PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Reg. delib. n. 696 Prot. n.

VERBALE DI DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA PROVINCIALE

OGGETTO:
Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per i triennio 2019 -2021 di cui all'art. 1, comma 280, della Legge 23 dicembre 2005, n. 266 (SALUTE) Codice sito: 4.10/2018/CSR. Servizio "Sanità, lavoro e politiche sociali" - Approvazione del Piano provinciale per il contenimento dei tempi d'attesa.

Il giorno **17 Maggio 2019** ad ore **11:50** nella sala delle Sedute
in seguito a convocazione disposta con avviso agli assessori, si è riunita

LA GIUNTA PROVINCIALE

sotto la presidenza del

	PRESIDENTE	**MAURIZIO FUGATTI**
Presenti:	VICEPRESIDENTE	**MARIO TONINA**
	ASSESSORE	**MIRKO BISESTI**
		ROBERTO FAILONI
		MATTIA GOTTARDI
		STEFANIA SEGNANA
		ACHILLE SPINELLI
		GIULIA ZANOTELLI
Assiste:	IL DIRIGENTE	**ENRICO MENAPACE**

Il Presidente, constatato il numero legale degli intervenuti, dichiara aperta la seduta

Il Relatore comunica:

l'art. 26 della legge provinciale 23 luglio 2010, n. 16 prevede che la Provincia promuova tutte le iniziative atte a garantire ai cittadini l'esecuzione degli accertamenti diagnostici, delle visite e degli interventi terapeutici appropriati, entro tempi che garantiscano la migliore gestione dei problemi clinici ed un corretto sistema di prevenzione, mediante specifici interventi diretti a definire i tempi di attesa, monitorare e verificare i risultati raggiunti.

Con deliberazione n. 1071 di data 7 maggio 2010 la Giunta provinciale aveva approvato il Piano provinciale per il contenimento dei tempi d'attesa – aggiornamento per il triennio 2010/2012.

Mediante tale provvedimento veniva, tra l'altro, dato mandato all'Azienda provinciale per i servizi sanitari di predisporre uno specifico programma operativo pluriennale per l'attuazione delle direttive e per il raggiungimento degli obiettivi previsti, impegnando la medesima Azienda a relazionare periodicamente in ordine all'attuazione del Piano e all'andamento effettivo dei tempi d'attesa.

Il Direttore generale dell'Azienda con propria deliberazione n. 561 di data 8 ottobre 2010 aveva poi adottato il programma attuativo aziendale per il contenimento dei tempi d'attesa a valere per il triennio 2010-2012.

Le indicazioni contenute nel Piano Nazionale di governo delle liste d'attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'intesa sancita successivamente in Conferenza Stato Regioni il 28 ottobre 2010, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, risultavano essere state già previste nel Piano provinciale poc'anzi richiamato.

Inoltre, con deliberazione n. 2029 di data 23 settembre 2011 la Giunta provinciale aveva recepito le linee guida per il monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici complessi, di cui al Piano Nazionale delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012.

A tali provvedimenti, tuttavia, non hanno fatto seguito specifiche disposizioni provinciali in materia, tenuto peraltro conto che era in corso di elaborazione il nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa. In sede di assegnazione degli obiettivi annuali al direttore generale dell'Azienda vengono comunque previsti puntuali obiettivi sui tempi d'attesa, ai sensi del predetto art. 26 della L.P. 16/2010.

Le procedure necessarie per la predisposizione del nuovo Piano si sono recentemente concluse ed infatti il Dipartimento per gli Affari Regionali e le Autonomie della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha trasmesso la versione definitiva dell'Intesa, sancita in data 21 febbraio 2019, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per i triennio 2019 -2021, di cui all'art. 1, comma 280, della Legge 23 dicembre 2005, n. 266 (SALUTE) Codice sito: 4.10/2018/CSR. Servizio "Sanità, lavoro e politiche sociali".

Si rende pertanto necessario predisporre il nuovo Piano provinciale per il contenimento dei tempi d'attesa, in coerenza con i contenuti del Piano Nazionale sopra menzionato.
La realtà organizzativa della Provincia Autonoma di Trento, rispetto agli adempimenti previsti dal nuovo PNGLA, prevede già a regime la prescrizione secondo codici di priorità RAO ed ha già implementato la trasparenza di tutte le agende di prenotazione nel sistema CUP.

Il nuovo Piano provinciale in alcune sue parti fa espresso rinvio alle disposizioni contenute nel Piano Nazionale, in particolare per quanto attiene al Glossario (allegato D), ai monitoraggi (allegato B) ed al Manuale RAO (allegato C).

Come già ricordato, l'art. 26, comma 3, lett. b) della legge provinciale 23 luglio 2010, n.16 stabilisce la responsabilizzazione del direttore generale dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, mediante la commisurazione del trattamento aggiuntivo anche al conseguimento di obiettivi inerenti al rispetto dei tempi massimi.

Tutto ciò premesso, il relatore propone di prendere atto dei contenuti dell'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per i triennio 2019 -2021 di cui all'art. 1, comma 280, della Legge 23 dicembre 2005, n. 266 (SALUTE) Codice sito: 4.10/2018/CSR. Servizio "Sanità, lavoro e politiche sociali" e, conseguentemente, di approvare il Piano provinciale per il contenimento dei tempi d'attesa, per il triennio 2019-2021, come sopra illustrato.

LA GIUNTA PROVINCIALE

- vista la legge provinciale 23 luglio 2010, n. 16 ed in particolare l'art. 16 della stessa;
- visto Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per i triennio 2019 -2021;
- visto lo schema di Piano provinciale per il contenimento dei tempi d'attesa per il triennio 2019-2021;
- visti gli atti citati in premessa;
- su proposta dell'Assessore alla Salute, Politiche sociali, Disabilità e Famiglia;
- a voti unanimi, espressi nelle forme di legge,

d e l i b e r a

1. di prendere atto dei contenuti dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per i triennio 2019 -2021 di cui all'art. 1, comma 280, della Legge 23 dicembre 2005, n. 266 (SALUTE) Codice sito: 4.10/2018/CSR. Servizio "Sanità, lavoro e politiche sociali" - Approvazione del Piano provinciale per il contenimento dei tempi d'attesa, costituito dagli ALLEGATI A, B, C e D, che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

2. di approvare, per le motivazioni esposte in premessa, il Piano provinciale per il contenimento dei tempi d'attesa per il triennio 2019 – 2021, che costituisce l'ALLEGATO E e forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

3. di prendere atto che il documento di cui al punto precedente rinvia, in alcune sue parti, ai contenuti del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019 – 2021;

4. di comunicare il presente provvedimento all'Azienda provinciale per i servizi sanitari, dando mandato alla medesima di predisporre, entro 60 giorni dalla data di adozione della presente deliberazione, uno specifico Programma attuativo aziendale per la puntuale attuazione delle direttive e per il raggiungimento degli obiettivi previsti;

5. di stabilire che l'Azienda provinciale per i servizi sanitari invierà, con scadenza semestrale all'Amministrazione Provinciale, una relazione in ordine all'attuazione del Piano di contenimento dei tempi d'attesa per il triennio 2019 – 2021, nonché in merito all'andamento effettivo dei tempi d'attesa;

6. di dare atto che ai sensi dell'art. 26 della legge provinciale n. 16 del 2010 il trattamento economico aggiuntivo della direzione aziendale è commisurato anche al conseguimento degli obiettivi inerenti al rispetto dei tempi massimi di attesa;

7. di dare atto che gli oneri derivanti dal presente provvedimento sono ricompresi nel finanziamento del SSP approvato con deliberazione della Giunta provinciale n. 2423 dd. 21 dicembre 2018.

Adunanza chiusa ad ore 12:30

Verbale letto, approvato e sottoscritto.

Elenco degli allegati parte integrante

001 Allegato A

002 Allegato B

003 Allegato C

004 Allegato D

005 Allegato E

IL PRESIDENTE
Maurizio Fugatti

IL DIRIGENTE
Enrico Menapace

ALLEGATO A

PIANO NAZIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER IL TRIENNIO 2019-2021

1. INTRODUZIONE

Questa edizione del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa nasce con l'obiettivo prioritario di avvicinare ulteriormente la sanità pubblica ai cittadini, individuando elementi di tutela e di garanzia volti ad agire come leve per incrementare il grado di efficienza e di appropriatezza di utilizzo delle risorse disponibili.

La realizzazione di un Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) costituisce un impegno comune del Governo e delle Regioni e Province Autonome, che convengono su azioni complesse e articolate, fondate sulla promozione del principio di appropriatezza nelle sue dimensioni clinica, organizzativa e prescrittiva, a garanzia dell'equità d'accesso alle prestazioni. Il presente Piano mira ad individuare strumenti e modi di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti delle strutture, dei Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie, attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA).

L'attuazione del Piano Nazionale Cronicità, nelle varie realtà regionali, potrà comportare un miglioramento della gestione dei tempi di attesa, in riferimento all'implementazione dei relativi Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA). La presa in carico globale del paziente cronico rappresenta un fattore fondamentale per una riorganizzazione all'interno delle strutture sanitarie, finalizzata ad una programmazione più efficace di tutte le prestazioni necessarie alla persona assistita, comprese quelle di controllo che direttamente programmate dalla struttura consentiranno una migliore gestione delle Agende e una reale verifica delle necessità contingenti.

Il governo delle liste di attesa è, altresì, fortemente connesso ad altri processi che, sia a livello centrale che periferico, si ripercuotono sulle modalità organizzative del rapporto domanda-offerta.
Nella ridefinizione di tali modalità, devono essere assicurati criteri per garantire la coerenza tra quanto riportato nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) e:

- quanto definito in materia di ricetta medica dematerializzata di cui al D.M. 2 novembre 2011;
- gli orientamenti delineati in materia di Piano Nazionale Anticorruzione vigente;
- gli obiettivi dei contratti e degli Accordi collettivi nazionali, sia per quanto attiene le modalità prescrittive sia per l'Attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI);
- gli indirizzi definiti in materia di accreditamento istituzionale, compresi quelli di cui al Manuale TRAC dell'Intesa del 20 dicembre 2012, e quelli per la stipula dei contratti con gli erogatori, in particolare per quanto riguarda la gestione trasparente e programmata del volume e della tipologia delle prestazioni oggetto degli accordi, anche rispetto alle Linee Guida Nazionali - sistema CUP e successive integrazioni.

Il PNGLA si propone di condividere un percorso per il Governo delle Liste di Attesa, finalizzato a garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, il rispetto delle Classi di priorità, la trasparenza e l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri.

Per la piena attuazione del PNGLA verrà istituito, presso la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, entro 120 giorni dalla stipula della presente Intesa, l'**Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa** composto da rappresentanti del Ministero della Salute, dell'Agenas, di tutte le Regioni e Province Autonome, dell'Istituto Superiore di Sanità e dalle Organizzazioni civiche di tutela del diritto alla salute. L'Osservatorio, oltre ad affiancare Regioni e Province Autonome nell'implementazione del Piano, provvederà a monitorare l'andamento degli interventi previsti dal presente atto, rilevare le criticità e fornire indicazioni per uniformare comportamenti, superare le disuguaglianze e rispondere in modo puntuale ai bisogni dei cittadini.

L'Osservatorio fornirà periodicamente elementi informativi, dati ed indicatori per il Nuovo Sistema di Garanzia dell'assistenza sanitaria di cui al Decreto Legislativo n. 56/2000.

Il presente Piano:

A. prevede il rispetto, da parte delle Regioni e delle Province Autonome, dei tempi massimi di attesa, che non devono essere superiori a quelli indicati dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA), individuati nei loro Piani Regionali di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) per tutte le prestazioni erogate sul proprio territorio.

B. individua l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera soggette ai monitoraggi elencati al successivo punto I (Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa - Allegato B).

C. ribadisce che, in caso di mancata esplicitazione da parte delle Regioni e delle Province Autonome dei tempi massimi di attesa delle sopra citate prestazioni, nelle Regioni e Province Autonome interessate si applicano direttamente i parametri temporali determinati nel presente Piano.

D. conferma le aree cardiovascolare e oncologica quali aree prioritarie per lo sviluppo di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, PDTA (secondo modalità che saranno disciplinate da specifiche Linee Guida da elaborare all'interno dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa), a garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento; prevede, altresì, di considerare ulteriori aree critiche connesse a quadri clinici di cronicità.

E. conferma l'obbligo di indicare chiaramente su tutte le prescrizioni il Quesito diagnostico, se trattasi di prestazioni in primo accesso o se trattasi di accesso successivo e, per le prestazioni in primo accesso, la Classe di prioritàe.
L'indicazione del Quesito diagnostico descrive il problema di salute che motiva la richiesta da parte del medico di effettuare prestazioni e deve essere riferita all'insieme di prestazioni che confluiscono in una stessa ricetta.
Nelle prescrizioni deve essere chiaro se trattasi di prestazione in primo accesso (primo contatto del cittadino con il SSN per un dato problema clinico ossia prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e nel caso di paziente cronico, si considera primo accesso la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) o prestazione successiva al primo accesso (visita o prestazione di approfondimento, per

pazienti presi in carico dal primo specialista, controlli, *follow up*) - Allegato D, Glossario.
Quindi, le prestazioni successive al primo accesso devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione.
A tal fine, le Aziende devono prevedere idonee modalità per far sì che le prestazioni successive al primo accesso siano prenotate, se non diversamente richiesto dal paziente, contestualmente alla produzione della prescrizione da parte del medico specialista della struttura. In tal senso, l'organizzazione aziendale deve dotarsi di strumenti atti a garantire l'effettiva "presa in carico" del cittadino paziente, pianificando la fruibilità delle prestazioni in modo tempestivo e congruo con il decorso della patologia, anche nell'ottica di evitare il ricorso a prestazioni caratterizzate da una più elevata complessità erogativa (es. ospedalizzazione c.d. evitabile).
Quindi, per le attività legate alla presa in carico ed ai controlli e *follow up*, si istituiranno apposite Agende dedicate alle prestazioni intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che già ha preso in carico il paziente, Agende che saranno integrate nel sistema CUP.
La mancata indicazione della tipologia di accesso e della biffatura della Classe di priorità avrà ripercussioni sulla valutazione del Monitoraggio *ex post*.
Inoltre, ai fini di distinguere le situazioni di oggettiva difficoltà di accesso da quelle determinate dalla scelta discrezionale dell'utente di rivolgersi ad altra struttura sanitaria o di richiedere la prestazione in altra data successiva alla prima proposta, appare opportuno che i sistemi di prenotazione CUP prevedano la possibilità di registrare l'avvenuta scelta e distinguere questa situazione dall'effettiva capacità di offerta.

F. prevede che sia evidente la separazione tra primi accessi e accessi successivi sia nella fase di prenotazione sia in quella dell'erogazione della prestazione.

G. promuove la valutazione ed il miglioramento dell'appropriatezza e della congruità prescrittiva per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero. Suggerisce che gli Accordi collettivi nazionali relativi alla disciplina dei rapporti con i MMG e PLS e con gli specialisti richiamino l'opportunità di attenersi a quanto previsto dal PNGLA per il corretto accesso alle prestazioni sanitarie, nonché l'utilizzo delle Classi di priorità, del Quesito diagnostico e l'identificazione di primo o accesso successivo; introduce sistemi di monitoraggio dei volumi di prescrizione per tipologia di prestazione che tengano conto delle caratteristiche epidemiologiche della popolazione assistita, con

l'obiettivo di generare cruscotti di monitoraggio aziendali che consentano, attraverso un *benchmark* interno, di orientare in modo virtuoso i comportamenti prescrittivi.

H. prevede la gestione trasparente e la totale visibilità delle Agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria, da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali.

Tutte le Agende di prenotazione sopra specificate devono essere gestite dai sistemi CUP e devono essere suddivise per Classi di priorità.
La gestione delle Agende deve essere improntata a criteri di flessibilità, in modo da evitare la sottoutilizzazione della capacità erogativa e massimizzare la capacità di assicurare il rispetto del tempo massimo di attesa per ciascuna Classe di priorità.

I. individua i seguenti Monitoraggi:
Le azioni di monitoraggio elencate di seguito si basano sul presupposto che tutte le Agende di prenotazione, comprese quelle della libera professione intramuraria, siano gestite dai sistemi CUP.

- Monitoraggio *ex post* delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio *ex ante* delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio *ex post* delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
- Monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di altre aree critiche;
- Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in Attività Libero Professionale Intramuraria – ALPI (per conto e a carico dell'utente);
- Monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
- Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP.

I dati risultanti dai suddetti monitoraggi saranno pubblicati annualmente sul portale del Ministero della Salute.

L. prevede la possibilità di acquisto delle prestazioni aggiuntive erogate in regime libero professionale, concordate con i professionisti e sostenute economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino solo la eventuale partecipazione al costo.

M. promuove, come strumento di governo della domanda, il modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, fermo restando la possibilità da parte delle Regioni e Province Autonome di adottare, previa analisi di fattibilità e in relazione alle risorse disponibili, differenti modelli di governo clinico. Il modello RAO: *i)* prevede il coinvolgimento partecipativo di medici prescrittori (MMG, PLS e Specialisti) e soggetti erogatori; *ii)* indica i criteri clinici per l'accesso appropriato e prioritario alle prestazioni facendo riferimento al Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO" già condiviso dalle Regioni in una prima fase sperimentale- Allegato C, e successivi aggiornamenti.

N. considera, tra gli strumenti di governo dell'offerta delle prestazioni e in relazione alle risorse disponibili, l'attuazione di modelli gestionali che estendano la capacità erogativa nel rispetto dei vincoli contrattuali, quali, per esempio, l'erogazione delle attività diagnostiche in fasce orarie ulteriori e diverse da quelle già programmate.

O. considera fondamentale per la programmazione dell'offerta che si provveda ad una accurata definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali che tenga conto anche della mobilità passiva interregionale.

P. promuove l'identificazione di percorsi individuati e condivisi in ambiti disciplinari trasversali all'Azienda con lo scopo di migliorare la qualità del servizio, la garanzia di continuità assistenziale, la riduzione dei tempi di attesa delle attività ambulatoriali e di ricovero, come il *day service*.

Q. prevede altresì l'attivazione di modalità alternative di accesso alle prestazioni nel caso in cui al cittadino non possa essere assicurata la prestazione entro i limiti previsti dalla Regione (cosiddetti "percorsi di tutela").

R. rappresenta il riferimento per la definizione di indicatori e criteri di valutazione utilizzabili dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui di cui all'articolo 9 della Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, per le proprie finalità di monitoraggio dell'assistenza sanitaria in tutte le Regioni e Province Autonome, anche ai fini della verifica degli adempimenti da parte del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Il PNGLA 2019-2021 è vigente fino alla stipula del futuro PNGLA ed è suscettibile di integrazioni e/o modifiche in corso di implementazione.

2. LINEE DI INTERVENTO CHE LE REGIONI GARANTISCONO PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA NEI PIANI REGIONALI

Entro 60 giorni dalla stipula dell'Intesa, le Regioni e le Province Autonome provvedono a recepire la presente Intesa e adottano il loro Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) che deve riportare chiaramente e garantire:

1. i tempi massimi di attesa di tutte le prestazioni ambulatoriali e di quelle in regime di ricovero erogate sul proprio territorio. I tempi massimi stabiliti non possono essere superiori a quelli nazionali. In caso di mancata esplicitazione di detti tempi massimi da parte delle Regioni e Province Autonome, resta intesa l'applicazione dei parametri temporali determinati nel presente Piano.
2. la possibilità per le ASL e le Aziende Ospedaliere (AO) di assicurare ordinariamente le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, per l'utenza esterna attraverso l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana sia nell'ambito dell'attività istituzionale che attraverso le prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 55 comma 2 lett. d del CCNL 08/06/2000 dell'area della dirigenza medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria (vedi sopra riportato punto L).
3. l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva. Ove necessario, ciascuna Azienda dovrà provvedere alla definizione di eventuali fabbisogni di personale e di tecnologie; dovrà essere elaborato un piano dettagliato che evidenzi le motivazioni organizzative alla base dell'esigenza di incremento del personale nonché un quadro dettagliato dell'effettivo tempo di disponibilità delle apparecchiature vetuste (tenendo conto dei tempi di fermo macchina per guasto/manutenzione) nonché dell'esigenza di sostituzione di quelle obsolete.
4. l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera soggette ai monitoraggi previsti dal PNGLA (Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa - Allegato B).
5. i criteri di utilizzo delle prestazioni ambulatoriali richieste in Classe P. 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 giorni.
6. le attività sistematiche e continuative di valutazione sulla appropriatezza e sulla congruità prescrittiva per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero al fine di omogeneizzare i comportamenti prescrittivi soprattutto in riferimento a:
    i. utilizzo sistematico delle Classi di priorità;
    ii. presenza del Quesito diagnostico;

iii. corretta identificazione dei primi accessi e degli accessi successivi.

7. la gestione razionale e trasparente degli accessi ambulatoriali, attraverso l'uso diffuso del sistema CUP, in coerenza con le Linee Guida Nazionali CUP di cui all'Accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010 e successivi aggiornamenti. Il CUP deve gestire in maniera centralizzata tutte le Agende delle strutture pubbliche e private accreditate. Inoltre, i sistemi CUP devono prevedere funzionalità atte ad intercettare eventuali prenotazioni contemporanee per una stessa prestazione da parte del medesimo utente, prevedendo appositi sistemi di sbarramento che minimizzino il rischio di prenotazioni multiple, anche di natura opportunistica.
8. l'attivazione di servizi telematici dedicati alla disdetta delle prestazioni prenotate; l'adozione di strumenti trasparenti e condivisi per il recupero della quota di compartecipazione alla spesa in caso di prestazioni non disdette ed in caso di mancato ritiro dei referti.
9. la totale visibilità da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali delle Agende di prenotazione, sia per il primo accesso che per gli accessi successivi includendo sia l'attività erogata a carico del SSR sia in regime ALPI. Nello specifico l'erogatore accreditato si impegnerà "a collaborare con la pubblica amministrazione anche, a titolo indicativo ma non esaustivo, nel sistema di gestione dei tempi e delle liste di attesa, facendo confluire, su richiesta della regione, le proprie Agende di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali nel sistema unico di prenotazione a livello regionale/aziendale nonché, più in generale, nelle attività ispettive e di controllo da parte della pubblica amministrazione, pena la risoluzione del contratto" *(ANAC delibera 831 del 3 agosto 2016 determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione).*
10. l'implementazione di strumenti di gestione della domanda, già sperimentati presso le Aziende Sanitarie di diverse Regioni italiane, modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei - RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali. La scelta dei contenuti clinici delle Classi di priorità faranno riferimento al Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO" condiviso dalle Regioni e Province Autonome - Allegato C, e successivi aggiornamenti.
11. il governo dell'offerta attraverso la definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche e la separazione dei canali per le diverse tipologie di accesso delle stesse, cioè "primo accesso" e "accesso successivo" (*follow up*, controllo). Il piano delle prestazioni erogabili deve contenere la definizione dell'elenco e dei volumi di prestazioni ambulatoriali, specifici per branca e diagnostica strumentale, programmati in risposta ai fabbisogni previsti, sia nel pubblico che nel privato accreditato, al fine di quantificare le prestazioni necessarie in termini di prime visite/primi esami e controlli.

12. il governo del fenomeno della “prestazione non eseguita” per mancata presentazione dell’utente, potenziando i servizi telefonici di richiamata - *recall* e quelli telematici di modifica o disdetta di una prenotazione (sms, posta elettronica); al riguardo, si richiamano i disposti dell’art. 3 comma 15 del d. Lgs. 124/1998 in base al quale: “L'utente che non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione”, e comunque si ritiene possibile l’adozione di eventuali sanzioni amministrative secondo le relative disposizioni regionali/provinciali
13. la realizzazione della “presa in carico” del paziente cronico secondo precisi protocolli che si completa con la responsabilità della struttura che ha “in carico il paziente” di provvedere alla prenotazione delle prestazioni di controllo.
14. la definizione e l’applicazione di “percorsi di tutela” ovvero percorsi di accesso alternativi alle prestazioni specialistiche i quali prevedano anche, qualora venga superato il tempo massimo di attesa a livello istituzionale, che possa essere attivata una specifica procedura che permetta al paziente residente e per le richieste di prime prestazioni in Classe di priorità la possibilità di effettuare la prestazione presso un erogatore privato accreditato nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente.
15. l’eventuale acquisto e l’erogazione delle prestazioni aggiuntive in regime libero professionale, concordate con i professionisti e sostenute economicamente dall’Azienda, riservando al cittadino solo l’eventuale partecipazione al costo. Le Aziende Sanitarie potranno, al fine di ridurre le liste di attesa dei servizi interessati, concordare con le équipe, ai sensi dell’art. 55 comma 2 lett. d del CCNL 08/06/2000 dell’area della dirigenza medica, veterinaria e dell’area della dirigenza sanitaria, secondo programmi aziendali, di incrementare le attività e le prestazioni idonee al perseguimento di tale fine. L’acquisto di prestazioni specialistiche aggiuntive è un’integrazione dell’attività istituzionale e va effettuata prioritariamente per le prestazioni che risultino critiche ai fini dei tempi di attesa. Le attività saranno svolte all’interno delle strutture aziendali e sempre al di fuori dell’orario di lavoro istituzionale. Nell’espletamento dell’attività istituzionale aggiuntiva dovrà essere utilizzato il ricettario SSN per la richiesta degli ulteriori accertamenti.
16. in caso di superamento del rapporto tra l’attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sforamento dei tempi di attesa massimi già individuati dalla Regione, si attua il blocco dell’attività libero professionale, fatta salva l’esecuzione delle prestazioni già prenotate.
17. l’attivazione dell’Organismo paritetico regionale, all’interno delle attività di verifica dello svolgimento dell’attività libero professionale, di cui all’Accordo Stato-Regioni 18 novembre 2010, art. 3, comma 3, e la sua composizione; tale adempimento è sottoposto a verifica nell’ambito dei lavori del Comitato LEA.
18. la trasmissione sistematica dei flussi informativi di Monitoraggio delle liste e dei tempi d’attesa (Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e

rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa - Allegato B).

19. l'informazione e la comunicazione sulle liste di attesa, sulle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, sui percorsi di garanzia in caso di sforamento dei tempi massimi, sui diritti e doveri in coerenza con quanto previsto nel PNGLA, attraverso sezioni dedicate e accessibili sui siti Web regionali e aziendali, campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi e la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato, per favorire un'adeguata conoscenza.
20. lo sviluppo di un sistema di CUP online aggiornato in tempo reale che permetta la consultazione dei tempi di attesa relativi a visite o esami del SSR o della libera professione intramuraria, secondo le disponibilità effettive. Tale servizio deve consentire all'utente di:
    i. consultare in tempo reale l'attesa relativa a prestazioni sanitarie erogate in ciascuna Classe di priorità;
    ii. annullare le prenotazioni effettuate agli sportelli, al telefono oppure attraverso i CUP online;
    iii. pagare il ticket e/o il costo della prestazione con bancomat e carta di credito;
    iv. visualizzare gli appuntamenti già prenotati;
    v. ristampare il promemoria dell'appuntamento e dell'eventuale costo della prestazione prenotata.
21. favorire l'accesso alla prenotazione anche attraverso le farmacie di comunità.
22. la vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale.
23. la vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione e le relative sanzioni amministrative come da articolo 1, comma 282 e 284, della legge n. 266/2005.
24. il rispetto degli impegni assunti dai Direttori Generali per il superamento delle criticità legate ai lunghi tempi di attesa, che costituiscono prioritario elemento della loro valutazione secondo quanto previsto dalle disposizioni vigenti in materia e fermo restando quanto disposto dall'articolo 3 bis, comma 7 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.
25. il monitoraggio dei Programmi attuativi aziendali che prevede il coinvolgimento e la partecipazione di organizzazioni di tutela del diritto alla salute e pertanto, il periodico ricevimento da parte dell'Azienda delle associazioni e dei comitati dei diritti.
26. la trasmissione del Piano Regionale, **entro 30 giorni** dalla sua adozione alla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, nonché la messa a disposizione sul portale della Regione e delle Province Autonome.

Nella fase di messa a punto e monitoraggio dei PRGLA è necessario il coinvolgimento e la partecipazione di organizzazioni di tutela del diritto alla salute.

3. ELENCO DELLE PRESTAZIONI E TEMPI MASSIMI DI ATTESA OGGETTO DI MONITORAGGIO

Le prestazioni oggetto dei monitoraggi previsti dal PNGLA sono quelle inserite nei punti **3.1**, **3.2** e **3.3**. Tali prestazioni possono essere incrementate, e può essere previsto l'adeguamento dei flussi informativi utili al monitoraggio. Il rispetto dei tempi di attesa deve essere assicurato su tutte le prestazioni erogate.
In caso di rilevazione di ulteriori criticità, gli elenchi di prestazioni oggetto di monitoraggio verranno rivisti.
Non sono oggetto di monitoraggio da parte del Ministero della Salute le prestazioni erogate nell'ambito della prevenzione attiva. Per queste le Regioni e le Province Autonome prevedono specifiche modalità di offerta e di prenotazione e ne assicurano i tempi dandone visibilità, anche in relazione all'obiettivo di aumentare l'adesione della popolazione target.
Le Regioni e Province Autonome prevedono, altresì, il Monitoraggio delle prestazioni di controllo con modalità che riterranno più appropriate ai loro sistemi informativi e gestionali.

3.1. Prestazioni ambulatoriali

Per tutte le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio (visite specialistiche e prestazioni strumentali), riportate nelle sottostanti tabelle, il tempo massimo di attesa indicato dalla Regione e Provincia Autonoma dovrà essere garantito (ai fini del monitoraggio) almeno per il 90% delle prenotazioni con Classi di priorità B e D, riferite a tutte le strutture sanitarie (Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B).
La Classe di priorità è obbligatoria solo per i primi accessi.
A decorrere dal 1 gennaio 2020, il monitoraggio sarà esteso anche alla Classe P.

Nelle procedure di prescrizione e prenotazione delle prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal SSN è obbligatorio l'uso sistematico:

- dell'indicazione di prima visita/prestazione diagnostica o degli accessi successivi;
- del Quesito diagnostico;
- delle Classi di priorità.

- **U (Urgente)** da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- **B (Breve)** da eseguire entro 10 giorni;
- **D (Differibile)** da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;

- **P (Programmata)** da eseguire entro 120 giorni(*).

(*) fino al 31/12/2019 la classe P è considerata da eseguirsi entro 180 giorni

Ai fini del monitoraggio dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche-terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto; sono escluse dai monitoraggi di cui al precedente punto tutte le prestazioni di controllo e le prestazioni di screening e le prestazioni con Classe U (Urgente) che necessitano comunque di osservazione e indicazioni generali anche nel PNGLA.

VISITE SPECIALISTICHE

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice branca	Codice nuovi LEA
1	Prima Visita cardiologica	89.7	02	89.7A.3
2	Prima Visita chirurgia vascolare	89.7	05	89.7A.6
3	Prima Visita endocrinologica	89.7	09	89.7A.8
4	Prima Visita neurologica	89.13	15	89.13
5	Prima Visita oculistica	95.02	16	95.02
6	Prima Visita ortopedica	89.7	19	89.7B.7
7	Prima Visita ginecologica	89.26	20	89.26.1
8	Prima Visita otorinolaringoiatrica	89.7	21	89.7B.8
9	Prima Visita urologica	89.7	25	89.7C.2
10	Prima Visita dermatologica	89.7	27	89.7A.7
11	Prima Visita fisiatrica	89.7	12	89.7B.2
12	Prima Visita gastroenterologica	89.7	10	89.7A.9
13	Prima Visita oncologica	89.7	18	89.7B.6
14	Prima Visita pneumologica	89.7	22	89.7B.9

PRESTAZIONI STRUMENTALI

Numero	Prestazione	CodiceNomenclatore	Codice nuovi LEA
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	88.01.6	88.01.6

Numero	Prestazione	CodiceNomenclatore	Codice nuovi LEA
	MDC		
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	88.38.1	88.38.A
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1	88.38.B
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.1	88.38.C
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	88.93.6
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1	88.93.B
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	88.77.2	88.77.4, 88.77.5
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	45.24	45.24

Numero	Prestazione	CodiceNomenclatore	Codice nuovi LEA
	flessibile		
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45.16.1, 45.16.2
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	89.44, 89.41
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 ARTO INFERIORE 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 o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile 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

3.2. Prestazioni in regime di ricovero

Per tutti i ricoveri programmati le Regioni e Province Autonome prevedono l'uso sistematico delle 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
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 di 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.

Per i ricoveri l'inserimento nella lista di attesa tramite procedura informatizzata a livello regionale, delle Province Autonome o di singola azienda/istituzione privata accreditata, deve riguardare criteri di appropriatezza e priorità clinica.
Al fine di garantire la trasparenza, al momento dell'inserimento in lista di attesa, devono essere comunicate al cittadino informazioni sul suo ricovero, sulla Classe di priorità e i relativi tempi massimi d'attesa, oltre alle indicazioni organizzative previste (es. informazioni circa il pre-ricovero).
Ciascun paziente può richiedere di prendere visione della sua posizione nella lista di attesa per il ricovero facendone opportuna richiesta alla Direzione Sanitaria o Direzione Medica Ospedaliera. Qualora si modifichino le condizioni cliniche del paziente oppure il paziente intenda rinviare l'intervento per motivi personali, è possibile apportare modifiche all'ordine di priorità, a cura del medico proponente.
I Piani Regionali di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) dovranno prevedere l'adozione di modelli gestionali aziendali atti a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, nonché prevedendo l'incremento delle sedute operatorie, programmando le stesse anche al pomeriggio, intervenendo sia sui processi intraospedalieri che determinano la durata della degenza media, sia sui processi di deospedalizzazione laddove questi richiedano interventi di facilitazione (in accordo con il DM 70/2015).

Nell'ambito dell'Osservatorio Nazionale sulle liste di attesa di cui all'Introduzione sarà adottato uno specifico set di indicatori di flusso, di utilizzo comune nell'analisi delle attività ospedaliere, atto a monitorare l'efficienza gestionale dei ricoveri ospedalieri.

Elenco prestazioni oggetto di Monitoraggio

L'elenco delle prestazioni erogate in regime di ricovero oggetto di monitoraggio è inserito nella tabella sottostante e sarà periodicamente revisionato.

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
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 dell'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 per 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	

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	**Prestazione**	**Codici Intervento ICD-9-CM**	**Codici Diagnosi ICD-9-CM**
15	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46 – 49.49	
17	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0x- 53.1x	

3.3. Prestazioni inserite in Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali nell'area cardiovascolare e 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, nonché modalità di comunicazione e informazione per l'utente e i familiari rispetto ai PDTA previsti e alla relativa tempistica di erogazione.
Sia in ambito cardiovascolare che oncologico, ai fini dell'appropriatezza organizzativa e dell'erogazione sequenziale delle prestazioni ricomprese nei PDTA, le Regioni e Province Autonome individuano specifici gruppi di prestazioni ambulatoriali e ne promuovono l'erogazione anche attraverso il *day service*.
Il PDTA è una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica o anche l'assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni della vita, come ad esempio la gravidanza e il parto.

È evidente che la stessa sequenza può essere assicurata da modelli organizzativi diversi in funzione della realtà demografica, sociale e assistenziale in cui devono essere applicati gli interventi; ne deriva che nella valutazione dei PDTA gli indicatori scelti prescindono dal modello organizzativo, misurando gli effetti attesi in termini di tipologia di prestazioni, tempistiche ed esiti clinici. Confrontare i valori degli indicatori ottenuti attraverso modelli organizzativi diversi rappresenta un'importante fonte di informazione per individuare le scelte organizzative migliori.
Nella definizione della metodologia di monitoraggio e valutazione vengono considerati i PDTA per cui sono disponibili Linee Guida documentate e che sono stati sperimentati ai fini della loro introduzione nel Nuovo Sistema di Garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (Aggiornamento del decreto interministeriale 12 dicembre 2001, in adempimento al d.lgs. 56/2000), per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, previsto anche dall'art.10, comma 7, del Patto per la Salute 2014-2016, sancito il 10 luglio 2014.
La modalità di monitoraggio dei PDTA sarà individuata nei compiti dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa.

La fonte dei dati per il calcolo degli indicatori PDTA è rappresentata dagli archivi sanitari elettronici amministrativi interrogabili, presenti in ciascuna Regione e per cui è possibile l'interconnessione, allo scopo di tracciare il soggetto in tutti gli accessi alle prestazioni sanitarie di interesse.

4. PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI

Entro 60 giorni dall'adozione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA), le Aziende Sanitarie adottano un nuovo Programma Attuativo Aziendale o aggiornano quello in uso, in coerenza con quanto definito in ambito regionale e provvedono all'invio dello stesso alla Regione che provvederà al monitoraggio delle iniziative e degli interventi attuati.
Il Programma Attuativo Aziendale è reso disponibile sul portale dell'Azienda Sanitaria e costantemente aggiornato.
Il Programma Attuativo Aziendale recepisce il Piano Regionale e contempla, secondo le indicazioni del PNGLA, le misure da adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti, senza oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota per la compartecipazione alla spesa sanitaria.
Il Programma Attuativo Aziendale, inoltre, provvede a:

- per le prestazioni di primo accesso individuare gli ambiti territoriali di garanzia nel rispetto del principio di prossimità e raggiungibilità, al fine di consentire alle Aziende di quantificare l'offerta necessaria a garantire i tempi massimi di attesa. Qualora la prestazione non venga erogata (es. non presente per l'alta specializzazione o per la riorganizzazione delle reti cliniche) nell'ambito territoriale di garanzia, viene messo in atto il meccanismo di garanzia di accesso per il cittadino;
- individuare le modalità organizzative attraverso cui le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate garantiscono i tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui al punto 3.1 ad almeno il 90% dei pazienti;
- attuare un monitoraggio costante e puntuale dei flussi di specialistica ambulatoriale e dei ricoveri ed il controllo dei dati trasmessi;
- garantire la completa disponibilità di tutta l'offerta di specialistica pubblica e privata attraverso i sistemi CUP;
- garantire la correttezza e l'appropriatezza delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale (uso delle Classi di priorità, obbligatorietà del Quesito diagnostico, tipologia di accesso);
- monitorare e fornire informazioni adeguate e periodiche sull'andamento dei tempi di attesa nel proprio territorio;
- definire modalità organizzative appropriate per i rapporti con i cittadini in tema di liste di attesa assicurando una chiara comunicazione sulle problematiche esposte;
- garantire la diffusione e l'accesso a tali informazioni utilizzando gli strumenti di comunicazione disponibili (tra i quali i siti Web aziendali), nonché prevederne la disponibilità anche presso le strutture di abituale accesso dei cittadini (farmacie di comunità, ambulatori dei MMG e dei PLS);

- fornire alle strutture sanitarie il protocollo relativo agli interventi da attuare per fronteggiare i disagi causati dalla sospensione dell'erogazione della prestazione e controllarne l'applicazione;
- indicare quali percorsi alternativi o azioni straordinarie da adottare per garantire i tempi massimi in condizioni di criticità.

5. ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA

5.1. Per quanto riguarda le prestazioni libero professionali erogate su richiesta e per scelta dell'utente e a totale suo carico, le Regioni e Province Autonome, assicurano il rispetto delle disposizioni vigenti, ed in particolare della legge n. 120 del 2007 e s.m., e dei relativi provvedimenti attuativi sia per le attività ambulatoriali che per quelle di ricovero. Le Aziende assicurano adeguate modalità di rilevazione dell'impegno orario che ciascun professionista dedica all'attività istituzionale, nonché all'attività libero professionale.
Il professionista che eroga prestazioni in regime di libera professione su richiesta e per scelta dell'utente non può prescrivere prestazioni per proseguire l'iter diagnostico-terapeutico con oneri a carico del SSR.
5.2. 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 ed il contenimento dei tempi d'attesa solo dopo aver utilizzato gli altri strumenti retributivi contrattuali nazionali e regionali, nonché il 5% del compenso del libero professionista, di cui all'articolo 1, comma 4, lettera c) della legge 120/2007 e s.m., nella misura in cui anche tali prestazioni possono contribuire ad 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. Questa "libera professione aziendale" è concordata con i professionisti e sostenuta economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino solo la eventuale partecipazione al costo.

6. MONITORAGGI E RELATIVI FLUSSI INFORMATIVI

Per la rilevazione dei tempi di attesa e la corretta gestione delle liste di attesa, vengono confermati i seguenti monitoraggi:

1) Monitoraggio *ex post* delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
2) Monitoraggio *ex ante* delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;

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.

I dati relativi ai monitoraggi saranno pubblicati annualmente fatte salve altre esigenze di informazione e comunicazione.

6.1. Monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali in modalità ex post

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali in modalità ex post viene effettuato attraverso il flusso informativo ex articolo 50 della legge n. 326/2003 che, con il D.M. del 18 marzo 2008 attuativo delle disposizioni di cui al comma 5 del citato articolo 50, ha disciplinato la raccolta delle informazioni relative al Monitoraggio dei tempi di attesa.

Il suddetto Monitoraggio è inerente le prestazioni ambulatoriali di cui al paragrafo 3.1 per le Classi di priorità B e D prenotate presso tutte le strutture sanitarie (Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B). Successivamente (dal 2020) sarà effettuato anche il Monitoraggio delle prestazioni in Classe P.

Ai fini del Monitoraggio tutti i seguenti campi sono obbligatori:

- Data di prenotazione: data riferita all'assegnazione di una disponibilità di prestazione susseguente ad una specifica richiesta.
- Data di erogazione della prestazione: data riferita all'effettiva erogazione della prestazione.

- Tipo di accesso: 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 e nel caso di un paziente cronico, si considera primo accesso, la visita o l'esame strumentale, necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) o accesso successivo (visita o prestazione di approfondimento, per pazienti presi in carico dal primo specialista, controllo, follow up).
- Classe di priorità: fa riferimento ad un sistema di prenotazione definito per Classi di priorità che differenzia l'accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute dell'utente e quindi alla gravità del quadro clinico. La valorizzazione del campo "Classe di priorità" è obbligatoria solo per il primo accesso.
- Garanzia dei tempi massimi: indica se ci troviamo di fronte a una situazione in cui l'utente accede alla garanzia dei tempi massimi 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.
- Codice struttura che ha evaso la prestazione: indica il codice della struttura sanitaria che eroga la prestazione.

Ai fini del presente Monitoraggio, si segnalano le seguenti variazioni alle specifiche tecniche per la compilazione del flusso della specialistica ambulatoriale ex art. 50 del DL 30 settembre 2003 n. 269, convertito con modificazioni dalla Legge 24 novembre 2003 n. 326:

- la valorizzazione del campo "Tipo accesso" da parte del medico prescrittore diviene obbligatoria per le prestazioni di cui al paragrafo 3.1 del presente Piano;
- la valorizzazione dei campi "Garanzia dei tempi massimi", "Data di prenotazione", "Data di erogazione" da parte dell'erogatore diviene obbligatoria per le prestazioni di cui al paragrafo 3.1 del presente Piano.

Le sopra riportate variazioni saranno operative a partire dal 01/06/2019.

I controlli saranno vincolanti, dal punto di vista della trasmissione informatica dei dati, per le ricette dematerializzate, mentre per le ricette in formato cartaceo saranno di tipo non vincolante. Inoltre, sempre relativamente alle ricette in formato cartaceo, ai fini del monitoraggio verrà considerato come primo accesso la

prestazione con biffatura della Classe di priorità; tale semplificazione è resa possibile anche dalla nuova categorizzazione della Classe P.

Per garantire il Monitoraggio ex post dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, Regioni e Province Autonome devono prevedere che il Piano attuativo aziendale individui gli ambiti territoriali e le modalità organizzative secondo le quali le strutture pubbliche e private accreditate erogano le prestazioni in base alle Classi di priorità e nel rispetto dei tempi massimi di attesa al 90% dei pazienti (Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B).
I dati sono relativi alle prestazioni indicate al paragrafo 3.1 del presente Piano e verranno pubblicati annualmente sul portale del Ministero della Salute.

6.2. Monitoraggio ex ante per le prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale

Il Monitoraggio riguarda le prestazioni ambulatoriali di cui al paragrafo 3.1 per le Classi di priorità B, D e successivamente anche per quelle in Classe P, prenotate presso tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate (Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B).
Si prevede la possibilità che il Monitoraggio ex ante si estenda progressivamente a coprire tutto l'anno.
Nel corso del 2019 sarà disponibile un sistema per il Monitoraggio ex ante delle prestazioni specialistiche ambulatoriali all'interno del NSIS.
Le Regioni e le Province Autonome dovranno fornire le % di concorso del Privato accreditato ai volumi complessivi delle prenotazioni.

6.3. Monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero programmate

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni erogate in regime di ricovero utilizza, per la periodica rilevazione dei tempi di attesa, il flusso SDO (Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B).
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, di tenere il Registro

delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri.
Inoltre, il Decreto Ministeriale dell'8 luglio 2010 n. 135 e successive modifiche, recante "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 e sotto riportati, 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 si adottano di 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%.

I codici ICD-9-CM delle prestazioni erogate in regime di ricovero oggetto di Monitoraggio sono indicati nella tabella sottostante:

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
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 dell'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 per 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	

6.4. Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano devono adottare le disposizioni per regolare i casi in cui la sospensione dell'erogazione delle prestazioni è ammessa purché legata a motivi tecnici nonché prevedere interventi per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni.
Il Ministero della Salute rileva semestralmente le eventuali sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni ambulatoriali. Nel corso del 2019 sarà disponibile un sistema per il Monitoraggio delle sospensioni dell'attività di erogazione all'interno del NSIS.
Le Regioni e le Province Autonome impartiscono indirizzi alle Aziende per gestire i disagi causati dalle sospensioni e ne osservano l'andamento prevedendo interventi in caso di criticità ricorrenti.
La sospensione dell'erogazione delle prestazioni legata a motivi tecnici e gli interventi conseguenti per fronteggiare i disagi, sono oggetto di confronto e individuazione di percorsi di garanzia per il cittadino, con le organizzazioni civiche di tutela del diritto alla salute (comunicazione tempestiva, ri-prenotazione automatica e via preferenziale).

6.4.1. Il comma 282, dell'articolo 1. della Legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Finanziaria 2006), stabilisce che per le Aziende Sanitarie e le Aziende Ospedaliere è vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001.
Quindi, le Regioni e Province Autonome prevedono un'attività sistematica di vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione.

6.5. Monitoraggio dei percorsi dei pazienti con patologie oncologiche e cardiovascolari

Il Monitoraggio dei PDTA delle patologie oncologiche e cardiovascolari sarà attuato secondo la metodologia indicata nelle Linee Guida che saranno elaborate dall'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa.

6.6. Monitoraggio dell'Attività Libero Professionale Intramuraria erogata a carico dell'utente

Il Monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali erogate in libera professione intramuraria avviene secondo le relative Linee Guida attualmente in fase di revisione presso Agenas.
Agenas, su indicazioni *dell'Osservatorio Nazionale sullo stato di attuazione dei programmi di adeguamento degli ospedali e sul funzionamento dei meccanismi di*

controllo a livello regionale e aziendale, effettua il Monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività Libero professionale intramuraria (di cui al punto 3.1) erogate a favore e a carico dell'utente, con riferimento alle modalità di prenotazione, al numero di prestazioni erogate e ai relativi tempi di attesa.
Agenas trasmette annualmente i risultati di tale attività sia al Ministero della Salute sia *all'Osservatorio Nazionale sullo stato di attuazione dei programmi di adeguamento degli ospedali e sul funzionamento dei meccanismi di controllo a livello regionale e aziendale*

6.7. Monitoraggio della presenza sui siti Web della sezione su liste e tempi di attesa

La comunicazione su tempi e liste di attesa oltre ad essere disciplinata da vari atti (art.41, comma 6, d.lgs. n. 33 del 2013 sulla Trasparenza sulle liste di attesa) va sostenuta per rafforzare la multicanalità nell'accesso alle informazioni attraverso vari strumenti, tra cui: campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi, sezioni dedicate e facilmente accessibili sui siti Web regionali e aziendali.
Al riguardo, si conviene di procedere ad un Monitoraggio, su tutto il territorio nazionale, di verifica della presenza delle informazioni su tempi e liste di attesa sui siti Web delle Regioni e Province Autonome e delle Aziende del SSN.
Tale attività rappresenta uno strumento di verifica della trasparenza del SSN rispetto alla tematica delle liste di attesa.
Saranno oggetto di Monitoraggio i siti Web di Regioni e Province Autonome; ASL; AO e AOU; IRCCS; Policlinici Universitari.
Saranno raccolte varie informazioni tra cui: Presenza del sito Web, Apertura sito Web, Indirizzo sito Web consultato, Data di esecuzione del Monitoraggio del sito Web, Accessibilità, Presenza del Programma Attuativo Aziendale, Dati aggregati a livello per le prestazioni traccianti per la Classe di priorità B e dati aggregati per le prestazioni traccianti per la Classe di priorità D, Presenza di tempi di attesa anche se diversi rispetto a quelli previsti dal PNGLA, Prenotazione online.
I risultati del Monitoraggio saranno diffusi attraverso il Portale del Ministero della Salute.

Allegato B: Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa.

Allegato C: Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO".

Allegato D: Glossario in materia di liste di attesa.

Ministero della Salute

Nuovo Sistema Informativo Sanitario

Allegato B

Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA 2019-2021)

Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi per i monitoraggi dei tempi di attesa

Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali.

Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali.

Monitoraggio ex post dei tempi di attesa per ricoveri programmati.

Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Allegato B

PIANO NAZIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DELLE ATTESA PNGLA 2019-2021

Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per i Monitoraggio dei tempi di attesa

1. Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali

Ambito del Monitoraggio

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex post, viene effettuato attraverso il flusso informativo ex art. 50 della legge 326/2003 che, nell'aggiornamento del comma 5 del decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 18 marzo 2008, è stato implementato delle informazioni necessarie al suddetto Monitoraggio.

I dati raccolti sono relativi alle prestazioni indicate al paragrafo 3.1 del PNGLA 2019-2021 erogate presso le strutture pubbliche e private accreditate indicate nei Programmi Attuativi Aziendali. L'elenco sarà progressivamente incrementato.

Il Ministero della Salute rende disponibile all'interno del Cruscotto NSIS – Indicatori LEA, una sezione dedicata al Monitoraggio dei Tempi di attesa. Nella predetta sezione potranno essere consultati i report relativi alla qualità delle informazioni utili al Monitoraggio dei Tempi di attesa.

Oggetto di Monitoraggio dei tempi di attesa saranno le Classi di priorità B e D, mentre per la Classe P saranno successivamente definite le modalità di Monitoraggio.

Contenuti informativi

I campi inseriti nel tracciato del comma 5 dell'art. 50 della legge 326/03 per il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali sono da considerarsi tutti obbligatori ai fini del Monitoraggio stesso.

Ai fini del Monitoraggio vanno tenute presenti le seguenti definizioni:

Data di prenotazione: data in cui l'utente attiva il sistema di prenotazione ed effettua la prenotazione.

Data di erogazione: data riferita all'effettiva erogazione della prestazione.

Classe di priorità: fa riferimento ad un sistema di prenotazione definito per classi di priorità che differenzia l'accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute dell'utente e quindi alla gravità del quadro clinico.

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= programmata (con tempistica: 120gg)(*)

(*) fino al 31/12/2019 la classe P è considerata da eseguirsi entro 180 giorni

La valorizzazione del campo “Classe di priorità” è obbligatoria per il primo accesso. L’indicazione del valore da attribuire a tale campo è a cura del prescrittore. Nel caso in cui nelle ricette siano presenti più prestazioni, ad esse deve necessariamente essere attribuita la medesima Classe di priorità.
Tipo di accesso: 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 e nel caso di un paziente cronico, si considera primo accesso, la visita o l’esame strumentale, necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) o accesso successivo (visita o prestazione di approfondimento, per pazienti presi in carico dal primo specialista, controllo, follow up).
Il tipo di accesso è comune a tutte le prestazioni indicate nella singola ricetta.
Codice struttura che ha evaso la prestazione: indica il codice della struttura sanitaria che ha erogato la prestazione, coerente con la codifica utilizzata nel modello STS.11. Il campo è di tipo alfanumerico di 6 caratteri.
Garanzia dei tempi massimi: indica le situazioni per le quali il cittadino accede alla garanzia dei tempi massimi oppure, per motivi vari (tra cui la scelta dell’utente diversa dalla prima disponibilità) il SSR non è tenuto a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa previsti per la Classe di priorità indicata in ricetta. Il dato viene acquisito in fase di prenotazione e riportato nel flusso ex art. 50.
La valorizzazione del campo “Garanzia dei tempi massimi” è obbligatoria solo per il primo accesso. Il campo è di tipo alfa numerico (1 carattere) con la seguente codifica:
1= utente a cui devono essere garantiti i tempi massimi di attesa;
0= utente che non rientra nella categoria precedente.

In riferimento alle strutture nell’ambito delle quali sono garantiti al 90% degli utenti i tempi di attesa massimi regionali per le prestazioni di cui al PNGLA vigente, laddove le Regioni trasmettono, attraverso il flusso dell’articolo 50, codici delle strutture diversi da quanto previsto nei modelli SIS (D.M. 6 dicembre 2006), per le finalità del monitoraggio dei tempi di attesa è necessario procedere alla transcodifica dei codici delle strutture. Le Regioni e Province Autonome sono tenute a comunicare al Ministero della Salute le informazioni transcodificate.

Modalità e tempi di trasmissione
Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex post, si effettua attraverso la trasmissione, da parte delle Regioni e Province Autonome, del flusso di specialistica ambulatoriale ex art. 50 L. 326/2003 al Ministero dell’Economia e Finanze, con cadenza mensile entro 10 gg del mese successivo a quello di rilevazione. Successivamente il Ministero dell’Economia e Finanze provvede a trasferire il suddetto flusso al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute entro la fine del mese successivo a quello di rilevazione.
.

2. Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali

Ambito del monitoraggio

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex ante, si basa su una rilevazione dei dati sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali indicate al paragrafo 3.1 del PNGLA 2019 - 2021. L'elenco potrà essere periodicamente aggiornato.

Sono tenute alla rilevazione tutte le strutture pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni per conto e a carico del SSN indicate nei Programmi attuativi aziendali.

Il Monitoraggio ex ante si effettua solo per le prestazioni in primo accesso.

Oggetto di Monitoraggio dei tempi di attesa saranno innanzitutto le prestazioni nelle Classi di priorità B e D, mentre per la Classe P saranno successivamente definite le modalità di monitoraggio.

Modalità e tempi di trasmissione

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex ante, prevede il trasferimento dei contenuti informativi sotto indicati attraverso la trasmissione, da parte delle Regioni e Province Autonome, dell'apposito modello di rilevazione in formato "excel" riportato di seguito, da compilarsi per ciascun erogatore, e da trasmettersi unitamente ad un file di riepilogo regionale. Nel corso del 2019 sarà disponibile un sistema per il Monitoraggio ex ante delle prestazioni specialistiche ambulatoriali all'interno del NSIS.

Le informazioni devono essere rilevate nel periodo indice, e trasmesse al Ministero della Salute.

Viene definita per il 2019 la seguente modalità di Monitoraggio:

una settimana indice a trimestre a partire dal primo trimestre utile dal perfezionamento dell'Intesa che recepisce il PNGLA 2019-2021 (aprile 1° settimana; luglio 1° settimana; ottobre 1° settimana), con invio dei dati entro il trentesimo giorno successivo alla scadenza della settimana di rilevazione.

Per gli anni successivi il Monitoraggio potrà subire variazioni sulla cadenza di rilevazione.

Contenuti informativi

I contenuti informativi rilevanti per le finalità connesse al Monitoraggio ex ante sono:

Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
Regione	Denominazione della Regione	Inserire denominazione
Codice ASL	Indica la ASL del bacino territoriale di riferimento in cui operano tutte le strutture, pubbliche e private accreditate, che erogano prestazioni per conto e a carico del SSN	Inserire il codice MRA (MRA è un'applicazione dell'NSIS che costituisce l'anagrafe delle ASL in relazione alla loro competenza territoriale e ai dati sulla popolazione residente in ciascun comune afferente alla ASL)
Anno di riferimento	Indicare l'anno di riferimento	Inserire l'anno di riferimento
Periodo di riferimento		Inserire un progressivo (1,2,3,4) relativo al trimestre di riferimento

DETTAGLIO

Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
Progressivo	Numero progressivo che identifica la prestazione come definito nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2019-2021	Inserire numero progressivo
Codice prestazione	Indica il codice nomenclatore identificativo delle prestazioni indicate nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2019-2021	Inserire il codice prestazione, selezionandolo tra i valori predefiniti indicati nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2019-2021
Codice Branca	Codice Branca	Indica la branca corrispondente alla prestazione
Codice Disciplina	Codice Disciplina	
Numero prenotazioni con Classe di priorità B	Indica, tra tutte le prenotazioni che devono essere garantite dal SSR, il numero di prenotazioni con Classe di priorità B, per ciascuna prestazione nel trimestre	Inserire il numero di prenotazioni con Classe di priorità B per ciascuna prestazione nel trimestre
N. di prenotazioni entro i tempi massimi di attesa, della Classe di priorità B	Indica il numero di prenotazioni della Classe di priorità B garantite nei tempi previsti (entro 10 gg)	Numero delle prestazioni con Classe di priorità B garantite entro 10 gg
Numero prenotazioni con classe di priorità D	Indica, tra tutte le prenotazioni che devono essere garantite dal SSR, quella quota di prenotazioni con Classe di priorità D, per ciascuna prestazione nel trimestre	Inserire il numero di prenotazioni con Classe di priorità D per ciascuna prestazione nel trimestre
N. di prenotazioni entro i tempi massimi di attesa, della Classe di priorità D	Indica il numero di prenotazioni della Classe di priorità D garantite nei tempi previsti (entro 30/60gg)	Numero delle prenotazioni con Classe di priorità D garantite entro 30 gg per le visite e 60 gg per gli esami diagnostici.
°% di garanzia (%di rispetto del tempo massimo di attesa)	Esprime il rapporto tra il numero, delle prenotazioni garantite entro i tempi per ogni Classe di priorità e per ogni prestazione, rispetto al numero di prenotazioni per ogni Classe e per ogni prestazione, determinandone	Indica il rapporto tra, il numero delle prenotazioni garantite entro i tempi di ogni Classe di priorità per singola prestazione ed il numero di prenotazioni che devono essere garantite per ogni singola Classe di

	quindi la % di garanzia	priorità e per ogni prestazione

Allegato 2 – Fac simile Modello di rilevazione del monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali in modalità ex ante.

Regione	*specificare denominazione Regione*
ASL	*Indica la ASL del bacino territoriale di riferimento utilizzando il codice MRA (fase1)*
Anno di riferimento	*Indicare l'anno di riferimento*
Semestre di riferimento	*Indicare il semestre di riferimento (1 o 2)*

N. Prog.	Codice prestazione	N. totale prenotazioni	N. prenotazioni da garantire	N. prenotazioni con classe di priorità B	% copertura entro i tempi della classe di priorità B	Numero prenotazioni con classe di priorità D	% di copertura entro i tempi della classe di priorità D

2. Monitoraggio dei tempi di attesa per ricoveri programmati

Ambito della rilevazione

Il Monitoraggio riguarda i tempi di attesa per i ricoveri ospedalieri programmabili con classe di priorità A, indicati al paragrafo 3.2 del PNGLA 2019-2021, effettuati presso tutte le strutture indicate nei Programmi Attuativi Aziendali.

Tale Monitoraggio sarà effettuato attraverso la misurazione dell'indicatore: **"Proporzione di prestazioni di ricovero programmato erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per la classe di priorità A ex DM 8/7/2010 n.135 e ssmmii."**

Indicatore: Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per la 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. 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%.
Le distribuzioni, per ricoveri in regime ordinario e diurno, sono visibili nelle tabelle riportate di seguito:

Ricoveri	% ricoveri con attesa entro 30 (gg)		
	I quartile	II quartile	III quartile
1 - Interventi chirurgici Tumore maligno MAMMELLA	67,0	74,5	86,1
2 - Interventi chirurgici Tumore maligno PROSTATA	43,9	50,8	58,8
3 - Interventi chirurgici per Tumore maligno COLON	81,6	86,7	91,5
4 - Interventi chirurgici per Tumore maligno RETTO	64,7	77,8	83,3
5 - Interventi chirurgici Tumore maligno UTERO	76,8	83,5	87,2
6 - Interventi chirurgici per MELANOMA	80,2	89,1	92,9
7 - Interventi chirurgici per Tumore maligno della TIROIDE	65,0	68,1	76,6
8 - BYPASS AORTOCORONARICO	79,7	84,9	91,8
9 - Angioplastica Coronarica (PTCA)	81,3	88,6	90,5
10 - ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA	54,9	61,0	70,1
11 - Intervento PROTESI d'ANCA	54,7	66,7	74,5
12 - Interventi chirurgici Tumore del POLMONE	70,4	78,4	89,3
13 - Colecistectomia laparoscopica	58,5	67,0	75,3
14 - Coronarografia	76,7	85,0	91,3
15 - Biopsia cutanea del fegato	92,5	94,0	95,5
16 - Emorroidectomia	63,2	73,3	84,5
17 - Riparazione ernia inguinale	59,8	72,8	79,1

Note per il calcolo:

1. *Criteri di eleggibilità*
   Tutti i ricoveri per acuti in regime ordinario e day hospital; tipo di ricovero programmato, con o senza preospedalizzazione; codice ICD-9-CM di intervento chirurgico/procedura diagnostico terapeutica in qualunque posizione e codice ICD-9-CM di diagnosi principale o secondaria inclusi nelle specifiche elencate nella tabella di seguito.
2. *Criteri di esclusione*
   - Tutti i ricoveri per acuti di tipo urgente, TSO o parto non urgente.

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
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 dell'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 per 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	

Fonte dati: Flusso informativo Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

I campi del tracciato SDO necessari per il Monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri ospedalieri sono i seguenti:

1. Codice istituto di cura: indica il codice della struttura dalla quale è dimesso il paziente (compresi gli stabilimenti).

2. Regime di ricovero: il regime di ricovero distingue il ricovero ordinario dal ricovero diurno.
Valori ammessi:
1 = Ricovero ordinario
2 = Ricovero diurno (day-hospital/daysurgey)

4. Data di prenotazione: corrisponde alla data di inserimento del paziente nella 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).

5. Classe di priorità: Classe di priorità del ricovero programmato, come definita nel DM 8/7/2010 n.135. Valori ammessi:

- 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.

6. Data di ricovero: indica la data di ricovero nell'istituto di cura.

7. Tipo di ricovero: individua i ricoveri programmati distinguendoli dai ricoveri in urgenza e dai trattamenti sanitari obbligatori. I valori ammessi per il campo sono i seguenti:
1 = ricovero programmato, non urgente;
2 = ricovero urgente;
3 = ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO);
4 = ricovero programmato con preospedalizzazione;
5 = parto non urgente

N.B. Saranno sottoposti a monitoraggio solo i casi con il campo Tipo di ricovero valorizzato =1 (ricovero programmato non urgente) o = 4 (ricovero programmato con preospedalizzazione). Sono esclusi dal Monitoraggio i casi con il campo valorizzato = 2 (ricovero urgente) o = 3 (ricovero TSO) o = 5 (parto non urgente).

8. Intervento Principale e Interventi Secondari: indicano gli interventi chirurgici/procedure diagnostico terapeutiche principali e secondarie effettuati nel corso del ricovero secondo quanto previsto nel paragrafo n. 6 del disciplinare tecnico del D.M. 380/2000 e s.m.i.. L'indicazione del codice intervento chirurgico/procedura diagnostico-terapeutica è ricercato in qualsiasi campo dedicato alla loro codifica, al fine di individuare le prestazioni erogate nel corso dei ricoveri ospedalieri programmabili indicati al paragrafo 3.2 del PNGLA 2018-20 effettuati presso tutte le strutture indicate nei programmi attuativi aziendali. In alcuni casi, puntualmente specificati nella tabella 1, il codice dell'intervento chirurgico/procedura diagnostico terapeutica dovrà essere associato a specifico codice di diagnosi che, qualora non altrimenti specificato, dovrà essere ricercato in tutti i campi dedicati alla codifica delle diagnosi.

9. Diagnosi principale e diagnosi secondarie.
I codici ICD-9-CM delle prestazioni erogate in regime di ricovero oggetto di monitoraggio sono indicati nella tabella 1.

Modalità e tempi di trasmissione
Trimestrali

4. Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione

Ambito del Monitoraggio

La rilevazione afferisce alla sospensione delle attività di erogazione di prestazioni adottate in casi eccezionali da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere (solo per gravi o eccezionali motivi) e nel rispetto di alcune regole.

In tal senso, le sospensioni programmate non sono oggetto di rilevazione in quanto oggetto di pianificazione e quindi gestibili anticipatamente. Il Monitoraggio riguarderà le sospensioni relative alle prestazioni indicate al paragrafo 3.1 del PNGLA 2019-2021 (che saranno progressivamente revisionate) erogate presso tutte le strutture regionali, nel caso in cui la sospensione riguardi l'erogazione totale di una certa prestazione in una singola struttura, cioè non ci siano altre risorse che continuano ad erogare tale prestazione garantendo così il servizio. Al fine della presente rilevazione, si considerano oggetto del Monitoraggio gli eventi di sospensione delle attività di erogazione aventi durata superiore a un giorno, mentre non sono oggetto di Monitoraggio le chiusure definitive dovute a riorganizzazione dei servizi offerti.

Contenuti informativi

I contenuti informativi rilevanti per le finalità connesse al Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere, sono:

TESTATA

Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
Regione	Denominazione della Regione	Inserire denominazione
Anno di riferimento	Indicare l'anno di riferimento	Inserire l'anno di riferimento
Semestre di riferimento	Indicare il semestre di riferimento	Indicare 1 o 2

DETTAGLIO

Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
Progressivo	Numero progressivo che identifica il singolo evento di sospensione delle attività di erogazione	Inserire numero progressivo
Codice Struttura di erogazione (STS)	Indica la struttura di erogazione presso la quale si è verificato l'evento di sospensione delle attività di erogazione	Inserire codice regione (3), codice azienda (3) e codice STS (6) – campo testo
Durata della sospensione	Indica la durata dell'evento di sospensione delle attività di erogazione	Selezionare tra i seguenti valori predefiniti: 1. Durata ricompresa nell'intervallo maggiore o uguale a 2 giorni e minore o uguale a 7giorni solari 2. Durata superiore ai 7 giorni solari

Causa della sospensione	Indica il motivo tecnico che ha comportato l'evento di sospensione delle attività di erogazione	Selezionare tra i seguenti valori predefiniti: 1. Inaccessibilità alla struttura 2. Guasto macchina 3. Indisponibilità del personale 4. Indisponibilità materiale/dispositivi
Codice prestazioni oggetto di sospensione	Indica il codice delle prestazioni indicate dal PNGLA 2019-2021 al paragrafo 3.1	

Modalità e tempi di trasmissione

La rilevazione delle sospensioni prevede il trasferimento dei dati sopra indicati relativi a tali eventi attraverso la trasmissione, da parte delle Regioni e Province Autonome, dell'apposito modello di rilevazione in formato "excel" sotto riportato. Nel corso del 2019 sarà disponibile un sistema per il Monitoraggio delle sospensioni dell'attività di erogazione all'interno del NSIS.

Le informazioni devono essere rilevate al verificarsi presso le strutture erogatrici degli eventi di sospensione dell'erogazione dei servizi, e trasmesse al Ministero della Salute, con cadenza semestrale, entro il mese successivo al semestre di riferimento in cui si sono verificati gli eventi stessi. Si ritiene utile la verifica della messa in atto delle indicazioni da parte delle regioni e province autonome per sopperire ai disagi causati dalle sospensioni.

Fac simile Modello di rilevazione delle sospensioni delle attività di erogazione da parte delle aziende sanitarie

Regione	*specificare denominazione Regione*			
Anno di riferimento	*Indicare l'anno di riferimento*			
Semestre di riferimento				
Prog.	Codice Struttura di erogazione (STS)	Durata della sospensione	Causa della sospensione	Codice raggruppamento prestazioni oggetto di sospensione
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

ALLEGATO C

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO

agenas. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

Via Piemonte 60 - 00187 Roma
tel. 06 427491 - fax 06 42749488
agenas@pec.agenas.it

Via Puglie 23 - 00187 Roma
tel. 06 427491 - fax 06 42749488
agenas@pec.agenas.it

Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO

Questo documento è stato redatto da

Giovanni Caracci (Ex Dirigente Ufficio Qualità sicurezza, buone pratiche ed umanizzazione delle cure - Agenas)
Giulia Chiarelli (Ufficio Qualità sicurezza, buone pratiche ed umanizzazione delle cure - Agenas)
Raffaella Cingolani (Ufficio Qualità sicurezza, buone pratiche ed umanizzazione delle cure - Agenas)
Simone Furfaro (Ufficio Qualità sicurezza, buone pratiche ed umanizzazione delle cure - Agenas)
Maria Gentilini (Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa - APSS di Trento)
Giuliano Mariotti (Agenas/APSS di Trento)
Emanuela Reale (Ufficio Qualità sicurezza, buone pratiche ed umanizzazione delle cure - Agenas)
Quinto Tozzi (Dirigente Ufficio Qualità sicurezza, buone pratiche ed umanizzazione delle cure - Agenas)

Per approfondimenti: reale@agenas.it

Agenas, Roma, Giugno 2017 (aggiornamento al 30/01/2019)

REFERENTI PROGETTO

Elenco dei Referenti Istituzionali, delle Associazioni e delle Società scientifiche e di organizzazione sanitaria nominati per il supporto alla realizzazione del Progetto.

Ministero della Salute	Andrea Piccioli, Susanna Ciampalini
Istituto Superiore della Sanità	Luigi Bertinato
Cittadinanzattiva	Tonino Aceti, Carla Berliri, Sabrina Nardi, Daniela Agrimi (Gruppo Aiuto Tiroide), Salvo Leone (Amici Onlus)
Regione Abruzzo	Mariangela Galante, Anita Saponari
Regione Basilicata	Gabriella Sabino, Giuseppe Citro (ASP di Potenza)
Regione Calabria	Sergio Petrillo
Regione Campania	Rosanna Formato, Maria Rosaria Romano, Imma Borrelli (Asl di Salerno), Antonio Cajafa (Asl Napoli Nord), Anna Maria Ferriero (Asl di Salerno)
Regione Emilia-Romagna	Antonio Brambilla
Regione Friuli-Venezia Giulia	Michele Chittaro, Paola Toscani
Regione Lazio	Giorgio Cerquetani, Giulio De Michelis, Gianluca Ferrara, Paolo Papini
Regione Liguria	Marco Macchi, Lorenzo Bistolfi, Enrica Orsi
Regione Lombardia	Aldo Bellini, Cinzia Vanzini, Marco Soncini (AO San Carlo Borromeo)
Regione Marche	Giuseppina Benedetto, Giovanni Lagalla, Claudio Martini, Andrea Doga (AOU Ospedali Riuniti di Ancona), Massimiliano Petrelli (AOU Ospedali Riuniti di Ancona)
Regione Molise	Raffaele Malatesta
Regione Piemonte	Emanuela Zandonà, Carmela Giordano, Raffaella Ferraris
Regione Puglia	Ettore Attolini, Rodolfo Rollo (Asl di Lecce)
Regione Sicilia	Giuseppe Murolo, Giovanni De Luca, Salvatore Brugaletta (Asp di Siracusa), Luigi Maria Montalbano (AO Ospedali Riuniti di Palermo), Giuseppe Milazzo (Asp di Trapani)
Regione Toscana	Gabriella Bellagambi, Carla Rizzuti, Susanna Tamburini (Azienda USL Toscana Centro)

Regione Umbria	Paola Casucci, Simona Panzolini, Ombretta Checconi, Efisio Puxeddu (AO di Perugia)
Regione Valle d'Aosta	Patrizia Vittori, Paola Bullio, Riccardo Papalia, Massimo Pesenti
Regione Veneto	Francesco Bortolan, Milvia Marchiori, Paolo Costa (Azienda ULSS 9 Scaligera), Pierpaolo Faronato (Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana), Domenico Scibetta (Azienda Ulss 6 Euganea), Alessio Gioffredi (ULSS 1 Dolomiti)
P.A. Bolzano	Luca Armanaschi, Pierpaolo Bertoli, Cristina Ghedina, Elisabeth Plancher, Roberta Vanzetta, Michele Comberlato (Ospedale di Bolzano), Anton Wieser (Ospedale di Merano)
P.A. Trento	Giuliano Mariotti (APSS di Trento), Alberto Meggio (Struttura Ospedaliera di Rovereto), Mauro Recla (Struttura ospedaliera di Trento)

AREA ANGIOLOGIA, CARDIOLOGIA E CHIRURGIA VASCOLARE

ANMCO	Michele Massimo Gulizia, Antonio Francesco Amico, Domenico Gabrielli
ANCECARDIO	Antonio Vittorio Panno, Salvo Gibiino
ARCA	Giovanni Battista Zito, Luciano Arcari, Achille Dato
SIAPAV	Maria Amitrano
SIC	Mauro Borzi
SICVE	Stefano Bartoli

AREA ANDROLOGIA, DIABETOLOGIA, ENDOCRINOLOGIA, E OSTETRICIA E GINECOLOGIA

AMD	Domenico Mannino, Amodio Botta, Paolo Di Bartolo
AME	Vincenzo Toscano
AOGOI	Elsa Viora, Enrico Vizza
SIAMS	Daniele Gianfrilli
SID	Giuseppe Lepore, Giuseppina Russo
SIE	Daniele Gianfrilli
SIEOG	Giuseppe Rizzo

AREA GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA

AIGO	Gioacchino Leandro, Marco Soncini
SIED	Bastianello Germanà, Maria Caterina Parodi, Romano Sassateli
SIGE	Santino Marchi

AREA RADIOLOGIA e MEDICINA NUCLEARE

AIMN	Oreste Bagni, Maria Cristina Marzola
SIRM	Carlo Masciocchi, Antonio Orlacchio, Enrico Pofi

AREA PEDIATRIA

FIMP	Teresa Cazzato, Valdo Flori, Adima Lamborghini
SICUPP	Flavia Ceschin, Giuseppe Ragnatela, Pier Luigi Tucci
SIEDP	Pietro Buono
SIP	Mauro Bozzola, Elena Bozzola

AREA DI MEDICINA GENERALE

SIMG	Claudio Cricelli, Giulio Nati, Damiano Parretti, Mauro Ruggeri
SNAMID	Francesco Chiumeo, Enzo Pirrotta, Paolo Spriano

ALTRE SOCIETÀ

ANMDO	Gianfranco Finzi, Maria Teresa Cuppone, Michele Tancredi Loiudice, Giuseppe Schirripa, Cristina Sideli, Karl Kob
ANCI	Giacomo Bazzoni
CARD	Rosa Borgia, Gilberto Gentili, Renato Lisio, Gennaro Volpe
FEDERSANITA'	Angelo Lino Del Favero
FIASO	Nicola Pinelli, Chiara Gibertoni, Adalgisa Protonotari
SIFOP	Francesco Losurdo, Giancarlo Roscio

Indice

1. PREMESSA ALLA FASE II 1

1.1. Ambiti territoriali di applicazione 1

1.2. Regioni/PA partecipanti all'applicazione 2

2. VINCOLI STRUTTURALI 2

2.1. Strumenti di prenotazione 2

2.2. Referenti 2

3. VINCOLI DI PROCESSO 3

3.1. Prestazioni previste dall'applicazione 3

3.2. Indicazioni cliniche condivise dai gruppi tematici Agenas 4

3.2.1. Regioni che intraprendono o riavviano l'implementazione 4
3.2.2. Regioni che già applicano il modello 4
3.2.3. Tutte le Regioni partecipanti 4
3.2.4. Quali indicazioni cliniche? 5
3.2.5. Quali classi temporali? 5
3.2.6. Valutazione concordanza 7
3.2.7. Numerosità 7
3.2.8. Audit clinici 8

3.3. Riassunto dati necessari da raccogliere per l'applicazione 8

3.4. Procedura operativa 8

Allegati

1. Manuale RAO Agenas
2. Fac-simile per raccolta dati in fase di erogazione
3. Tracciato record per raccolta dati per Agenas
4. Excel per raccolta dati per Agenas

1. PREMESSA ALLA FASE II

1.1. Ambiti territoriali di applicazione

1.1.1. Nella fase di avvio dell'implementazione di un modello basato su priorità cliniche condivise è necessario considerare le diverse caratteristiche delle organizzazioni sanitarie, soprattutto associate alle diverse dimensioni territoriali, che vedono coinvolte le aree distrettuali e le aree specialistiche ospedaliere e poliambulatoriali distrettuali. Sulla base dei dati empirici, ad oggi raccolti con varie esperienze di cosiddetta "integrazione ospedale-territorio", si ritiene di poter individuare 3 principali aree: i) area rurale e area di valle, caratterizzata da un numero limitato di medici di famiglia che dispongono di una struttura specialistica di riferimento all'interno del proprio territorio; ii) area provinciale, caratterizzata da un numero ampio di medici di famiglia che dispongono di una o più strutture specialistiche di riferimento all'interno del proprio territorio; iii) area metropolitana, caratterizzata da una grande dimensione della struttura urbana con numerose strutture specialistiche di riferimento di elevata complessità sociale per la grande quantità di soggetti che di fatto interagiscono per l'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali.

1.1.2. Mentre, da un lato, nelle aree rurali e di valle l'integrazione territorio-ospedale può essere caratterizzata, in funzione della disponibilità dei medici specialisti al contatto telefonico o con altra efficace tecnologia informativa, da contatti diretti fra medici delle cure primarie e medici delle cure secondarie e viceversa, dall'altro lato, nelle aree metropolitane, vi è una enorme quantità di erogatori ed una complessa circolazione dei pazienti nel territorio urbano che rende non solo difficile e oneroso il contatto diretto, ma anche molto impegnativo il coinvolgimento partecipativo efficace di medici delle cure primarie e secondarie, vista la tendenza dei cittadini a spostarsi su diversi erogatori.

1.1.3. L'ambito che si ritiene ideale per il coinvolgimento partecipativo efficace è quello provinciale, nel quale gli erogatori sono limitati ed il numero di medici delle cure primarie è, di norma, attorno a valori massimi compresi fra 400 e 500 unità. In queste ultime aree, gli ambiti distrettuali con strutture specialistiche nel proprio interno geografico (ad es.: ospedali per acuti e/o strutture poliambulatoriali distrettuali) sono network ideali per un programma di coinvolgimento partecipativo per l'applicazione di classi di priorità cliniche.

1.2. Regioni/PA partecipanti all'applicazione

1.2.1. Le Regioni che stanno iniziando ad applicare o sviluppare (in quanto già in parte sperimentato in passato) il modello RAO[1] è opportuno che scelgano, in una prima fase, un ambito provinciale.

1.2.2. Le Regioni/PA, che già applicano il modello, procedono nel percorso di diffusione in ambito regionale, se l'applicazione è ancora limitata ad aree sub-regionali, oppure consolidano il modello, se è già diffuso su tutto l'ambito di Regione/PA.

2. VINCOLI STRUTTURALI

2.1. Strumenti di prenotazione

2.1.1. Le aree soggette all'applicazione devono disporre di strumenti informatizzati di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali (sarebbe opportuno fossero in grado di interfacciarsi con sistemi di prescrizione con ricetta dematerializzata[2]). Tali strumenti possono essere centralizzati (tutte le agende delle strutture erogatrici sono visibili tramite un unico applicativo informatico) oppure possono essere suddivisi in applicativi informatici diversi.

2.2. Referenti

2.2.1. Ogni struttura erogatrice sarebbe opportuno che disponesse di almeno un referente della specialistica ambulatoriale, che, fra le mansioni, deve gestire, direttamente o tramite collaboratori, le agende della struttura.

2.2.2. Ogni Servizio di prenotazione sarebbe opportuno che disponesse di un referente (se non fosse un operatore sanitario, dovrebbe però fare riferimento ad uno o più referenti sanitari) per eventuali valutazioni e decisioni in fase di prenotazione.

2.2.3. Sarebbe opportuno che la Regione/PA indicasse un MMG referente della medicina generale e un PLS referente della pediatra.

---

[1] Il modello RAO è descritto nel documento di Agenas, *Modello RAO (sintesi)* (http://www.agenas.it/applicazione-diffusa-priorita-cliniche-alle-prestazioni-specialistiche) ed inoltre nell'articolo pubblicato su *Health Policy* (117) 2014, 54-63 (http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851014000311)

[2] Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 2 novembre 2011 – Gazzetta Ufficiale n. 264 del 12 novembre 2011

3. VINCOLI DI PROCESSO

3.1. Prestazioni previste dall'applicazione

3.1.1. In considerazione delle semplici caratteristiche organizzative, ma al tempo stesso di sufficiente esaustività che deve avere l'applicazione (prima fase di azione di un processo di cambiamento), si propone di effettuare la predetta applicazione limitatamente ad 11 dei 50 set di prestazioni condivise dai Gruppi tematici[3]. Tra gli 11 set di prestazioni scelti (Tabella I), che si ritiene siano di elevato impatto sociale (considerata anche la relativa elevata quantità della domanda di tali prestazioni) e di rilevanza diagnostica, vi sono rappresentate, con diversa proporzione, le tre discipline specialistiche dei Gruppi tematici (cardiologia, gastroenterologia ed endoscopia digestiva, radiologia).

Tabella I: set di prestazioni individuate per l'applicazione

SET DI PRESTAZIONI "PILOTA"[4]	
1	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO 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
2	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO - Codice 88.71.4
3	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI - Codice 88.73.5
4	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO - Codice 88.76.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE - Codice 88.75.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.74.1
5	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.1 ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.2
6	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
7	MAMMOGRAFIA BILATERALE - Codice 87.37.1 MAMMOGRAFIA MONOLATERALE - Codice 87.37.2
8	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA - Codice 89.7A.3
9	RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE - Codice 88.93.4 RM DEL RACHIDE LOMBO-SACRALE SENZA E CON MDC - Codice 88.93.9
10	TC CRANIO-ENCEFALO - Codice 87.03 TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC - Codice 87.03.1
11	TC DEL TORACE - Codice 87.41 TC DEL TORACE SENZA E CON MDC - Codice 87.41.1

La Regione/PA può applicare procedure simili ad ulteriori prestazioni.

[3] I Gruppi Tematici sono stati nominati nell'ambito del Progetto di Agenas e riguardano le Aree di Cardiologia, Gastroenterologia ed endoscopia digestiva, Radiologia. I Gruppi Tematici hanno definito le indicazioni cliniche anche in coerenza con i contenuti dell'Allegato 4D del DPCM 12/01/2017 e i codici delle prestazioni in base all'Allegato 4 dello stesso DPCM.

[4] I codici riportati nella Tabella I sono coerenti con quelli contenuti nel nomenclatore nazionale (Allegato 4D) del DPCM 12/01/2017. Le Regioni/PA partecipanti alla sperimentazioni faranno riferimento ai codici da loro utilizzati.

3.2. Indicazioni cliniche condivise dai gruppi tematici Agenas

3.2.1. Regioni che intraprendono o riavviano l'implementazione

3.2.1.1. Le indicazioni cliniche, condivise dai Gruppi Tematici del progetto Agenas, verranno introdotte ex novo per le prestazioni previste dall'applicazione e contenute nel Manuale RAO Agenas **(Allegato 1)** come raccomandazioni di appropriatezza e tempestività di erogazione (priorità cliniche) da parte delle Regioni/PA che stanno intraprendendo l'applicazione o riavviando esperienze parziali già svolte.

3.2.1.2. L'implementazione, che ha in parte caratteristiche comunicative top-down, deve prevedere uno o più momenti di confronto plenario con agenti della domanda e dell'offerta (medici di famiglia e medici specialisti), oltre che con i referenti dei servizi di prenotazione, che sono i gestori delle interfacce prescrittore-cittadino-erogatore ed i referenti della specialistica ambulatoriale delle aziende sanitarie.

3.2.1.3. A tali momenti di confronto possono partecipare referenti di Agenas o referenti esperti di alcune Regioni/PA che applicano già il modello.

3.2.2. Regioni che già applicano il modello

3.2.2.1. Le Regioni/PA che stanno già applicando il modello aggiorneranno le raccomandazioni di appropriatezza e tempestività di erogazione (priorità cliniche) con le indicazioni cliniche condivise nell'ambito dei Gruppi Tematici del progetto Agenas, per le prestazioni previste dall'applicazione e contenute nel Manuale RAO Agenas **(Allegato 1)**.

3.2.2.2. L'aggiornamento delle indicazioni cliniche già in uso, che ha in parte caratteristiche comunicative top-down, deve prevedere uno o più momenti di confronto plenario con agenti della domanda e dell'offerta (medici di famiglia e medici specialisti), oltre che con i referenti dei servizi di prenotazione, che sono i gestori delle interfacce prescrittore-cittadino-erogatore ed i referenti della specialistica ambulatoriale delle aziende sanitarie. A tali momenti di confronto possono partecipare referenti di Agenas o referenti esperti di alcune Regioni/PA che applicano già il modello.

3.2.3. Tutte le Regioni partecipanti

3.2.3.1. Devono essere previsti, anche con il contributo di referenti aziendali ove presenti (ad esempio: URP), uno o più momenti di confronto plenario con Cittadinanzattiva/Tribunale dei diritti del malato (Movimento di partecipazione civica), e con eventuali altre associazioni che rappresentano categorie di cittadini

della propria realtà regionale, al fine di trasmettere fin da subito l'informazione sull'inizio dell'applicazione coordinata da Agenas. Inoltre, deve essere contestualmente proposta a Cittadinanzattiva/Tribunale dei diritti del malato e ad eventuali altre associazioni che operano nell'ambito sanitario, una collaborazione per il "monitoraggio dal lato del cittadino" dell'efficacia percepita. A tali momenti di confronto possono partecipare referenti di Agenas o referenti esperti di alcune Regioni/PA che applicano già il modello.

3.2.4. **Quali indicazioni cliniche?**

3.2.4.1. Le indicazioni cliniche condivise nell'ambito dei Gruppi Tematici sono di norma riferite a situazioni che richiedono l'esecuzione della prestazione per una diagnosi differenziale. Possono tuttavia essere presenti indicazioni riferite a necessità cliniche per accedere a percorsi diagnostico-terapeutici (ad esempio: mammografia con indicazione clinica "nodulo/addensamento di recente riscontro clinicamente sospetto" che potrebbe rientrare nel PDTA "neoplasia della mammella") o in percorsi organizzativi di accesso specifici.

3.2.4.2. Sono escluse le indicazioni cliniche che presuppongono una presa in carico del paziente in emergenza clinica (Pronto Soccorso).

3.2.4.3. Oltre alle prime visite[5] sono incluse anche le prime prestazioni (ad esempio: prima mammografia per sospetta neoplasia).

3.2.4.4. Nell'ambito dell'applicazione dovrebbero essere escluse le visite a completamento della prima visita (controlli a breve distanza di tempo) e le visite di controllo (follow-up), che dovrebbero avere percorsi "privilegiati" di accesso alla prenotazione[5], indipendentemente dal tempo trascorso dalla prima visita.

3.2.5. **Quali classi temporali?**

3.2.5.1. Le classi temporali di attesa derivano dalle definizioni ad esse date dal Decreto 17.3.2008, che definisce gli attuali campi "priorità" della RICETTA SSN in uso (U, B,

[5] Le seguenti definizioni sono tratte dall'Allegato 4 ("Legenda") del DPCM 12.1.2017 (Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n. 65, Supplemento ordinario n. 15 del 18.3.2017).

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.

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 di controllo: 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.

D, P)[6]. Da tali classi temporali dovrebbero essere escluse le prestazioni di controllo o successive alla prima, che presuppongono una gestione del paziente da parte della struttura specialistica.

3.2.5.2. Le Regioni/PA, nelle loro articolazioni aziendali, in alcuni casi come risulta dai rispettivi Piani regionali, prevedono limiti massimi di attesa diversi ma non superiori a quelli previsti dal Decreto 17.3.2008 e dal PNGLA[7]. Ad esempio: 7 oppure 8 giorni invece che 10 della classe "B"; 30 giorni invece che 60 per le prestazioni strumentali della classe "D". Le modalità sopra descritte permettono comunque la prenotabilità delle prestazioni e quindi la tracciabilità dei tempi di attesa (dalla data di contatto con il sistema di prenotazione alla data di erogazione della prestazione) per singolo evento.

3.2.5.3. Vi sono Regioni/PA che, nelle loro articolazioni aziendali, prevedono, per prescrizioni con RICETTA SSN di classe di priorità "U", l'accesso diretto (open) degli utenti ai servizi ambulatoriali, pertanto senza prenotazione. Sebbene l'accesso degli utenti, con tali modalità, garantisca tempi ridotti rispetto ai limiti definiti dalle norme nazionali, nell'ambito dell'applicazione, ai fini della valutazione della concordanza e/o dell'audit clinico, vanno definite dalla Regione/PA modalità ad hoc di raccolta dati.

3.2.5.4. Oltre a condizioni cliniche che presuppongono la differibilità temporale entro i limiti massimi di attesa sopra indicati, vi sono situazioni cliniche che non la prevedono, pertanto da effettuare "nel più breve tempo possibile" da parte dei servizi dell'emergenza sanitaria territoriale e/o da parte dei servizi di Pronto Soccorso. Le indicazioni definite dai Gruppi tematici non riguardano tali fattispecie di condizioni cliniche e pertanto, ai fini dell'applicazione, non è necessario vengano monitorate.

3.2.5.5. Nell'ambito dell'applicazione, l'eventuale superamento dei limiti massimi di attesa (fra la data di contatto con il Servizio di prenotazione e la data di presunta erogazione della prestazione) per i livelli di priorità U, B, D, nei singoli casi, è gestito e autorizzato dal referente del Servizio di prenotazione (se non fosse un operatore sanitario, dovrebbe però fare riferimento ad uno o più referenti sanitari).

---

[6] Quanto segue è tratto dalle definizioni contenute nel paragrafo 3.1.4.8 ("Priorità della prescrizione") dell'Allegato 1 del Decreto del Ministero delle Finanze 17.3.2008 (Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n. 86, Supplemento ordinario del 11.4.2008).

Lettera "U", da eseguire: nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore (secondo l'Allegato 1 del precedente Decreto del Ministero delle Finanze 18.5.2004, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n.251 del 25-10-2004 - Suppl. Ordinario n. 159, tale livello di priorità non prevedeva differibilità ma soltanto "nel più breve tempo possibile").

Lettera "B", da eseguire: entro 10 giorni.

Lettera "D", da eseguire: entro 30 giorni per le visite, entro 60 giorni per gli accertamenti specialistici (quest'ultima dizione si ritiene ragionevole corrisponda alle cosiddette "prestazioni strumentali" con finalità diagnostica).

Lettera "P", da eseguire: senza priorità (secondo l'Allegato 1 del precedente Decreto del Ministero delle Finanze 18.5.2004, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n.251 del 25-10-2004 - Suppl. Ordinario n. 159, tale limite era esplicitato in "entro 180 giorni").

[7] Piano Nazionale per il Contenimento dei Tempi di Attesa (PNCTA) 2006-2008 approvato con Intesa Stato-Regioni 28 Marzo 2006 e il Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2010-2012 approvato con Intesa Stato-Regioni del 28 ottobre 2010.

3.2.5.6. Nell'ambito dell'applicazione, non saranno monitorate le prenotazioni per le quali l'utente, per motivi personali e non clinici, sceglie una specifica struttura o uno specifico professionista che non sono coerenti con la priorità assegnata e per le quali, pertanto, il SSR non è tenuto a garantire i tempi massimi di attesa previsti.

3.2.5.7. 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).

3.2.6. **Valutazione concordanza**

3.2.6.1. Ad ogni utente, lo specialista, preferibilmente prima di erogare la prestazione[8], attribuirà una classe di priorità, al fine di permettere il confronto inter-soggetti delle attribuzioni di priorità (valutazione di concordanza).

3.2.6.2. La raccolta dei dati, in assenza di applicativi informatici ad hoc, potrà essere effettuata su carta, utilizzando griglie prestampate (**Allegato 2**). A ciò dovrà seguire l'inserimento dei dati raccolti in applicativi informatici di minima ma sufficiente adeguatezza per fare analisi statistiche descrittive e poterli eventualmente trasferire su altri applicativi per analisi statistiche inferenziali.

3.2.7. **Numerosità**

3.2.7.1. Per ciascun set di prestazioni degli 11 oggetto di monitoraggio (Tabella I) si richiede vengano raccolte almeno 100 prescrizioni per struttura erogante prestazioni (ad esempio: presidio ospedaliero, poliambulatorio distrettuale), con relativa attribuzione del codice di priorità da parte dello specialista che eroga la prestazione (per successiva valutazione di concordanza). Le suddette prescrizioni devono essere raccolte in modo consecutivo dalla data scelta come inizio dell'applicazione. Agenas fornirà indicazioni sulla dimensione dei campioni, stratificandoli in base alle aree di applicazione che verranno individuate da parte delle Regione/PA.

[8] L'attribuzione della classe di priorità clinica da parte dello specialista dovrebbe essere "in cieco" rispetto a tutte le informazioni contenute nella prescrizione (ad esempio: ricetta SSN) e nella prenotazione (ad esempio: priorità attribuita dal medico prescrittore). Tale condizione organizzativa, nella pratica quotidiana, può essere di difficile realizzazione. Pertanto si ritiene necessario ribadire l'opportunità (non la "pretesa") della attribuzione "in cieco" della priorità clinica da parte dello specialista.

3.2.8. **Audit clinici**

3.2.8.1. In aggiunta alla valutazione di concordanza, possono essere attuati audit clinici (analisi ex post sulla documentazione clinica) al fine di confrontare i dati contenuti nella prescrizione con raccomandazioni di appropriatezza definite da linee guida riconosciute dalla società scientifiche a livello nazionale e/o internazionale.

3.3. Riassunto dati necessari da raccogliere per l'applicazione

3.3.1. I dati minimi necessari da raccogliere per ciascun evento, caratterizzato da prescrizione-prenotazione-erogazione della singola prestazione, associate al singolo utente, sono descritti nell'**Allegato 3**.

3.4. Procedura operativa

3.4.1. Nell'**Allegato 1 (Manuale RAO Agenas)** viene anche riportato lo schema di procedura operativa da utilizzare nell'ambito dell'applicazione, con la finalità di ridurre al minimo la disomogeneità di comportamento da parte di chi gestisce prescrizione, prenotazione ed erogazione della prestazione specialistica, oltre che la raccolta dati, nelle diverse articolazioni organizzative coinvolte.

ALLEGATI

ALLEGATO 1

Manuale RAO
Agenas

Indice

PROCEDURA OPERATIVA PER L'APPLICAZIONE (FASE II) PROGETTO AGENAS 1

SCOPO 1

CAMPO DI APPLICAZIONE 1

DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI 2

DOCUMENTI NORMATIVI E ORIENTATIVI 2

BIBLIOGRAFIA 3

INDICAZIONI DI MODALITÀ OPERATIVE 9

TABELLE RAO 11

COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Codice 45.23 13

COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.23.3 13

COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.23.4 13

DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO - Codice 88.71.4 15

ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo - Codice 88.72.2 17

ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI - Codice 88.73.5 19

ECOCOLORDOPPLER ARTERIE RENALI - Codice 88.74.9 20

ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO - Codici 88.77.4 e 88.77.5 21

ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO - Codici 88.77.6 e 88.77.7 21

ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI - Codice 88.76.3 22

ECOENCEFALOGRAFIA - Codice 88.71.1 23

ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO - Codice 88.76.1 24

ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE - Codice 88.75.1 25

ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.74.1 26

ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale - Codice 88.78.2 27

ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale - Codice 88.78.2 28

ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.1 29

ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.2 29

ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE - Codice 88.79.3 30

ECOGRAFIA OSTETRICA - Codice 88.78 32

ECOGRAFIA SCROTALE - Codice 88.79.6 33

ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (secondo Holter) - Codice 89.50 34

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] - Codice 45.13 35

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.16.1 35

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.16.2 35

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA DELL'ESOFAGO - Codice 42.24 35

MAMMOGRAFIA BILATERALE - Codice 87.37.1 37

MAMMOGRAFIA MONOLATERALE - Codice 87.37.2 37

ORTOPANORAMICA DELLE ARCATE DENTARIE - Codice 87.11.3 38

PRIMA VISITA CARDIOLOGICA - Codice 89.7A.3 39

PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA - Codice 89.7A.9 41

RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC - Codice 88.95.5 43

RM DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.95.1 44

RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC - Codice 88.95.2 45

RM DEL COLLO - Codice 88.91.6 46

RM DEL COLLO SENZA E CON MDC - Codice 88.91.7 46

RM DELLA COLONNA IN TOTO - Codice 88.93.6 47

RM DEL RACHIDE CERVICALE, DORSALE, LOMBOSACRALE E SCROCOCCIGEO - Codici 88.93.2, 88.93.3, 88.93.4 e 88.93.5 47

RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC - Codici 88.93.7 e 88.93.B 48

RM DEL RACHIDE DORSALE, LOMBO-SACRALE E SACROCOCIGGEO SENZA E CON MDC - Codici 88.93.8, 88.93.9, 88.93.A 48

RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.91.2 49

RM MUSCOLOSCHELETRICA (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 50

RM MUSCOLOSCHELETRICA (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 51

RX DELLA CAVIGLIA - Codice 88.28.1 53

RX DEL PIEDE [CALCAGNO] - Codice 88.28.2 53

RX DELLA COLONNA CERVICALE, DORSALE E LOMBOSACRALE - Codici 87.22, 87.23,87.24 54

RX MORFOMETRIA VERTEBRALE DORSALE E LOMBARE - Codici 87.23.64, 87.24.7 54

RX STANDARD SACROCOCCIGE - Codice 87.24.6 54

RX DEL FEMORE - Codice 88.27.1 55

RX DEL GINOCCHIO - Codice 88.27.2 55

RX DELLA GAMBA - Codice 88.27.3 55

RX DEL GOMITO - Codice 88.22.1 ..... *56*

RX DELL'AVAMBRACCIO - Codice 88.22.2 ..... *56*

RX DEL POLSO - Codice 88.23.1 ..... *57*

RX DELLA MANO - Codice 88.23.2 ..... *57*

RX DELLA SPALLA - Codice 88.21.2 ..... *58*

RX DEL TORACE - Codice 87.44.1 ..... *59*

TC DELL'ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC - Codice 88.01.2 ..... *60*

TC DELL'ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC - Codice 88.01.4 ..... *60*

TC DELL'ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC - Codice 88.01.6 ..... *60*

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) - 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 ..... *61*

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 *62*

TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE - Codice 88.38.5 ..... *63*

TC CRANIO-ENCEFALO - Codice 87.03 ..... *64*

TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC - Codice 87.03.1 ..... *65*

TC MASSICCIO FACCIALE - Codice 87.03.2 ..... *66*

TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC - Codice 87.03.3 ..... *67*

TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE, TORACICO, LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE - Codici 88.38.A, 88.38.B, 88.38.C *68*

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 *69*

TC DEL TORACE - Codice 87.41 ..... *70*

TC DEL TORACE SENZA E CON MDC - Codice 87.41.1 ..... *71*

NOTE **72**

PROCEDURA OPERATIVA PER L'APPLICAZIONE (FASE II) PROGETTO AGENAS

SCOPO

La procedura ha la finalità di descrivere alcuni passi operativi orientativi, finalizzati a rendere il più possibile uniformi i comportamenti di prescrizione-prenotazione-erogazione fra le diverse Regioni/PA e loro articolazioni organizzative, che partecipano al progetto Agenas sulla diffusione di priorità cliniche condivise.

CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica alle prestazioni erogate in attività specialistica ambulatoriale (utenti non ricoverati) presso le strutture specialistiche aziendali e prescritte da medici di famiglia o medici specialisti. Il set di prestazioni oggetto dell'applicazione è riportato nella Tabella I.

Tabella I: set di prestazioni individuate per l'applicazione

SET DI PRESTAZIONI "PILOTA" [1]	
1	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO 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
2	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO - Codice 88.71.4
3	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI - Codice 88.73.5
4	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO - Codice 88.76.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE - Codice 88.75.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.74.1
5	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.1 ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.2
6	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
7	MAMMOGRAFIA BILATERALE - Codice 87.37.1 MAMMOGRAFIA MONOLATERALE - Codice 87.37.2
8	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA - Codice 89.7A.3
9	RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE - Codice 88.93.4 RM DEL RACHIDE LOMBO-SACRALE SENZA E CON MDC - Codice 88.93.9
10	TC CRANIO-ENCEFALO - Codice 87.03 TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC - Codice 87.03.1
11	TC DEL TORACE - Codice 87.41 TC DEL TORACE SENZA E CON MDC - Codice 87.41.1

La Regione/PA può applicare procedure simili ad ulteriori prestazioni.

[1] I codici riportati nella Tabella I sono coerenti con quelli contenuti nel nomenclatore nazionale (Allegato 4D) del DPCM 12/01/2017. Le Regioni/PA partecipanti alla sperimentazioni faranno riferimento ai codici da loro utilizzati.

DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

CONCORDANZA	Valutazione di corrispondenza, relativa allo stesso caso clinico, tra la classe di priorità attribuita dal medico prescrittore e quella attribuita dallo specialista
CUP	Centro Unico (o unificato) Prenotazioni
DEMAT	Ricetta elettronica dematerializzata
MCA	Medici di Continuità Assistenziale
MMG	Medici di Medicina Generale
PA	Provincia Autonoma
PLS	Pediatri di Libera Scelta
PRIORITÀ CLINICA	Indicazione clinica che consente al medico di prescrivere ad un paziente una prestazione specialistica attribuendo un tempo differito di attesa che, sulla base di linee guida, raccomandazioni condivise da società scientifiche o scelte motivate clinicamente dal prescrittore, si ritiene, in considerazione della diagnosi differenziale posta o del quadro clinico di cui è nota la diagnosi, non ne comprometta la prognosi
RAO	Raggruppamenti di Attesa Omogenea per priorità clinica
RICETTA SSN	Ricetta SSN prescritta manualmente o informaticamente (non dematerializzata)
SSN	Servizio Sanitario Nazionale

DOCUMENTI NORMATIVI E ORIENTATIVI

- Ministero della Sanità, Commissione di studio sulle liste di attesa istituita con DM 28.12.2000: Analisi e Proposte in tema di liste di attesa nel SSN. Relazione Finale. Roma, Maggio 2001
- DPCM 16.4.2002, Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi d'attesa. Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 122 del 27.5.2002
- Accordo Stato Regioni 11 luglio 2002 (Allegato Tecnico), Repertorio Atti n. 1488
- Piano Nazionale per il Contenimento dei Tempi di Attesa (PNCTA) 2006-2008 approvato con Intesa Stato-Regioni 28 Marzo 2006
- Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2010-2012 approvato con Intesa Stato-Regioni del 28 ottobre 2010
- Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 2 novembre 2011 – Gazzetta Ufficiale n. 264 del 12 novembre 2011

- DPCM LEA 12/01/2017 definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui art. 1, comma 7 del D. Lgs 30/12/1992, n. 502. G.U. 18 marzo 2017, n. 65
- D.lgs. n. 187/2000, Attuazione della direttiva 97/43/EURATOM in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche. Modificato dall'art. 39, Legge 1 marzo 2002, n. 39

BIBLIOGRAFIA

Area Cardiologia

- Aspromonte N, Gulizia MM, Di Lenarda A, Mortara A, Battistoni I, De Maria R, Gabriele M, Iacoviello M, Navazio A, Pini D, Di Tano G, Marini M, Ricci RP, Alunni G, Radini D, Metra M, Romeo F. ANMCO/SIC Consensus Document: cardiology networks for outpatient heart failure care. *European Heart Journal Supplements* (2017) 19 (Supplement D), D89-D101.
- Crawford MH, Bernstein SJ, Deedwania PC, DiMarco JP, Ferrick KJ, Garson A Jr, Green LA, Greene HL, Silka MJ, Stone PH, Tracy CM. ACC/AHA guidelines for ambulatory electrocardiography: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the Guidelines for Ambulatory Electrocardiography). *J Am Coll Cardiol.* 1999; 34: 912-48.
- Cherubini A, Mureddu GF, Temporelli PL, Frisinghelli A, Clavario P, Cesana F, Fattirolli F, a nome dell'Area Prevenzione Cardiovascolare ANMCO. Appropriatezza delle procedure diagnostiche in prevenzione cardiovascolare: di che cosa possiamo fare a meno?. *G Ital Cardiol.* 2014; 15 (4): 253-263.
- Chou R; High Value Care Task Force of the American College of Physicians. Cardiac screening with electrocardiography, stress echocardiography, or myocardial perfusion imaging: advice for high-value care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2015; 162 (6): 438-447.
- Douglas PS, Garcia MJ, Haines DE, Lai WW, Manning WJ, Patel AR, Picard MH, Polk DM, Ragosta M, Ward RP, Weiner RB. ACCF/ASE/AHA/ASNC/ HFSA/HRS/SCAI/SCCM/SCCT/SCMR 2011 appropriate use criteria for echocardiography: a report of the American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force, American Society of Echocardiography, American Heart Association, American Society of Nuclear Cardiology, Heart Failure Society of America, Heart Rhythm Society, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Critical Care Medicine, Society of Cardiovascular Computed Tomography, and Society for Cardiovascular Magnetic Resonance. *J Am Coll Cardiol.* 2011; 57: 1126-66.
- Lattanzi F., Magnani M., Cortigiani L., Mandorla S., Zuppiroli A., Lorenzoni R., a nome del Gruppo di Valutazione dell'Appropriatezza ANMCO-Toscana. La valutazione dell'appropriatezza della prescrizione dell'ecocardiogramma. *Ital Heart J.* Suppl 2002; 3 (6): 613-618.

- Mandorla S., Trambaiolo P., De Cristofaro M., Baldassi M., Penco M., a nome del Consiglio Direttivo 2005-2007 della Società Italiana di Ecografia Cardiovascolare. Appropriatezza dell'esame ecocardiografico e definizione delle classi di priorità: una proposta della Società Italiana di Ecografia Cardiovascolare. *G Ital Cardiol.* 2010; 11 (6): 503-533.
- Marques AC, Calderaro D, Yu PC, Gualandro DM, Carmo GA, Azevedo FR, et al. Impact of cardiology referral: clinical outcomes and factors associated with physicians' adherence to recommendations. *Clinics.* 2014; 69 (10): 666-671.
- Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, Albus C, Benlian P, Boysen G, Cifkova R, Deaton C, Ebrahim S, Fisher M, Germano G, Hobbs R, Hoes A, Karadeniz S, Mezzani A, Prescott E, Ryden L, Scherer M, Syvänne M, Scholte op Reimer WJ, Vrints C, Wood D, Zamorano JL, Zannad F; European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR); ESC Committee for Practice Guidelines (CPG). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur Heart J*. 2012; 33 (13): 1635-701.
- Steinberg JS, Varma N, Cygankiewicz I, et al. 2017 ISHNE-HRS expert consensus statement on ambulatory ECG and external cardiac monitoring/telemetry. *Ann Noninvasive Electrocardiol*. 2017; 22: e12447. https://doi.org/10.1111/anec.12447 (ultimo accesso 5 giugno 2017).

Area Gastroenterologia ed endoscopia digestiva

- American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Appropriate use of gastrointestinal endoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy.* 2000; 52: 831-837.
- Buri L., Hassan C. et al. Appropriateness guidelines and predictive rules to select patients for upper endoscopy: a nationwide multicenter study. *Am J Gastroenterology.* 2010 jun; 105 (6): 1327-37.
- Di Giulio E., Hassan C., Pickhardt PJ, Zullo A., Laghi A., Kim DH, Iafrate F.. Cost-effectiveness of upper gastrointestinal endoscopy according to the appropriateness of the indication. *Scand J gastroenterology.* 2009; 44 (4): 491-8.
- Di Giulio E., Hassan C. et al. Appropriateness of the indication for upper endoscopy: a matenalysis. *Dig Liver Dis*. 2010 feb; 42 (2): 122-6.
- Fassil et al. Approaches for classifying the indications for colonoscopy using detailed clinical data. *BMC Cancer.* 2014; 14: 95.
- Hassan C., Bersani G., Buri L., Zullo A., Anti M., Bianco MA, Di Giulio E., Ficano L., Morini S., Di Matteo G., Loriga P., Pietropaolo V., Cipolletta L., Costamagna G.. Appropriateness of upper –GI endoscopy: an Italian survey on behalf of the Italian Society of Digestive Endoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy.* 2007 May; 65 (6): 767-74.
- Minoli G., Meucii G., et al. The ASGE guidelines for the appropriate use of colonoscopy in an open access system. *Gastrointestinal Endoscopy.* 2000; 52: 175-179.

- Paterson WG, Depew WT, Paré P. et al. for the Canadian Association of Gastroenterology Wait Time Consensus Group, Canadian consensus on medically acceptable wait times for digestive health care, *Can J Gastroenterol.* 2006; 20 (6): 411-423.
- Società Italiana di Endoscopia Digestiva. *Linee Guida SIED.* 2007 Aug (http://www.sied.it/) (ultimo accesso 5 giugno 2017)
- Vader JP, Froehlich F, Dubois RW, Beglinger C, Wietlisbach V, Pittet V, Ebel N, Gonvers JJ, Burnand B. European Panel on the Appropriateness of Gastrointestinal Endoscopy (EPAGE): conclusion and WWW Site. *Endoscopy.* 1999; 31 (8): 687-694.

Area Radiologia

- American College of Radiology. *ACR–ASNR–ASSR–SPR Practice Parameter for the Performance of Computed Tomography (CT) of the Spine*. Revised 2016. https://www.acr.org/~/media/ACR/Documents/PGTS/guidelines/CT_Spine.pdf?db=web (ultimo accesso 5 giugno 2017).
- Bingol O, Ayrik C, Kose A, et.al. Retrospective analysis of whole-body multislice computed tomography findings taken in trauma patients. *Turk J Emerg Med.* 2015; 15 (3): 116-121.
- Chong AL, Chandra RV, Chuah KC, Roberts EL, Stuckey SL. Proton Density MRI increases detection of cervical spinal cord multiple sclerosis lesions compared with T2-weighted Fast Spin-Echo. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2016; 37 (1): 180-184.
- Chou R., Fu R., Carrino JA, et al. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2009; 373 (9662): 463-472.
- Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT Jr, Shekelle P, Owens DK. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians/American Pain Society. Low Back Pain Guidelines Panel. *Ann Intern Med.* 2007; 147 (7): 478-491.
- Chou R., Qaseem A., Owens DK, et al. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2011; 154 (3): 181-189.
- Royal Australian College of General Practitioners. *Clinical guidance for MRI referral*. East Melbourne, 2013.

  http://www.racgp.org.au/download/Documents/Guidelines/MRI%20referrals/clinicalguidancemri referral.pdf (ultimo accesso 5 giugno 2017).
- Cohan S., Chen C., Baraban E., Stuchiner T., Grote L. MRI utility in the detection of disease activity in clinically stable patients with multiple sclerosis: a retrospective analysis of a community based cohort. *BMC Neurology.* 2016; 16 (1): 184.
- Dagenais S, Tricco AC, Haldeman S. Synthesis of recommendations for the assessment and management of low back pain from recent clinical practice guidelines. *The Spine Journal.* 2010; 10 (6): 514-529.

- Dreizin D., Letzing M., Sliker CW, et al. Multidetector CT of blunt cervical spine trauma in adults. *Radiographics.* 2014; 34 (7): 1842-1865.
- Dutoit JC, Verstraete KL. MRI in multiple myeloma: a pictorial review of diagnostic and post-treatment findings. *Insights into Imaging.* 2016; 7 (4): 553-569.
- Fairbairn KJ, Saifuddin A, Green RAR. Musculoskeletal tumours. In: Nicholson T (ed). *Recommendations for cross-sectional imaging in cancer management,* Second edition. London: The Royal College of Radiologists, 2014.
- Galler S., Stellmann J-P, Young KL, Kutzner D., Heesen C., Fiehler J., Siemonsen S. Improved lesion detection by using axial T2-weighted MRI with full spinal cord coverage in multiple sclerosis. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2016; 37 (5): 963-969.
- Geyer LL, Korner M., Hempel R. et al. Evaluation of a dedicated MDCT protocol using iterative image reconstruction after cervical spine trauma. *Clinical Radiology.* 2013; 68 (7): e391-e396.
- Goertz M, Thorson D, Bonsell J, et al. *Adult acute and subacute low back pain*. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2012.

  https://www.icsi.org/guidelines__more/catalog_guidelines_and_more/catalog_guidelines/catalog_musculoskeletal_guidelines/low_back_pain/ (ultimo accesso 5 giugno 2017)
- Kneisl JS, Rosenberg AE, Anderson PM, et al. Bone. In: *AJCC Cancer Staging Manual,* 8th. Amin MB. (Ed), AJCC, Chicago. 2017.
- Lateef H, Patel D. What is the role of imaging in acute low back pain? *Curr Rev Musculoskelet Med.* 2009; 2 (2): 69-73.
- Lim CY, Ong KO. Imaging of musculoskeletal lymphoma. *Cancer Imaging.* 2013; 13 (4): 448-457.
- *Linee guida per la diagnostica per immagini*, Atto rep. n. 2113 del 28 ottobre 2004, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale - serie generale - n. 100 del 2 maggio 2005 - supplemento ordinario n. 79.
- McLellan AM, Daniel S., Corcuera-Solano I., Joshi V., Tanenbaum LN. Optimized imaging of the postoperative spine. *Neuroimaging Clinics of North America.* 2014; 24 (2): 349-364.
- Modic MT, Obuchowski NS, Ross JS et al. Acute low back pain and radiculopathy: MR imaging findings and their prognostic role and effect on outcome. *Radiology.* 2005; 237 (2): 597-604.
- Nandini PD et al. ACR Appropriateness Criteria Low Back Pain. *Journal of the American College of Radiology*. 2016,13 (9): 1069-1078, 10p
- Pengel LHM, Herbert RD, Maher CG, Refshange KM. Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ*. 2003; 327 (7401): 323.
- Riederer I., Karampinos DC, Settles M., Preibisch C., Bauer JS, Kleine JF, Muhlau M., Zimmer C. Double inversion recovery sequence of the cervical spinal cord in multiple sclerosis and related inflammatory diseases. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2015; 36: 219-225.
- Rovira À., Auger C., Rovira A. Other noninfectious inflammatory disorders. *Handbook of Clinical Neurology*. 2016; 135: 425-446.
- Società Italiana di Radiologia Medica. *Modello di appropriatezza prestazionale quali-quantitativa in diagnostica per immagini*. Documenti SIRM, 2012.

- Sundarakumar DK, Smith CM, Hwang WD, Mossa-Basha M, Maravilla KR. Evaluation of Focal Cervical Spinal Cord Lesions in Multiple Sclerosis: Comparison of White Matter–Suppressed T1 Inversion Recovery Sequence versus Conventional STIR and Proton Density–Weighted Turbo Spin-Echo Sequences. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2016; 37 (8): 1561-6.
- Sun R., Skeete D., Wetjen K., et al. A pediatric cervical spine clearance protocol to reduce radiation exposure in children. *J Surg Res*. 2013; 183 (1): 341-346.
- Tillema J-M, Pirko I. Neuroradiological evaluation of demyelinating disease. *The Adv Neurol Disord.* 2013; 6 (4): 249-268.
- Traboulsee A, Simon JH, Stone L, Fisher E, Jones DE, Malhotra A, Newsome SD, Oh J, Reich DS, Richert N, Rammohan K., Khan O, Radue E-W, Ford C, Halper J, Li D. Revised recommendations of the Consortium of MS Centers Task Force for a standardized MRI protocol and clinical guidelines for the diagnosis and follow-Up of multiple sclerosis. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2016; 37 (3): 394-401.
- Utz M., Khan S., O' Connor D., Meyers S. MDCT and MRI evaluation of cervical spine trauma. *Insights Imaging.* 2014; 5: 67-75.
- Wong CC, McGirt MJ. Vertebral compression fractures: a review of current management and multimodal therapy. *Journal of Multidisciplinary Healthcare.* 2013; 6: 205-214.
- Yi JS, Cha JG, Han JK, Kim HJ. Imaging of herniated discs of the cervical spine: Inter-modality differences between 64-Slice Multidetector CT and 1.5-T MRI. *Korean J Radiol.* 2015; 16 (4): 881-888.

Gestione della prescrizione-erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali

- ABIM Foundation. Choosing Wisely campaign, http://www.choosingwisely.org/, Philadelphia, PA (ultimo accesso 5 giugno 2017)
- Akbari A., Mayhew A., Al-Alawi MA, Grimshaw J., Winkens R., Glidewell E., Pritchard C., Thomas R., Fraser C.. *Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care*. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group, 2008.
- Blank L, Baxter S, Woods HB, Goyder E, Lee A, Payne N, Rimmer M. What is the evidence on interventions to manage referral from primary to specialist non-emergency care? A systematic review and logic model synthesis. *Health Services and Delivery Research*. Southampton (UK): NIHR Journals Library, 2015.
- Mariotti G., Siciliani L., Rebba V., Fellini R., Gentilini M., Benea G., Bertoli P., Bistolfi L., Brugaletta S., Camboa P., Casucci P., Dessi D., Faronato P., Galante M., Gioffredi A., Guarino TM, Pofi E., Liva C. Waiting time prioritisation for specialist services in Italy: the homogeneous waiting time groups approach. *Health Policy.* 2014; 117 (1): 54-63.
- Mehrotra A., Forrest C. B., Lin C. Y.. Dropping the Baton: Specialty Referrals in the United States. *The Milbank Quarterly*. 2011; 89 (1): 39-68).

- National Institute for Health and Clinical Excellence. *Referral Advice: A guide to appropriate referral from general to specialist services*. NICE, 2001. http://carepathways4gp.org.uk/Acne_Care_Pathway/Referral_criteria_(NICE)_files/iGWmJf-Referraladvice.pdf (ultimo accesso 5 giugno 2017).
- Nuti S, Vainieri M. Managing waiting times in diagnostic medical imaging. *BMJ Open.* 2012; 2: e001255. http://bmjopen.bmj.com/content/2/6/e001255 (ultimo accesso 5 giugno 2017).
- Sharma T., Choudhury M., Kaur B., Naidoo B., Garner S., Littlejohns P., Staniszewska S.. Evidence informed decision making: the use of "colloquial evidence" at nice. *Int J Technol Assess Health Care*. 2015; 31 (3): 138-46.
- Siciliani L., Borowitz M. and Moran V. (eds.). *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 2013. http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en (ultimo accesso 5 giugno 2017)
- Slow Medicine. Riflessioni in progress. Slow Medicine sulle liste d'attesa, https://www.slowmedicine.it/index.php/it/il-pensiero-di-slow-medicine/riflessioni-in-progress/95-slow-medicine-sulle-liste-d-attesa, Torino (ultimo accesso 5 giugno 2017)

INDICAZIONI DI MODALITÀ OPERATIVE

1	I medici che possono prescrivere le prestazioni sono tutti i medici dipendenti e convenzionati (MMG, PLS, MCA e specialisti) o altri medici autorizzati ad utilizzare la RICETTA SSN o la DEMAT, dell'ambito territoriale che partecipa all'applicazione.
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 corrisponde un identico vincolo di tempo massimo di attesa: classe U = max 3 giorni; classe B = max 10 giorni; classe D = max 30 giorni per le visite e max 60 giorni per le prestazioni strumentali; classe P = senza limite massimo di attesa o secondo le indicazioni del Piano regionale per il Governo dei tempi di attesa.
5	Le prescrizioni di prestazioni da indirizzare ai Servizi di urgenza/emergenza (prestazione da erogare al più presto possibile) devono riportare la dicitura per esteso "urgente" (o altra indicazione definita a livello di Regione/PA). Tali prescrizioni non fanno riferimento alle indicazioni cliniche previste dal Manuale RAO Agenas.
6	Per un uso corretto delle indicazioni cliniche e dei rispettivi codici occorre fare riferimento al Manuale RAO Agenas. Si stabilisce che nel caso in cui una ricetta fosse priva del codice priorità, la prestazione viene prenotata come fosse di classe "P" (senza priorità) e secondo le indicazioni del Piano regionale per il Governo dei tempi di attesa.
7	L'informazione della prescrizione può essere presa in carico dall'operatore di prenotazione: i) direttamente (prescrittore gestisce la prenotazione), ii) con la dichiarazione verbale (se il paziente è al telefono), iii) con l'indicazione scritta sulla ricetta SSN (se il paziente è allo sportello) della classe di priorità o iv) tramite prenotazione on-line da parte dell'utente. Ove disponibile la DEMAT, la prenotazione tramite operatore o, ove previsto, direttamente da parte dell'utente, potrà essere facilitata grazie alla trasmissione informatica dei dati della ricetta.
8	Al momento della prenotazione, l'operatore indica nell'agenda, oltre alle informazioni richieste per prassi, la classe di priorità indicata dal medico prescrittore (classe "P" ove fosse assente l'indicazione della classe). Nel caso di DEMAT le informazioni saranno direttamente accessibili all'operatore.
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 contenute nel Manuale RAO Agenas. Qualora la prescrizione si riferisse ad indicazioni cliniche 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 (esempio in Allegato 2).
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/PA dell'applicazione (_____; tel. fisso: _____; tel. mobile _____; e-mail: _____@_____).

TABELLE RAO

CLASS_RAO 001	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO 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 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	1. Anemizzazione di recente insorgenza con sintomi digestivi, con Hb <10 g/dl 2. Sanguinamento non compendiato come urgente, rettorragia/enterorragia non grave, diarrea muco-sanguinolenta non infettiva 3. Sospetto clinico e/o strumentale di neoplasia 4. Altro (10%)
B (PEDIATRIA)	10 gg	1. Melena accertata (dopo aver escluso un'eziologia del tratto digestivo superiore) 2. Altro (10%)
D	60 gg	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

CLASS_RAO 001	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO 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 INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO**
P	120 gg	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

ASS_RAO 002	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**
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. 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%)

ASS_RAO 002	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**
D	60 gg	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	1. Tumefazioni della linea mediana del collo senza carattere flogistico 2. Altro (10%)
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P (PEDIATRIA)	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

CLASS_RAO 003	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	1. Soffio di n.d.d. di primo riscontro in paziente sintomatico 2. Sospetta cardiopatia sintomatica 3. Altro (10%)
B	10 gg	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	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	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	1. PDA emodinamicamente non significativo 2. Soffio di n.d.d. di primo riscontro in assenza di sintomatologia 3. Altro (10%)
P	120 gg	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	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**
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
D	60 gg	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 arteriosa 5. Altro (10%)
P	120 gg	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%)

CLASS_RAO 005	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**
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
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	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

CLASS_RAO 006	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**
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	1. ARTERIOSO: segni di peggioramento di arteriopatia 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	1. ARTERIOSO: claudicatio < 100 metri 2. Altro (10%)
P	120 gg	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%)

CLASS_RAO 007	ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI - Codice 88.76.3 Escluso: vasi viscerali	
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. Obiettività fisica suggestiva per aneurisma dell'aorta addominale 2. Altro (10%)
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	1. Riscontro occasionale di calcificazioni aortiche 2. Altro (10%)

CLASS_RAO 008	ECOENCEFALOGRAFIA - Codice 88.71.1 Ecografia transfontanellare	
CLASSE DI PRIORITA'	**TEMPO MASSIMO DI ATTESA**	**INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO**
U	72 h	1. Ricerca segni di emorragia 2. Ricerca segni di lesioni parenchimali 3. Ricerca segni di idrocefalia 4. Ricerca segni di malformazioni 5. Altro (10%)
B	10 gg	1. Ipotonia 2. Micro-macrocefalia 3. Altro (10%)
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

CLASS_RAO 009	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	1. Colica reno-ureterale recente 2. Altro (10%)
U (PEDIATRIA)	72 h	1. Massa addominale in età pediatrica 2. Altro (10%)
B	10 gg	1. 1° riscontro di alterazione bioumorale 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	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	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P (PEDIATRIA)	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

CLASS_RAO 010	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE - Codice 88.75.1 Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrapubica	
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

CLASS_RAO 011	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 sovraombelicale, 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

CLASS_RAO 012	**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	1. Masse pelviche sintomatiche 2. Menometrorragie gravi 3. Altro (10%)
U (PEDIATRIA)	72 h	1. Masse pelviche asintomatiche 2. Altro (10%)
B	10 gg	1. Masse pelviche asintomatiche 2. Sanguinamenti in menopausa 3. Altro (10%)
B (PEDIATRIA)	10 gg	1. Sanguinamento in prepubere 2. Altro (10%)

CLASS_RAO 012	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	1. Dolore pelvico cronico 2. Sospetto fibroma uterino 3. Irregolarità mestruali 4. Altro (10%)
D (PEDIATRIA)	60 gg	1. Irregolarità mestruali 2. Amenorrea con test negativo 3. Altro (10%)
P	120 gg	1. Sterilità/infertilità di coppia 2. Altro (10%)
P (PEDIATRIA)	120 gg	1. Acne/irsutismo 2. Altro (10%)

CLASS_RAO 013	**ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.1** Incluso ecografia del cavo ascellare ed eventuale integrazione ColorDoppler. Incluso: eventuale valutazione clinica della mammella **ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.2** 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	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
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 7. Sospetto ascesso o cisti infetta 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%)

CLASS_RAO 014	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**
U	72 h	1. Sospetta rottura muscolare tendinea acuta con compromissione motoria 2. Altro (10%)
U (PEDIATRIA)	72 h	1. Coxalgia acuta 2. Tumefazione ad insorgenza acuta dei tessuti molli 3. Altro (10%)
B	10 gg	1. Masse non dolorose a rapida insorgenza tessuti superficiali 2. Tumefazione post-traumatica (ematoma o sieroma) 3. Periartrite scapolo-omerale con impotenza funzionale 4. Altro (10%)
B (PEDIATRIA)	10 gg	1. Adenopatia localizzata nel bambino persistente dopo terapia ed osservazione cute e sottocute 2. Sospetto clinico di displasia dell'anca in neonato sintomatico 3. Patologia, sospetta neoplastica, delle parti molli e linfoadenopatia superficiale, di recente insorgenza 4. Sospetta infiammazione acuta articolare (sinovite acuta) 5. Sospetto ascesso delle parti molli 6. Altro (10%)

CLASS_RAO 014	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	1. Spalla dolorosa da impingement o lesione traumatica della cuffia dei rotatori o periatrite scapolo-omerale 2. Tumefazione tessuti molli (cisti, lipomi, tumefazioni para-articolari) 3. Patologia degenerativa del tendine d'Achille 4. Altro (10%)
D (PEDIATRIA)	60 gg	1. Screening della displasia congenita dell'anca 2. Altro (10%)
P	120 gg	1. Tendinopatie Achillee: epicondilopatie 2. Altro (10%)
P (PEDIATRIA)	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

CLASS_RAO 015	ECOGRAFIA OSTETRICA - Codice 88.78	
CLASSE DI PRIORITA'	**TEMPO MASSIMO DI ATTESA**	**INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO**
U	72 h	1. Sanguinamenti in gravidanza 2. Sospetta anomalia strutturale fetale 3. Altro (10%)
B	10 gg	1. Sospetto ritardo di crescita fetale 2. Sospetta macrosomia 3. Sospetta placenta previa 4. Altro (10%)
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

CLASS_RAO 016	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	1. Massa testicolare 2. Orchite 3. Epididimite 4. Altro (10%)
D	60 gg	1. Criptorchidismo 2. Idrocele sintomatico 3. Dolenzia scrotale persistente 4. Aumento volumetrico scroto non dolente 5. Altro (10%)
P	120 gg	1. Varicocele 2. Sospetto idrocele 3. Altro (10%)

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	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	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	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	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

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**
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
U (PEDIATRIA)	72 h	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
B	10 gg	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: • 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

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	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	1. Positività test del sangue occulto in asintomatico 2. Altro (10%)
P	120 gg	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

CLASS_RAO 019	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	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 4. Altro (10%)
D	60 gg	1. Nodulo/addensamento di recente riscontro clinicamente non sospetto 2. Altro (10%)
P	120 gg	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%)

CLASS_RAO 020	ORTOPANORAMICA DELLE ARCATE 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	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	1. Ortopantomografia per carie, disodontiasi, controlli odontoiatrici 2. Studio pre-implantologico, valutazione ortodontica 3. Altro (10%)
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

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**
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
U (PEDIATRIA)	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	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	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	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 influenzi l'Apparato Cardiovascolare 8. Altro (10%)
D (PEDIATRIA)	30 gg	1. Soffi cardiaci: primo riscontro in assenza di sintomi nel bambino 2. Altro (10%)
P	120 gg	1. Prima visita in pazienti con ipertensione arteriosa di recente diagnosi 2. Malattie cronico degenerative (ad es.: connetivopatie, 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

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	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: • 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	1. Calo ponderale (già indagata con esami di laboratorio e 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%)

CLASS_RAO 022	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA - Codice 89.7A.9	
CLASSE DI PRIORITA'	**TEMPO MASSIMO DI ATTESA**	**INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO**
D	30 gg	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 dispeptico/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	1. Alterazione di funzione epatica (già indagata con esami di laboratorio e ecografia addominale) 2. Deficit accrescitivo ponderale 3. Altro (10%)
P	120 gg	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 023	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	1. Sospetto di neoplasia maligna in sede pelvica dopo esame diagnostico di 1° livello o prima stadiazione 2. Altro (10%)
D	60 gg	1. Endometriosi 2. Altro (10%)
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

CLASS_RAO 024	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	1. Quadro clinico laboratoristico di ittero ostruttivo dopo ecografia non conclusiva 2. Altro (10%)
D	60 gg	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

CLASS_RAO 025	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	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	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	1. Incidentaloma surrenalico 2. Sospetta patologia malformativa-genetica 3. Altro (10%)

CLASS_RAO 026	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%)

CLASS_RAO 027	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	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 setttimane 3. Traumi recenti e fratture da compressione 4. Altro (10%)
D	60 gg	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

CLASS_RAO 028	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	
CLASSE DI PRIORITA'	**TEMPO MASSIMO DI ATTESA**	**INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO**
U	72 h	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	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

CLASS_RAO 029	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 con TC 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%)

CLASS_RAO 030	RM MUSCOLOSCHELETRICA (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	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. Altro (10%)
D	60 gg	1. Patologia reumatica 2. Altro (10%)
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

CLASS_RAO 031	RM MUSCOLOSCHELETRICA (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	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%)

CLASS_RAO 031	RM MUSCOLOSCHELETRICA (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**
D	60 gg	1. Patologia del tunnel carpale in caso di recidiva dopo chirurgia 2. Sospetta necrosi dello scafoide (solo se precedenti indagini sono negative) 3. Sospetta osteocondrite 4. POST-CHIRURGICA: (non indicata inizialmente. Migliore valutazione delle eventuali complicanze 5. 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 in funzione del quadro clinico-laboratoristico. Nei quadri di degenerazione artrosica è indicato l'esame radiologico ed inappropriato l'esame RM) 6. Altro (10%)
P	120 gg	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%)

CLASS_RAO 032	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 INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO**
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

CLASS_RAO 033	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 INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO**
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. Morfometria vertebrale per sospetto crollo vertebrale su base osteoporotica 3. Altro (10%)
D	60 gg	1. Scoliosi, dismorfismi scheletrici 2. Altro (10%)
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

CLASS_RAO 034	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 INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO**
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. Sospetta artrite settica o infiammatoria 3. Altro (10%)
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

CLASS_RAO 035	RX DEL GOMITO - Codice 88.22.1 RX DELL'AVAMBRACCIO - Codice 88.22.2	
CLASSE DI PRIORITA'	**TEMPO MASSIMO DI ATTESA**	**INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO**
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

CLASS_RAO 036	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 INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO**
U	72 h	1. Dolore persistente dopo trauma lieve 2. Altro (10%)
B	10 gg	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

CLASS_RAO 037	RX DELLA SPALLA - Codice 88.21.2	
CLASSE DI PRIORITA'	**TEMPO MASSIMO DI ATTESA**	**INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO**
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

CLASS_RAO 038	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 INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO**
U	72 h	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	1. Tosse senza causa evidente 2. Altro (10%)
D	60 gg	1. Sospetta patologia interstiziale diffusa 2. Altro (10%)
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

CLASS_RAO 039	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**	**INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO**
U	72 h	1. Calcolosi renale complicata con ecografia non conclusiva (solo su richiesta specialistica urologica)
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 surrenopatia 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	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) - 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	
CLASSE DI PRIORITA'	**TEMPO MASSIMO DI ATTESA**	**INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO**
U	72 h	1. Sospetta frattura dopo esame radiografico negativo 2. Altro (10%)
B	10 gg	1. PATOLOGIA TRAUMATICA: Non indicata inizialmente. Per valutazione scheletrica pre-chirurgica. 2. Valutazione di alterazioni ossee riscontrate in esame radiografico in paziente pauci-sintomatico 3. Valutazione di rilievi scintigrafici ossei positivi con esame radiografico non conclusivo 4. Altro (10%)
D	60 gg	1. POST-CHIRURGICO: Non indicata inizialmente. Per una migliore valutazione dell'evoluzione clinica e di eventuali complicanze ossee 2. Altro (10%)
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

CLASS_RAO 041	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 INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO**
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	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

CLASS_RAO 042	TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE - Codice 88.38.5	
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	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

CLASS_RAO 043	TC CRANIO-ENCEFALO - Codice 87.03 Non associabile a TC Sella Turcica (87.03.A) e TC Orbite (87.03.C)	
CLASSE DI PRIORITA'	**TEMPO MASSIMO DI ATTESA**	**INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO**
U	72 h	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	1. Sospetto ematoma sottodurale cronico o idrocefalo normoteso 2. Altro (10%)
D	60 gg	1. Sospetta demenza vascolare 2. Vertigini non di pertinenza otorino 3. Altro (10%)
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

CLASS_RAO 044	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 INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO**
U	72 h	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	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	TC MASSICCIO FACCIALE - Codice 87.03.2 [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]	
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. Patologia sinusale infiammatoria e polipoide clinicamente sintomatica 2. Patologie odontogene complesse riconosciute alla indagine radiografica 3. Altro (10%)
D	60 gg	1. Patologia sinusale infiammatoria e polipoide paucisintomatica/cronica 2. Altro (10%)
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

CLASS_RAO 046	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC - Codice 87.03.3 [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]	
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. 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

CLASS_RAO 047	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 INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO**
U	72 h	1. Sospetta frattura vertebrale dopo esame radiografico non conclusivo 2. Altro (10%)
B	10 gg	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	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

CLASS_RAO 048	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 INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO**
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	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	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

CLASS_RAO 049	TC DEL TORACE - Codice 87.41 [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	
CLASSE DI PRIORITA'	**TEMPO MASSIMO DI ATTESA**	**INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO**
U	72 h	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	1. Sospetta interstiziopatia polmonare 2. Altro (10%)
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

CLASS_RAO 050	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 INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO**
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
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

NOTE

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.

RICHIESTE URGENTI/EMERGENTI

Area Cardiologia

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.

Area Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva

Vi sono condizioni cliniche di ambito gastroenterologico che motivano l'invio del paziente in Pronto Soccorso. Tali condizioni sono molteplici (ad esempio: rettorragia e/o enterorragia massiva, corpo estraneo) e presuppongono la presa in carico del paziente da parte del Pronto Soccorso, la cui gestione potrà includere visite specialistiche e prestazioni strumentali diagnostiche, di gastroenterologia ed endoscopia digestiva.

Area Radiologia

Vi sono condizioni cliniche che necessitano di approfondimento radiodiagnostico da eseguire al più presto o comunque entro 24 ore. In tali casi deve essere previsto l'accesso diretto al servizio radiologico oppure, in base alla gravità clinica, la presa in carico da parte del Pronto Soccorso.

ALLEGATO 2

DATI DA RACCOGLIERE IN FASE DI EROGAZIONE SU SUPPORTO CARTACEO

RICETTA SSN*	
PRESTAZIONE	1. COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO 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 2. DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO - Codice 88.71.4 3. ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI - Codice 88.73.5 4. ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO - Codice 88.76.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE - Codice 88.75.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.74.1 5. ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.1 ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.2 6. 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 7. MAMMOGRAFIA BILATERALE - Codice 87.37.1 MAMMOGRAFIA MONOLATERALE - Codice 87.37.2 8. PRIMA VISITA CARDIOLOGICA - Codice 89.7A.3 9. RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE - Codice 88.93.4 RM DEL RACHIDE LOMBO-SACRALE SENZA E CON MDC - Codice 88.93.9 10. TC CRANIO-ENCEFALO - Codice 87.03 TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC - Codice 87.03.1 11. TC DEL TORACE - Codice 87.41 TC DEL TORACE SENZA E CON MDC - Codice 87.41.1
CODICE PRESTAZIONE	CODICE ALFANUMERICO
DATA PRESCRIZIONE	GG/MM/AA
QUESITO DIAGNOSTICO	Codice ICD9CM e/o TESTO
CODICE PRIORITA’	U B D P
MEDICO PRESCRITTORE**	CODICE ALFANUMERICO

PRENOTAZIONE	
DATA CONTATTO	GG/MM/AA
DATA EROGAZIONE	GG/MM/AA

REFERTAZIONE	
MEDICO SPECIALISTA (EROGATORE)**	CODICE ALFANUMERICO
CLASSE PRIORITA' ATTRIBUITA DAL MEDICO CHE VALUTA IL PAZIENTE	U B D P NON VALUTABILE NON EROGABILE

* Tali informazioni devono poter essere successivamente associate, in forma anonima, ai dati della prescrizione. Per facilitare la raccolta dei dati potrà essere prevista la fotocopia della ricetta SSN, garantendo l'anonimato del paziente e del medico prescrittore.

** I dati (data di nascita, genere, ospedaliero o specialista ambulatoriale interno) saranno raccolti a cura del referente della specialistica ambulatoriale.

ALLEGATO 3

TRACCIATO RECORD

Qui di seguito è descritto il tracciato record relativo ai dati minimi necessari da raccogliere per ciascun evento, caratterizzato da prescrizione-prenotazione-erogazione della singola prestazione, associate al singolo utente (per l'invio dei dati utilizzare il file Excel **Allegato 4**).

AREA TERRITORIALE	
CODICE REGIONE*	CODICE NUMERICO
DENOMINAZIONE REGIONE*	TESTO
CODICE ASL*	CODICE NUMERICO
DENOMINAZIONE ASL*	TESTO
CODICE STRUTTURA EROGANTE (STS11/HSP.11 e HSP.11 bis)*	CODICE NUMERICO
DENOMINAZIONE STRUTTURA EROGANTE*	TESTO
PRESCRIZIONE	
PRESTAZIONE PRESCRITTA*	1. COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO 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 2. DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO - Codice 88.71.4 3. ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI - Codice 88.73.5 4. ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO - Codice 88.76.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE - Codice 88.75.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.74.1 5. ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.1 ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.2 6. 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 7. MAMMOGRAFIA BILATERALE - Codice 87.37.1 MAMMOGRAFIA MONOLATERALE - Codice 87.37.2 8. PRIMA VISITA CARDIOLOGICA - Codice 89.7A.3 9. RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE - Codice 88.93.4 RM DEL RACHIDE LOMBO-SACRALE SENZA E CON MDC – Codice 88.93.9 10. TC CRANIO-ENCEFALO - Codice 87.03 TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC - Codice 87.03.1 11. TC DEL TORACE - Codice 87.41 TC DEL TORACE SENZA E CON MDC - Codice 87.41.1

DATA RICETTA SSN*	GG/MM/AA
DETTAGLI CLINICO-DIAGNOSTICI (CONTENUTI NEL CAMPO NOTE DELLA RICETTA)	CODICE ICD9CM e/o TESTO
CLASSE DI PRIORITÀ*	U B D P
PAZIENTE	
DATA DI NASCITA*	GG/MM/AA
GENERE*	CODICE ALFANUMERICO
MEDICO PRESCRITTORE	
CODICE IDENTIFICATIVO	CODICE ALFANUMERICO
DATA DI NASCITA	GG/MM/AA
GENERE	CODICE ALFANUMERICO
PRESCRITTORE*	MMG PLS MCA SPECIALISTA
NEL CASO DI MMG O PLS: NUMERO ASSISTITI*	CODICE NUMERICO
NEL CASO DI MMG O PLS: SE NON LAVORA IN ASSOCIAZIONE (0) O SE LAVORA IN ASSOCIAZIONE (1)	CODICE NUMERICO
NEL CASO DI SPECIALISTA: SE OSPEDALIERO (0) O SE SPECIALISTA CONVENZIONATO O IN STRUTTURA CONVENZIONATA (1)	CODICE NUMERICO
SERVIZIO DI PRENOTAZIONE	
DATA DI PRENOTAZIONE (CONTATTO)*	GG/MM/AA
DATA DI EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE*	GG/MM/AA

SPECIALISTA	
CODICE IDENTIFICATIVO	CODICE ALFANUMERICO
DATA DI NASCITA	GG/MM/AA
GENERE	CODICE ALFANUMERICO
SE OSPEDALIERO (0) O SE SPECIALISTA CONVENZIONATO O IN STRUTTURA CONVENZIONATA (1)*	CODICE ALFANUMERICO
CLASSE DI PRIORITÀ (ATTRIBUITA DALLO SPECIALISTA CHE VALUTA IL PAZIENTE)*	U B D P NON VALUTABILE NON EROGABILE

*DATI OBBLIGATORI

ALLEGATO 4

TABELLA PER LA RACCOLTA DATI AGENAS

campi obbligatori

AREA TERRITORIALE						PRESCRIZIONE				PAZIENTE		MEDICO PRESCRITTORE							SERVIZIO DI PRENOTAZIONE		SPECIALISTA				
CODICE REGIONE*	DENOMINAZIONE REGIONE*	CODICE ASL*	DENOMINAZIONE ASL*	CODICE STRUTTURA EROGANTE*	DENOMINAZIONE STRUTTURA EROGANTE*	PRESTAZIONE PRESCRITTA	DATA RICETTA SSN*	DETTAGLI CLINICO-DIAGNOSTICI (CONTENUTI NEL CAMPO NOTE DELLA RICETTA)	CLASSE DI PRIORITÀ*	DATA DI NASCITA*	GENERE*	CODICE IDENTIFICATIVO	DATA DI NASCITA	GENERE	PRESCRITTORE*	NEL CASO DI MMG O PLS: NUMERO ASSISTITI*	NEL CASO DI MMG O PLS: SE NON LAVORA IN ASSOCIAZIONE (0) O SE LAVORA IN ASSOCIAZIONE (1)	NEL CASO DI SPECIALISTA: SE OSPEDALIERO (0) O SE SPECIALISTA CONVENZIONATO O IN STRUTTURA CONVENZIONATA (1)	DATA DI PRENOTAZIONE (CONTATTO) *	DATA DI EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE*	CODICE IDENTIFICATIVO	DATA DI NASCITA	GENERE	SE OSPEDALIERO (0) O SE SPECIALISTA CONVENZIONATO O IN STRUTTURA CONVENZIONATA (1) *	CLASSE DI PRIORITÀ (ATTRIBUITA DALLO SPECIALISTA CHE VALUTA IL PAZIENTE) *

ALLEGATO D

GLOSSARIO 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:

- 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;
- 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;
- 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;
- 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 nella 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:

- data in cui lo specialista predispone il referto: lo specialista può refertare subito dopo l’esecuzione della prestazione, oppure dopo alcuni giorni;
- 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;
- data in cui il referto è effettivamente disponibile all’utente per essere ritirato;
- 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, IRCSS 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 o 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 (formulata all'erogatore da parte del

MMG/PLS e avvallata 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 E

PIANO PROVINCIALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER IL TRIENNIO 2019-2021

INTRODUZIONE

Il governo dei tempi d'attesa per esami, visite e ricoveri rappresenta un obiettivo prioritario in materia di gestione delle attività sanitarie.

La L.P. n. 16/2010 all'art. 26 prevede che la Provincia promuova tutte le iniziative atte a garantire ai cittadini l'esecuzione degli accertamenti diagnostici e degli interventi terapeutici appropriati, entro tempi che garantiscano la migliore gestione dei problemi clinici e un corretto sistema di prevenzione.

La complessità della materia e l'impatto che determina sull'organizzazione dei servizi dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari (APSS) e sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni garantite dai Livelli essenziali di assistenza, costituisce da sempre una sfida e un impegno, da parte di tutti gli attori coinvolti nel sistema, a dare il proprio contributo per recuperare efficienza organizzativa e migliorare la strategia di governo del sistema e di gestione della domanda.

Per tale motivo da tempo sono state avviate, nei confronti dell'APSS, attività integrate di gestione e monitoraggio dell'erogazione delle prestazioni e dei loro tempi di attesa.
Valutando quindi l'andamento delle prestazioni erogate nel periodo di vigenza del precedente piano si conferma che la dinamica tra liste di attesa (numero pazienti in coda) e tempi di attesa (durata dell'attesa tra il momento di entrata in lista e il momento di erogazione della prestazione) è una questione complessa e condizionata da diversi fattori quali:

- l'erogazione delle prestazioni non prioritarie;
- la diversa complessità e durata delle singole prestazioni;
- il volume delle prestazioni richieste e delle risorse dedicate;
- la numerosità e localizzazione dei punti di erogazione;
- le diversità delle professionalità nell'ambito delle specialità che in taluni casi possono concentrare l'afflusso dell'utenza su singole liste di attesa.

Il Piano Nazionale di Governo dei Tempi di Attesa per il triennio 2019-2021 (PNGLA) ha aggiornato, secondo criteri comuni a tutte le Regioni, l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera per le quali vengono fissati i relativi tempi massimi di attesa.

Il documento nazionale definisce con chiarezza le responsabilità, richiama l'importanza dell'informazione ai cittadini sulle liste di attesa, ed infine, differenziando le prestazioni urgenti da quelle erogate con finalità preventive, attribuisce alle patologie oncologiche e cardiovascolari una corsia preferenziale.
Il nuovo piano nazionale siglato il 21 febbraio 2019 prevede azioni complesse e articolate, fondate sulla promozione del principio di appropriatezza nelle sue dimensioni clinica, organizzativa e prescrittiva a garanzia dell'equità d'accesso alle prestazioni.
Il PNGLA promuove, come strumento di governo della domanda, il modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenea – RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, già adottato dalla Provincia autonoma di Trento. Il modello RAO prevede il coinvolgimento partecipativo di medici prescrittori (Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) e specialisti) e dei soggetti erogatori e indica i criteri clinici per l'accesso appropriato e prioritario alle prestazioni, facendo riferimento al Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO" (Allegato C del PNGLA, e successivi aggiornamenti).
In una visione strategica si prefigura la collaborazione tra tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo, sia quelli di tutela del cittadino, per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti delle strutture, dei MMG e PLS, prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie, attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA).

Il PNGLA si propone di condividere un percorso per il Governo delle Liste di Attesa, finalizzato a garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, il rispetto delle Classi di priorità, la trasparenza e l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri.

PIANO PROVINCIALE PER IL GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA 2019-2021

Il programma provinciale, facendo propri gli obiettivi del PNGLA, con particolare riferimento alle ricadute gestionali che il sistema sanitario può subire in presenza di criticità, promuove, al fine di realizzare un percorso di garanzia, di appropriatezza ed equità per l'accesso alle prestazioni sanitarie dei cittadini iscritti al SSP, le iniziative tese a:

- intercettare il reale bisogno di salute;
- ridurre l' inappropriatezza;
- garantire il rispetto dei tempi d'attesa .

In particolare nelle procedure di prescrizione e prenotazione delle prestazioni ambulatoriali specialistiche sarà obbligatorio l'uso sistematico:

- dell'indicazione prima visita/prestazione diagnostica o degli accessi successivi;
- del quesito diagnostico;
- delle classi di priorità.

L'indicazione del **quesito diagnostico** descrive il problema di salute che motiva la richiesta da parte del medico di effettuare prestazioni e deve essere riferita all'insieme di prestazioni che confluiscono in una stessa ricetta.

Nelle prescrizioni deve essere chiaro se trattasi di **prestazione di primo accesso** (primo contatto del cittadino con il SSN per un dato problema clinico ossia prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e nel caso di paziente cronico, si considera primo accesso la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) o prestazione successiva al primo accesso (visita o prestazione di approfondimento, per pazienti presi in carico dal primo specialista, controlli, *follow up*).

Quindi, **le prestazioni successive al primo accesso**, devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione.

A tal fine, APSS prevede idonee modalità per far sì che le prestazioni successive al primo accesso siano prenotate, se non diversamente richiesto dal paziente, contestualmente alla produzione della prescrizione da parte del medico specialista della struttura. In tal senso, l'organizzazione aziendale deve dotarsi di strumenti atti a garantire l'effettiva "presa in carico" del cittadino paziente, pianificando la fruibilità delle prestazioni in modo tempestivo e congruo con il decorso della patologia, anche nell'ottica di evitare il ricorso a prestazioni caratterizzate da una più elevata complessità erogativa (es. ospedalizzazione c.d. evitabile).

Quindi, per le attività legate alla presa in carico ed ai controlli e *follow up*, si istituiranno apposite agende dedicate alle prestazioni intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che già ha preso in carico il paziente, agende che saranno integrate nel sistema CUP.

Inoltre, ai fini di distinguere le situazioni di oggettiva difficoltà di accesso da quelle determinate dalla **scelta discrezionale dell'utente** di rivolgersi ad altra struttura sanitaria o di richiedere la prestazione in altra data successiva alla prima proposta, appare opportuno che i sistemi di prenotazione CUP prevedano la possibilità di registrare l'avvenuta scelta e distinguere questa situazione dall'effettiva capacità di offerta.

Il nuovo Piano nazionale prevede la **gestione trasparente e la totale visibilità delle agende** di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria, da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali; tale aspetto è già implementato nella nostra realtà sanitaria.

Tutte le agende di prenotazione sopra specificate sono gestite dal sistema CUP e suddivise per classi di priorità.

La gestione delle agende deve essere improntata a criteri di flessibilità, in modo da evitare la sottoutilizzazione della capacità erogativa e massimizzare la capacità di assicurare il rispetto del tempo massimo di attesa per ciascuna classe di priorità.

Il Piano nazionale prevede una serie di **monitoraggi** a cui corrisponderà APSS nelle tempistiche previste:

- Monitoraggio *ex post* delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio *ex ante* delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio *ex post* delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
- Monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico con eventuali indicazione di altre aree critiche;
- Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in Attività Libero Professionale Intramuraria – ALPI (per conto e a carico dell'utente);
- Monitoraggio della presenza sul sito web di APSS di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
- Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP.

I dati risultanti dai suddetti monitoraggi come previsto dal Piano nazionale, saranno pubblicati annualmente sul portale del Ministero della Salute.

APSS nel relativo Programma Attuativo Aziendale, garantirà procedure di controllo relativamente all'**uso delle classi di priorità** e la revisione periodica delle stesse, con il coinvolgimento dei professionisti e attraverso strumenti di analisi quali la valutazione di concordanza e, in casi di particolare criticità, l'audit clinico. L'Azienda assicura l'attuazione di un monitoraggio costante nei confronti delle proprie strutture erogatrici.

Nel presente documento vengono fissati **i tempi massimi di attesa** delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero, da garantire almeno al 90% dei richiedenti, presso le strutture sanitarie erogatrici da indicare nel previsto Programma Attuativo Aziendale.

Si conferma l'utilizzo delle classi di priorità indicate nel **Manuale RAO** allegato C del PNGLA.

In particolare per le prestazioni ambulatoriali:

- **U** (Urgente) da eseguire nel più breve tempo possibile e comunque, entro le **72 ore**;
- **B** (Breve) da eseguire entro **10 giorni**;
- **D** (Differibile) da eseguire entro **30 giorni** sia per le visite che per gli accertamenti diagnostici;

- **P** (Programmata) da eseguire entro **90 giorni**. 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).

Per tutte le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio il tempo massimo d'attesa dovrà essere garantito da APSS ai fini del monitoraggio almeno per il 90% delle prestazioni con classi di priorità B e D, riferite a tutte le strutture sanitarie. La classe di priorità è obbligatoria solo per i primi accessi. A decorrere dal 1 gennaio 2020 il monitoraggio sarà esteso anche alla classe P. Si rinvia in tal senso alle Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa (Allegato B del PNGLA).

Al fine di contenere i tempi di attesa e di migliorare e facilitare l'accesso dei cittadini alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, in attuazione delle previsioni del presente Piano, la Provincia, nell'ambito della programmazione strategica, può individuare, in raccordo con l'APSS, soluzioni organizzative atte a garantire **l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana**.

APSS prevederà nel Programma attuativo aziendale le attività sistematiche e continuative di valutazione sulla appropriatezza e sulla congruità prescrittiva per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero al fine di omogeneizzare i comportamenti prescrittivi soprattutto in riferimento a:

i. utilizzo sistematico delle classi di priorità;
ii. presenza del quesito diagnostico;
iii. corretta identificazione dei primi accessi e degli accessi successivi.

In Provincia Autonoma di Trento è già in atto la gestione razionale e trasparente degli accessi ambulatoriali, attraverso l'uso diffuso del **sistema CUP**, in coerenza con le Linee Guida Nazionali CUP di cui all'Accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010 e successivi aggiornamenti. Il CUP gestisce in maniera centralizzata **tutte le Agende delle strutture pubbliche e private accreditate** e prevede funzionalità atte ad intercettare eventuali prenotazioni contemporanee per una stessa prestazione da parte del medesimo utente, con appositi sistemi di sbarramento che minimizzino il rischio di prenotazioni multiple, anche di natura opportunistica.
Al fine del governo del fenomeno della "**prestazione non eseguita**", in provincia di Trento sono già attivi servizi telefonici di richiamata – recall e telematici che ricordano all'utente gli appuntamenti prenotati, nonché servizi telematici dedicati alla disdetta delle prestazioni prenotate. Sono altresì attivi strumenti trasparenti e condivisi per l'addebito e il pagamento del "malus", secondo quanto stabilito dalla deliberazione della Giunta provinciale n. 696 del 5 maggio 2017 in caso di prestazioni non disdette.
Così come è già attiva la totale visibilità delle Agende di prenotazione sia in regime istituzionale sia in libera professione, che ricomprende anche gli erogatori accreditati nel sistema unico di prenotazione CUP.
Nell'ambito del governo dell'offerta, APSS definisce, in apposita sezione del Programma di attività allegato al Bilancio di previsione, **il piano delle prestazioni erogabili sia nel**

pubblico che nel privato accreditato, riportante il fabbisogno delle prestazioni specialistiche, articolate per disciplina, nonché articolate in termini di prime visite/primi esami e controlli, in modo tale da individuare i due canali di accesso, cioè "primo accesso" e "accesso successivo" (*follow up*, controllo).
APSS definisce, in seno al Programma attuativo, le modalità volte a garantire, da parte della struttura che ha in carico il paziente cronico, la prenotazione delle prestazioni di controllo.
La Provincia, in apposita sezione della "Tabella E" della deliberazione di riparto annuale delle risorse per il funzionamento del SSP mette a disposizione dell'APSS le risorse per l'attivazione di specifici **"percorsi di tutela**" volti, qualora venga superato il tempo massimo di attesa a livello istituzionale, a garantire al paziente residente e per le richieste di prestazioni di prestazioni di primo accesso, in classe di priorità U, B, D, l'erogazione delle medesime da parte di un erogatore privato accreditato nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente.
Analoghi percorsi di tutela potranno essere previsti attraverso l'eventuale acquisto e l'erogazione delle **prestazioni orarie aggiuntive contrattualmente** previste, concordate con i professionisti e sostenute economicamente da APSS, riservando al cittadino solo l'eventuale partecipazione al costo (cfr. CCPL della dirigenza medica e veterinaria dd. 25.09.2006 art. 29, comma 6).
Per quanto riguarda le **prestazioni libero professionali** erogate su richiesta e per scelta dell'utente e a totale suo carico, APSS assicura il rispetto delle disposizioni vigenti, ed in particolare della legge n. 120 del 2007 e s.m., e dei relativi provvedimenti attuativi sia per le attività ambulatoriali che per quelle di ricovero. Vengono assicurate inoltre adeguate modalità di rilevazione dell'impegno orario che ciascun professionista dedica all'attività istituzionale.
Detta attività libero professionale è svolta fuori dall'orario di lavoro.
Il professionista che eroga prestazioni in regime di libera professione su richiesta e per scelta dell'utente non può prescrivere prestazioni per proseguire l'iter diagnostico-terapeutico con oneri a carico del SSP.
In Provincia autonoma di Trento è attiva la **Commissione paritaria di sanitari** di cui alla deliberazione della Giunta provinciale n. 244/2008, che in caso di criticità sui tempi di attesa individuati dal presente Piano provinciale, si riunisce in modalità integrata con i rappresentanti della **Consulta provinciale** (di cui all'art. 5 L.P. 16/2010), per le valutazioni inerenti l'eventuale blocco dell'attività libero professionale, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate. In questa composizione la Commissione assolve alle funzioni dell'Organismo paritetico di cui all'art.3 co. 3 dell'accordo Stato Regioni del 18 novembre 2010.

APSS provvederà alla trasmissione sistematica dei flussi informativi di Monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa (Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa - Allegato B PNGLA).

Nel Programma di attuazione aziendale verranno specificate le modalità per garantire **l'informazione e la comunicazione** sulle liste di attesa, sulle modalità di accesso alla

prenotazione delle prestazioni, sui percorsi di garanzia in caso di sforamento dei tempi massimi, sui diritti e doveri in coerenza con quanto previsto nel Piano provinciale, attraverso sezioni dedicate e accessibili sul sito Web aziendale, campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi e la **partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato**, per favorire un'adeguata conoscenza.

E' già attivo in Provincia autonoma di Trento un sistema di **CUP online** aggiornato in tempo reale che permette la consultazione dei tempi di attesa relativi a visite o esami del SSP o della libera professione intramuraria, secondo le disponibilità effettive.

APSS implementerà la vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale e sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione e le relative sanzioni amministrative come da articolo 1, comma 282 e 284, della legge n. 266/2005.

Come previsto dall'art. 26 co.3 della L.P. n. 16/2010, il Direttore generale di APSS è responsabilizzato rispetto al conseguimento degli obiettivi inerenti il rispetto dei tempi massimi d'attesa previsti dal presente Piano anche mediante commisurazione del trattamento economico aggiuntivo.

Per quanto riguarda il monitoraggio dell'andamento dei tempi di attesa, APSS continua a garantire un sistema di rilevazione e trasferimento dei dati all'Amministrazione provinciale secondo le direttive provinciali, tenuto anche conto degli obiettivi assegnati al direttore generale.

Sono interdette le "liste chiuse" intese come impossibilità di prenotare derivata dalla indisponibilità di un calendario continuativo dell'effettuazione delle prestazioni.

Entro 60 giorni dall'adozione del Piano Provinciale di Governo delle Liste di Attesa (PPGLA), APSS adotta un nuovo **Programma Attuativo Aziendale** o aggiorna quello in uso, in coerenza con quanto definito in ambito provinciale e provvede all'invio dello stesso alla Provincia.
Il Programma Attuativo Aziendale è reso disponibile sul sito web APSS e costantemente aggiornato.
Il Programma Attuativo Aziendale recepisce il Piano Provinciale e contempla le misure da adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti, senza oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota per la compartecipazione alla spesa sanitaria.

ELENCO DELLE PRESTAZIONI E TEMPI MASSIMI DI ATTESA OGGETTO DI MONITORAGGIO

Le prestazioni oggetto dei monitoraggi previsti dal PNGLA sono quelle inserite nei punti **3.1, 3.2 e 3.3.** Il rispetto dei tempi di attesa deve essere assicurato su tutte le prestazioni erogate.

Non sono oggetto di monitoraggio le prestazioni erogate nell'ambito della prevenzione attiva. Per queste APSS prevede specifiche modalità di offerta e di prenotazione e ne assicura i tempi dandone visibilità, anche in relazione all'obiettivo di aumentare l'adesione della popolazione target.
APSS prevederà nel proprio Programma attuativo aziendale, le modalità del monitoraggio delle prestazioni di controllo.

3.1 Prestazioni ambulatoriali

Per tutte le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio (visite specialistiche e prestazioni strumentali), riportate nelle sottostanti tabelle, il tempo massimo di attesa indicato dovrà essere garantito (ai fini del monitoraggio) almeno per il 90% delle prenotazioni con Classi di priorità B (10 giorni) e D (30 giorni), riferite a tutte le strutture sanitarie (Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B PNGLA).
Al riguardo APSS provvederà a effettuare la necessaria transcodifica delle prestazioni sottoriportate rispetto ai codici delle analoghe prestazioni previste nel nomenclatore di assistenza specialistica in uso in Provincia autonoma di Trento.
La Classe di priorità è obbligatoria solo per i primi accessi.
A decorrere dal 1 gennaio 2020, il monitoraggio sarà esteso anche alla classe P (90 giorni).
Nelle procedure di prescrizione e prenotazione delle prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal SSP è obbligatorio l'uso sistematico:

- dell'indicazione di prima visita/prestazione diagnostica o degli accessi successivi;
- del Quesito diagnostico;
- delle Classi di priorità.

U (Urgente) da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro **72 ore**;
B (Breve), da eseguire entro **10 giorni**;
D (Differibile), da eseguire entro **30 giorni** per le visite e per gli accertamenti diagnostici;
P (Programmata) da eseguire entro **90 giorni**

Ai fini del monitoraggio dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche-terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto; sono escluse dai monitoraggi di cui al precedente punto tutte le prestazioni di controllo e le prestazioni di screening e le prestazioni con classe U (Urgente).

VISITE SPECIALISTICHE

N° progressivo	Prestazione	Codice nomenclatore	Codice Branca	Codice nuovi LEA
1	Prima Visita cardiologia	89.7	02	87.7A.3

2	Prima Visita chirurgia vascolare	89.7	05	89.7A.6
3	Prima Visita endocrinologica	89.7	09	89.7A.8
4	Prima Visita neurologica	89.13	15	89.13
5	Prima Visita oculistica	95.02	16	95.02
6	Prima Visita ortopedica	89.7	19	89.7B.7
7	Prima Visita ginecologica	89.26	20	89.26.1
8	Prima Visita otorinolaringoiatrica	89.7	21	89.7B.8
9	Prima Visita urologica	89.7	25	89.7C.2
10	Prima Visita dermatologica	89.7	27	89.7A.7
11	Prima Visita fisiatrica	89.7	12	89.7B.2
12	Prima Visita gastroenterologica	89.7	10	89.7A.9
13	Prima Visita oncologica	89.7	18	89.7B.6
14	Prima Visita pneumologica	89.7	22	89.7B.9

PRESTAZIONI STRUMENTALI

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI			
N° progr.	**Prestazione**	**Codice Nomenclatore**	**Codice nuovi LEA**
15	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 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	88.38.1	88.38.A
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1	88.38.B
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.1	88.38.C
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 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	88.91. 1	88.91. 1
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo	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	88.93.6
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1	88.93.B
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	Ecocolor doppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.2	88.77.4, 88.77.5

ALTRI ESAMI SPECIALISTICI			
N° progr.	**Prestazione**	**Codice Nomenclatore**	**Codice nuovi LEA**
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	45.16.1 45.16.2
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	89.44
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 ARTO INFERIORE 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 o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile 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

3.2 Prestazioni in regime di ricovero

Per tutti i ricoveri programmati si prevede l'uso sistematico delle 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 alle tabelle sotto riportate

CLASSE DI PRIORITA' PER IL RICOVERO	INDICAZIONI
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 di 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.

Per i ricoveri l'inserimento nella lista di attesa tramite procedura informatizzata a livello provinciale, deve riguardare criteri di appropriatezza e priorità clinica.

Al fine di garantire la trasparenza, al momento dell'inserimento in lista di attesa, devono essere comunicate al cittadino informazioni sul suo ricovero, sulla Classe di priorità e i relativi tempi massimi d'attesa, oltre alle indicazioni organizzative previste (es. informazioni circa il pre-ricovero).

Ciascun paziente può richiedere di prendere visione della sua posizione nella lista di attesa per il ricovero facendone opportuna richiesta. Qualora si modifichino le condizioni cliniche del paziente oppure il paziente intenda rinviare l'intervento per motivi personali, è possibile apportare modifiche all'ordine di priorità, a cura del medico proponente.

La Provincia, nell'ambito della programmazione, individua, in raccordo con l'APSS, soluzioni organizzative atte a garantire l'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri e dei fattori produttivi.

Elenco prestazioni oggetto di Monitoraggio

L'elenco delle prestazioni erogate in regime di ricovero oggetto di monitoraggio è inserito nella tabella sottostante e sarà periodicamente revisionato.

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
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 dell'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 per 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	

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	**Prestazione**	**Codici Intervento ICD-9-CM**	**Codici Diagnosi ICD-9-CM**
15	Biopsia percutanea del fegato (l)	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46-49.49	
17	Riparazione ernia inguinale (l)	53.0x- 53.1x	

(l) Il monitoraggio di tali prestazioni verrà effettuato a seconda del regime assistenziale di erogazione (ricovero o ambulatoriale).

3.3 Prestazioni inserite in percorsi diagnostico terapeutici nell'area cardiovascolare e 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, nonché modalità di comunicazione e informazione per l'utente e i familiari rispetto ai PDTA previsti e alla relativa tempistica di erogazione.

Sia in ambito cardiovascolare che oncologico, ai fini dell'appropriatezza organizzativa e dell'erogazione sequenziale delle prestazioni ricomprese nei PDTA, e quindi al fine di promuovere l'erogazione delle prestazioni in regime di *day service*, la PAT, in raccordo con l'APSS, approva specifici pacchetti prestazionali ambulatoriali complessi (PAC).