteri di appropriatezza e di priorità clinica sono alla base per l'inserimento nelle liste di attesa informatizzate dei pazienti in attesa di ricovero programmato. Al momento dell'inserimento nella lista di attesa, il cittadino deve ricevere tutte le informazioni relative al proprio ricovero consistenti nel conoscere quale Classe di priorità è stata assegnata, i relativi tempi massimi di attesa e tutto ciò che riguarda l'organizzazione relativa al ricovero.

Il cittadino può richiedere in ogni momento alla Direzione Sanitaria o alla Direzione Medica Ospedaliera, informazioni relative alla sua posizione nella lista di attesa.

Le eventuali modifiche all'ordine di priorità devono essere apportate dal Medico Ospedaliero Proponente sulla base o della modifica delle condizioni cliniche del paziente o per richiesta esplicita del paziente stesso di rinvio dell'intervento per motivi personali.

Di seguito si riporta l'elenco dei codici ICD-9-CM delle prestazioni erogate in regime di ricovero e oggetto del monitoraggio. L'elenco sarà periodicamente revisionato e, quindi potrà subire variazioni:

Numero	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35; 85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4; 60.5; 60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	185; 198.82
3	Interventi chirurgici tumore maligno Colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno Retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5
5	Interventi chirurgici tumore maligno Utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
6	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x
7	Interventi chirurgici tumore maligno della Tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193
8	By pass aortocoronarico	36.1x	
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	
10	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
11	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	
12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
13	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
14	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
15	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46 – 49.49	
17	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0x- 53.1x	

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni erogate in regime di ricovero utilizza, il flusso SDO

Per garantire la qualità del dato relativo alla data di prenotazione del ricovero, è **obbligatorio l'utilizzo delle Agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili nel formato e con le modalità previste nel documento prodotto dal Mattone "Tempi di Attesa": Linee guida per le**

Agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili, tenuto conto di quanto già disciplinato dall'articolo 3, comma 8, della legge n. 724/1994, che prevede l'obbligo delle Aziende Sanitarie Locali, dei Presidi Ospedalieri delle Aziende Ospedaliere, tenere il Registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri.

Si ricorda, oltre, che il Decreto Ministeriale dell'8 luglio 2010 n. 135 e successive modifiche, avente ad oggetto: "Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380", ha previsto l'inserimento della data di prenotazione e della Classe di priorità. Il Monitoraggio delle prestazioni di ricovero riguarda i ricoveri ospedalieri programmabili indicati al paragrafo 3.2 del PNGLA 2019-2021, effettuati presso tutte le strutture **indicate nei Programmi Attuativi Aziendali**.

Per ciascuna prestazione verrà monitorata la proporzione erogata nel rispetto dei tempi massimi di attesa attribuiti, in via preliminare, alla Classe di priorità A. Per garantire trasparenti ed efficaci strumenti di governo, le Regioni e le Province Autonome adottano un sistema di prenotazione informatizzato centralizzato per la gestione dei ricoveri programmati, garantendo in questo modo anche le programmazioni ex ante.

Le Aziende presentano sul sito aziendale il Monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri.

Nello specifico:

Indicatore: Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A ex DM 8/7/2010 n.135 e ss.mm.ii.

Formula: n° prestazioni per Classe di priorità A erogate nei tempi previsti dalla normativa/n° prestazioni totali per Classe di priorità A.

Soglie di garanzia: per la percentuale di ricoveri programmati con priorità "A" entro 30 giorni si assegna come soglia da raggiungere nel primo anno di vigenza del piano (2019) il valore mediano osservato della distribuzione (II quartile) nell'anno 2016, e nel secondo anno (2020) che la stessa percentuale non sia inferiore al valore osservato relativo al III quartile (cfr. Allegato B). Successivamente, a partire dal 2021, si assegna come soglia il 90%, indipendentemente dal regime erogativo. Il valore del 90% è da considerarsi come valore soglia anche nei casi in cui il valore osservato relativo al quartile di riferimento sia superiore al 90%.

ALLEGATI

Allegato 1 - Regolamento disdetta / mancata disdetta prenotazione

A partire dal..... Se l'utente non può presentarsi ad una Visita Specialistica e/o ad un esame strumentale ha **l'obbligo di disdire la prenotazione almeno 2 giorni lavorativi (48 ore prima** escludendo il giorno dell'appuntamento stesso) **prima della data dell'appuntamento**. Chi non disdice è soggetto ad **una sanzione pari al massimo al costo del ticket della prestazione anche in presenza di eventuali esenzioni**.

In caso di mancata disdetta nei tempi indicati, tramite posta, il cittadino che non ha disdetto la prenotazione o non lo ha fatto in tempo, riceve **una lettera dall'Asl di residenza**, firmata dal Direttore Amministrativo, di **notifica della sanzione**. Nella nota, sono indicati **il codice della prenotazione**, con la data dell'appuntamento mancato, **l'entità della sanzione**, che non supera (per appuntamento) i 36.15 (oltre a €... per spese di notifica), **le modalità di pagamento** (viene spedito in allegato anche il MAV già compilato) e **le indicazioni per presentare eventuali giustificativi**. La sanzione viene comminata **anche se il cittadino è esente** dalla compartecipazione alla spesa (Ticket).

Il cittadino ha **30 giorni di tempo dalla data di notifica della sanzione per giustificare la mancata disdetta o l'impedimento a usufruire della prestazione** al fine di evitare **il pagamento** della multa.

Gli impedimenti considerati validi come giustificativi per evitare l'applicazione della sanzione **devono essere documentati**, e comprendono:

- **Malattia:** allegare certificato medico - es. giustificativo dell'assenza dal lavoro
- **Ricovero presso struttura sanitaria:** allegare certificato di ricovero qualora la struttura non sia aziendale
- **Accesso al Pronto Soccorso:** allegare verbale di PS qualora la struttura non sia aziendale
- **Altra prestazione specialistica effettuata in urgenza riguardante il sottoscritto o parente entro 2° grado o coniuge o convivente:** allegare certificato qualora la struttura non sia aziendale
- **Nascita di figlio/figlia, entro due giorni antecedenti alla prestazione:** allegare certificato di nascita
- **Lutto, entro due giorni antecedenti alla prestazione, se riguarda familiari fino al 2° grado di parentela e conviventi/coniuge (in quest'ultimo caso appartenente allo stesso nucleo familiare):** allegare certificato di decesso
- **Incidente stradale avvenuto entro le 6 ore che precedono l'appuntamento:** allegare CID o verbale dell'autorità competente (carabinieri, polizia, polizia municipale, ecc)
- **Ritardo treni:** allegare documento rilasciato dall'ente dei trasporti interessato (Ferrovie dello Stato, etc.)
- **Calamità naturali:** allegare documentazione comprovante

- Furti: allegare denuncia effettuata presso l'autorità competente (Polizia di stato, Carabinieri, etc.)
- Scioperi mezzi di trasporto e che impediscono la normale viabilità: evidenza fonti di informazione locale
- Ciclo mestruale per visita ginecologica ed altre prestazioni correlate (ecografie, isteroscopie, esame delle urine)

Allegato 2 - Glossario Comune in Materia di Liste di Attesa

Agenda chiusa: Agenda di prenotazione temporaneamente (o periodicamente) chiusa, ovvero in ogni caso non disponibile per l'inserimento di nuove prenotazioni. La chiusura delle Agende di prenotazione è vietata dalla Legge 266/2005 (Finanziaria 2006, art. 1 comma 282), che prevede sanzioni amministrative per i trasgressori.

Agenda di prenotazione: strumento informatizzato o cartaceo utilizzato per gestire il calendario delle prenotazioni per le prestazioni. Ai fini del diritto di accesso alla documentazione garantito dalla Legge del 7 agosto 1990, n. 241, gli erogatori devono tenere, sotto la personale responsabilità del direttore sanitario, il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e dei ricoveri ospedalieri programmati. Tale registro è soggetto a verifiche ed ispezioni da parte dei soggetti abilitati ai sensi delle vigenti disposizioni. Tutti i cittadini che vi abbiano interesse, possono richiedere alle direzioni sanitarie notizie sulle prenotazioni e sui relativi tempi di attesa, con la salvaguardia della riservatezza dei dati delle persone. Per quanto attiene alle Agende di Prenotazione dei Ricoveri, il Piano Nazionale per il Contenimento dei Tempi di Attesa (Intesa Stato-Regioni del 28/03/2006) ha reso obbligatorio l'utilizzo delle Agende nel formato e con le modalità previste dal Mattone "Tempi di attesa".

Attività libero-professionale intramuraria (ALPI) (Rif. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 27-3-2000): per attività libero-professionale intramuraria del personale medico e delle altre professionalità della dirigenza del ruolo sanitario si intende:

- x l'attività che detto personale, individualmente o in équipe, esercita fuori dell'orario di lavoro e delle attività previste dall'impegno di servizio, in regime ambulatoriale, ivi comprese anche le attività di diagnostica strumentale e di laboratorio, di day-hospital, di day-surgery e di ricovero, sia nelle Strutture ospedaliere che territoriali, in favore e su libera scelta dell'assistito e con oneri a carico dello stesso o di assicurazioni o dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale;
- x la possibilità di partecipazione ai proventi di attività, richiesta a pagamento da singoli utenti e svolta individualmente o in équipe in strutture di altra Azienda del Servizio sanitario nazionale nonché in altra struttura sanitaria non accreditata;
- x la possibilità di partecipazione ai proventi di attività professionali, richieste a pagamento da terzi all'Azienda, quando le predette attività consentano la riduzione dei tempi di attesa, secondo programmi predisposti dall'Azienda stessa, sentite le équipe dei servizi interessati;
- x le prestazioni richieste, ad integrazione delle attività istituzionali, dalle Aziende ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive soprattutto in presenza di carenza di organico, in accordo con le équipe interessate.

Attività libero-professionale intramuraria "allargata": Attività libero-professionale intramuraria "allargata": "l'attività svolta, previa autorizzazione, presso gli studi professionali collegati in rete, nel

rispetto delle norme che regolano l'attività professionale intramuraria ed in particolare dell'articolo 1, commi 4 e 4 bis.

Azienda sanitaria: il significato può variare nelle diverse norme e flussi informativi. Nel PNGLA indica il soggetto giuridico di diritto pubblico erogatore o garante delle prestazioni. Ai fini della rilevazione dell'ALPI si intendono le Aziende sanitarie locali - le quali ricevono e sintetizzano i dati di base rilevati presso le proprie strutture nonché presso tutti gli erogatori privati accreditati presenti nel territorio dell'Azienda stessa - e le altre Aziende sanitarie pubbliche (Aziende ospedaliere, Aziende ospedaliere universitarie, IRCSS di diritto pubblico, Policlinici universitari a gestione diretta).

Classe di priorità: un sistema di classificazione che consente di differenziare l'accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute dell'utente e quindi alla gravità del quadro clinico.

Per le prestazioni ambulatoriali sono previste le seguenti specifiche.

Il campo è di tipo alfa numerico (1 carattere) con la seguente codifica:

U= urgente (nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore);

B= entro 10 gg;

D= entro 30 gg (visite) entro 60 gg (prestazioni strumentali);

P= entro 120 gg. La classe P si riferisce alle prestazioni di primo accesso (prestazioni per accertamenti/verifiche cliniche programmabili che non influenzano lo stato clinico/prognosi del paziente) da garantire al massimo entro 120 gg.

Per le prestazioni di ricovero sono previste le seguenti specifiche.

Il codice, ad un carattere, da utilizzare è il seguente:

A - Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi;

B - Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;

C - Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;

D - Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

CUP (Centro unificato di Prenotazione): sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie, deputato a gestire l'intera offerta (SSN, regime convenzionato, intramoenia, ecc.) con efficienza, strutturando in modo organizzato l'attività delle unità eroganti per ciò che attiene l'erogazione delle prestazioni, interfacciandosi a questo scopo con le diverse procedure di

gestione dell'erogazione, degli accessi e delle relative informazioni, supportando modalità di programmazione dell'offerta e comunicazione ai cittadini. Tale Sistema consente di facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie e di monitorare la domanda e l'offerta complessiva, attraverso idonei strumenti di analisi, che forniscano informazioni rilevanti ai fini del governo delle liste di attesa.

Day Service Ambulatoriale (DSA): modalità di esecuzione della assistenza specialistica ambulatoriale avviata dallo specialista al fine di rispondere al quesito clinico per casistica complessa (sia in senso clinico che organizzativo) e al fine di facilitare la deospedalizzazione. Si compone di percorsi ambulatoriali predefiniti e formalizzati a livello aziendale o sovra aziendale.

Data assegnata per l'erogazione della prestazione specialistica ambulatoriale: è la data che viene assegnata all'atto della prenotazione, nella quale è previsto che avvenga la prestazione specialistica ambulatoriale oggetto della prenotazione. Nel caso in cui la prestazione consista in un pacchetto o ciclo di prestazioni, va considerata la data prevista di inizio dell'erogazione.

Data di contatto/prenotazione di prestazione specialistica ambulatoriale: è la data in cui il soggetto che deve richiedere la prestazione entra in contatto con il sistema di prenotazione. La data di contatto è un concetto riferibile a qualunque modalità di accesso al sistema di prenotazione, anche, ad esempio, nel caso in cui sia direttamente il medico di medicina generale che provvede ad effettuare la prenotazione (in questo specifico caso, esisterebbe coincidenza tra data di prescrizione e la data di contatto). Nel caso in cui il cittadino sia inserito nelle pre-liste, ai fini della rilevazione del tempo di attesa si considera sempre la data di effettivo primo contatto/prenotazione, e quindi quella di inserimento in una eventuale pre-lista. Si sottolinea che il tempo di contatto/prenotazione, definibile come differenza tra data di contatto/prenotazione e data di prescrizione della prestazione, può dipendere da diversi fattori imputabili sia a scelte dei cittadini (ritardi nell'accedere al sistema di prenotazione), che a inefficienze del sistema di prenotazione (es.: difficoltà di accesso al sistema).

Data di dimissione: corrisponde alla giornata della dimissione, definita secondo le modalità previste per la compilazione della SDO.

Data di erogazione: è la data in cui la prestazione viene effettivamente erogata al cittadino. Nel caso in cui la prestazione consista in un pacchetto o ciclo di prestazioni, va considerata la data di inizio dell'erogazione.

Data di Prenotazione del ricovero: corrisponde alla data di inserimento del paziente nell'agenda di prenotazione per i ricoveri. Si deve intendere come la data in cui viene confermata dallo specialista ospedaliero la necessità di ricovero e si provvede contestualmente all'inserimento del paziente nella agenda di prenotazione. Questa data, relativa alla conferma del bisogno (momento della convalida dello specialista), è anche quella che dovrà essere utilizzata per la compilazione del campo "data di prenotazione", previsto nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Data di prescrizione di prestazione specialistica ambulatoriale: è la data di compilazione da parte del prescrittore della richiesta (prescrizione SSN) di prestazioni ambulatoriali.

Data di prima disponibilità di erogazione: è la prima data proposta dal sistema di prenotazione all'utente al momento del contatto/richiesta tenendo conto della classe di priorità indicata dal prescrittore e dell'ambito territoriale di assistenza dell'assistito.

Data di refertazione: è la data in cui la struttura erogatrice rilascia il referto. Va precisato che i momenti considerati possono essere diversi:

- x data in cui lo specialista predispone il referto: lo specialista può refertare subito dopo l'esecuzione della prestazione, oppure dopo alcuni giorni;
- x data in cui il servizio rende disponibile il referto alla struttura: è influenzato dal momento della stampa del testo, del controllo e della firma da parte dello specialista, dal tempo impiegato per l'invio ai punti di raccolta e distribuzione dei referti;

- x data in cui il referto è effettivamente disponibile all'utente per essere ritirato;

- x data di ritiro del referto da parte dell'utente, che è una variabile non dipendente dalla struttura per il periodo che intercorre dalla data in cui il referto è effettivamente disponibile a quella del ritiro

La tipologia e la quantità di date presenti e utilizzabili dipende, anche in questo caso, dai modelli organizzativi e dai sistemi informativi presenti. Considerate le difficoltà inerenti a tale misurazione, dovrebbero però essere disponibili a sistema almeno la data di compilazione del referto da parte dello specialista, essendo questo dato parte intrinseca codificata dell'atto medico, e quindi formalmente garantita in modo più affidabile, e la data in cui il referto è effettivamente disponibile all'utente per essere ritirato.

Data del ricovero: la data effettiva del ricovero è quella riportata nella SDO. Se diversa dalla data prevista, ciò dovrà essere sinteticamente motivato nell'eventuale campo dedicato nella agenda di prenotazione, dove andrà anche motivata la eventuale cancellazione (per risoluzione del problema, mancata presentazione, esigenze personali del paziente, variazione del quadro clinico, decesso ecc.).

Drop-out: mancata presentazione del cittadino che doveva ricevere la prestazione prenotata, presso il punto di erogazione, nella data e all'orario previsti, senza che ne sia stata data preventivamente disdetta.

Erogatore: struttura sanitaria pubblica o privata accreditata che eroga la prestazione all'utente sia in regime istituzionale che in ALPI. Le tipologie delle strutture eroganti sono le seguenti: Aziende sanitarie locali, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, Policlinici Universitari a gestione diretta, IRCCS di diritto pubblico e strutture private accreditate.

Garanzia dei tempi massimi: indica la situazione in cui l'utente accede alla garanzia dei tempi massimi, per classe di priorità, previsti per le prestazioni ambulatoriali oppure, per motivi vari (tra

cui la scelta dell'utente diversa dalla prima disponibilità) il SSR non è tenuto a garantire i tempi massimi di attesa previsti.

Giorno (o periodo) indice: è il giorno (o l'arco temporale) in cui si effettua la rilevazione per le prestazioni ambulatoriali. È solitamente utilizzato nelle rilevazioni prospettiche o "ex-ante".

Modalità di prenotazione: in riferimento alla modalità di accesso, sono comprese tutte le possibili tipologie di accesso alla prenotazione previste dall'Azienda sanitaria: sportelli di prenotazione, via telefonica, via telematica (farmacie, MMG collegati in rete con l'Azienda), via Internet, ecc. In riferimento alla modalità di registrazione della prenotazione, è compresa sia quella informatizzata che quella su supporto cartaceo.

Modalità di rilevazione ex-ante: consiste nella rilevazione (prospettiva) in un determinato giorno/periodo indice della differenza tra la data assegnata per l'erogazione e la data di contatto/prenotazione.

Modalità di rilevazione ex-post: l'oggetto di rilevazione è il tempo di attesa che intercorre tra la data nella quale l'utente contatta (data di contatto/prenotazione) la Struttura e la data di effettiva erogazione della prestazione.

Numero di persone in attesa: è il numero di persone in attesa della prestazione (ambulatoriale o di ricovero), per lo specifico esame/intervento/procedura oggetto di monitoraggio, che risultano, nel momento della rilevazione, registrate presso le agende di tutti i servizi/reparti di ogni erogatore. Il conteggio viene fatto senza limiti di tempo, ovvero considerando anche le date più distanti o i casi che non hanno ancora una data nemmeno approssimativa.

Pre-ospedalizzazione: procedure per disporre gli accertamenti diagnostici e/o terapeutici preliminari al ricovero e atti a ridurre il periodo della successiva degenza (D.P.C.M. 19-5-1995).

Prestazione ambulatoriale: atto clinico-assistenziale, di natura diagnostica e/o terapeutica, erogato da professionisti/strutture nei riguardi di un paziente. Oggetto di rilevazione per i tempi di attesa sono alcune tipologie di visite specialistiche e prestazioni di diagnostica strumentale.

Prestazione in emergenza/urgenza clinica: per i ricoveri, sono considerati urgenti quelli definiti tali sulla Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO). Per le prestazioni ambulatoriali, sono considerate tali le prestazioni che, per il peculiare quadro clinico, vengono solitamente erogate in tempi brevissimi attraverso canali preferenziali (Pronto Soccorso, spazi dedicati e non altrimenti disponibili nell'ambito dell'agenda, ecc.) e modalità di accesso differenti (direttamente alle strutture dell'emergenza/urgenza, ovvero attraverso richiesta su ricetta rossa del SSN). Con riferimento a quanto previsto dalla legge 120/2007, si definisce come urgente, indicata con il codice U nel campo 16 della ricetta, quella prestazione che, pur presentando caratteristiche di gravità clinica, può essere erogata in tempo differito ed in regime ambulatoriale, comunque entro le 72 ore dalla prescrizione del medico proponente.

Prestazione da garantire: prestazione, contenuta in un elenco nazionale e/o regionale, per la quale si prevede la garanzia dei tempi massimi di attesa (vedi "Garanzia dei tempi massimi").

Percorsi diagnostico-terapeutici: si intende una sequenza predefinita, articolata e coordinata, di prestazioni, ambulatoriali e/o di ricovero, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica patologia.

RAO (Raggruppamenti d'Attesa Omogenei): categorie di attesa per prestazioni specialistiche ambulatoriali, i cui contenuti clinici sono definiti in base ad accordi locali (regionali e aziendali) fra rappresentanti dei medici delle cure primarie e rappresentanti dei medici specialisti. L'utilizzo dei RAO prevede: (a) l'attribuzione delle priorità anche da parte degli specialisti eroganti le prestazioni; (b) l'analisi della concordanza, rispetto alle Classi di priorità assegnate ai singoli casi, tra medici proponenti e specialisti eroganti le prestazioni.

Ricovero programmato: per ricovero programmato si intende il ricovero in regime ordinario in regime di Day-Hospital che, in relazione alle condizioni cliniche del paziente o ai trattamenti cui il paziente deve essere sottoposto, può essere programmato per un periodo successivo al momento in cui è stata rilevata l'indicazione al ricovero stesso da parte del Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di Libera Scelta, direttamente o su condivisione di una indicazione specialistica, o dallo Specialista ospedaliero o da un medico di fiducia del paziente.

Scelta dell'utente: situazione nella quale l'utente, operando una scelta personale rispetto al luogo o al momento di erogazione della prestazione, determina una sostanziale variazione del tempo di attesa tale da comportare, ad esempio, il superamento del tempo massimo previsto per quella prestazione ed eventualmente, per quello specifico codice di priorità.

SDO: Scheda di Dimissione Ospedaliera, istituita con il Decreto del Ministero della Sanità del 28 dicembre 1991, è lo strumento di raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale.

Tempo di Attesa per le prestazioni di ricovero programmato: tempo che intercorre tra la data di prenotazione della proposta di ricovero e la data (formulata all'erogatore da parte del MMG/PLS e avallata dal Medico Specialista Ospedaliero, o formulata direttamente da questi), ed il giorno del ricovero (ordinario o in day hospital). Può essere prospettato (esplicitato a priori, con riferimento alla data prevista di ricovero) o effettivo (calcolato a posteriori, con riferimento alla data di effettivo ricovero). Questo tempo non va confuso con il tempo pre-operatorio, ovvero quello che intercorre tra il momento del ricovero e l'esecuzione della procedura/intervento, che non è oggetto del monitoraggio.

Tempo di attesa per le prestazioni ambulatoriali: il tempo di attesa è generalmente definito come il tempo che intercorre tra il momento della prenotazione di una prestazione di specialistica ambulatoriale e il momento dell'erogazione. Il tempo di attesa, tuttavia, può essere calcolato ex ante, che indica il tempo prospettato all'utente al momento della prenotazione, ovvero ex post, che indica il tempo effettivo che il paziente ha atteso per ricevere la prestazione.

Tempo massimo di attesa: Rappresenta il tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta (prenotazione) delle prestazioni e l'erogazione delle stesse; il valore standard da rispettare è fissato dalla Regione, in attuazione delle indicazioni nazionali.

Tipo di accesso:

Per le prestazioni ambulatoriali indica se la prestazione richiesta si riferisce ad un primo accesso (prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore; 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) o accesso successivo (visita o prestazione di approfondimento per pazienti presi in carico dal primo specialista, controllo, follow up).

Il campo è di tipo alfa numerico (1 carattere) con la seguente codifica:

1= primo accesso.

0= altra tipologia di accesso.

Per le prestazioni di ricovero indica la tipologia del "regime di ricovero", che può essere ordinario o diurno.

Per tutti i ricoveri in regime ordinario, viene indicato il tipo di ricovero, per distinguere i ricoveri programmati dai ricoveri d'urgenza e dai ricoveri obbligatori (TSO) ai sensi degli articoli 33, 34, 35 e 64 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Il codice, ad un carattere, che definisce la modalità di accettazione è il seguente:

- 1. ricovero programmato, non urgente;*
- 2. ricovero urgente;*
- 3. ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO);*
- 4. ricovero programmato con pre-ospedalizzazione (ai sensi dell'art. 1, comma 18, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662); in tali casi nella SDO possono essere riportate procedure eseguite in data precedente all'ammissione.*

Questa variabile non si compila per i neonati, limitatamente ai ricoveri corrispondenti alla nascita degli stessi. Se un paziente accede all'Istituto di cura dal Pronto Soccorso (Provenienza del paziente 1. paziente che acceda all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico) il campo tipo di ricovero deve essere compilato con la voce 2 ricovero urgente. Per i ricoveri in regime di day hospital il campo tipo di ricovero non è necessario in quanto, in questo caso, il ricovero è sempre programmato.

Volumi erogati: si riferiscono alla quantità complessiva di prestazioni ambulatoriali erogate, in un periodo specifico, in attività istituzionale e in attività libero-professionale intramuraria ed intramuraria allargata. I volumi erogati richiesti per l'attività istituzionale e per l'ALPI devono comprendere non solo le prime visite/prestazioni, ma l'insieme totale di esse, quindi anche i controlli; per l'attività istituzionale devono prevedere anche le prestazioni di *screening* e quelle erogate presso le strutture private accreditate.

Allegato 3 – Schema per Verifica Concordanza

Schema (Excel) per la verifica di concordanza:

PRESTAZIONE PRESCRITTA	DATA RICETTA SSN	DETTAGLI CLINICO-DIAGNOSTICI (CONTENUTI NEL CAMPO NOTE DELLA RICETTA)	CLASSE DI PRIORITÀ	PRESCRITTORE	DATA DI PRENOTAZIONE (CONTATTO)	DATA DI EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE	CLASSE DI PRIORITÀ (ATTRIBUITA DALLO SPECIALISTA CHE VALUTA IL PAZIENTE)

Lo schema verrà inviato successivamente alle ASL.

Sommario

PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE	4
Finalità del Piano	4
Classi di Priorità ed elenco delle Prestazioni oggetto del monitoraggio	5
Tabella 1 - CLASSI DI PRIORITÀ	6
Tabella 2 - VISITE SPECIALISTICHE	6
PRESTAZIONI STRUMENTALI	7
ALTRI ESAMI SPECIALISTICI.....	8
La Classe di Priorità è l'elemento che definisce il tempo di erogazione della richiesta e deve essere strettamente legato alle condizioni cliniche del paziente e alla loro possibile evoluzione.	9
Processi generali di gestione agende CUP.....	10
Apertura e sospensione agende	13
Mancata disdetta della prenotazione	13
INDICAZIONI OPERATIVE PER LE AZIENDE.....	15
Identificazione del Responsabile Aziendale per la Gestione e gli Interventi sulle Liste di Attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.	17
Interventi sull'offerta.....	18
Interventi sulla domanda	20
Utilizzo Manuale RAO	20
Verifica di concordanza	20
Appropriatezza	21
Appropriatezza prescrittiva	21
Appropriatezza organizzativa	22
Mancata presentazione degli utenti.....	22
PDTA INSERITI NELL' AREA CARDIOVASCOLARE ED ONCOLOGICA	23
Monitoraggio dei PDTA	23
PRESTAZIONI IN LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA.....	25
Attivazione di prestazioni di libera professione a committenza aziendale.....	26
MONITORAGGI	27
1) Monitoraggio ex post delle.....	27
2) Monitoraggio ex ante	27
3) Monitoraggio ex post	27
4) Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione	27
5) Monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA).....	27
6) Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero professionale intramuraria – ALPI.....	27
7) Monitoraggio della presenza sui siti Web	28

8) Monitoraggio dell'effettiva inclusione	28
INDICATORI.....	28
LINEE DI INDIRIZZO PER LA GESTIONE DELLE LISTE DI PRENOTAZIONE DEI RICOVERI CHIRURGICI PROGRAMMATI NELLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE LIGURIA.....	30
ALLEGATI.....	34
Allegato 1 - Regolamento disdetta / mancata disdetta prenotazione	34
Allegato 2 - Glossario Comune in Materia di Liste di Attesa	36
Allegato 3 – Schema per Verifica Concordezza.....	43

REGIONE LIGURIA



INDICAZIONI DI APPROPRIATEZZA PER LA PRESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE SECONDO I CRITERI DELLE PRIORITA' CLINICHE

PIANO REGIONALE GOVERNO LISTE DI ATTESA (PRGLA) 2019 – 2021 SECONDO IL MODELLO RAGGRUPPAMENTI DI ATTESA OMOGENEI (RAO)

(Versione 1.0 del 06/2019)

Sommario

PROCEDURA OPERATIVA	6
Scopo	6
Campo di applicazione	6
Definizioni e abbreviazioni	6
Modalità operative (Le presenti indicazioni operative si applicano alle prestazioni specialistiche ambulatoriali descritte nelle Tabelle allegate e presenti nel CUR)	8
TABELLE INDICATIVE ACCESSI PRIORITARI PRIME VISITE	10
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	11
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA - Codice 89.7A.3 Incluso: ECG (89.52)	12
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA - Codice 89.7A.7°	13
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA - Codice 89.7A.9	18
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA - Codice 89.7A.8°	19
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA PER DIABETE	24
PRIMA VISITA GINECOLOGICA - Codice 89.26.1°	27
PRIMA VISITA OSTETRICA - Codice 89.26.3°	27
PRIMA VISITA NEUROLOGICA - Codice 89.13°	30
PRIMA VISITA OCULISTICA – Codice 95.02°	33
PRIMA VISITA ORTOPEDICA - Codice 89.7B.8°	38
PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA – Codice 89.7B.9°	42
PRIMA VISITA REUMATOLOGICA - Codice 89.7°	47
PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA - Codice 89.7C.3°	50
NOTE	54
TABELLE RAO PRESTAZIONI STRUMENTALI	55
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO - Codice 88.71.4°	56
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo - Codice 88.72.2	58
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI - Codice 88.73.5°	60
ECOCOLORDOPPLER ARTERIE RENALI - Codice 88.74.9°	61
ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO - Codici 88.77.4 e 88.77.5°	62
ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO - Codici 88.77.6 e 88.77.7°	62
ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI - Codice 88.76.3°	63
Escluso: vasi viscerali	63
ECOENCEFALOGRAFIA - Codice 88.71.1	64

<i>Ecografia transfontanellare</i>	64
ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO - Codice 88.76.1	65
<i>Incluso: eventuale integrazione ColorDoppler. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1</i>	65
ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE - Codice 88.75.1	66
TEMPO MASSIMO DI ATTESA	66
ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.74.1	67
ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale - Codice 88.78.2	68
ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale - Codice 88.78.2°	69
ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.1 - Codice 88.73.2	70
ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE - Codice 88.79.3	71
ECOGRAFIA OSTETRICA - Codice 88.78'	73
ECOGRAFIA SCROTALE - Codice 88.79.6	74
DIAR Rx	75
ECOGRAFIA CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO – codice 88.79.1	75
MAMMOGRAFIA BILATERALE - Codice 87.37.1	76
MAMMOGRAFIA MONOLATERALE - Codice 87.37.2	76
ORTOPANORAMICA DELLE ARCADE DENTARIE - Codice 87.11.3	77
COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOCOPIO FLESSIBILE - Codice 45.23	78
COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.23.3	78
COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.23.4	78
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] - Codice 45.13	79
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.16.1	79
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.16.2	79
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA DELL'ESOFAGO - Codice 42.24	79
RM	81
RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC - Codice 88.95.5	82
RM DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.95.1	83
RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC - Codice 88.95.2	84
RM DEL COLLO - Codice 88.91.6	85
RM DEL COLLO SENZA E CON MDC - Codice 88.91.7	85
RM DELLA COLONNA IN TOTO - Codice 88.93.6	86
RM DEL RACHIDE CERVICALE, DORSALE, LOMBOSACRALE E SCROCCIGEO -.....	86
RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC - Codici 88.93.7 e 88.93.B	87
RM DEL RACHIDE DORSALE, LOMBO-SACRALE E SACROCCIGEO SENZA E CON MDC	87
Codici	87

RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO.....	88
RM MUSCOLOSCHIELETRICA (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, BACINO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE)	89
SENZA E CON MDC - Codici 88.94.H, 88.94.J, 88.94.K, 88.94.L, 88.94.M, 88.94.N, 88.94.P, 88.94.Q, 88.94.R, 88.94.S, 88.94.T, 88.94.U, e 88.94.V	89
RM MUSCOLOSCHIELETRICA (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, BACINO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE)	90
Codici 88.94.4, 88.94.5, 88.94.6, 88.94.7, 88.94.8, 88.94.9, 88.94.A, 88.94.B, 88.94.C, 88.94.D, 88.94.E, 88.94.F, e 88.94.G	90
RX	91
RX DELLA CAVIGLIA - Codice 88.28.1	92
RX DEL PIEDE [CALCAGNO] - Codice 88.28.2	92
comprese le dita	92
RX DELLA COLONNA CERVICALE, DORSALE E LOMBOSACRALE - Codici 87.22, 87.23,87.24	93
RX MORFOMETRIA VERTEBRALE DORSALE E LOMBARE.....	93
RX STANDARD SACROCOCCIGE.....	93
RX DEL FEMORE - Codice 88.27.1	94
RX DEL GINOCCHIO - Codice 88.27.2	94
RX DELLA GAMBA - Codice 88.27.3	94
RX DEL GOMITO - Codice 88.22.1.....	95
RX DELL'AVAMBRACCIO - Codice 88.22.2	95
RX DEL POLSO - Codice 88.23.1.....	96
RX DELLA MANO - Codice 88.23.2.....	96
comprese le dita	96
RX DELLA SPALLA - Codice 88.21.2	97
RX DEL TORACE - Codice 87.44.1.....	98
TC	99
TC DELL'ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC - Codice 88.01.2	100
Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni	100
TC DELL'ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC - Codice 88.01.4	100
Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata	100
TC ARTICOLARE (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, SPALLA E BRACCIO, GOMITO E	101
AVAMBRACCIO, POLSO E MANO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA,	101
TC ARTICOLARE (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, SPALLA E BRACCIO, GOMITO E	102
AVAMBRACCIO, POLSO E MANO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA,	102
TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE - Codice 88.38.5.....	103
TC CRANIO-ENCEFALO - Codice 87.03.....	104

TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC - Codice 87.03.1.....	105
TC MASSICCIO FACCIALE - Codice 87.03.2.....	106
TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC - Codice 87.03.3.....	107
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE, TORACICO, LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE.....	108
Codici 88.38.A, 88.38.B, 88.38.C	108
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE, TORACICO, LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE SENZA E CON MDC.....	109
- Codici 88.38.D, 88.38.E, 88.38.F.....	109
TC DEL TORACE - Codice 87.41	110
TC DEL TORACE SENZA E CON MDC - Codice 87.41.1.....	111
polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino	111
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE - Codice 93.08.A°	112
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE - Codice 93.08.B°	112
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO - Codice 93.08.C°	112
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO - Codice 93.08.D°	112
VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA (per nervo) - Codice 93.09.1°	112
VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA - Codice 93.09.2°	112
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE - Codice 93.08.A°	113
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE - Codice 93.08.B°	113
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO - Codice 93.08.C°	113
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO - Codice 93.08.D°	113
VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA (per nervo) - Codice 93.09.1°	113
VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA - Codice 93.09.2°	113
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE - Codice 93.08.A°	114
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE - Codice 93.08.B°	114
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO - Codice 93.08.C°	114
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO - Codice 93.08.D°	114
VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA (per nervo) - Codice 93.09.1°	114
VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA - Codice 93.09.2°	114
ESAME AUDIOMETRICO TONALE - Codice 95.41.1°	115
IMPEDENZOMETRIA - Codice 95.42°	115
SCINTIGRAFIA TIROIDEA - Codice 92.01.3°	116
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (secondo Holter) - Codice 89.50.....	117
GLOSSARIO COMUNE	118

PROCEDURA OPERATIVA

Scopo

Al fine di migliorare l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali è stato definito da AGENAS, in accordo con Specialisti, medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS) e i rappresentanti delle Associazioni dei Cittadini, un nuovo linguaggio prescrittivo, basato 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 singola prestazione specialistica. L'applicazione dei RAO prevede il monitoraggio continuo delle prescrizioni al fine di effettuare la revisione periodica delle parole chiave cliniche.

Campo di applicazione

Le successive procedure si applicano alle prestazioni specialistiche ambulatoriali (utenti non ricoverati) erogate presso le strutture di tutte le Aziende e gli Istituti Privati Accreditati e Contrattualizzati della Regione Liguria e prescritte da tutti i medici dipendenti e convenzionati nell'ambito delle rispettive attività istituzionali.

Definizioni e abbreviazioni

ACCESSO DIRETTO	Accesso diretto all'ambulatorio senza prenotazione
CONCORDANZA	La richiesta è ritenuta ragionevole (in altre parole: si concorda) considerati: 1) quesito clinico posto dal richiedente, 2) RAO scelto, 3) solo nel caso di assenza di sufficienti informazioni può essere utilizzato il risultato della prestazione
CUP	Centro unico (o unificato) prenotazioni
BPCO	Broncopneumopatia cronica ostruttiva
LIBERO ACCESSO	Accesso alla prestazione senza impegnativa SSN
MDC	Mezzo di contrasto
MMG	Medico di medicina generale
OSAS	Obstructive Sleep Apnea Sindrome
PLS	Pediatra di libera scelta
PDT	Percorsi diagnostico terapeutici
SC	Struttura Complessa
PRIORITÀ' CLINICA	Condizione clinica che consente al medico di attribuire ad un paziente un tempo di attesa ritenuto ragionevole per ottenere una prestazione specialistica senza per questo compromettere la prognosi
RAO	Raggruppamenti di attesa omogenei per priorità clinica di attesa
RM	Risonanza Magnetica
SSN	Servizio sanitario nazionale
TC	Tomografia Computerizzata
TVP	Trombosi Venosa Profonda

TITOLARITA' PRESCRITTIVA

L'utilizzo del ricettario del SSN è riservato ai medici, dipendenti del SSN o Convenzionati (MMG, PLS, Medici Specialisti Convenzionati Interni (SUMAI) Medici dei Servizi, Medici di Continuità Assistenziale, Medici delle RSA convenzionate limitatamente ai pazienti che non sono in carico ad alcun MMG e nell'ambito esclusivo dei rispettivi compiti istituzionali. Restano quindi esclusi i medici operanti presso strutture convenzionate/accreditate private).

È escluso l'utilizzo del ricettario SSN da parte di Medici Dipendenti, MMG/PLS Medici Specialisti Convenzionati Interni (SUMAI) Medici dei Servizi, Medici di Continuità Assistenziale per prestazioni conseguenti o connesse con l'attività erogata in regime libero – professionale intra o extra muraria.

LEGENDA E MODALITÀ DI COMPILAZIONE DELLA RICHIESTA (RICETTARIO REGIONALE) DI PRESTAZIONE SPECIALISTICA

1. **PRIMA VISITA/ESAME SPECIALISTICA/O:** nella prima visita il problema clinico principale del paziente è affrontato per la prima volta, viene predisposta appropriata documentazione clinica ed impostato un eventuale piano diagnostico-terapeutico. Include la visita di un paziente, noto per una patologia cronica, che presenta un diverso problema clinico o un'evoluzione imprevista della malattia.
2. **VISITA A COMPLETAMENTO DELLA PRIMA:** nella visita a completamento della prima viene completato l'iter diagnostico, stilata la diagnosi
3. **VISITA SUCCESSIVA O DI CONTROLLO / 2° ESAME SPECIALISTICO:** nella visita di controllo un problema già inquadrato dal punto di vista diagnostico e terapeutico (ad esempio un paziente cronico) viene rivalutato dal punto di vista clinico e la documentazione scritta esistente viene aggiornata, indipendentemente dal tempo trascorso
4. **QUESITO CLINICO / SOSPETTO DIAGNOSTICO: OBBLIGATORIO**
5. **CONDIZIONI DI EROGABILITA':** definiscono specifiche condizioni riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione – terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni - al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi, e sono erogabili dal SSN limitatamente ai casi in cui le medesime sussistono, con obbligo per il Medico prescrittore di riportare sulla ricetta il numero della nota ed il quesito clinico o diagnostico. Per la PMA sono definiti i limiti di età, il contenuto di ciascun ciclo di fecondazione, nonché il numero massimo di cicli
6. **INDICAZIONI DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA:** definiscono specifiche condizioni riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione - terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni – al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi, e sono erogabili dal SSN a seguito di una autonoma e responsabile valutazione del medico prescrittore circa la loro utilità nel singolo caso clinico, fermo restando l'obbligo di riportare sulla ricetta il solo quesito clinico o sospetto diagnostico
7. **SOSPETTO ONCOLOGICO:** per la definizione del sospetto oncologico devono essere considerati i seguenti fattori: 1) anamnesi positiva per tumori; 2) perdita di peso; 3) assenza di miglioramento con la terapia dopo 4-6 settimane; 4) età sopra 50 e sotto 18 anni; 5) dolore ingravescente, continuo anche a riposo e con persistenza notturna. Tali fattori non esauriscono l'insieme degli elementi clinico- anamnestici e dell'esito di eventuali indagini pregresse che il prescrittore dovrà opportunamente valutare.

8. CLASSE DI PRIORITA': OBBLIGATORIO

9. PRIMO ACESSO/esame; SECONDO accesso/esame: OBBLIGATORIO codice 1 se trattasi di primo accesso / esame oppure 0 (zero) se trattasi di secondo accesso/esame.

10. INDICAZIONE SE TRATTASI DI PRESTAZIONE "SUGGERITA" (Barrare casella "S")

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 la richiesta per il controllo programmato indicato nell'ultimo referto e per qualsiasi altra prestazione considerata utile e necessaria per il completamento diagnostico; qualora il paziente dovesse recarsi presso un altro Specialista (della stessa branca) per il controllo, questa visita è da considerarsi prima visita.

Branche specialistiche: l'elencazione delle prestazioni per branche specialistiche non definisce né le competenze degli specialisti coinvolti, né dei professionisti e soggetti abilitati alla loro erogazione, ma ha il solo fine di consentire l'applicazione delle disposizioni che regolano la partecipazione al costo da parte dei cittadini. Le visite specialistiche per le quali non è esplicitamente indicata la branca, sono incluse nella categoria "altre" e possono essere prescritte nella stessa ricetta insieme ad altre prestazioni complementari; pertanto, tali visite devono essere considerate appartenenti alla branca a cui afferiscono tali prestazioni.

La richiesta di prestazione specialistica non ha scadenza temporale.

Modalità operative (Le presenti indicazioni operative si applicano alle prestazioni specialistiche ambulatoriali descritte nelle Tabelle allegate e presenti nel CUR)

1	I medici che possono prescrivere le prestazioni di cui al punto 1 sono tutti i medici dipendenti e convenzionati (MMG, PLS, CA, Med dei Servizi e specialisti "SUMAI", Medici delle RSA convenzionate limitatamente ai pazienti che non sono in carico ad alcun MMG) nell'ambito esclusivo dell'attività istituzionale.
2	Gli specialisti che erogano le prestazioni sono tutti i medici dipendenti e convenzionati (specialisti convenzionati e specialisti delle strutture private convenzionate) che operano presso le strutture a gestione diretta o accreditate con la Azienda sanitaria/Regione/PA, dell'ambito territoriale che partecipa all'applicazione. Alla modalità di erogazione secondo criteri di priorità clinica partecipa anche il personale non medico, ove coinvolto
3	I medici prescrittori prescrivono ai propri utenti le prestazioni, indicando sempre la priorità della prescrizione per le prime visite e le prime prestazioni strumentali diagnostiche
4	Ad ogni prestazione specialistica di cui al punto 1 prescritta secondo le modalità di cui al punto 3 corrisponderà un identico vincolo di tempo di attesa: urgente = da indirizzare in pronto soccorso; U = entro 72 ore contattando preferibilmente il Servizio o indirizzando il paziente al Distretto di residenza; tipo B = entro 10 giorni; tipo D = 30/60 giorni; tipo P = prestazione programmata prenotando direttamente o indirizzando l'utente al CUP.
5	Le singole prestazioni indicate al punto 1 utilizzano tutte o in parte i codici priorità indicati al punto 5. Per un uso corretto dei codici è utile fare riferimento alle indicazioni nelle Tabelle allegate ed alle eventuali "Linee guida". Si sottolinea che le prescrizioni, se prive di codice priorità, verranno considerate di tipo P.
6	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. Il criterio di definizione se trattasi di primo accesso o secondo è legato alla problematica clinica motivo della richiesta.
7	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 4 ed indicare la classe di priorità sulla agenda di prenotazione. Sono escluse le richieste con codice U salvo diversa indicazione
8	I medici specialisti negli ambulatori o nelle strutture private accreditate che sottoporranno il paziente alla prestazione richiesta, dovranno attribuire il codice RAO (priorità) al paziente stesso sulla base della valutazione clinico-anamnestica. (Verifica di concordanza)

9	Il medico specialista che sottopone il paziente alla prestazione deve attribuire il codice priorità (U-B-D-P) al paziente stesso sulla base della valutazione clinico-anamnestica al fine di permettere il confronto inter-soggetti delle attribuzioni di priorità (valutazione di concordanza). Qualora non vi fosse contatto con il paziente (ad esempio: prestazioni radiologiche), l'attribuzione del codice di priorità sarà effettuato sulla base del quesito clinico contenuto nel campo note della ricetta SSN.
10	L'attribuzione della classe di priorità da parte dello specialista è opportuno venga effettuata prima dell'erogazione della prestazione
11	Lo specialista attribuisce la classe di priorità sulla base delle INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO contenute nel Manuale RAO Agenas. Qualora la prescrizione si riferisce ad INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non esplicite (indicazioni "Altro (10%)"), lo specialista attribuirà una priorità sulla base della valutazione delle condizioni clinico-anamnestiche del paziente oppure sulla base del quesito clinico incluso nel campo note della ricetta SSN
12	In assenza di sufficienti informazioni per attribuire una classe di priorità, il caso dovrà essere classificato come "non valutabile": ad esempio, qualora non vi fosse contatto con il paziente (ad esempio: prestazioni radiologiche) o fosse incongruo quanto riportato nel campo note della ricetta SSN (ad esempio: campo note non compilato)
13	Nel caso di controindicazione all'esecuzione della prestazione (ad esempio: RM in paziente portatore di dispositivi metallici o altro), il caso dovrà essere classificato come "non erogabile"
14	Se nell'ambulatorio specialistico non si utilizza un applicativo informatico che permetta di attribuire la priorità al momento, ad esempio, della refertazione, la priorità assegnata dallo specialista deve essere indicata in una griglia ad hoc
15	Il referente della specialistica ambulatoriale, o suo collaboratore, deve poter apportare correzioni nel caso rilevasse errori (difformità) tra i dati presenti nella ricetta SSN originale e quelli utilizzati in fase di prenotazione (ad esempio: nominativo prescrittore, data impegnativa, classe di priorità prenotata)
16	Ai fini del calcolo del tempo massimo di attesa andrà monitorato il tempo intercorso tra la data della prenotazione (data di contatto con il Servizio di prenotazione) e la data di presunta erogazione della prestazione. Nell'ambito dell'applicazione, andrà monitorato anche il tempo intercorso fra la data della prescrizione della RICETTA SSN e la data di prenotazione (data di contatto con il Servizio di prenotazione)
17	Le informazioni ed i problemi connessi all'applicazione della presente procedura devono essere comunicati tempestivamente al referente della specialistica ambulatoriale della propria struttura (_____); tel. fisso: _____; tel. mobile _____;(*) e-mail: _____@_____), che a sua volta, nel caso il problema non fosse risolvibile, lo segnalerà tempestivamente al referente della Regione/ALISA (direzione.sociosanitaria@regione.liguria.it)

TABELLE INDICATIVE ACCESSI PRIORITARI PRIME VISITE

PRIMA VISITA CARDIOLOGICA - Codice 89.7A.3

Incluso: ECG (89.52)

CLASS_RAO 021	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA - Codice 89.7A.3	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
U (PEDIATRIA)	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea da sforzo e/o edemi di recente insorgenza di sospetta natura cardiologica 2. Dispnea, palpitazione o affaticamento per sforzi lievi, verosimilmente di natura cardiaca con caratteristiche di recente insorgenza in soggetti senza precedente diagnosi di cardiopatia 3. Scarica isolata di defibrillatore automatico impiantato 4. Aritmie asintomatiche: ipocinetiche 5. Altro (10%)**
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soffi cardiaci: primo riscontro in assenza di sintomi nel neonato 2. Altro (10%)**

CLASS_RAO 021	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA - Codice 89.7A.3 Incluso: ECG (89.52)	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primo episodio di sincope senza trauma 2. Cardiopalmo extrasistolico non noto in precedenza 3. Dispnea non severa in soggetto con fattori di rischio cardiologici 4. Dispnea, palpitazione o affaticamento persistenti per sforzi moderati o intensi 5. Prima visita in pregressa crisi ipertensiva 6. Soffi cardiaci: primo riscontro in assenza di sintomi (escluso il neonato) 7. Valutazione di Portatori di Malattia Sistemica che influenzano l'Apparato Cardiovascolare 8. Altro (10%)**
D (PEDIATRIA)	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soffi cardiaci: primo riscontro in assenza di sintomi nel bambino 2. Altro (10%)**
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prima visita in pazienti con ipertensione arteriosa di recente diagnosi 2. Malattie cronico degenerative (ad es.: connettivopatie, endocrinopatie, malattie metaboliche, malattie infettive) che non rientrano nelle classi precedenti in base alla gravità clinica 3. Altro (10%)**
P (PEDIATRIA)	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

RICHIESTE URGENTI/EMERGENTI. Vi sono condizioni cliniche di ambito cardiologico che motivano l'invio del paziente in Pronto Soccorso. Tali condizioni presuppongono la presa in carico del paziente da parte del Pronto Soccorso, la cui gestione potrà includere prestazioni strumentali di cardiologia.

ASS_RAO 010	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA - Codice 89.7A.7°	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
EMERGENZA ^{oo}	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Afezioni batteriche acute febbrili (erisipela, cellulite, flemmone, fascite) 2. Eritrodermia acuta: eritema acuto diffuso > 10% della superficie cutanea 3. Herpes zoster con interessamento del distretto cefalico 4. Orticaria acuta con/senza angioedema 5. Piede diabetico infetto febbrile 6. Reazione generalizzata da farmaci 7. Reazione generalizzata da puntura di insetto
EMERGENZA ^{oo} (PEDIATRIA)	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Afezioni batteriche acute febbrili (erisipela, cellulite, flemmone, fascite) 2. Eritrodermia acuta: eritema acuto diffuso > 10% della superficie cutanea 3. Herpes zoster con interessamento del distretto cefalico 4. Malattie bollose disseminate acute 5. Neoformazioni cutanee sanguinanti 6. Reazione generalizzata da farmaci 7. Reazione generalizzata da puntura di insetto

^o Prestazione di nuova introduzione.

CLASS_RAO 010	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA - Codice 89.7A.7°	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> 1. Herpes zoster con interessamento del tronco e degli arti 2. Impetigine, favo, ascesso, parassitosi 3. Neoformazioni cutanee sanguinanti 4. Patologie ulcerative delle mucose orali o genitali con sintomatologia generale e/o febbre, dolore, bruciore 5. Porpora ad insorgenza acuta 6. Secrezioni uretrali o vaginali dopo rapporto sessuale recente 7. Ulcera cutanea cronica con segni d'infezione 8. Ustioni < 2° grado 9. Altro (10%)**
U (PEDIATRIA)	72 h	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dermatomicosi 2. Favo, ascesso 3. Herpes zoster con interessamento del tronco e degli arti 4. Impetigine resistente a terapia 5. Porpora ad insorgenza acuta 6. Sospetta scabbia 7. Ustioni < 2° grado 8. Altro (10%)**

° Prestazione di nuova introduzione.

CLASS_RAO 010	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA - Codice 89.7A.7°	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eritrodermia cronica: eritema cronico diffuso > 10% della superficie cutanea 2. Eruzione esantematica non febbrile 3. Malattie bollose disseminate acute 4. Neoformazioni cutanee in accrescimento e/o con recente modifica e/o a rapida insorgenza (< 3 mesi): sospetto melanoma o altre neoplasie cutanee 5. Prurito diffuso intenso (che interferisce col sonno) 6. Segni/sintomi da probabile malattia sessualmente trasmessa 7. Verruca plantare iperalgica 8. Altro (10%)**
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Angiomi in rapida crescita in zone critiche 2. Dermatite atopica resistente a terapia 3. Eruzione esantematica non febbrile 4. Prurito diffuso intenso 5. Verruca plantare iperalgica 6. Altro (10%)**

° Prestazione di nuova introduzione.

CLASS_RAO 010	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA - Codice 89.7A.7°	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acne papulo-pustolosa o nodulare 2. Alopecia 3. Idrosadenite suppurativa 4. Molluschi contagiosi 5. Riacutizzazione di connettiviti (Lupus, sclerodermia, dermatomiosite ed altre) 6. Riacutizzazione di dermatosi infiammatorie croniche (psoriasi, eczemi ed altre) 7. Ulcere non complicate 8. Verruca plantare 9. Altro (10%)**
D (PEDIATRIA)	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acne papulo-pustolosa o nodulare 2. Alopecia 3. Idrosadenite suppurativa 4. Molluschi contagiosi 5. Orticaria cronica 6. Riacutizzazione di connettiviti (Lupus, sclerodermia, dermatomiosite ed altre) 7. Riacutizzazione di dermatosi infiammatorie croniche (psoriasi, eczemi ed altre) 8. Verruca plantare 9. Altro (10%)**

° Prestazione di nuova introduzione.

CLASS_RAO 010	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA - Codice 89.7A.7°	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acne/Irsutismo 2. Defluvium 3. Orticaria cronica 4. Valutazione nevi e lesioni pigmentarie 5. Altro (10%)**
P (PEDIATRIA)	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acne/Irsutismo 2. Valutazione nevi e lesioni pigmentarie 3. Altro (10%)**

° Prestazione di nuova introduzione.

CLASS_ RAO 022	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA - Codice 89.7A.9	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
U (PEDIATRIA)	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Epatopatie in fase di acuzia o di scompenso 2. Ascite progressiva di nuova insorgenza (già indagata con esami di laboratorio e ecografia addominale) 3. Prima diagnosi di IBD (inflammatory bowel disease o malattie infiammatorie intestinali) 4. Riacutizzazione moderata di IBD (inflammatory bowel disease o malattie infiammatorie intestinali) 5. Sospetto clinico e/o strumentale di neoplasia dell'apparato digerente 6. Sintomi d'allarme: <ul style="list-style-type: none"> • vomito ricorrente (presenti da almeno 5-7 giorni) con esclusione di cause di natura infettiva, metabolica, neurologica e psicogena • disfagia/odinofagia (presenti da almeno 5-7 giorni) 7. Altro (10%)**
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Calo ponderale (già indagato con esami di laboratorio ed ecografia addominale) 2. Ematochezia 3. IBD (Inflammatory Bowel Disease o malattie infiammatorie intestinali) 4. Sospetto di malattia celiaca e/o malassorbimento (già indagata con esami di laboratorio) 5. Altro (10%)**
D	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anemia sideropenica di sospetta origine gastroenterologica (già indagata con EGDS e colonscopia) 2. Diarrea cronica 3. Dolore toracico non cardiaco 4. Ipertransaminasemia (già indagata con esami di laboratorio e ecografia addominale) 5. Sindrome dispeptica/dolorosa in soggetti >50 anni (già indagata con ecografia addominale, EGDS e colonscopia) 6. Sospetto di malattia celiaca e/o malassorbimento (già indagata con esami di laboratorio) 7. Altro (10%)**
D (PEDIATRIA)	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alterazione di funzione epatica (già indagata con esami di laboratorio e ecografia addominale) 2. Deficit accrescitivo ponderale 3. Altro (10%)**
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Paziente < 50 anni con sindrome dell'intestino irritabile 2. Pazienti < 50 anni con sindrome da reflusso gastroesofageo o sindrome dispeptica 3. Altro (10%)**
P (PEDIATRIA)	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

CLASS_RAO 011	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA - Codice 89.7A.8°	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
EMERGENZA ^{oo}	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aritmie/scompenso cardiaco in paziente ipertiroideo 2. Ipercalcemia severa (calcemia \geq 14 mg/dl) con sintomi/segni: tachicardia, astenia, alterazioni stato coscienza, poliuria 3. Ipocalcemia severa (calcemia $<$ 7 mg/dl) con sintomi/segni: parestesie al viso e arti a crisi tetanica 4. Ipoglicemia severa con alterazione stato coscienza 5. Iponatriemia ($<$ 130 mEq/l) 6. Scompenso in paziente con ipocorticosurrenalismo già diagnosticato con sintomi/segni: astenia marcata, iperpiressia, segni di disidratazione, anoressia, nausea, vomito, \downarrow peso, aritmie 7. Sospetto di insufficienza surrenalica con sintomi/segni: astenia marcata, iperpiressia, segni di disidratazione, anoressia, nausea, vomito, \downarrow peso, aritmie, \downarrowNa, \uparrowK
EMERGENZA ^{oo} (PEDIATRIA)	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aritmie/scompenso cardiaco in paziente ipertiroideo 2. Ipercalcemia severa (calcemia \geq 12 mg/dl) con sintomi/segni: tachicardia, astenia, alterazioni stato coscienza, poliuria 3. Ipertiroidismo severo all'esordio con sintomi/segni: eretismo psichico, disturbi gastrointestinali, tachiaritmie, astenia, tremori, \downarrowpeso, \downarrowTSH, $\uparrow\uparrow$ FT4, $\uparrow\uparrow$ FT3 4. Ipocalcemia severa (calcemia $<$ 8 mg/dl) con sintomi/segni: parestesie al viso e arti a crisi tetanica 5. Ipoglicemia severa con alterazione stato coscienza 6. Iponatriemia ($<$ 130 mEq/l) 7. Scompenso in paziente con ipocorticosurrenalismo già diagnosticato con sintomi/segni: astenia marcata, iperpiressia, segni di disidratazione, anoressia, nausea, vomito, \downarrow peso, aritmie 8. Sospetto di insufficienza surrenalica con sintomi/segni: astenia marcata, iperpiressia, segni di disidratazione, anoressia, nausea, vomito, \downarrow peso, aritmie, \downarrowNa, \uparrowK

^o Prestazione di nuova introduzione.

CLASS_RAO 011	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA - Codice 89.7A.8°	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> 1. Iperteroidismo severo all'esordio con sintomi/segni: eretismo psichico, disturbi gastrointestinali, tachiaritmie, astenia, tremori, ↓peso, ↓TSH, ↑↑ FT4, ↑↑ FT3 2. Ipotiroidismo severo all'esordio con sintomi/segni: apatia, letargia, astenia, bradicardia, stipsi severa, TSH↑↑, ↓↓FT4, ↓↓FT3 3. Oftalmopatia Basedowiana di grado medio-severo sintomatica con riduzione acuta del visus 4. Parestesie al viso e arti, segno di Trousseau positivo, crisi di tetania in soggetto tiroidectomizzato o paratiroidectomizzato 5. Sospetta tiroidite subacuta (dolore in loggia tiroidea con otalgia riflessa e/o febbre, VES / PCR↑↑, FT4↑, FT3↑, TSH↓) 6. Tumefazione improvvisa nella regione tiroidea, con o senza dolore 7. Tutte le endocrinopatie in gravidanza 8. Altro (10%)**
U (PEDIATRIA)	72 h	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ipercortisolismo 2. Ipotiroidismo severo all'esordio sintomatico (apatia, letargia, astenia, bradicardia, stipsi severa, TSH↑↑, ↓↓FT4, ↓↓FT3) 3. Sospetta pubertà precoce nel maschio 4. Sospetta tiroidite subacuta (dolore in loggia tiroidea con otalgia riflessa e/o febbre, VES / PCR↑↑, FT4↑, FT3↑, TSH↓) 5. Sospetto diabete insipido 6. Tumefazione improvvisa nella regione tiroidea, con o senza dolore 7. Altro (10%)**

° Prestazione di nuova introduzione.

CLASS_RAO 011	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA - Codice 89.7A.8 ^o	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ipercalcemia (11<= calcemia < 14 mg/dl) 2. Ipertensione arteriosa di origine secondaria 3. Oftalmopatia Basedowiana di grado medio-severo con sintomi/segni: dolore retrobulbare, arrossamento congiuntivale, diplopia, fotofobia, lacrimazione, esoftalmo, strabismo 4. Patologia tiroidea indotta da amiodarone (ipo e ipertiroidismo da amiodarone). 5. Sospetta neoplasia endocrina con sintomi/segni specifici e imaging positivo 6. Altro (10%)**
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ipercalcemia (11<= calcemia < 12 mg/dl) 2. Nodulo tiroideo 3. Sospetta neoplasia endocrina con sintomi/segni specifici e imaging positivo 4. Sospetta pubertà precoce nella femmina 5. Altro (10%)**

^o Prestazione di nuova introduzione.

CLASS_RAO 011	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA - Codice 89.7A.8°	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Amenorrea con test di gravidanza negativo 2. Ginecomastia 3. Iperandrogenismo in rapida evoluzione 4. Ipercalcemia persistente asintomatica 5. Ipercortisolismo 6. Iperprolattinemia (2,5 volte rispetto al limite alto del laboratorio) 7. Ipertiroidismo subclinico (TSH < 0.1 con FT3 e FT4 nella norma). 8. Ipogonadismo (con Testosterone < 230 ng/dl) 9. Ipotiroidismo non complicato all'esordio (TSH↑, FT4↓, FT3↓). 10. Macroadenoma ipofisario (adenoma ipofisario di dimensioni > a 1 cm). 11. Altro (10%)**
D (PEDIATRIA)	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Amenorrea con test di gravidanza negativo 2. Arresto di crescita staturale 3. Gozzo uni-multinodulare normofunzionante (TSH nella norma) 4. Iperandrogenismo in rapida evoluzione 5. Ipotiroidismo non complicato all'esordio (TSH↑, FT4↓, FT3↓). 6. Macroadenoma ipofisario (adenoma ipofisario di dimensioni > a 1 cm). 7. Tiroidite linfocitaria di Hashimoto con eutiroidismo o ipotiroidismo subclinico (anticorpi anti tiroide anti TPO↑, FT4, TSH nella norma) 8. Altro (10%)**

° Prestazione di nuova introduzione.

CLASS_RAO 011	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA - Codice 89.7A.8°	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disfunzione sessuale 2. Gozzo uni-multinodulare normofunzionante (TSH nella norma) 3. Incidentaloma endocrino 4. Nodulo tiroideo normofunzionante (TSH nella norma) 5. Osteoporosi 6. Sospetto di ipogonadismo maschile 7. Sospetto iperparatiroidismo secondario 8. Tiroidite linfocitaria di Hashimoto con eutiroidismo o ipotiroidismo subclinico (anticorpi anti tiroide anti TPO↑, FT4, TSH nella norma) 9. Altro (10%)**
P (PEDIATRIA)	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO NON PREVISTE*

° Prestazione di nuova introduzione.

*I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste".

CLASS_RAO 012	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA PER DIABETE - Codice 89.7A.8° Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale ed eventuale applicazione di microinfusore sottocute	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
EMERGENZA°°	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Chetoacidosi diabetica 2. Ipoglicemia severa con alterazione stato coscienza 3. Stato iperglicemico iperosmolare 4. Ulcera piede infetta o con ischemia critica/gangrena in diabete mellito
EMERGENZA°° (PEDIATRIA)	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Chetoacidosi diabetica 2. Ipoglicemia severa con alterazione stato coscienza 3. Scopenso glicemico severo (emoglobina glicata > 11% o > 97 mmol/mol) 4. Scopenso glicemico severo (glicemia > 300mg/dl) di nuova insorgenza con sintomi/segni: poliuria, polidipsia, calo ponderale 5. Stato iperglicemico iperosmolare

° Prestazione di nuova introduzione.

CLASS_RAO 012	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA PER DIABETE - Codice 89.7A.8° Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale ed eventuale applicazione di microinfusore sottocute	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Diabete gestazionale 2. Riscontro di gravidanza in donna diabetica 3. Scompensamento glicemico severo (emoglobina glicata > 11% o > 97 mmol/mol) 4. Scompensamento glicemico severo (glicemia > 300mg/dl) di nuova insorgenza con sintomi/segni: poliuria, polidipsia, calo ponderale 5. Sospetto di diabete mellito tipo 1 di nuova insorgenza 6. Altro (10%)**
U (PEDIATRIA)	72 h	1. Diabete di prima insorgenza (inquadramento diagnostico e terapeutico) 2. Iperglicemia di prima insorgenza di paziente in trattamento per neoplasia o fibrosi cistica 3. Ipoglicemie ricorrenti 4. Altro (10%)**
B	10 gg	1. Iperglicemia di prima insorgenza di paziente in trattamento per neoplasia 2. Insufficienza renale cronica severa (GFR < 30 ml/min) in diabete 3. Ipoglicemie ricorrenti 4. Rinnovo piano terapeutico per paziente diabetico scompensato 5. Scompensamento glicemico (9% <= emoglobina glicata < 11%) di nuova insorgenza 6. Ulcera piede non complicata in diabete mellito 7. Altro (10%)**
B (PEDIATRIA)	10 gg	1. Scompensamento glicemico (emoglobina glicata >= 7%) 2. Altro (10%)**

° Prestazione di nuova introduzione.

CLASS_RAO 012	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA PER DIABETE - Codice 89.7A.8° Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale ed eventuale applicazione di microinfusore sottocute	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diabete di primo riscontro (inquadramento diagnostico e terapeutico) 2. Quadri acuti di complicanze croniche in paziente diabetico (neuropatia diabetica dolorosa, claudicatio III-IV stadio, evoluzione epatopatia cronica, recente infarto del miocardio, recente episodio di cerebrovasculopatia, recente intervento di chirurgia maggiore) 3. Altro (10%)**
D (PEDIATRIA)	30 gg	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO NON PREVISTE*
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO NON PREVISTE*
P (PEDIATRIA)	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO NON PREVISTE*

° Prestazione di nuova introduzione.

* I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste".

CLASS_RAO 013	PRIMA VISITA GINECOLOGICA - Codice 89.26.1° Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuali indicazioni in funzione anticoncezionale o preconcezionale. Non associabile a 89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA	
	PRIMA VISITA OSTETRICA - Codice 89.26.3° Incluso: eventuale prelievo citologico. Non associabile a 89.26.1 PRIMA VISITA GINECOLOGICA	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
EMERGENZA°°	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dolore pelvico acuto 2. Ipertensione in gravidanza 3. Menometrorragie gravi 4. Perdite ematiche in gravidanza
EMERGENZA°° (PEDIATRIA)	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dolore pelvico acuto 2. Menometrorragie gravi 3. Sospetto abuso sessuale
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ascite da probabile patologia ginecologica 2. Bartolinite 3. Vaginiti persistenti resistenti a terapia 4. Altro (10%)**
U (PEDIATRIA)	72 h	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ascite da probabile patologia ginecologica 2. Bartolinite 3. Gravidanza in minorenne 4. Vaginiti persistenti resistenti a terapia 5. Altro (10%)**

° Prestazioni di nuova introduzione.

CLASS_RAO 013	<p align="center">PRIMA VISITA GINECOLOGICA - Codice 89.26.1° Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuali indicazioni in funzione anticoncezionale e preconcezionale. Non associabile a 89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA</p> <p align="center">PRIMA VISITA OSTETRICA – Codice 89.26.3° Incluso: eventuale prelievo citologico. Non associabile a 89.26.1 PRIMA VISITA GINECOLOGICA</p>	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nodulo mammario 2. Pap Test "positivo" 3. Perdite ematiche atipiche (escluse menometrorragie gravi) 4. Segni/sintomi da probabile malattia sessualmente trasmessa 5. Sospetta neoplasia ginecologica 6. Altro (10%)**
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perdite ematiche atipiche (escluse menometrorragie gravi) 2. Sanguinamento genitale in pre-pubere 3. Sospetta neoplasia ginecologica 4. Altro (10%)**

° Prestazioni di nuova introduzione.

CLASS_RAO 013	<p align="center">PRIMA VISITA GINECOLOGICA - Codice 89.26.1° Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuali indicazioni in funzione anticoncezionale e preconcezionale. Non associabile a 89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA</p> <p align="center">PRIMA VISITA OSTETRICA – Codice 89.26.3° Incluso: eventuale prelievo citologico. Non associabile a 89.26.1 PRIMA VISITA GINECOLOGICA</p>	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Amenorrea con test di gravidanza negativo 2. Cisti ovarica 3. Dolore pelvico cronico 4. Fibromi uterini 5. Incontinenza urinaria 6. Prolasso utero-vaginale 7. Sospetta condilomatosi genitale 8. Valutazione per contraccezione 9. Altro (10%)**
D (PEDIATRIA)	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Amenorrea con test di gravidanza negativo 2. Dolore pelvico cronico 3. Altro (10%)**
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acne/Irsutismo 2. Menopausa sintomatica 3. Sterilità/infertilità di coppia 4. Altro (10%)**
P (PEDIATRIA)	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acne/Irsutismo 2. Altro (10%)**

° Prestazioni di nuova introduzione.

CLASS_RAO 014	PRIMA VISITA NEUROLOGICA - Codice 89.13°	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
EMERGENZA°°	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cefalea esordita dopo recente trauma cranico (anche se con precedente TAC encefalo negativa) 2. Cefalea violenta ad esordio acuto in soggetto precedentemente asintomatico 3. Effetti collaterali importanti di terapia in atto 4. Recente insorgenza/ recidiva di segni e/o sintomi neurologici che modificano le condizioni preesistenti alterando: <ul style="list-style-type: none"> • lo stato di coscienza (perdita di coscienza prolungata, prima crisi epilettica, episodi critici ripetuti di recente insorgenza, crisi epilettiche subentranti) • le capacità cognitive (rapido deterioramento mentale) • le capacità sensitive e/o motorie 5. Recidiva in malattia cronica nota con sintomatologia grave che possa compromettere le funzioni vitali 6. Sospetti segni e/o sintomi di TIA o altro evento cerebro-vascolare 7. Stato confusionale ad esordio acuto 8. Vertigine acuta accompagnata da altri segni e/o sintomi di interessamento del Sistema Nervoso Centrale o Periferico
EMERGENZA°° (PEDIATRIA)	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cefalea violenta ad esordio acuto in soggetto precedentemente asintomatico 2. Effetti collaterali importanti di terapia in atto 3. Episodio convulsivo afebrile 4. Insorgenza acuta/recidiva di segni e/o sintomi neurologici che modificano le condizioni preesistenti alterando: <ul style="list-style-type: none"> • lo stato di coscienza (sincopi, episodi critici ripetuti di recente insorgenza, crisi epilettiche subentranti) • le capacità cognitive (rapido deterioramento mentale) • le capacità sensitive e/o motorie 5. Recente trauma cranico sintomatico (anche se con precedente TAC encefalo negativa) 6. Sospetti segni e/o sintomi di TIA o altro evento cerebro-vascolare 7. Stato confusionale ad esordio acuto

° Prestazione di nuova introduzione.

CLASS_RAO 014	PRIMA VISITA NEUROLOGICA - Codice 89.13°	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO NON PREVISTE*
U (PEDIATRIA)	72 h	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO NON PREVISTE*
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aggravamento subacuto o comparsa di nuovi sintomi/segni in malattia neurologica nota già in trattamento ambulatoriale 2. Recidiva in malattia cronica nota con sintomatologia non grave senza compromissione delle funzioni vitali 3. Riduzione capacità cognitive o deterioramento mentale di recente insorgenza che comprometta le attività di vita quotidiana 4. Sospetto di malattie con deficit sub-acuto del Sistema Nervoso Centrale o Neuromuscolare 5. Altro (10%)**
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aggravamento subacuto o comparsa di nuovi sintomi/segni in malattia neurologica nota già in trattamento ambulatoriale 2. Recidiva in malattia cronica nota con sintomatologia non grave senza compromissione delle funzioni vitali 3. Sospetto di malattie con deficit sub-acuto del Sistema Nervoso Centrale o Neuromuscolare 4. Altro (10%)**

° Prestazione di nuova introduzione.

* I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste".

CLASS_RAO 014	PRIMA VISITA NEUROLOGICA - Codice 89.13°	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cefalea 2. Deterioramento cognitivo con neuroradiologia negativa per processi focali eseguita entro i 3 mesi precedenti 3. Reperti incidentali delle neuroimmagini escluse patologie neuroproliferative di competenza neurochirurgica 4. Riduzione capacità cognitive o deterioramento mentale 5. Sospetto di malattie del Sistema Nervoso Centrale o Neuromuscolare a lenta progressione 6. Altro (10%)**
D (PEDIATRIA)	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cefalea 2. Modificazione significativa del quadro neurologico in pazienti con patologia neurologica già diagnosticata o documentata o sintomi in lento peggioramento 3. Sospetto di malattie del Sistema Nervoso Centrale o Neuromuscolare a lenta progressione 4. Altro (10%)**
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Malattie con deficit cronico e storia di anni 2. Altro (10%)**
P (PEDIATRIA)	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO NON PREVISTE*

° Prestazione di nuova introduzione.

* I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste".

CLASS_RAO 015	<p align="center">PRIMA VISITA OCULISTICA – Codice 95.02°</p> <p align="center">Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA</p>	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
EMERGENZA^{oo}	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Amaurosi acuta 2. Anisocoria di recente insorgenza 3. Calo improvviso ed importante del visus e/o evidente riduzione amputazione del campo visivo - scotomi fissi 4. Causticazione o ustione 5. Diplopia acuta 6. Esoftalmo monolaterale di nuova insorgenza 7. Flogosi acuta dei tessuti perioculari e/o oftalmoplegia (sospetta dacriocistite, sospetta cellulite orbitaria) 8. Fosfeni e miodesopsie di recente insorgenza 9. Ptosì acuta 10. Sospetto di corpo estraneo 11. Sospetto di endoftalmite (occhio rosso e dolente e/o calo del visus nel decorso post-operatorio) 12. Sospetto di glaucoma acuto (occhio rosso e dolente con nausea e pupilla areagente in media midriasi) 13. Trauma oculare

^o Prestazione di nuova introduzione.

CLASS_RAO 015	PRIMA VISITA OCULISTICA - Codice 95.02° Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
EMERGENZA°° (PEDIATRIA)	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anisocoria di recente insorgenza 2. Calo improvviso ed importante del visus e/o evidente riduzione amputazione del campo visivo - scotomi fissi 3. Causticazione o ustione 4. Diplopia acuta 5. Dolore acuto oculare 6. Esoftalmo monolaterale di nuova insorgenza 7. Flogosi acuta dei tessuti periorculari e/o oftalmoplegia (sospetta dacriocistite, sospetta cellulite orbitaria) 8. Ptosi acuta o che occlude la pupilla 9. Sospetto di corpo estraneo 10. Sospetto di endoftalmite (occhio rosso e dolente e/o calo del visus nel decorso post-operatorio) 11. Trauma oculare

° Prestazione di nuova introduzione.

CLASS_RAO 015	PRIMA VISITA OCULISTICA - Codice 95.02° Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> 1. Congiuntivite acuta resistente a terapia 2. Metamorfopsia 3. Altro (10%)**
U (PEDIATRIA)	72 h	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fotofobia, torbidità corneale, epifora (sospetto glaucoma congenito) 2. Nistagmo di nuova insorgenza 3. Occhio rosso non traumatico persistente o che peggiora dopo la terapia 4. Altro (10%)**
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patologia palpebrale infiammatoria 2. Sospette neoplasie del bulbo e degli annessi oculari 3. Altro (10%)**
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patologia palpebrale infiammatoria 2. Strabismo di nuova insorgenza 3. Anomalia del riflesso rosso 4. Altro (10%)**

° Prestazione di nuova introduzione.

CLASS_RAO 015	PRIMA VISITA OCULISTICA - Codice 95.02° Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Congiuntivite cronica 2. Glaucoma per reinquadramento 3. Retinopatia diabetica per reinquadramento 4. Valutazione per avvio/mantenimento di terapie sistemiche (es. plaquenil, amiodarone, cortisone, ecc.) 5. Altro (10%)**
D (PEDIATRIA)	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cefalea di sospetta origine oculare" 2. Microftalmo 3. Ptosi non acuta o che non occlude la pupilla 4. Sospetta ambliopia 5. Sospetta stenosi vie lacrimali 6. Valutazione in neonato pretermine, se non precedentemente screenato, nel sospetto di una ipofunzione dell'occhio 7. Sospetto strabismo 8. Altro (10%)**

° Prestazione di nuova introduzione.

CLASS_RAO 015	PRIMA VISITA OCULISTICA - Codice 95.02° Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Calo visus non acuto 2. Familiarità per glaucoma e altre patologie ereditarie 3. Pterigio 4. Valutazione in paziente iperteso e/o diabetico di nuova diagnosi 5. Altro (10%)**
P (PEDIATRIA)	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Calo visus non acuto 2. Familiarità per patologie ereditarie oculari 3. Test di Lang e/o di Cover - test sospetto 4. Valutazione in paziente con patologie sistemiche che prevedono un controllo della funzione visiva 5. Altro (10%)**

° Prestazione di nuova introduzione.

CLASS_RAO 016	PRIMA VISITA ORTOPEDICA - Codice 89.7B.8° Incluso: eventuale podoscopia per prescrizione di plantare	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
EMERGENZA°°	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Blocchi articolari (spalla, gomito, ginocchio, anca) antalgici e meccanici
EMERGENZA°° (PEDIATRIA)	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Artrite settica 2. Blocchi articolari (spalla, gomito, ginocchio, anca) antalgici e meccanici 3. Dolori con grande limitazione funzionale 4. Osteomielite 5. Sindrome compartimentale o complicanze (febbre dolore) dopo trattamento di frattura o intervento chirurgico 6. Sospetta epifisiolisi 7. Sospette fratture o lussazioni 8. Versamento articolare (idarto) importante

° Prestazione di nuova introduzione.

CLASS_RAO 016	PRIMA VISITA ORTOPEDICA - Codice 89.7B.8° Incluso: eventuale podoscopia per prescrizione di plantare	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> 1. Artralgia di natura traumatica da almeno tre giorni 2. Artropatia resistente a terapia 3. Cervicalgie acute con blocco vertebrale non post-traumatiche 4. Crolli vertebrali acuti (dopo esecuzione imaging) 5. Ematoma suscettibile di aspirazione 6. Lombosciatalgie acute con insufficienza rachide + Lasègue vivace + Valsalva positiva 7. Sindrome compartimentale o complicanze (febbre dolore) dopo trattamento di frattura o intervento chirurgico anche vertebrale 8. Sospetta lesione dei legamenti, rotture tendinee e muscolari 9. Sospetta patologia tumorale primitiva (dopo esecuzione imaging) 10. Sospetto clinico di frattura scheletrica dei piccoli segmenti con dolore ed impotenza funzionale 11. Traumatismo osteoarticolare acuto 12. Versamento articolare (idartro) importante 13. Altro (10%)**
U (PEDIATRIA)	72 h	<ol style="list-style-type: none"> 1. Artralgia di natura traumatica 2. Sospetta patologia tumorale primitiva (dopo esecuzione imaging) 3. Altro (10%)**

° Prestazione di nuova introduzione.

CLASS_RAO 016	PRIMA VISITA ORTOPEDICA - Codice 89.7B.8° Incluso: eventuale podoscopia per prescrizione di plantare	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dolore dorsale persistente in paziente osteoporotico 2. Artropatia cronica con sintomi di riacutizzazione resistente a terapia 3. Cervicobrachialgia e/o lombosciatalgia acuta in assenza di segni neurologici periferici resistente a terapia 4. Sindromi canalicolari con impotenza funzionale 5. Tendiniti e tenosinoviti acute 6. Versamento articolare non traumatico e non cronico senza segni chiari di flogosi 7. Altro (10%)**
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Artropatia resistente a terapia 2. Displasia evolutiva anca (DEA o DCA) con ecografia anche da: tipo II° C secondo Graf o più grave 3. Gonalgia da sospetto Osgood-Schlatter 4. Piede torto congenito 5. Pregressa frattura (con forte limitazione del movimento) 6. Tendiniti e tenosinoviti acute 7. Torcicollo con ecografia del muscolo sternocleidomastoideo positiva 8. Altro (10%)**

° Prestazione di nuova introduzione.

CLASS_RAO 016	PRIMA VISITA ORTOPEDICA - Codice 89.7B.8° Incluso: eventuale podoscopia per prescrizione di plantare	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cervicobrachialgia e/o lombosciatalgia croniche 2. Patologie osteoarticolari croniche 3. Sindromi canalicolari senza impotenza funzionale 4. Altro (10%)**
D (PEDIATRIA)	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anomalie della marcia 2. Pollice (o altre dita) flesso o a scatto 3. Scoliosi 4. Altro (10%)**
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tumefazioni ossee non dolenti (esostosi, cisti) 2. Altro (10%)**
P (PEDIATRIA)	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bambini con paramorfismi articolari (piede piatto, ginocchio valgo, metatarso varo sopra 1 anno, cifosi) 2. Sindattilie e altre alterazioni delle dita 3. Tumefazioni ossee non dolenti (esostosi, cisti) 4. Altro (10%)**

° Prestazione di nuova introduzione.

CLASS_RAO 017	PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA – Codice 89.7B.9 [°] Incluso, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità vestibolare, utilizzo di fibre ottiche, rimozione di cerume	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
EMERGENZA ^{°°}	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ascesso peritonsillare 2. Corpi estranei nel distretto ORL 3. Disfagia acuta e/o grave 4. Dispnea inspiratoria acuta 5. Ematoma o emorragia importante in atto nel distretto ORL 6. Emorragia post-intervento ORL 7. Ipoacusia da trauma acustico di recente insorgenza 8. Ipoacusia improvvisa escluso tappo di cerume o otite acuta 9. Otorragia in trauma cranico 10. Paralisi acuta del facciale 11. Reazioni allergiche con edema nel distretto ORL 12. Traumi e ferite nel distretto ORL 13. Trisma 14. Tumefazione flogistica acuta del collo 15. Vertigine acuta e/o invalidante accompagnata da altri segni/sintomi di scompenso vestibolare

[°] Prestazione di nuova introduzione.

CLASS_RAO 017	PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA – Codice 89.7B.9° Incluso, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità vestibolare, utilizzo di fibre ottiche, rimozione di cerume	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
EMERGENZA ^{oo} (PEDIATRIA)	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ipoacusia da trauma acustico di recente insorgenza 2. Ascesso peritonsillare 3. Corpi estranei nel distretto ORL 4. Disfagia acuta e/o grave 5. Dispnea inspiratoria acuta 6. Ematoma o emorragia importante in atto nel distretto ORL 7. Emoftoe 8. Epistassi continuativa 9. Flogosi dell'orecchio medio in paziente con impianto cocleare 10. Ipoacusia improvvisa 11. Mastodite/otite acuta o cronica con complicazioni 12. Otorragia 13. Paralisi acuta del facciale 14. Reazioni allergiche con edema nel distretto ORL 15. Sinusite complicata 16. Traumi e ferite nel distretto ORL 17. Trisma 18. Vertigine acuta e/o invalidante accompagnata da altri segni/sintomi di scompenso vestibolare

^o Prestazione di nuova introduzione.

CLASS_RAO 017	PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA – Codice 89.7B.9° Incluso, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità vestibolare, utilizzo di fibre ottiche, rimozione di cerume	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> 1. Epistassi continuativa 2. Otorrea persistente resistente a terapia 3. Rinorrea persistente resistente a terapia 4. Sospetto di rinosinusopatia acuta 5. Altro (10%)**
U (PEDIATRIA)	72 h	<ol style="list-style-type: none"> 1. Otorrea persistente resistente a terapia 2. Rinorrea persistente resistente a terapia 3. Altro (10%)**
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Emoftoe 2. Flogosi dell'orecchio medio in paziente con impianto cocleare 3. Odinofagia e/o disfagia e/o disfonia persistente o ingravescente 4. Sospetta neoplasia ORL con sintomi/segni specifici e/o imaging positivo 5. Altro (10%)**
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Epistassi ricorrente di grado lieve e/o resistente a terapia 2. Linfadenopatia laterocervicale persistente 3. Peggioramento di apnee notturne già documentate di grado severo 4. Sinusite già documentata resistente a terapia 5. Altro (10%)**

° Prestazione di nuova introduzione.

CLASS_RAO 017	PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA – Codice 89.7B.9° Incluso, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità vestibolare, utilizzo di fibre ottiche, rimozione di cerume	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ostruzione nasale di recente insorgenza ma persistente al trattamento 2. Dolore persistente post traumatico 3. Epistassi episodica non in TAO 4. Faringotonsillite acuta recidivante 5. Neoformazioni regione laterocervicale/loggia parotidea/loggia tiroidea in lento accrescimento, già note 6. Processi flogistici recidivanti/cronici delle vie aerodigestive superiori 7. Sospetto della Sindrome delle apnee ostruttive del sonno (OSAS) 8. Vertigine non acuta e/o non invalidante 9. Altro (10%)**
D (PEDIATRIA)	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disfagia/disfonia non acuta e/o non grave 2. Neoformazioni regione laterocervicale/loggia parotidea/loggia tiroidea in lento accrescimento, già note 3. Otite media effusiva da oltre 3 mesi 4. Ritardo del linguaggio/apprendimento (valutazione otorino/audiologica) 5. Valutazione in neonato pretermine, se non precedentemente screenato, nel sospetto di una ipofunzione dell'orecchio 6. Vertigine episodica non acuta 7. Altro (10%)**

° Prestazione di nuova introduzione.

CLASS_RAO 017	PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA - Codice 89.7B.9° Incluso, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità vestibolare, utilizzo di fibre ottiche, rimozione di cerume	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO NON PREVISTE*
P (PEDIATRIA)	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO NON PREVISTE*

° Prestazione di nuova introduzione.

* I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste".

CLASS_RAO 018	PRIMA VISITA REUMATOLOGICA - Codice 89.7°	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> 1. Versamento articolare non traumatico e non cronico con segni chiari di flogosi 2. Raynaud severo con disturbi trofici importanti 3. Mialgia e/o marcata ipostenia con elevazione CPK 4. Sospetti effetti iatrogeni gravi (es. mielotossicità, epatotossicità) 5. Alto rischio teratogeno (gravidanza in corso di trattamento immunosoppressivo) 6. Riacutizzazione (sintomi/alterazioni biumorali) di connettiviti o vasculiti con compromissione di organi vitali (cuore, rene, polmoni, SNC) 7. Rachialgia da sospetta spondilodiscite settica (rachialgia intensa con febbre) 8. Cefalea e/o disturbi visivi di recente insorgenza in sospetta arterite di Horton 9. Crolli e/o fratture vertebrali acuti (dopo esecuzione imaging) 10. Altro (10%)**
U (PEDIATRIA)	72 h	<ol style="list-style-type: none"> 1. Raynaud severo con disturbi trofici importanti 2. Sospetti effetti iatrogeni gravi (es. mielotossicità, epatotossicità) 3. Dolore e/o marcata ipostenia con elevazione CPK associati a segni sistemici e/o segni cutaneo-mucosi 4. Manifestazioni suggestive di connettiviti con compromissione di organi vitali 5. Altro (10%)**

° Prestazione di nuova introduzione.

CLASS_RAO 018	PRIMA VISITA REUMATOLOGICA - Codice 89.7°	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Versamento articolare non traumatico e non cronico senza segni chiari di flogosi 2. Artrite di recente insorgenza (rigidità mattutina > 30 minuti, artrite in 3 o più articolazioni, interessamento delle articolazioni metacarpofalangee o metatarsofalangee) 3. Segni suggestivi di patologia reumatica: noduli dermo-ipodermici dolenti (eritema nodoso); porpora palpabile; eritema a farfalla al volto; fenomeno di Raynaud con interessamento cutaneo associato a sintomi sistemici (artralgie o febbre o astenia o calo ponderale); aftosi orale e genitale contemporanea 4. Pneumopatia interstiziale e/o ipertensione polmonare in associazione al riscontro di auto-anticorpi 5. Artrite/artralgia intense resistente ai FANS 6. Necessità di variazione terapia per effetti iatrogeni non gravi 7. Artrite o dattilite (dito a "salsicciotto" dolente) in paziente affetto da psoriasi (o familiarità) e/o recente episodio infettivo e/o malattia cronica dell'intestino 8. Artrite di recente comparsa associata a sintomi sistemici: febbre, astenia, calo ponderale inspiegabile (4-5%) 9. Rachialgia da sospetta spondilodiscite 10. Altro (10%)**
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Versamento articolare non traumatico e non cronico con segni chiari di flogosi in assenza di manifestazioni sistemiche 2. Segni suggestivi di patologia reumatica: noduli dermo-ipodermici dolenti (eritema nodoso); porpora palpabile; eritema a farfalla al volto; fenomeno di Raynaud con interessamento cutaneo associato a sintomi sistemici (artralgie o febbre o astenia o calo ponderale); aftosi orale e genitale contemporanea 3. Artrite o dattilite (dito a "salsicciotto" dolente) in paziente affetto da psoriasi (o familiarità) e/o recente episodio infettivo e/o malattia cronica dell'intestino 4. Necessità di variazione terapia per effetti iatrogeni non gravi 5. Altro (10%)**

° Prestazione di nuova introduzione.

CLASS_RAO 018	PRIMA VISITA REUMATOLOGICA - Codice 89.7°	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dolore vertebrale infiammatorio 2. Riacutizzazione non grave (sintomi/alterazioni biomorali) di forma infiammatoria cronica già in trattamento senza compromissione di organi vitali 3. Fenomeno di Raynaud isolato di recente insorgenza 4. Xerostomia e/o xeroftalmia persistenti e non farmaco-dipendenti 5. Altro (10%)**
D (PEDIATRIA)	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riacutizzazione non grave (sintomi/alterazioni biomorali) di forma infiammatoria cronica già in trattamento senza compromissione di organi vitali 2. Xerostomia e/o xeroftalmia persistenti e non farmaco-dipendenti 3. Febbri ricorrenti 4. Uveite ricorrente/persistente in assenza di rischio di visus, dopo valutazione oculistica 5. Altro (10%)**
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valutazione rischio osteoporosi 2. Indici di flogosi persistentemente alterati in assenza di manifestazioni cliniche 3. Alterazione di parametri relativi all'autoimmunità (FR, ANA, ENA, ANCA, aCL, TAS, ecc.) senza manifestazioni cliniche 4. Sospetta sindrome fibromialgica 5. Altro (10%)**
P (PEDIATRIA)	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fenomeno di Raynaud isolato di recente insorgenza non associato a segni sistemici 2. Fibromialgie o dolori diffusi sine materia 3. Alterazione di parametri relativi all'autoimmunità (FR, ANA, ENA, ANCA, aCL, TAS, ecc.) senza manifestazioni cliniche 4. Dolori articolari persistenti non associati a segni sistemici e con valori biomorali e di emocromo nella norma 5. Altro (10%)**

° Prestazione di nuova introduzione.

CLASS_RAO 019	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA - Codice 89.7C.3° Incluso: esplorazione dei genitali esterni ed esplorazione rettale	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
EMERGENZA°°	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Colica renale complicata (resistente a terapia e/o macroematuria e/o febbre) 2. Macroematuria con tamponamento vescicale (ritenzione urinaria) 3. Malfunzionamento catetere vescicale, epicistostomico, nefrostomico 4. Parafimosi 5. Priapismo 6. Prostatite acuta resistente a terapia 7. Ritenzione urinaria acuta (in casi di impossibilità di cateterizzazione) 8. Scroto acuto con sospetta torsione di testicolo 9. Sospetta urosepsi 10. Trauma acuto che coinvolge l'apparato uro-genitale
EMERGENZA°° (PEDIATRIA)	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Colica renale complicata (resistente a terapia e/o macroematuria e/o febbre) 2. Macroematuria con tamponamento vescicale (ritenzione urinaria) 3. Parafimosi 4. Priapismo 5. Ritenzione urinaria acuta (in casi di impossibilità di cateterizzazione) 6. Scroto acuto con sospetta torsione di testicolo 7. Sospetta urosepsi 8. Trauma acuto che coinvolge l'apparato uro-genitale
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> 1. Macroematuria di recente insorgenza non accompagnata da sintomatologia dolorosa 2. Altro (10%)**
U (PEDIATRIA)	72 h	<ol style="list-style-type: none"> 1. Macroematuria di recente insorgenza non accompagnata da sintomatologia dolorosa 2. Altro (10%)**

° Prestazione di nuova introduzione.

CLASS_RAO 019	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA - Codice 89.7C.3° Incluso: esplorazione dei genitali esterni ed esplorazione rettale	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sospetta neoplasia dell'apparato uro-genitale 2. Idroureteronefrosi di varia eziologia 3. Macroematuria risolta 4. Colica reno-ureterale non complicata 5. Altro (10%)**
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sospetta neoplasia dell'apparato uro-genitale 2. Idroureteronefrosi di varia eziologia 3. Macroematuria risolta 4. Colica reno-ureterale non complicata 5. Spina bifida (non neurochirurga) 6. Altro (10%)**

° Prestazione di nuova introduzione.

CLASS_RAO 019	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA - Codice 89.7C.3° Incluso: esplorazione dei genitali esterni ed esplorazione rettale	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Calcolosi reno-ureterale non ostruente 2. Calcolosi vescicale 3. Emospermia 4. Condilomatosi genitale 5. Microematuria 6. Infezioni vie urinarie recidivanti 7. Curvatura del pene (induratio penis plastica) 8. Altro (10%)**
D (PEDIATRIA)	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Calcolosi reno-ureterale non ostruente 2. Calcolosi vescicale 3. Emospermia 4. Microematuria 5. Infezioni vie urinarie recidivanti (sospetto RVU) 6. Curvatura del pene (induratio penis plastica) 7. Patologia urinaria diagnosticata in vescica neurologica 8. Ipospadi 9. RVU maggiore 10. Altro (10%)**

° Prestazione di nuova introduzione.

CLASS_RAO 019	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA - Codice 89.7C.3° Incluso: esplorazione dei genitali esterni ed esplorazione rettale	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Varicocele 2. Idrocele 3. Cistocele 4. Fimosi non complicata 5. Disturbi della fertilità 6. Disfunzione erettile 7. Eiaculazione precoce 8. Disturbi minzionali 9. Altro (10%)**
P (PEDIATRIA)	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Varicocele 2. Idrocele 3. Fimosi non complicata 4. Disturbi minzionali 5. Enuresi 6. Testicolo ritenuto 7. Altro (10%)**

° Prestazione di nuova introduzione.

NOTE

°° EMERGENZA/URGENZA

Le INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO sono principalmente riferite a condizioni che non riguardano l'emergenza/urgenza. Tuttavia, in alcuni casi, i Gruppi Tematici hanno ritenuto opportuno elencare INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO riferite a situazioni non differibili, che presuppongono un sospetto di patologia tale da richiedere una più rapida presa in carico del paziente, rispetto alla categoria "U" (3 giorni di attesa), da parte dello specialista della rispettiva disciplina.

*INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO NON PREVISTE

I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste".

**ALTRO (10%)

Qualsiasi condizione clinica non prevista dalle "parole chiave" che si ritiene giustifichi l'attribuzione a quello specifico raggruppamento. Presuppone in ogni caso la descrizione in dettaglio delle condizioni cliniche.

TABELLE RAO PRESTAZIONI STRUMENTALI

CLASS_RAO 002 DIAR Rx	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO - Codice 88.71.4° Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso: eventuale EcocolorDoppler delle ghiandole salivari e della tiroide. Escluso EcocolorDoppler delle paratiroidi Codice 88.73.7	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Scialoadeniti acute e colica salivare 2. Altro (10%)**
U (PEDIATRIA)	72 h	1. Tumefazioni ad insorgenza improvvisa 2. Sospetta calcolosi delle ghiandole salivari maggiori 3. Massa collo fissa 4. Scialoadenite acuta con sospetto di ascessualizzazione 5. Altro (10%)**
B	10 gg	1. Sospetta calcolosi delle ghiandole salivari maggiori 2. Sospetta tiroidite acuta/subacuta 3. Patologia disfunzionale tiroidea: ipertiroidismo, 4. Tumefazione improvvisa nella regione del collo (tiroide e ghiandole salivari) e delle regioni sovraclaveari 5. Altro (10%)**
B (PEDIATRIA)	10 gg	1. Adenopatia localizzata persistente dopo terapia 2. Patologia disfunzionale tiroidea/paratiroidea: ipotiroidismo, iperparatiroidismo, struma 3. Altro (10%)**

° Prestazione già prevista dal PNGLA 2019-2021 e qui revisionata.

CLASS_RAO 002 DIAR Rx	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO - Codice 88.71.4° Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso: eventuale EcocolorDoppler delle ghiandole salivari e della tiroide. Escluso EcocolorDoppler delle paratiroidi Codice 88.73.7	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tumefazione laterocervicale o delle ghiandole salivari ad insorgenza non improvvisa 2. Patologia disfunzionale tiroidea/paratiroidea: ipotiroidismo, iperparatiroidismo, struma 3. Altro (10%)**
D (PEDIATRIA)	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tumefazioni della linea mediana del collo senza carattere flogistico 2. Altro (10%)**
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO NON PREVISTE*
P (PEDIATRIA)	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO NON PREVISTE*

° Prestazione già prevista dal PNGLA 2019-2021 e qui revisionata.

* I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste".

CLASS_RAO 003 DIAR Rx	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo - Codice 88.72.2 Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
U (PEDIATRIA)	72 h	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soffio di n.d.d. di primo riscontro in paziente sintomatico 2. Sospetta cardiopatia sintomatica 3. Altro (10%)**
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aritmie maggiori documentate (ECG, Holter) 2. Cardiopatia dilatativa o ipocinetica nota, scadimento della classe funzionale 3. Cardiopatia valvolare nota, scadimento della classe funzionale 4. Sospetto di cardiopatia in pazienti in trattamento emodialitico 5. IMA, entro 6 mesi, complicato da disfunzione ventricolare sinistra 6. Insufficienza cardiaca non compensata (paziente gestibile a domicilio) 7. Post operati portatori di protesi valvolare o vascolare aortica, scadimento della classe funzionale o recente episodio settico 8. Recente insorgenza di dispnea in soggetto senza cardiopatia o pneumopatia nota 9. Soffio di n.d.d. di recente comparsa in paziente sintomatico 10. Altro (10%)**
B (PEDIATRIA)	10 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

CLASS_RAO 003 DIAR Rx	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo - Codice 88.72.2 Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Blocco di branca sinistro di nuovo riscontro asintomatico 2. Cardiopatie ischemiche 3. Pazienti con sospetto di cardiopatia o valvulopatia se asintomatico 4. Soffi cardiaci in assenza di sintomi/segni di insufficienza cardiaca 5. Altro (10%)**
D (PEDIATRIA)	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. PDA emodinamicamente non significativo 2. Soffio di n.d.d. di primo riscontro in assenza di sintomatologia 3. Altro (10%)**
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edemi declivi e/o epatomegalia a lenta evoluzione (da > 30 giorni) 2. Familiarità per cardiopatia (es. S. di Marfan, cardiomiopatia ipertrofica ostruttiva -CMPIO, cardiomiopatia dilatativa -CMPD) o morte improvvisa 3. Familiarità per cardiopatia a trasmissione genetica 4. Valutazione danno d'organo nella ipertensione arteriosa e nel diabete mellito insorti o noti da almeno 6 mesi 5. Altro (10%)**
P (PEDIATRIA)	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

CLASS_RAO 004 DIAR Rx	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI - Codice 88.73.5°	
	Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica. Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO NON PREVISTE*
B	10 gg	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO NON PREVISTE*
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presenza di gradiente pressorio >30 mm Hg tra i due arti superiori 2. Cardiopatia ischemica o arteriopatia obliterante degli arti inferiori sintomatica o dilatazione aortica 3. Soffio carotideo isolato (non aortico) anche se asintomatico 4. Trombosi retinica rteriosa 5. Altro (10%)**
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valutazione in aterosclerosi polidistrettuale con fattori di rischio 2. Pazienti con multipli fattori di rischio cardiovascolare (ipertensione, ipercolesterolemia, fumo, diabete, familiarità, fibrillazione atriale) 3. Altro (10%)**

° Prestazione già prevista dal PNGLA 2019-2021 e qui revisionata.

* I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste".

CLASS_RAO 005 DIAR Rx	ECOCOLORDOPPLER ARTERIE RENALI - Codice 88.74.9° Studio ipertensione renovascolare. Incluso: indici qualitativi e semiquantitativi	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO NON PREVISTE*
B	10 gg	1. Ipertensione grave (PAD > 120 mmHg) ad esordio improvviso o rapidamente ingravescente o refrattaria ad un trattamento aggressivo (triplice terapia) 2. Altro (10%)**
D	60 gg	1. Sospetta ipertensione secondaria a stenosi delle arterie renali 2. Altro (10%)**
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO NON PREVISTE*

^o Prestazione già prevista dal PNGLA 2019-2021 e qui revisionata.

* I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste".

CLASS_RAO 006 DIAR Rx	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO - Codici 88.77.4 e 88.77.5° ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO - Codici 88.77.6 e 88.77.7°	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO NON PREVISTE*
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. ARTERIOSO: segni di peggioramento di arteriopatía nota, con dolore a riposo e/o lesioni trofiche distali 2. VENOSO: sospetta trombosi venosa superficiale o sua recidiva 3. Altro (10%)**
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. ARTERIOSO: claudicatio < 100 metri 2. Altro (10%)**
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. ARTERIOSO: claudicatio > 100 metri 2. ARTERIOSO: diabete mellito 3. ARTERIOSO: paziente asintomatico con fattori di rischio e con ABI < 0,90 4. VENOSO: valutazione dell'indicazione alla chirurgia in sindrome varicosa cronica (non per teleangectasie o varici reticolari) 5. Altro (10%)**

° Prestazione già prevista dal PNGLA 2019-2021 e qui revisionata.

* I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste".

CLASS_RAO 007 DIAR Rx	ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI - Codice 88.76.3^o	
	Escluso: vasi viscerali	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO NON PREVISTE*
B	10 gg	1. Obiettività fisica suggestiva per aneurisma dell'aorta addominale 2. Altro (10%)**
D	60 gg	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO NON PREVISTE*
P	120 gg	1. Riscontro occasionale di calcificazioni aortiche 2. Altro (10%)**

^o Prestazione già prevista dal PNGLA 2019-2021 e qui revisionata.

* I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste".

CLASS_RAO 008 DIAR Rx	ECOENCEFALOGRAFIA - Codice 88.71.1 Ecografia transfontanellare	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ricerca segni emorragia 2. Ricerca segni di lesioni parenchimali 3. Ricerca segni di idrocefalia 4. Ricerca segni di malformazioni 5. Altro (10%)**
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ipotonia 2. Micro-Macro encefalia 3. Altro (10 %)**
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

° Prestazione già prevista dal PNGLA 2019-2021 e qui revisionata.

* I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste".

CLASS_RAO 009 DIAR Rx	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO - Codice 88.76.1 Incluso: eventuale integrazione ColorDoppler. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> 1. Colica reno-ureterale recente 2. Altro (10%)**
U (PEDIATRIA)	72 h	<ol style="list-style-type: none"> 1. Massa addominale in età pediatrica 2. Altro (10%)**
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1° riscontro di alterazione biumorale nel sospetto clinico di neoplasia 2. 1° riscontro di alterazione della funzionalità renale 3. Ascite in assenza di cause note 4. Infezioni acute urinarie resistenti alla terapia antibiotica e forme ricorrenti 5. Sospetto aneurisma aorta addominale asintomatico 6. Massa addominale in età adulta 7. Altro (10%)**
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1° riscontro di alterazione dei test di funzionalità epatica e/o renale 2. Ecografia renale nel bambino in pielonefrite acuta (per ricerca dilatazioni o scar) 3. Infezioni nefro-urinarie pediatriche 4. Altro (10%)**
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
D (PEDIATRIA)	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P e P PEDIATRIA	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

CLASS_RAO 010 DIAR Rx	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE - Codice 88.75.1 Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovra pubica	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
U (PEDIATRIA)	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	1. Sospetta patologia neoplastica organi pelvici 2. Altro (10%)**
B (PEDIATRIA)	10 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
D (PEDIATRIA)	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P (PEDIATRIA)	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

° Prestazione già prevista dal PNGLA 2019-2021 e qui revisionata.

* I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste".

CLASS_RAO 011 DIAR Rx	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.74.1	
	Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovra ombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso eventuale integrazione ColorDoppler. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Colica biliare persistente 2. Ittero ad insorgenza acuta 3. Altro (10%)**
U (PEDIATRIA)	72 h	1. Ittero ad insorgenza acuta 2. Altro (10%)**
B	10 gg	1. Epatosplenomegalia di prima insorgenza 2. Significativo incremento degli enzimi di colestasi 3. Altro (10%)**
B (PEDIATRIA)	10 gg	1. Reflusso gastro-esofageo nel lattante 2. Altro (10%)**
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
D (PEDIATRIA)	60 gg	1. Angiomi cutanei multipli 2. Malattie neuro-cutanee 3. Altro (10%)**
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P (PEDIATRIA)	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

° Prestazione già prevista dal PNGLA 2019-2021 e qui revisionata.

* I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste".

CLASS_RAO 012 DIAR Rx	ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale - Codice 88.78.2 Incluso: eventuale EcocolorDoppler. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e MONITORAGGIO ECOGRAFICO E ORMONALE DEL CICLO OVULATORIO (88.76.1)	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> 1. Masse pelviche sintomatiche 2. Menometrorragie gravi 3. Altro (10%)**
U (PEDIATRIA)	72 h	<ol style="list-style-type: none"> 1. Masse pelviche asintomatiche 2. Altro (10%)**
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Masse pelviche asintomatiche 2. Sanguinamenti in menopausa 3. Altro (10%)**
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sanguinamento in prepubere 2. Altro (10%)**

CLASS_RAO 012 DIAR Rx	ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale - Codice 88.78.2° Incluso: eventuale EcocolorDoppler. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e MONITORAGGIO ECOGRAFICO E ORMONALE DEL CICLO OVULATORIO (88.76.1)	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dolore pelvico cronico 2. Sospetto fibroma uterino 3. Irregolarità mestruali 4. Controllo posizionamento IUD 5. Altro (10%)**
D (PEDIATRIA)	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Irregolarità mestruali 2. Amenorrea con test negativo 3. Altro (10%)**
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sterilità/infertilità di coppia 2. Altro (10%)**
P (PEDIATRIA)	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acne/irsutismo 2. Altro (10%)**

° Prestazione già prevista dal PNGLA 2019-2021 e qui revisionata.

* I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste".

CLASS_RAO 013 DIAR Rx	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.1 - Codice 88.73.2	
	Incluso ecografia del cavo ascellare ed eventuale integrazione ColorDoppler. Incluso: eventuale valutazione clinica della mammella Incluso: ecografia del cavo ascellare ed eventuale integrazione ColorDoppler	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Mastite, ascesso e cisti infetta (con presa in carico dalla Breast Unit)
B	10 gg	1. Addensamento o distorsione sospetta in mammografia 2. Linfoadenomegalia ascellare clinicamente sospetta età < 40 anni senza flogosi mammaria 3. Linfonodi sopraclaveari clinicamente sospetti 4. Nodulo di recente riscontro 5. Nodulo mammario nell'uomo 6. Secrezione ematica dal capezzolo dopo esame citologico del secreto 8. Sospetto ematoma post traumatico 9. Altro (10%)**
D	60 gg	1. Accrescimento di nodulo "benigno" noto (fibroadenoma) 2. Anomalie dello sviluppo mammario 3. Altro (10%)**
P	120 gg	1. Galattocele 2. Prima richiesta in paziente ad elevato rischio eredo/familiare in donne con età <40 anni 3. Altro (10%)**

^o Prestazione già prevista dal PNGLA 2019-2021 e qui revisionata.

* I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste".

CLASS_RAO 014 DIAR Rx	<p align="center">ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE - Codice 88.79.3</p> <p align="center">Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione colorDoppler</p>	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sospetta rottura muscolare tendinea acuta con compromissione motoria 2. Altro (10%)**
U (PEDIATRIA)	72 h	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coxalgia acuta 2. Tumefazione ad insorgenza acuta dei tessuti molli 3. Altro (10%)**
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Masse non dolorose a rapida insorgenza tessuti superficiali 2. Tumefazione post-traumatica (ematoma o sieroma) 3. Lesione degenerativa dei tendini della cuffia dei rotatori con impotenza funzionale 4. Altro (10%)**
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sospetto clinico di displasia dell'anca in neonato sintomatico 2. Patologia, sospetta neoplastica, delle parti molli e linfadenopatia superficiale, di recente insorgenza 3. Sospetta infiammazione acuta articolare (sinovite acuta) 4. Sospetto ascesso delle parti molli 5. Altro (10%)**

CLASS_RAO 014 DIAR Rx	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE - Codice 88.79.3 Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione colorDoppler	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Spalla dolorosa da impingement senza impotenza funzionale o lesione traumatica della cuffia dei rotatori o lesione degenerativa dei tendini della cuffia dei rotatori 2. Tumefazione tessuti molli (cisti, lipomi, tumefazioni para-articolari) 3. Patologia degenerativa del tendine d'Achille 4. Epicondilopatie 5. Altro (10%)**
D (PEDIATRIA)	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Screening della displasia congenita dell'anca 2. Altro (10%)**
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P (PEDIATRIA)	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

* I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste".

CLASS_RAO 015 DIAR Rx	ECOGRAFIA OSTETRICA - Codice 88.78°	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sanguinamenti in gravidanza 2. Sospetta anomalia strutturale fetale 3. 3. Altro (10%)**
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sospetto ritardo di crescita fetale 2. Sospetta macrosomia 3. Sospetta placenta previa 4. Altro (10%)**
D	60 gg	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO NON PREVISTE*
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO NON PREVISTE*

* I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste".

CLASS_RAO 016 DIAR Rx	ECOGRAFIA SCROTALE - Codice 88.79.6 Incluso: testicoli e annessi testicolari. Incluso: eventuale integrazione ColorDoppler	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Massa testicolare 2. Orchite 3. Epididimite 4. Altro (10%)**
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Criptorchidismo 2. Idrocele sintomatico 3. Dolenzia scrotale persistente 4. Aumento volumetrico scroto non dolente 5. Altro (10%)**
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Varicocele 2. Sospetto idrocele 3. Altro (10%)**

* I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste".

DIAR Rx	ECOGRAFIA CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO – codice 88.79.1	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE(*)
U	72	<ol style="list-style-type: none"> 1. Possibile ematoma 2. Altro (10%)**
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 3. Masse non dolorose a rapida insorgenza 4. Adenopatia localizzata nel bambino persistente dopo terapia ed osservazione 5. Altro (10%)**
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sospetta presenza di corpo estraneo nei tessuti molli 2. Masse presenti da tempo non dolenti e senza segni di flogosi 3. Altro (10%)**
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Altro (10%)**

CLASS_RAO 019 DIAR Rx	MAMMOGRAFIA BILATERALE - Codice 87.37.1	
	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE - Codice 87.37.2	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Accertamenti in pazienti oncologici con neoplasia primitiva misconosciuta 2. Nodulo/addensamento di recente riscontro clinicamente sospetto 3. Secrezione ematica dal capezzolo dopo esame citologico del secreto sospetta mastite carcinomatosa dopo ecografia (con presa in carico dalla Breast Unit) 4. Altro (10%)**
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nodulo/addensamento di recente riscontro clinicamente non sospetto 2. Altro (10%)**
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prima richiesta in paziente ad elevato rischio eredo/familiare in donne con età ≥ 40 anni 2. Prima richiesta in paziente in fascia di età compresa tra 40 e 49 anni e > 70 anni asintomatiche con l'obiettivo di prevenzione secondaria (1° accesso) 3. Altro (10%)**

* I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste".

CLASS_RAO 020 DIAR Rx	ORTOPANORAMICA DELLE ARCADE DENTARIE - Codice 87.11.3	
	Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT)	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sospetta lesione ossea o dentale traumatica 2. Sospetta lesione ossea o dentale flogistica (granuloma, ascesso, carie dolorosa sintomatica) 3. Altro (10%)**
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ortopantomografia per carie, disodontiasi, controlli odontoiatrici 2. Studio pre-implantologico, valutazione ortodontica 3. Altro (10%)**
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

* I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste".

CLASS_RAO			
-----------	--	--	--

001		COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOCOPIO FLESSIBILE - Codice 45.23 COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.23.3 COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.23.4
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
U (PEDIATRIA)	72 h	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anemizzazione di recente insorgenza con sintomi digestivi, con Hb <10 g/dl Sanguinamento non compendiatto come urgente, rettorragia/enterorragia non grave, diarrea muco-sanguinolenta non 2. infettiva 3. Sospetto clinico e/o strumentale di neoplasia 4. Altro (10%)**
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melena accertata (dopo aver escluso un'eziologia del tratto digestivo superiore) 2. Altro (10%)**
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anemia sideropenica 2. Diarrea che perdura da almeno 30 giorni con accertamenti infettivologici negativi 3. Perdite ematiche minori (ematochezia) 4. Sangue occulto positivo nelle feci in paziente asintomatico 5. Sintomatologia dolorosa addominale e alterazione dell'alvo (mai indagata con colonscopia) in paziente con età > 50 anni 6. Alterazioni radiologiche di natura non neoplastica con quadro clinico compatibile 7. Stadiazione pretrapianto 8. Altro (10%)**
D (PEDIATRIA)	60 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Modificazioni significative e persistenti dell'alvo da almeno 3 mesi in pazienti < 50 anni, senza segni o fattori di rischio, dopo inefficacia trattamenti empirici 2. Altro (10%)**
P (PEDIATRIA)	120 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO

* I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste".

CLASS_RAO 018	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] - Codice 45.13	
	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.16.1	
	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.16.2	
	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA DELL'ESOFAGO Errore. Il segnalibro non è definito. - Codice 42.24	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
U (PEDIATRIA)	72 h	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anemizzazione di recente insorgenza con sintomi digestivi, con Hb <10 g/dl 2. Esigenza di escludere lesioni per terapie cardiologiche urgenti in pazienti con fattori di rischio per emorragia digestiva 3. Sintomi d'allarme: <ul style="list-style-type: none"> • vomito ricorrente (presenti da almeno 5-7 giorni) con esclusione di cause di natura infettiva, metabolica, neurologica e psicogena • disfagia/odinofagia (presenti da almeno 5-7 giorni) • calo ponderale significativo con sintomi digestivi 4. Sospette neoplasie rilevate obiettivamente e/o con diagnostica strumentale 5. Altro (10%)**
B (PEDIATRIA)	10 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO

* I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste".

CLASS_RAO 018	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] - Codice 45.13 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.16.1 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.16.2 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA DELL'ESOFAGO - Codice 42.24	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anemia sideropenica 2. Pazienti > 50 anni con sindrome da reflusso gastroesofageo o sindrome dispeptica dolorosa di recente insorgenza (< 6 mesi), persistente (> 4 settimane) o non responsivi alla terapia (mai indagata con EGDS) 3. Sospetta celiachia-malassorbimento 4. Stadiazione pre-trapianto 5. Valutazione varici/gastropatia da ipertensione portale 6. Altro (10%)**
D (PEDIATRIA)	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Positività test del sangue occulto in asintomatico 2. Altro (10%)**
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pazienti < 50 anni con sindrome da reflusso gastroesofageo o sindrome dispeptica (mai indagata con EGDS) con sintomi persistenti anche dopo test and treat per HP 2. Altro (10%)**
P (PEDIATRIA)	120 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO

* I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste".

TABELLE RAO – RISONANZE MAGNETICHE

CLASS_RAO 023 DIAR Rx	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC - Codice 88.95.5 Incluso: relativo distretto vascolare	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sospetto di neoplasia maligna in sede pelvica dopo esame diagnostico di 1° livello o prima stadiazione 2. Stadiazione loco regionale di neoplasia maligna pelvica (utero, vagina e retto) già accertata istologicamente 3. Tipizzazione di lesione ovarica sospetta dopo Ecografia e TC non conclusive 4. Altro (10%)**
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Endometriosi 2. Valutazione in paziente con sospetto clinico di fistola perianale 3. Altro (10%)**
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

* I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste".

CLASS_RAO 024 DIAR Rx	RM DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.95.1	
	Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quadro clinico laboratoristico di ittero ostruttivo dopo ecografia non conclusiva 2. Altro (10%)**
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dolore persistente post colecistectomia (colangio-RM) 2. Patologia ostruttiva dell'apparato urinario (uro-RM) 3. Altro (10%)**
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

* I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste".

CLASS_RAO 025 DIAR Rx	RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC - Codice 88.95.2 Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Caratterizzazione di lesione solida pancreatica indeterminata alla ecografia e TC 2. Caratterizzazione di lesioni focali al fegato, dopo ecografia e TC non conclusive 3. Ostruzione acuta delle vie biliari dopo ecografia e TC non conclusive 4. Sospetto di neoplasia maligna in sede addominale dopo esame diagnostico di 1° livello o prima stadiazione 5. Altro (10%)**
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Caratterizzazione di lesione renale dopo ecografia e TC non conclusive 2. Patologia ostruttiva dell'apparato urinario (non litiasica) dopo ecografia positiva per dilatazione delle vie escrettrici in paziente con controindicazione all'esecuzione di TC con MDC (URO RM)
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incidentaloma surrenalico 2. Sospetta patologia malformativa-genetica 3. Studio anse intestinali in paziente con accertato o sospetto clinico-laboratoristico di malattia infiammatoria intestinale (+ RM DELL'ADDOME INF SENZA E CON MDC {ENTERO RM non presente a CUR}) 4. Altro (10%)**

* I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste".

CLASS_RAO 026 DIAR Rx	RM DEL COLLO - Codice 88.91.6 [Faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi] Incluso: relativo distretto vascolare	
	RM DEL COLLO SENZA E CON MDC - Codice 88.91.7 [Faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi] Incluso: relativo distretto vascolare	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	1. Sospetta neoplasia maligna del tratto rino-oro-ipofaringeo e ghiandole salivari, dopo ecografia ed TC non conclusive 2. Altro (10%)**
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	1. A completamento di indagine TC (es. per chemodectoma) 2. Altro (10%)**

*I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste"

CLASS_RAO 027 DIAR Rx	RM DELLA COLONNA IN TOTO - Codice 88.93.6	
	RM DEL RACHIDE CERVICALE, DORSALE, LOMBOSACRALE E SCROCOCCIGEO - Codici 88.93.2, 88.93.3, 88.93.4 e 88.93.5	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rachialgia acuta o cronica riacutizzata in paziente con grave e persistente sintomatologia radicolare (deficit motorio e/o sensitivo clinicamente documentato) dopo 3 settimane di riposo e/o terapia medica senza risultati 2. Dolore rachideo e/o sintomatologia di tipo neurologico, resistente alla terapia, della durata di almeno due settimane 3. Traumi recenti e fratture da compressione 4. Altro (10%)**
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rachialgia acuta o subacuta o cronica o recidivante con sintomatologia radicolare modesta (dolore non persistente senza deficit motorio)
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

*I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste"

CLASS_RAO 028 DIAR Rx	<p style="text-align: center;">RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC - Codici 88.93.7 e 88.93.B RM DEL RACHIDE DORSALE, LOMBO-SACRALE E SACROCOCIGGEO SENZA E CON MDC Codici 88.93.8, 88.93.9, 88.93.A</p>	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> 1. PATOLOGIA ONCOLOGICA: dolore violento, recente, ingravescente in caso di esame radiografico e/o TC non conclusivo 2. SOSPETTO ONCOLOGICO: dolore ingravescente continuo anche a riposo e con persistenza notturna. Anche in assenza di dolore in presenza di deficit motori e sensitivi degli arti superiori o rigidità piramidale degli arti inferiori in caso di esame radiografico e/o TC non conclusivo 3. SOSPETTA INFEZIONE: dolore ingravescente continuo anche a riposo e con persistenza notturna. In presenza di febbre, recenti infezioni batteriche, terapie immunosoppressive, HIV in caso di esame radiografico e/o TC non conclusivo 4. Altro (10%)**
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rachialgia acuta o cronica riacutizzata in paziente con grave e persistente sintomatologia radicolare (dolore acuto e/o deficit motorio e/o sensitivo clinicamente documentato) in paziente operato di ernia discale 2. PATOLOGIA ONCOLOGICA: in presenza di deficit motori o sensitivi degli arti superiori o rigidità piramidale degli arti inferiori anche in assenza di dolore 3. Complicanze post-traumatiche 4. Studio di stadiazione oncologica o in ambito pediatrico; dubbio diagnostico di stenosi del canale midollare (solo per codice 88.93 B) 5. Altro (10%)**
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

*I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste"

CLASS_RAO 029 DIAR Rx	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.91.2	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Sospetta lesione espansiva intracranica in paziente clinicamente sintomatico 2. Altro (10%)**
U (PEDIATRIA)	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	1. Idrocefalo (dopo TC non conclusiva) 2. Patologia espansiva orbitaria 3. Prima diagnosi di Sclerosi multipla o altre malattie demielinizzanti 4. Primo episodio di epilessia 5. Tumori cavità orale e lingua 6. Altro (10%)**
B (PEDIATRIA)	10 gg	1. Tumori cavità orale e lingua 2. Arresto sviluppo psico-motorio 3. Altro (10%)**
D	60 gg	1. Cefalea continua di nuova insorgenza non sensibile a terapie, in assenza di segni o sintomi localizzanti, dopo TC non conclusiva 2. Prima diagnosi di Morbo di Parkinson (preferibilmente RM senza mdc per codice 88.91.1) 3. Sospetto neurinoma del nervo acustico 4. Sospetta patologia espansiva ipofisaria 5. Altro (10%)**
D (PEDIATRIA)	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	1. Sindromi genetiche 2. Altro (10%)**
P (PEDIATRIA)	120 gg	1. Sindromi genetiche 2. Altro (10%)**

*I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste"

CLASS_RAO 030 DIAR Rx	RM MUSCOLOSCELETRICA (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, BACINO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE) SENZA E CON MDC - Codici 88.94.H, 88.94.J, 88.94.K, 88.94.L, 88.94.M, 88.94.N, 88.94.P, 88.94.Q, 88.94.R, 88.94.S, 88.94.T, 88.94.U, e 88.94.V	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sospetta neoplasia dopo indagine radiologica di 1° livello 2. Sospetta osteomielite o raccolta flogistica/ ematica 3. PATOLOGIA ONCOLOGICA: Indagine di scelta per la stadiazione locale di una neoplasia accertata 4. SOSPETTO ONCOLOGICO: Indicata per la migliore valutazione delle strutture muscolari e tendinee. 5. Sospetta necrosi dello scafoide 6. Altro (10%)**
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patologia reumatica 2. Altro (10%)**
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

*I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste"

CLASS_ RAO 031 DIAR Rx	RM MUSCOLOSCHLETRICA (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, BACINO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE) Codici 88.94.4, 88.94.5, 88.94.6, 88.94.7, 88.94.8, 88.94.9, 88.94.A, 88.94.B, 88.94.C, 88.94.D, 88.94.E, 88.94.F, e 88.94.G	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gonalgia acuta con limitazioni funzionali gravi (compromissione della deambulazione) o blocco articolare in paziente con età <65 anni 2. Sospette lesioni tendinee o ligamentose postraumatiche in pazienti di età < 65 anni e/o fibrocartilaginee 3. Sospetta osteonecrosi 4. Spalla dolorosa con grave limitazione funzionale dopo almeno 30 giorni di terapia documentata e non risolutiva 5. PATOLOGIA TRAUMATICA: indicata nel caso di sospette lesioni legamentose intra-articolari con dolore persistente e/o blocco articolare; valutazione preliminare alla artroscopia. (solo per RM Ginocchio) 6. PATOLOGIA TRAUMATICA: indicata nel caso di lesione osteocondrale dubbia alla Rx. In caso di dolore persistente con sospetta lesione legamentosa ed ecografia negativa o dubbia 7. Altro (10%)**
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patologia del tunnel carpale in caso di recidiva dopo chirurgia 2. Sospetta osteocondrite 3. POST CHIRURGICA: (non indicata inizialmente. Migliore valutazione delle eventuali complicanze 4. SOSPETTA INFIAMMAZIONE: per malattia artritica per valutazione estensione processo flogistico articolare alla componente cartilaginea e scheletrica - early arthritis. (non indicata inizialmente. Solo dopo Rx negativa, ecografia positiva e test di laboratorio probanti per la malattia artritica per la valutazione dell'estensione del processo flogistico articolare alla componente cartilaginea e scheletrica - early arthritis. Non ripetibile prima di almeno 3 mesi ed infunzione del quadro clinico-laboratoristico. Nei quadri di degenerazione artrosica è indicato l'esame radiologico è inappropriato l'esame RM) 5. Altro (10%)**
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sindrome da conflitto articolare 2. Gonalgia con limitazioni funzionali in paziente con età >65 anni 3. Patologia algico-disfunzionale dell'articolazione temporo-mandibolare 4. Patologie infiammatorie croniche 5. Altro (10%)**

*I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste"

TABELLE RAO RX

CLASS_RAO 032 DIAR Rx	RX DELLA CAVIGLIA - Codice 88.28.1 RX DEL PIEDE [CALCAGNO] - Codice 88.28.2 comprese le dita	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE
U	72 h	1. Dolore persistente dopo trauma lieve 2. Altro (10%)**
B	10 gg	1. Dolore persistente e resistente alla terapia dopo 3 settimane 2. Altro (10%)**
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

* I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste".

CLASS_RAO 033 DIAR Rx	RX DELLA COLONNA CERVICALE, DORSALE E LOMBOSACRALE - Codici 87.22, 87.23,87.24 RX MORFOMETRIA VERTEBRALE DORSALE E LOMBARE - Codici 87.23.64, 87.24.7 RX STANDARD SACROCOCCIGE - Codice 87.24.6	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dolore persistente dopo trauma lieve 2. Altro (10%)**
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dolore persistente e resistente alla terapia dopo 3 settimane 2. Morfometria vertebrale per sospetto crollo vertebrale su base osteoporotica 3. Altro (10%)**
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Scoliosi, dismorfismi scheletrici 2. Altro (10%)**
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

* I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste".

CLASS_RAO 034 DIAR Rx	RX DEL FEMORE - Codice 88.27.1	
	RX DEL GINOCCHIO - Codice 88.27.2	
	RX DELLA GAMBA - Codice 88.27.3	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dolore persistente dopo trauma lieve 2. Altro (10%)**
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dolore persistente e resistente alla terapia dopo 3 settimane 2. Sospetta artrite settica o infiammatoria 3. Altro (10%)**
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

* I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste".

CLASS_RAO 035 DIAR Rx	RX DEL GOMITO - Codice 88.22.1	
	RX DELL'AVAMBRACCIO - Codice 88.22.2	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE
U	72 h	1. Dolore persistente dopo trauma lieve 2. Altro (10%)**
B	10 gg	1. Dolore persistente e resistente alla terapia dopo 3 settimane 2. Altro (10%)**
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

* I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste".

CLASS_RAO 036 DIAR Rx	RX DEL POLSO - Codice 88.23.1 RX DELLA MANO - Codice 88.23.2 comprese le dita	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dolore persistente dopo trauma lieve 2. Altro (10%)**
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bilancio di estensione di malattia reumatica sintomatica (primo esame) su indicazione specialistica reumatologica 2. Dolore persistente e resistente alla terapia dopo 3 settimane 3. Sospetta artrite settica o infiammatoria 4. Altro (10%)**
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste"

CLASS_RAO 037 DIAR Rx	RX DELLA SPALLA - Codice 88.21.2	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE
U	72 h	1. Dolore persistente dopo trauma lieve 2. Altro (10%)**
B	10 gg	1. Dolore persistente e resistente alla terapia dopo 3 settimane 2. Altro (10%)**
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste"

CLASS_RAO 038 DIAR Rx	RX DEL TORACE - Codice 87.44.1 Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea ingravescente senza causa nota 2. Sospetta broncopolmonite 3. Sospetta lesione neoplastica (in presenza di segni/sintomi clinici specifici) 4. Sospetto versamento pleurico 5. Altro (10%)**
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tosse senza causa evidente 2. Altro (10%)**
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sospetta patologia interstiziale diffusa 2. Altro (10%)**
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste"

TABELLE RAO TAC

CLASS_ RAO 039 DIAR Rx	TC DELL'ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC - Codice 88.01.2 Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni TC DELL'ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC - Codice 88.01.4 Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata TC DELL'ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC - Codice 88.01.6	
	CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA
U	72 h	1. Calcolosi renale complicata con ecografia non conclusiva (solo su richiesta specialistica urologica) 2. TC ADDOME COMPLETO SENZA MDC in sospette coliche renali persistenti con dilatazione della via urinaria escrettrice senza dimostrazione di calcoli all'ecografia
B	10 gg	1. Evidenza clinica o strumentale (ecografia) di patologia oncologica addomino-pelvica 2. Primo riscontro ecografico di aneurisma dell'aorta addominale, superiore a 4 cm 3. Riscontro a seguito di follow-up ecografico di aumento maggiore di cm 1 di diametro di aneurisma dell'aorta addominale 4. Caratterizzazione di lesioni focali al fegato, dopo ecografia non conclusiva (è preferibile la RM come indagine di II livello dopo ecografia in caso di pazienti giovani) 5. Altro (10%)**
D	60 gg	1. Sospetta surrenopathia endocrina con ecografia non conclusiva (è preferibile la RM come indagine di II livello dopo ecografia) 2. Sospetta pancreatite cronica 3. Lesioni focali al fegato con diagnosi ecografica verosimilmente benigna ma non conclusiva (è preferibile la RM come indagine di II livello dopo ecografia in caso di pazienti giovani) 4. Altro (10%)**
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

CLASS_RAO 040 DIAR Rx	<p align="center">TC ARTICOLARE (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, SPALLA E BRACCIO, GOMITO E AVAMBRACCIO, POLSO E MANO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA, PIEDE, GINOCCHIO E GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE)</p> <p align="center">Codici 88.38.G, 88.38.H, 88.38.J, 88.38.K, 88.38.L, 88.38.M, 88.38.N, 88.38.P, 88.38.Q, 88.39.2, 88.39.3, 88.39.4, 88.39.5, 88.39.6, 88.39.7, 88.39.8 e 88.39.9</p>	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> Sospetta frattura dopo esame radiografico negativo Altro (10%)**
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> PATOLOGIA TRAUMATICA: Non indicata inizialmente. Per valutazione scheletrica pre-chirurgica. Valutazione di alterazioni ossee riscontrate in esame radiografico in paziente pauci-sintomatico Valutazione di rilievi scintigrafici ossei positivi con esame radiografico non conclusivo Altro (10%)**
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> POST-CHIRURGICO: Non indicata inizialmente. Per una migliore valutazione dell'evoluzione clinica e di eventuali complicanze ossee Altro (10%)**
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO nonpreviste"

CLASS_RAO 041 DIAR Rx	TC ARTICOLARE (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, SPALLA E BRACCIO, GOMITO E AVAMBRACCIO, POLSO E MANO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA, PIEDE, GINOCCHIO E GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE) SENZA E CON MDC Codici 88.38.R, 88.38.S, 88.38.T, 88.38.U, 88.38.V, 88.38.W, 88.38.X, 88.38.Y, 88.38.Z, 88.39.A, 88.39.B, 88.39.C, 88.39.D, 88.39.E, 88.39.F, 88.39.G e 88.39.H	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valutazione/caratterizzazione patologia espansiva (in pazienti in cui è controindicata la RM) 2. PATOLOGIA ONCOLOGICA: valutazione delle strutture scheletriche in presenza di reperto positivo ai prioritari esami radiografici (in pazienti in cui è controindicata la RM) 3. SOSPETTO ONCOLOGICO: valutazione delle strutture scheletriche in presenza di reperto dubbio ai prioritari esami radiografici o alla scintigrafia ossea (in pazienti in cui è controindicata la RM) 4. Altro (10%)**
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO nonpreviste"

CLASS_RAO 042 DIAR Rx	TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE - Codice 88.38.5	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	1. Sospetto di neoplasia maligna dopo esame radiografico di 1° livello 2. Altro (10%)**
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO nonpreviste"

CLASS_RAO 043 DIAR Rx	<p style="text-align: center;">TC CRANIO-ENCEFALO - Codice 87.03 Non associabile a TC Sella Turcica (87.03.A) e TC Orbite (87.03.C)</p>	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sospetti segni e/o sintomi di TIA, verificatosi da oltre 48 ore in paziente a basso rischio di recidiva 2. Altro (10%)**
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sospetto ematoma sottodurale cronico o idrocefalo normoteso 2. Altro (10%)**
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sospetta demenza vascolare 2. Vertigini non di pertinenza otorino 3. Altro (10%)**
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste"

CLASS_RAO 044 DIAR Rx	TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC - Codice 87.03.1 Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (87.03.B) e TC Orbite con e senza MCD (87.03.D)	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sospetta lesione espansiva intracranica in paziente clinicamente sintomatico (in pazienti in cui è controindicata la RM) 2. Altro (10%)**
B	10 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cefalea semplice persistente con esame neurologico negativo 2. Demenza o deterioramento mentale a lenta evoluzione (prima diagnosi) 3. Patologia dell'orecchio medio (otiti croniche e colesteatomi) 4. Altro (10%)**
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

CLASS_RAO 045 DIAR Rx	TC MASSICCIO FACCIALE - Codice 87.03.2 mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patologia sinusale infiammatoria e polipoide clinicamente sintomatica 2. Patologie odontogene complesse riconosciute alla indagine radiografica 3. Altro (10%)**
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patologia sinusale infiammatoria e polipoide paucisintomatica/cronica 2. Altro (10%)**
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste"

CLASS_RAO 046 DIAR Rx	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC - Codice 87.03.3 mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari	
CLASSE DI CPRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sospetto di lesione espansiva (in pazienti in cui è controindicata la RM) 2. Altro (10%)**
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste"

CLASS_RAO 047 DIAR Rx	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE, TORACICO, LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE Codici 88.38.A, 88.38.B, 88.38.C	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sospetta frattura vertebrale dopo esame radiografico non conclusivo 2. Altro (10%)**
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rachialgia acuta o cronica riacutizzata in paziente con grave e persistente sintomatologia radicolare (deficit motorio e/o sensitivo clinicamente documentato) dopo 3 settimane di riposo e/o terapia medica senza risultati, (in pazienti in cui è controindicata la RM) 2. Altro (10%)**
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rachialgia acuta o subacuta o cronica o recidivante con sintomatologia radicolare modesta (dolore non persistente senza deficit motorio) - (in pazienti in cui è controindicata la RM) 2. Altro (10%)**
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste"

CLASS_RAO 048 DIAR Rx	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE, TORACICO, LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE SENZA E CON MDC - Codici 88.38.D, 88.38.E, 88.38.F	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. PATOLOGIA ONCOLOGICA: Per la valutazione delle strutture scheletriche. Meglio la RM per lo studio del tessuto endocanalare e dei tessuti molli. In presenza di deficit neurologici anche in assenza di dolore. 2. SOSPETTO ONCOLOGICO: RM DUBBIA O POSITIVA: per la migliore valutazione della componente scheletrica con dolore ingravescente continuo anche a riposo e con persistenza notturna. Anche in assenza di dolore in presenza di deficit neurologici agli arti inferiori. 3. COMPLICANZE POST-CHIRURGICHE (in pazienti in cui è controindicata la RM) 4. Altro (10%)**
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. PATOLOGIA SCHELETRICA NON ONCOLOGICA: per una migliore valutazione quando la RM non sia chiarificatrice 2. Altro (10%)**
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO nonpreviste"

CLASS_RAO 049 DIAR Rx	TC DEL TORACE - Codice 87.41 polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sospetto di pneumotorace o pneumomediastino in paziente paucisintomatico con esame radiografico non conclusivo 2. Sospetta patologia infiammatoria acuta con esame radiografico non conclusivo 3. Altro (10%)**
B	10 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sospetta interstiziopatia polmonare 2. Altro (10%)**
P	180 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO nonpreviste"

CLASS_RAO 050 DIAR Rx	TC DEL TORACE SENZA E CON MDC - Codice 87.41.1 polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE
U	72 h	1. Sospetto clinico o laboratoristico di trombo embolia polmonare
B	10 gg	1. Evidenza clinica o strumentale (RX) di patologia oncologica mediastinica, polmonare o pleurica 2. Evidenza clinica o strumentale (RX) di patologia vascolare mediastinica (allargamento mediastinico) 3. Altro (10%)**
D	60 gg	1. Versamento pleurico e patologia infiammatoria a lenta risoluzione dopo esame radiografico 2. Altro (10%)**
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste"

CLASS_RAO 008	<p align="center">ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE - Codice 93.08.A° Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Include tutte le fibre indagabili. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2</p> <p align="center">ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE - Codice 93.08.B° fino a 4 muscoli. Include tutte le fibre indagabili. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2</p> <p align="center">ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.16.2</p> <p align="center">ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO - Codice 93.08.C° fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Include tutte le fibre indagabili. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)</p> <p align="center">ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO - Codice 93.08.D° Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli. Include tutte le fibre indagabili</p> <p align="center">VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA (per nervo) - Codice 93.09.1° Per nervo principale. Fino a 6 segmenti</p> <p align="center">VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA - Codice 93.09.2° Per nervo principale. Fino a 4 segmenti</p>		
	CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
	U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO NON PREVISTE*
	U (PEDIATRIA)	72 h	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO NON PREVISTE*
	B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sospetta lesione acuta del Sistema Nervoso Neuromuscolare con deficit motorio e/o sensitivo a carico dei nervi cranici o degli arti superiori e/o degli arti inferiori previa valutazione specialistica 2. Altro (10%)**
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sospetta lesione acuta del Sistema Nervoso Neuromuscolare con deficit motorio e/o sensitivo a carico dei nervi cranici o degli arti superiori e/o degli arti inferiori previa valutazione specialistica 2. Sospetta patologia del motoneurone previa valutazione specialistica 3. Floppy baby previa valutazione specialistica 4. Sospetta patologia muscolare primitiva o secondaria previa valutazione specialistica 5. Sospetta patologia del Sistema Nervoso Periferico su base iatrogena 6. Altro (10%)** 	

CLASS_RAO 008	<p align="center">ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE - Codice 93.08.A° Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Include tutte le fibre indagabili. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2</p> <p align="center">ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE - Codice 93.08.B° fino a 4 muscoli. Include tutte le fibre indagabili. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2</p> <p align="center">ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.16.2</p> <p align="center">ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO - Codice 93.08.C° fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Include tutte le fibre indagabili. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)</p> <p align="center">ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO - Codice 93.08.D° Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli. Include tutte le fibre indagabili</p> <p align="center">VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA (per nervo) - Codice 93.09.1° Per nervo principale. Fino a 6 segmenti</p> <p align="center">VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA - Codice 93.09.2° Per nervo principale. Fino a 4 segmenti</p>		
	CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
	D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Radicolopatia acuta/subacuta (ad almeno 3 settimane di distanza dall'esordio) da ernie discali recentemente neuroradiologicamente documentate 2. Tunnel carpale o altro intrappolamento nervoso 3. Sospetta patologia del motoneurone previa valutazione specialistica 4. Sospetta patologia del nervo periferico previa valutazione specialistica 5. Sospetta patologia muscolare primitiva o secondaria previa valutazione specialistica 6. Paralisi periferica del nervo facciale a lenta risoluzione previa valutazione specialistica 7. Probabile neuropatia diabetica o tossico-metabolica 8. Sospetta miastenia gravis previa valutazione specialistica 9. Altro (10%)**
	D (PEDIATRIA)	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Malattie del Sistema Nervoso Periferico a lenta progressione 2. Altro (10%)**

CLASS_RAO 008	<p align="center">ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE - Codice 93.08.A[°] Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Inclusive tutte le fibre indagabili. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2</p> <p align="center">ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE - Codice 93.08.B[°] fino a 4 muscoli. Inclusive tutte le fibre indagabili. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2</p> <p align="center">ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.16.2</p> <p align="center">ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO - Codice 93.08.C[°] fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Inclusive tutte le fibre indagabili. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)</p> <p align="center">ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO - Codice 93.08.D[°] Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli. Inclusive tutte le fibre indagabili</p> <p align="center">VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA (per nervo) - Codice 93.09.1[°] Per nervo principale. Fino a 6 segmenti</p> <p align="center">VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA - Codice 93.09.2[°] Per nervo principale. Fino a 4 segmenti</p>		
	CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
	P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Malattie del Sistema Nervoso Neuromuscolare con deficit cronico 2. Altro (10%)**
	P (PEDIATRIA)	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO NON PREVISTE*

[°] Prestazioni di nuova introduzione.

I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire indicazioni cliniche, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO Non previste".

CLASS_RAO 009	ESAME AUDIOMETRICO TONALE - Codice 95.41.1° IMPEDENZOMETRIA - Codice 95.42°	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Ipoacusia improvvisa previa valutazione otorino e/o audiologo 2. . Altro (10%)**
U (PEDIATRIA)	72 h	1. Ipoacusia di recente insorgenza 2. Altro (10%)**
B	10 gg	1. Acufeni ad alta intensità e a recente insorgenza previa valutazione otorino e/o audiologo 2. Altro (10%)**
B (PEDIATRIA)	10 gg	1. In caso di mancata esecuzione dello screening acustico-neonatale viene prescritto l'esame emissioni otoacustiche 20.39.1 e/o i potenziali evocati acustici 89.15.1 2. Ipoacusia post meningite o post malattie infettive 3. Altro (10%)**
D	60 gg	1. Acufeni/ipoacusia persistenti previa valutazione otorino e/o audiologo 2. Altro (10%)**
D (PEDIATRIA)	60 gg	1. Ritardo del linguaggio/apprendimento 2. Altro (10%)**
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO NON PREVISTE*
P (PEDIATRIA)	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO NON PREVISTE*

I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste"

CLASS_RAO 020	SCINTIGRAFIA TIROIDEA - Codice 92.01.3°	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO NON PREVISTE*
U (PEDIATRIA)	72 h	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO NON PREVISTE*
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnosi differenziale ipertiroidismo/tireotossicosi 2. Nodulo tiroideo con TSH < 0,5 microUI/ml in assenza di opoterapia 3. Altro (10%)**
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sospetta tiroide ectopica 2. Altro (10%)**
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valutazione del gozzo multinodulare per completamento diagnostico 2. Altro (10%)**
D (PEDIATRIA)	60 gg	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO NON PREVISTE*
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO NON PREVISTE*
P (PEDIATRIA)	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO NON PREVISTE*

° Prestazione di nuova introduzione.

I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire indicazioni cliniche, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste".

CLASS_RAO 017	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (secondo Holter) - Codice 89.50	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO NON PREVISTE*
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sintomatologia di sospetta origine aritmica cardiogena ad incidenza frequente (quotidiana o quasi quotidiana) a seguito di valutazione cardiologica 2. Valutazione del carico aritmico di aritmia ipercinetica ventricolare complessa (recente ECG) a seguito di valutazione cardiologica 3. Altro (10%)**
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valutazione efficacia di terapia in aritmia precedentemente documentata 2. Valutazione della frequenza ventricolare media in fibrillazione atriale nel sospetto di scarso controllo della stessa 3. Cardiopalmo in cardiopatia organica 4. Altro (10%)**
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO NON PREVISTE*

° Prestazione di nuova introduzione.

I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire indicazioni cliniche, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO non previste".

GLOSSARIO COMUNE

Si riportano le indicazioni generali contenute nel PCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502., in merito alle Condizioni o limiti di erogabilità delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ed altre specifiche in modo da seguire un linguaggio comune :

Si riporta l'art.16

1. Le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per le quali sono indicate note corrispondenti a specifiche condizioni di erogabilità riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione (terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni) al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi, sono erogabili dal Servizio sanitario nazionale limitatamente ai casi in cui sussistono le medesime condizioni, risultanti dal numero della nota e dal quesito clinico o dal sospetto diagnostico riportati sulla ricetta dal medico prescrittore.
2. Le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per le quali sono indicate specifiche indicazioni di appropriatezza prescrittiva riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione (terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni) al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi, sono erogabili dal Servizio sanitario nazionale a seguito di una autonoma e responsabile valutazione del medico circa la loro utilità nel singolo caso clinico, fermo restando l'obbligo del medico prescrittore di riportare il solo quesito o sospetto diagnostico sulla ricetta

...omissis...

H: indica che la prestazione deve essere eseguita in ambulatori protetti ovvero in ambulatori situati presso strutture di ricovero.

R: indica che la prestazione può essere erogata solo in ambulatori/laboratori dotati di particolari requisiti ed appositamente individuati dalla Regione.

MR: per le prestazioni di laboratorio indica che la prestazione è specificamente riservata alle malattie rare secondo protocolli diagnostico terapeutici adottati nell'ambito della rete nazionale.

Branche specialistiche: l'elencazione delle prestazioni per branche specialistiche non definisce né le competenze degli specialisti coinvolti, né dei professionisti e soggetti abilitati alla loro erogazione, ma ha il solo fine di consentire l'applicazione delle disposizioni che regolano la partecipazione al costo da parte dei cittadini. Le visite specialistiche per le quali non è esplicitamente indicata la branca, sono incluse nella categoria "altre" e possono essere prescritte nella stessa ricetta insieme ad altre prestazioni complementari; pertanto, tali visite devono essere considerate appartenenti alla branca a cui afferiscono tali prestazioni.

Visita di controllo - Follow-up: nella visita di controllo un problema già inquadrato dal punto di vista diagnostico e terapeutico (ad esempio un paziente cronico) viene rivalutato dal punto di vista clinico e la documentazione scritta esistente viene aggiornata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita. Si tratta di prestazioni finalizzate a seguire nel tempo l'evoluzione di patologie croniche, valutare a distanza l'eventuale insorgenza di complicanze, verificare la stabilizzazione della terapia o il mantenimento del buon esito dell'intervento.

Visita a completamento della prima: nella visita a completamento della prima viene completato l'iter diagnostico, stilata la diagnosi definitiva ovvero evidenziati ulteriori quesiti diagnostici, prescritto un adeguato piano terapeutico ed aggiornata la documentazione clinica.

Visita multidisciplinare: nella visita multidisciplinare il paziente viene visitato contemporaneamente da più specialisti.

Prima visita: nella prima visita il problema clinico principale del paziente è affrontato per la prima volta, viene predisposta appropriata documentazione clinica ed impostato un eventuale piano diagnostico-terapeutico. Include la visita di un paziente, noto per una patologia cronica, che presenta un diverso problema clinico o un'evoluzione imprevista della malattia.

Tipo di accesso: per le prestazioni ambulatoriali indica se la prestazione richiesta si riferisce ad un primo accesso (prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore; 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) o accesso successivo (visita o prestazione di approfondimento, per pazienti presi in carico dal primo specialista, controllo, follow up).

1= primo accesso

0= altra tipologia di accesso

Verifica di Concordezza: lo Specialista indica sul piano di lavoro la concordezza o meno con la Classe di Priorità indicata dal Medico prescrittore su ogni richiesta. Nel caso di dissenso con quanto indicato dal Medico Prescrittore, lo Specialista è tenuto ad indicare la Classe di priorità da lui individuata.

I controlli periodici ed i follow-up, sia di breve sia di lungo periodo, vengono prescritti dallo Specialista quando da questi ritenuti necessari, e da programmare preferibilmente entro un intervallo di tempo pari a un anno.

Gli Specialisti Pubblici e SUMAI operanti all'interno delle strutture ospedaliere pubbliche, nei poliambulatori territoriali (compresi i Medici del Pronto Soccorso), prescrivono direttamente (DPR 314/90 art. 24 comma 5, ACN per la Medicina generale del 20/01/2005 art. 51 comma 5) le prestazioni ritenute necessarie al completamento dell'iter diagnostico a ciascun paziente, senza richiedere alcun ulteriore intervento da parte del medico curante (MMG).

Obbligo dell'indicazione del sospetto/quesito diagnostico, in sua assenza la prestazione non potrà esser prenotata e /o erogata a carico del SSR.

Limite di prescrivibilità: Ogni ricetta medica può contenere prescrizioni/proposte di una sola branca specialistica, fino ad un limite di otto prestazioni (fatte le debite eccezioni per i cicli di cure); le branche specialistiche sono quelle individuate nel Nomenclatore Tariffario.

Prescrizioni di prestazioni riguardanti branche specialistiche diverse devono essere effettuate su ricette diverse. Prestazioni esenti e non esenti devono essere prescritte su ricette diverse.

Prestazioni ambulatoriali con più esenzioni: Nella stessa ricetta non possono essere prescritte prestazioni erogabili in regime di esenzione dal ticket insieme ad altre prestazioni non esenti.

Qualora un assistito sia in possesso di più esenzioni per patologia, e sia necessario prescrivere prestazioni per entrambe le patologie, il medico prescrittore dovrà compilare due ricette distinte, indicando su ognuna il codice di esenzione specifico. In caso di più esenzioni, il medico è tenuto a indicare quella più favorevole al paziente.

Il diritto all'esenzione e modalità di verifica: su richiesta dell'interessato, i medici prescrittori verificano, al momento della compilazione dell'impegnativa e attraverso l'anagrafe regionale, se l'assistito ha diritto all'esenzione per reddito/per malattia rara /patologia cronica dal pagamento del ticket su esami e visite specialistiche.

Validità impegnative: l'impegnativa per la prescrizione di indagini specialistiche e/o accertamenti diagnostici ha validità illimitata. Qualora il tempo trascorso tra la data di prescrizione e la data del contatto con il CUP, sia superiore ai giorni previsti dalla classe di priorità prescritta, la prestazione viene prenotata nella classe richiesta contando i giorni dalla data di contatto. In tali circostanze devono essere richiesti metodologicamente specifici chiarimenti al Medico Prescrittore.

NOTE

I RAO Radiologici sono stati integrati dal DIAR Radiologia nel mese di Gennaio 2019