

**PIANO OPERATIVO REGIONALE 2019-2021
PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA
REGIONE ABRUZZO**

INTESA STATO-REGIONI n. 28/CSR del 21 Febbraio 2019



Si ringrazia per la partecipazione al Tavolo Tecnico e il contributo offerto: le Direzioni Sanitarie Aziendali, i rappresentanti regionali di ANAO-ASSOMED, ANPO, CIMOABRUZZO, FEDERAZIONE CISL MEDICI, CGIL MEDICI, UIL FPL MEDICI, OPI, FIMMG, SNAMI, SMI, SUMAI, FIMP, CIPe, ISA-SIMET, FIALS, i rappresentanti delle Associazioni Civiche CRUC, FEDERCONSUMATORI ABRUZZO, CODICI, CITTADINANZATTIVA.

ASR

Dott.ssa Tiziana Di Corcia
Dott.ssa Sara Fimiani
Dott. Vito Di Candia
Dott.ssa Giorgia Fragassi
Dott.ssa Francesca Paolucci
Dott. Matteo Filippo Petrelli
Dott. Luca Giuliani

Dipartimento per la Salute e il Welfare

Dott. Antonio Forese
Dirigente Servizio
Sistema Organizzativo e Risorse Umane del SSR

Direttore ASR Abruzzo

Dott. Alfonso Mascitelli

INDICE

ANALISI DI CONTESTO.....	5
OBIETTIVI GENERALI	6
OBIETTIVO 1: GOVERNO DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI E APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA.....	8
Intervento 1.1. Specifica indicazione sulla prescrizione della tipologia di accesso: “PRIMA VISITA/ESAME” o “ACCESSO SUCCESSIVO”. Indicazione sulla prescrizione del QUESITO DIAGNOSTICO. Sistema di prioritarizzazione. Obbligo sulla prescrizione della CLASSE DI PRIORITA’ se si tratta di prima visita /esame.....	10
Intervento 1.2. Classe di priorità P.	11
Intervento 1.3. Presa in carico dei pazienti per controlli successivi.....	12
Intervento 1.4. Utilizzo di sistemi di monitoraggio/controllo/valutazione al fine di monitorare l’appropriatezza delle classi di priorità attribuite, nelle prescrizioni delle prestazioni, in coerenza con il sospetto diagnostico.....	13
Intervento 1.5. Promozione Modello dei RAO. Contenuti clinici e classi di priorità.	17
OBIETTIVO 2: GOVERNO DELL’OFFERTA.....	24
Intervento 2.1: Identificazione del Responsabile Unico Aziendale (RUA).....	24
Intervento 2.2. Programmi Attuativi Aziendali.....	25
Intervento 2.3. Classi di priorità’ e registro per i ricoveri programmati.....	27
Intervento 2.4. Qualificazione del fabbisogno delle risorse umane e tecnologiche.....	30
Intervento 2.5. Equilibrio tra attività istituzionale e Libera professione. Utilizzo quota del 5% prevista dall’art. 2 L. n. 189/2012.....	34
Intervento 2.6. Sedute aggiuntive. Recupero di prestazioni critiche e non effettuate.....	36
Intervento 2.7. Attivazione di Percorsi di tutela. Accordi con il privato accreditato.....	38
OBIETTIVO 3: GESTIONE DELLE AGENDE E DEI SISTEMI DI PRENOTAZIONE.	39
Intervento 3.1. Gestione trasparente e informatizzata delle agende di prenotazione.	40
Intervento 3.2. Agende differenziate.....	41
Intervento 3.3. ALPI. Le agende devono essere strutturate in modo da tenere distintamente separata la programmazione dell’attività istituzionale da quella dell’attività libero-professionale (ALPI), entrambe le programmazioni comunque informatizzate e visibili dal CUP aziendale.	42
Intervento 3.4. Attivazione del meccanismo dell’overbooking dinamico. Ampliamento delle possibilità di prenotazione.	42
Intervento 3.5. Back Office.....	43

Intervento 3.6. Attivazione e incentivazione delle attività di RECALL. Predisposizione di strumenti per la DISDETTA da parte dell'utente.	44
Intervento 3.7. Mancata disdetta della prenotazione..	45
Intervento 3.8 Ambiti di Garanzia.....	46
OBIETTIVO 4: COMUNICAZIONE AI CITTADINI E FORMAZIONE AGLI OPERATORI DEL SSR.....	47
Intervento 4.1. Prevedere una sezione informativa e interattiva, sui siti web aziendali, di informazioni aggiornate in tempo reale dedicata alla comunicazione al cittadino dell'offerta e organizzazione dei servizi.	48
Intervento 4.2. Formazione e coinvolgimento di tutto il personale medico e non medico, di front-office e back-office operante nelle strutture sanitarie.	49
OBIETTIVO 5: RUOLI E RESPONSABILITÀ IN MATERIA DI LISTE DI ATTESA.....	50

Allegato 1: Disciplinari RAO relativi ad alcune delle 69 prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio previste dal PNGLA 2019-2021.

Allegato 2: Disciplinari RAO relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale non oggetto di monitoraggio.

Allegato 3: Disciplinari tecnici di cui alla DGR n. 575/2011 e s.m.i.

Allegato 4: Format per la rilevazione delle prestazioni/visite specialistiche con criticità nella garanzia di erogazione entro i tempi massimi.

Allegato 5: Format per la rilevazione dei volumi di prestazioni erogate sia in alpi che in attività istituzionale.

ANALISI DI CONTESTO

La riduzione dei tempi di attesa costituisce un obiettivo prioritario della regione Abruzzo per la significativa e specifica ricaduta che riveste sia sull'organizzazione del Servizio Sanitario stesso sia sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni definite dai Livelli Essenziali di Assistenza. La situazione attuale delle liste di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, nella regione Abruzzo, mostra una condizione di gestione disomogenea del sistema di prescrizione, prenotazione ed erogazione e questo non permette un corretto governo e monitoraggio dell'offerta, con conseguenti disagi per l'utenza e difficoltà a valutare realmente lo status complessivo dei tempi di attesa ed i relativi livelli di appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni.

Nella programmazione regionale si ritiene ormai acquisito che l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, rappresenti una componente strutturale dei LEA, fermo restando la consapevolezza che non esistono soluzioni semplici e univoche, ma vanno poste in essere, in linea con il nuovo PNGLA, azioni complesse ed articolate, che siano in grado di promuovere il principio di appropriatezza nelle sue tre dimensioni clinica, organizzativa e prescrittiva.

Nell'ambito del "monitoraggio delle liste di attesa" risulta significativa, a titolo di esempio, la conoscenza del fenomeno attraverso l'analisi dei dati acquisiti con la rilevazione dei tempi di attesa con modalità ex ante, effettuata come ultimo dato disponibile nella settimana indice di ottobre dell'anno 2018. Dall'elaborazione dei dati è stato possibile dimostrare sia il quadro generale dell'offerta di prestazioni in termini di attesa per singola ASL, sia la percentuale di utilizzo delle Classi di Priorità da parte dei medici prescrittori nelle ASL della Regione.

La maggiore percentuale, evidenziata nelle tabelle sottostanti, è relativa alle prenotazioni con classe di priorità "Programmata" con il 78% seguita dalla classe "Differibile" con il 10,7%, "Breve" con il 10% ed "Urgente" con lo 0,3% del totale. Le prenotazioni senza classe di priorità invece rappresentano meno dell'1% del totale.

ASL	Breve	Differibile	Programmata	Urgente	(vuoto)	Totale
201	399	559	4785	14	111	5868
202	671	1008	2081	9	56	3825
203	405	259	4971	22	18	5675
204	575	371	4203	21		5170
Totale	2050	2197	16040	66	185	20538

ASL	Breve	Differibile	Programmata	Urgente	(vuoto)	Totale
201	6,8%	9,5%	81,5%	0,2%	1,9%	100,0%
202	17,5%	26,4%	54,4%	0,2%	1,5%	100,0%
203	7,1%	4,6%	87,6%	0,4%	0,3%	100,0%
204	11,1%	7,2%	81,3%	0,4%	0,0%	100,0%
Totale	10,0%	10,7%	78,1%	0,3%	0,9%	100,0%

Sulla base dei provvedimenti nazionali e regionali vigenti ed in attuazione delle disposizioni del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, contenute nell'Intesa Stato-Regioni del 21 febbraio 2019, la regione Abruzzo con il presente Documento Tecnico intende recepire integralmente la richiamata Intesa, volendo definire un sistema organico di interventi mirato al contenimento dei tempi di attesa con specifico riferimento alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e alle prestazioni di ricovero, e a tal fine vengono indicati obiettivi e interventi specifici alle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie, con due direttive di base.

La prima: la gestione delle liste di attesa può trovare più agevole soluzione se, nei Programmi Attuativi Aziendali, si individuano strumenti e modi di collaborazione di tutti gli attori del sistema (Aziende Sanitarie, utenti del SSR, specialisti dipendenti e convenzionati, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture private accreditate) per una concreta presa incarico dei pazienti, dovendo prevedere anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie. La seconda: la soluzione del problema non può essere meramente quantitativa sul versante dell'organizzazione dell'offerta e dei volumi della produzione, ma deve coniugare il bisogno espresso con adeguate strategie di governo della domanda, che tenga conto della applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza sia di priorità delle prestazioni.

OBIETTIVI GENERALI

I determinanti del fenomeno delle liste di attesa sono molteplici e attengono a tre grandi aree di intervento: il governo della domanda di prestazioni, il governo dell'offerta di assistenza e i sistemi di prenotazione ed erogazione delle prestazioni. La regione Abruzzo, negli anni passati, con l'obiettivo di tutelare il diritto ad un corretto accesso alle prestazioni sanitarie, ha approvato con la DGR n. 575/2011 e successivamente con il DCA n. 60/2015 i precedenti "Piani Regionali per il contenimento delle liste di attesa", definendo regole e strumenti per il governo delle liste di attesa e per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero. I cambiamenti progressivamente intervenuti nell'organizzazione sanitaria, sia a livello nazionale sia in ambito regionale, in parte anche per gli effetti del Piano di Rientro tuttora in corso, richiedono una razionale e complessiva

messa a sistema delle procedure di governo delle liste di attesa e del sistema di erogazione delle prestazioni.

Tra i diversi fattori che contribuiscono al mantenimento di forti divari tra la domanda (crescente) e l'offerta (non sempre adeguata) di prestazioni, si ricorda la maggiore attenzione dei cittadini nei confronti del proprio stato di salute, la valutazione dei bisogni assistenziali da parte dei medici prescrittori, l'affermarsi di modelli culturali di "consumo sanitario", la maggiore capacità di intervento del sistema sanitario (anche grazie alla crescente disponibilità di tecnologie e trattamenti), le carenze organizzative che ostacolano il pieno sfruttamento delle risorse disponibili. Pertanto, il presente Documento pone direttive alle Aziende Sanitarie in materia di liste di attesa, sulla base della approvazione del nuovo Piano Nazionale del Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021. Le Direzioni Aziendali, fermo restando quanto disposto dall'art. 3 bis comma 7 bis del D.Lgs. n. 502/1992, sono tenute ad attuare, promuovere e diffondere quanto previsto dal presente Piano Operativo Regionale, monitorandone l'applicazione nella pratica clinica. Le Strutture sanitarie private accreditate dalla regione Abruzzo devono conformarsi alle indicazioni di cui al presente Piano e, nel rispetto delle norme contrattuali, mettono a disposizione del sistema CUP delle Aziende Sanitarie le proprie agende di prenotazione, al fine di consentire la gestione coordinata delle liste di attesa sul territorio regionale. Il presente Documento definisce, inoltre, le prioritarie linee di intervento a supporto del livello regionale, per indirizzare opportunamente il Commitment aziendale sulle azioni da porre in essere, con il necessario coinvolgimento delle strutture eroganti, dei professionisti sanitari nonché dei cittadini.

Nella programmazione aziendale, in conformità del PNGLA, deve essere prevista l'attuazione di specifiche azioni strategiche regionali:

- a) La programmazione dell'offerta attraverso la definizione del fabbisogno di specialistica ambulatoriale per la propria popolazione, con la riqualificazione delle risorse disponibili.
- b) La totale visibilità da parte dei sistemi informativi aziendali delle agende di prenotazione, sia per il primo accesso che per i controlli successivi, includendo sia la attività a carico del SSR sia quella in regime di ALPI.
- c) L'applicazione dei sistemi di prioritarizzazione, intesi da un lato come indicazione obbligatoria da parte del medico prescrittore del grado di urgenza della prestazione richiesta e dall'altro come strutturazione, da parte dei soggetti erogatori, delle agende di prenotazione per classi di priorità.

- d) Il ruolo di committenza delle Aziende Sanitarie Locali nei confronti dei privati accreditati, al fine di contrattare prioritariamente la tipologia e il volume di prestazioni critiche da acquistare per i propri residenti, nell'ambito dei livelli di budget assegnati.
- e) Per le prescrizioni di primo accesso, standard di risposta entro i tempi massimi indicati a livello nazionale (90%), anche con riferimento agli ambiti territoriali di garanzia.
- f) Presa in carico del paziente cronico mediante la gestione di specifici percorsi e dei follow-up, che prevedono l'obbligo della struttura sanitaria, cui afferisce il paziente, di dover provvedere alla prenotazione delle prestazioni di controllo.

OBIETTIVO 1: GOVERNO DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI E APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA.

L'applicazione dei sistemi di prioritarizzazione richiede obbligatoriamente: a) indicazione da parte del medico prescrittore del grado di urgenza della prestazione richiesta sulla base di specifiche condizioni cliniche; b) la strutturazione da parte degli erogatori di agende di prenotazione differenziate per classi di priorità; c) un monitoraggio costante dell'andamento reale del sistema. Nella prescrizione di prestazioni specialistiche ambulatoriali garantite dal SSN, il soggetto prescrittore, sia esso Medico di Medicina Generale, Pediatra di Libera Scelta o Specialista, dipendente o convenzionato, è obbligato a riportare sul ricettario SSN:

- A norma del D.M 17/03/2008 del Ministero dell'Economia e Finanze, è previsto che il campo "Tipo ricetta" possa avere utilizzi molteplici e possa essere adattato a scopi specifici a livello regionale. Pertanto, in ordine alla indicazione obbligatoria della tipologia di accesso, si definisce che, qualora si tratti di primo contatto, viene compilato il campo "Tipo di ricetta" con la indicazione 01 per identificare prima visita/contatto. Qualora si tratti di contatto successivo, inteso come visita o prestazione di approfondimento, controllo, follow-up viene compilato il campo "Tipo di ricetta" con la indicazione 02.
- La Classe di Priorità. Questa informazione deve essere biffata a stampa o compilata a penna. In caso di mancata indicazione del codice di priorità la prestazione sarà erogata come programmata.
- Il Quesito Diagnostico che motiva la richiesta della prestazione. In caso di mancata indicazione del quesito diagnostico, la prescrizione è da considerarsi nulla.

La classe di priorità ed il quesito diagnostico sono informazioni di rilevanza strategica per il governo dell'accesso alle prestazioni e per il monitoraggio delle liste di attesa. L'utilizzo

dell'indicazione della classe di priorità nella pratica prescrittiva consente ai sistemi di prenotazione (sportelli CUP aziendali e call center) di indirizzare le richieste alle corrispondenti “agende configurate per classi di priorità”.

L'indicazione obbligatoria del quesito diagnostico consente di monitorare l'appropriatezza prescrittiva. Le agende differenziate e dedicate alle prestazioni di primo accesso devono, entro 120 giorni dall'adozione del presente documento, essere tutte configurate per classi di priorità.

Pertanto per l'accesso alle visite specialistiche e alle prestazioni strumentali, nei casi di **primo accesso** dovrà essere indicata una delle classi di priorità di seguito riportate, mediante biffatura delle corrispondenti caselle presenti sulla ricetta:

Urgente

(biffare la casella “U”), da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;

Breve

(biffare la casella “B”), da eseguire entro 10 giorni;

Differibile

(biffare la casella “D”), da eseguire entro:

30 giorni per le visite,

60 giorni per le prestazioni strumentali;

Programmabile

(biffare la casella “P”), prestazione da eseguire entro 180 giorni fino al 31.12.2019. Entro 120 giorni dal 01/01/2020.

Le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie devono apportare gli opportuni accorgimenti organizzativi ed operativi, con l'obiettivo di garantire l'effettiva separazione dei percorsi, sia nella fase di prenotazione sia in quella dell'erogazione della prestazione, ivi compresa la necessità che per gli “accessi successivi” il medico specialista debba, in relazione a percorsi diagnostico-terapeutici definiti ed a selezionate tipologie di prestazioni di specialistica ambulatoriale, realizzare l'effettiva “presa in carico” dell'assistito.

Il cambiamento in termini organizzativi è dato dal fatto che le ulteriori prestazioni di cui il paziente ha eventualmente bisogno dovranno essere direttamente prenotate dal medico specialista che per la prima volta ha “preso in carico” il paziente stesso. Ovviamente, occorre garantire che tale modalità sia specificamente regolamentata dalla rispettiva ASL, per definire ambiti e modalità di applicazione e i rapporti di relazione con i medici di medicina generale. Uno degli strumenti che può essere preso a riferimento per garantire tale modalità organizzativa è rappresentato dal Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA).

Deve essere garantito su tutto il territorio regionale che le prestazioni da erogare siano codificate dal CUP secondo quanto previsto dal catalogo regionale delle prestazioni (cd nomenclatore), approvato con DGR n. 646/2018. Si precisa che nella stessa ricetta non potranno essere indicate prestazioni di “primo accesso” e prestazioni per “controlli successivi”.

Va altresì specificato che il termine di validità tra la data di prescrizione specialistica cartacea/dematerializzata e la data di prenotazione (presa in carico per la ricetta dematerializzata) è stabilita per la durata del tempo massimo previsto dalla classe di priorità biffata, a decorrere dalla data di prescrizione. Gli assistiti devono provvedere a prenotare le visite/prestazioni entro tale periodo. Una volta prenotata, la prescrizione resta valida fino alla data di erogazione delle prestazioni. Per le prescrizioni relative alla visita/esame/accesso successivo, ovvero i controlli, il termine di validità è stabilito in 12 mesi, al fine di consentire la spendibilità della prescrizione per le prestazioni.

Intervento 1.1. Specifica indicazione sulla prescrizione della tipologia di accesso: “PRIMA VISITA/ESAME” o “ACCESSO SUCCESSIVO”. Indicazione sulla prescrizione del QUESITO DIAGNOSTICO. Sistema di prioritarizzazione. Obbligo sulla prescrizione della CLASSE DI PRIORITA’ se si tratta di prima visita /esame.

Obbligo della specifica indicazione sulla prescrizione della tipologia di accesso: “PRIMA VISITA/ESAME” o “ACCESSO SUCCESSIVO” e della indicazione sulla prescrizione del QUESITO DIAGNOSTICO. Obbligo sulla prescrizione della CLASSE DI PRIORITA’ se si tratta di prima visita/esame.

Si richiama che in assenza di specifica indicazione (biffatura di una delle classi di priorità), la richiesta sarà erogata in classe di priorità “P”.

Nella prescrizione su ricetta del SSR:

A) risulta obbligatoria la specifica indicazione della tipologia di accesso: prima visita/esame/accesso per intercettare le richieste di prestazioni che rappresentano il primo contatto del cittadino con il sistema, tanto più che per le prestazioni strumentali non essendo disponibili codici del nomenclatore nazionale che consentono di distinguere se trattasi di primo esame o esame successivo, va necessariamente indicata la tipologia di accesso.

B) Solo per la prima visita/esame/accesso risulta obbligatorio indicare la classe di priorità a cui appartiene la richiesta (U, B, D, P), biffando l’apposita casella sulla ricetta.

Ai fini del presente documento per primo accesso deve intendersi: prima visita e 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 inseguito ad un peggioramento del quadro clinico.

Per accesso successivo deve intendersi visita o prestazione di approfondimento per pazienti presi in carico dal primo specialista, controllo, follow-up.

Nelle prescrizioni devono essere sistematicamente riportate tutte le informazioni essenziali per il rispetto dell'appropriatezza prescrittiva, per la corretta erogazione delle prestazioni e per il monitoraggio dei comportamenti prescrittivi, in coerenza con il DPCM sull'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (Artt. 15, 16, allegati 4A, 4B, 4C, 4D). La domanda di prestazioni di **“primo accesso”** deve essere distinta dalla domanda di prestazioni di controllo. Queste ultime rientrano infatti in percorsi di cura ben definiti che prevedono la “presa in carico” dell'assistito.

“Le **Prime Visite e le Prime Prestazioni Diagnostiche/Terapeutiche**” sono quelle che costituiscono il primo contatto del paziente con il sistema rispetto al problema di salute posto. Si precisa che ai fini del presente atto costituiscono prestazioni di **primo accesso** anche quelle che lo specialista che osserva per primo il paziente richiede ad un altro specialista, poiché necessarie per l'approfondimento del quesito diagnostico.

Per i pazienti con diagnosi già definita, ovvero affetti da malattie croniche, si considera **primo accesso** anche la prestazione richiesta nel caso di insorgenza di un nuovo problema o di una riacutizzazione, tali da rendere necessaria una rivalutazione complessiva. Per l'accesso alle prestazioni strumentali, **nei casi di Primo Accesso** dovrà essere indicata una delle **classi di priorità** di seguito riportate, mediante biffatura delle corrispondenti caselle presenti sulla ricetta. E' obbligatoriamente richiesta l'esplicitazione del quesito diagnostico sulle prescrizioni ambulatoriali, ivi comprese quelle di analisi di laboratorio, quale informazione di importanza strategica per il governo dell'accesso alle prestazioni e al monitoraggio delle liste di attesa. In coerenza con quanto disposto a livello nazionale nel PNGLA 2019-2021 le classi di priorità devono essere applicate a tutte le prestazioni ambulatoriali, diagnostico strumentali e di ricovero erogate dal SSN, rendendo, pertanto, obbligatoria da parte dei medici prescrittori la biffatura del campo della ricetta del SSN recante le classi di priorità, limitatamente alle prescrizioni delle prime visite specialistiche e delle prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche e riabilitative.

Intervento 1.2. Classe di priorità P.

La quarta classe di priorità prevista nel PNGLA e nel PRGLA è la “P” (Programmabile), che comprende quelle prestazioni programmate da erogarsi in un arco tempo maggiore e comunque non oltre i 120 giorni a partire dal 1 Gennaio 2020. Con “Prestazioni programmabili” si identificano quelle situazioni cliniche in cui le prestazioni ambulatoriali sono pianificabili entro un maggior arco di tempo, in quanto quest'ultimo non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità. E' necessario precisare che la classe di priorità “P” non può prevedere prestazioni di secondo accesso e follow up, che rappresentano ancora una percentuale importante delle prestazioni prenotate con la

“P”. Deve essere, pertanto, ridotta la domanda inappropriata delle prestazioni in classe “P”, recuperando le disponibilità degli spazi nelle agende dedicate a prestazioni in classe “B” e “D”.

Nel corso degli anni, la scarsa attenzione che è stata dedicata alla riduzione dei tempi d’attesa per le prestazioni con classe di priorità “P” è correlabile anche al fatto che le stesse, a differenza di quelle con classe di priorità “B” e “D”, non sono sottoposte a monitoraggio e verifica dal Tavolo di monitoraggio LEA. Questo ha comportato la generazione di alcune criticità nel rispetto dei tempi d’attesa delle prestazioni programmabili “P”, soprattutto riguardo ad alcune prestazioni di diagnostica strumentale (mammografia, ecografia mammaria, ecc). Tuttavia, a partire dal 2020 sarà effettuato anche il Monitoraggio delle prestazioni in classe “P”.

Al riguardo, il DCA n. 60/2015 stabilisce che il volume di prestazioni per la Classe “P” non deve tendenzialmente superare la soglia del 40 % del totale delle prenotazioni in Classe di priorità. In considerazione che il PNGLA prescrive che la classe “P” si riferisce alle prestazioni di primo accesso e, al fine di ridurre la domanda inappropriata delle prestazioni in classe “P”, recuperando di converso le disponibilità degli spazi nelle agende dedicate a prestazioni in classi “B” e “D”, si considera obiettivo strategico realistico, nel caso del periodo di vigenza del presente Piano, il target del 30% per la classe “P”.

Intervento 1.3. Presa in carico dei pazienti per controlli successivi.

Le richieste di controlli successivi devono essere gestite dal Medico Specialista della struttura, tramite l’attivazione di agende dedicate (CUP di II Livello), senza demandare al MMG/PLS la prescrizione su ricetta SSN, effettuando così la “presa in carico” dell’assistito, anche attraverso la completa informatizzazione dei Distretti Sanitari. Pertanto, la prenotazione dei controlli, ravvicinati o a distanza temporale, da parte della struttura che ha in carico il cittadino è vincolante. Tale modalità prenotativa si attua attraverso l’informatizzazione delle attività ambulatoriali per la gestione della prescrizione e istituendo percorsi dedicati soprattutto ai pazienti affetti da patologia cronica e oncologica, rafforzando altresì l’integrazione multiprofessionale. Al riguardo, occorre richiamare come la domanda di prestazioni di “primo accesso” sia completamente distinta, in termini di tipologia, di utenza e di volume, rispetto alla domanda di prestazioni di “accesso successivo” relativi a controlli e/o *follow-up*, rientranti in percorsi di cura più o meno standardizzati relativi a problemi clinici già definiti, che comportano la “presa in carico” dell’assistito. Le Aziende Sanitarie dovranno completare la attivazione e il sistematico utilizzo dei CUP di II Livello entro 180 giorni dalla adozione del Piano Operativo Regionale delle liste di attesa, prevedendo soluzioni applicative che consentano agli specialisti di accedere alle agende di prenotazione presenti sul

sistema CUP con profili dedicati al fine di poter gestire operativamente i percorsi di presa in carico dei pazienti, e la prenotazione diretta dei controlli.

Intervento 1.4. Utilizzo di sistemi di monitoraggio/controllo/valutazione al fine di monitorare l'appropriatezza delle classi di priorità attribuite, nelle prescrizioni delle prestazioni, in coerenza con il sospetto diagnostico.

Le Aziende Sanitarie e la regione Abruzzo, attraverso il monitoraggio e l'analisi dei dati, devono avere la possibilità di conoscere, comprendere e gestire le cause che determinano l'allungamento dei tempi di attesa e l'opportunità di individuare le azioni di miglioramento più opportune conformemente a quanto indicato nel presente documento.

Le prestazioni oggetto dei monitoraggi previste dal PNGLA 2019-2021 sono quelle inserite nelle tabelle n. 1, 2a e 2b di seguito riportate.

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.

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 Abruzzo 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".

Tabella 1: Visite specialistiche

Visite specialistiche				
Numero	PRESTAZIONE	Codice Nomenclatore	Codice branca	Codice nuovi LEA
1	Prima Visita cardiologica	89.7	02	89.7 A.3
2	Prima Visita chirurgia vascolare	89.7	05	89.7 A.6
3	Prima Visita endocrinologica	89.7	09	89.7 A.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

Tabella 2a: Prestazioni strumentali. Diagnostica per Immagini

Diagnostica per Immagini			
Numero	PRESTAZIONE	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA
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 MCD	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 MCD	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 vertebrale lombosacrale senza e con MDC	88.38.2	88.38.F
33	TC del 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 sovraortici	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

Tabella 2b: Prestazioni strumentali. Altri esami specialistici

Altri esami Specialistici			
Numero	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 cardio vascolare 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

Nella regione Abruzzo, 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;
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.

Le Direzioni Generali devono garantire una regolare, puntuale e completa attività di monitoraggio seguendo tracciati record standardizzati, secondo quanto previsto dalle Linee guida PNGLA 2019-2021. Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità *ex ante*, prevede il monitoraggio di informazioni rilevate in una settimana indice a trimestre a partire dal primo trimestre utile dal recepimento del PNGLA 2019-2021 (**aprile** 1° settimana; **luglio** 1° settimana; **ottobre** 1° settimana) e successivamente trasmesse al Ministero della Salute. Per gli anni successivi il Monitoraggio potrà subire variazioni sulla cadenza di rilevazione. Il Monitoraggio *ex ante* si effettua solo per le prestazioni in **primo accesso** e prevalentemente per le Classi di priorità “B” e “D” prenotate presso tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate.

A decorrere dal 1 gennaio 2020, il monitoraggio sarà esteso anche alla Classe “P”. Secondo le indicazioni ministeriali quindi, la Classe “P” entrerà a pieno titolo nella valutazione dell'effettivo utilizzo delle Classi di priorità.

Il Monitoraggio *ex ante* per la Classe “P” ha due finalità:

- Valutare il grado di diffusione nell'utilizzo delle Classi di Priorità da parte dei medici prescrittori (ovvero il numero totale di prenotazioni in agenda con Classe di Priorità biffata);
- Valutare la percentuale di effettivo utilizzo della Classe “P”.

Occorre precisare che la mancata biffatura della Classe di Priorità sull'impegnativa SSN da parte del medico prescrittore, determinerà la erogazione di quella prestazione secondo Classe di priorità

“P”. Tuttavia relativamente al Monitoraggio, quella stessa impegnativa andrà considerata **priva di Classe di Priorità** e pertanto **vuota**.

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex post si effettua attraverso la trasmissione con cadenza mensile al Ministero dell'Economia e Finanze entro 10 gg del mese successivo a quello di rilevazione. Il Monitoraggio dei tempi di attesa per i ricoveri programmati indicati al paragrafo 2.3., riguarda i tempi di attesa per i ricoveri ospedalieri programmabili, con classe di priorità “A”, effettuati presso tutte le strutture indicate nei Programmi Attuativi Aziendali. Il Monitoraggio utilizza per la periodica rilevazione dei tempi di attesa il flusso SDO.

La Regione Abruzzo garantisce la vigilanza continua sui dati di monitoraggio ex post attraverso il Servizio di Gestione Flussi Informativi di concerto con l'Agenzia Sanitaria Regionale ed effettua i relativi controlli incrociati con le informazioni rilevabili dal monitoraggio ex-ante, per finalità di verifica di qualità, coerenza e misura del drop-out e dell'overbooking.

La Regione Abruzzo, inoltre, conferma la disposizione alle Aziende Sanitarie Locali di rendere obbligatori i campi oggetto di monitoraggio già previsti come facoltativi dal 1ottobre 2010 (nota prot. N. 16675/13 del 29 settembre 2010).

I contenuti informativi nel tracciato del comma 5 dell'art.50 della L. 326/2003, da considerarsi, pertanto, tutti obbligatori ai fini del monitoraggio sono i seguenti:

1. Data di prenotazione
2. Data di erogazione della prestazione
3. Tipo di accesso
4. Classe di priorità
5. Garanzia dei tempi massimi
6. Codice struttura che ha evaso la prestazione.

Intervento 1.5. Promozione Modello dei RAO. Contenuti clinici e classi di priorità.

Il Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019 -2021 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 di adottare, previa analisi di fattibilità e in relazione alle risorse disponibili, differenti modelli di governo clinico. A livello internazionale e nazionale vi sono diverse esperienze basate su “score” multipli (dolore, beneficio atteso, etc.) la cui somma individua il livello di priorità oppure su “situazioni cliniche” correlate a tempi massimi di attesa. Il modello italiano dei

Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) è basato sulla identificazione di precise situazioni cliniche e del relativo tempo massimo di attesa per ognuna delle quattro classi di priorità riprese dal PNGLA (Urgente, Breve, Differita, Programmata) e presenti nel nuovo modello di ricetta standardizzata oltre che nel Decreto del MEF del 2 novembre 2011 (relativo alla dematerializzazione della ricetta medica cartacea).

Il modello RAO, nel prevedere il coinvolgimento partecipativo di medici prescrittori (MMG, PLS e Specialisti) e soggetti erogatori, 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. Mediante l'adozione dei RAO vengono esplicitate le "situazioni cliniche", appropriate per ciascuna delle quattro classi di priorità previste dal Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2019-2021 (Urgente, Breve, Differita, Programmata) sia per le visite specialistiche che per ogni prestazione di specialistica ambulatoriale.

L'applicazione dei RAO vede la standardizzazione dei comportamenti prescrittivi per le visite specialistiche di primo accesso e per alcune delle prestazioni particolarmente critiche (Ecografia Mammaria, Mammografia, ecc). La scelta del Tavolo di lavoro regionale di adottare il sistema RAO nasce dalla positiva valutazione delle esperienze nazionali e dalla necessità di uniformare i comportamenti a livello regionale dando il via ad una nuova modalità prescrittiva che dovrà nel corso del tempo essere verificata e migliorata, laddove l'esperienza dei professionisti lo riterrà opportuno.

L'identificazione per il "primo accesso" di "situazioni cliniche" per ogni singola priorità temporale (Urgente, Breve, Differita, Programmata), consente inoltre, di superare l'iniquo criterio dell'ordine cronologico e di adeguare l'attesa ad un preciso bisogno clinico del paziente.

Le indicazioni cliniche 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.

Oltre alle prime visite sono incluse anche le prime prestazioni (ad esempio: prima mammografia per sospetta neoplasia). 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, indipendentemente dal tempo trascorso dalla prima visita.

Nella tabella 3 sono rappresentate le prestazioni ed i relativi codici riferiti al nomenclatore di cui all'allegato n.4 del DPCM del 12.1. 2017 sui LEA, ricompresi nei disciplinari RAO contenuti negli Allegati 1 e 2 del presente Piano.

Nello specifico l'Allegato 1 del Documento contiene i disciplinari RAO (Tabelle da 1 a 27) relativi ad alcune delle 69 prestazioni traccianti.

L'Allegato 2 (Tabelle da 1 a 23) contiene i disciplinari RAO relativi alle prestazioni non comprese tra quelle traccianti.

Nella tabella 4 sono rappresentate le prestazioni traccianti non contenute nei disciplinari RAO. Nelle more della definizione di specifiche schede per le suddette prestazioni e al fine di consentire al sistema di mettere in atto in maniera graduale le strategie necessarie, la regione Abruzzo continuerà ad utilizzare i disciplinari tecnici di cui alla DGR n.575/2011 e s.m.i. (Allegato 3) per le prestazioni di seguito elencate. Le altre prestazioni disciplinate dalla DGR 575/2011 e s.m.i. sono integralmente sostituite dai disciplinari di cui all'Allegato 1.

Tabella 3 Prestazioni contenute nei disciplinari RAO

Class_ RAO	Prestazione	Codice prestazione nuovi LEA	Note
001	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA	45.23 45.23.3 45.23.4	Allegato 1
002	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO	88.71.4	Allegato 1
003	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo	88.72.2	Allegato 2
004	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	88.73.5	Allegato 1
005	ECOCOLORDOPPLER ARTERIE RENALI	88.74.9	Allegato 2
006	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO	88.77.4 e 88.77.5 88.77.6 e 88.77.7	Allegato 1
007	ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI	88.76.3	Allegato 2

008	ECOENCEFALOGRAFIA	88.71.1	Allegato 2
009	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO	88.76.1	Allegato 1
010	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE	88.75.1	Allegato 1
011	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE	88.74.1	Allegato 1
012	ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale	88.78.2	Allegato 1
013	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA	88.73.1 88.73.2	Allegato 1
014	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE	88.79.3	Allegato 2
015	ECOGRAFIA OSTETRICA	88.78	Allegato 1
016	ECOGRAFIA SCROTALE	88.79.6	Allegato 2
017	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (secondo Holter)	89.50	Allegato 1
018	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA DELL'ESOFAGO	45.13 45.16.1 45.16.2 42.24	Allegato 1
019	MAMMOGRAFIA BILATERALE MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	87.37.1 87.37.2	Allegato 1
020	ORTOPANORAMICA DELLE ARCATE DENTARIE	87.11.3	Allegato 2
021	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	89.7A.3	Allegato 1
022	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	89.7A.9	Allegato 1
023	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC	88.95.5	Allegato 1
024	RM DELL'ADDOME SUPERIORE	88.95.1	Allegato 2
025	RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC	88.95.2	Allegato 2
026	RM DEL COLLO RM DEL COLLO SENZA E CON MDC	88.91.6 88.91.7	Allegato 2

027	RM DELLA COLONNA IN TOTO RM DEL RACHIDE CERVICALE, DORSALE, LOMBOSACRALE E SCROCOCCIGEO	88.93.6 88.93.2, 88.93.3, 88.93.4 e 88.93.5	Allegato 1
028	RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC RM DEL RACHIDE DORSALE, LOMBO- SACRALE E SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC	88.93.7 e 88.93.B 88.93.8, 88.93.9, 88.93.A	Allegato 1
029	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE, SENZA E CON CONTRASTO	88.91.2	Allegato 1
030	RM MUSCOLOSCELETRICA (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, BACINO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE) SENZA E CON MDC -	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	Allegato 2
031	RM MUSCOLOSCELETRICA (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, BACINO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE)	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	Allegato 2
032	RX DELLA CAVIGLIA RX DEL PIEDE [CALCAGNO]	88.28.1 88.28.2	Allegato 2
033	RX DELLA COLONNA CERVICALE, DORSALE E LOMBOSACRALE RX MORFOMETRIA VERTEBRALE DORSALE E LOMBARE RX STANDARD SACROCOCCIGE	87.22, 87.23, 87.24 87.23.64, 87.24.7 87.24.6	Allegato 2
034	RX DEL FEMORE RX DEL GINOCCHIO RX DELLA GAMBA	88.27.1 88.27.2 88.27.3	Allegato 2
035	RX DEL GOMITO RX DELL'AVAMBRACCIO	88.22.1 88.22.2	Allegato 2
036	RX DEL POLSO RX DELLA MANO	88.23.1 88.23.2	Allegato 2
037	RX DELLA SPALLA	88.21.2	Allegato 2
038	RX DEL TORACE	87.44.1	Allegato 2
039	TC DELL'ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC TC DELL'ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC TC DELL'ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC	88.01.2 88.01.4 88.01.6	Allegato 1

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)	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	Allegato 2
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 -	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	Allegato 2
042	TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE	88.38.5	Allegato 1
043	TC CRANIO-ENCEFALO	87.03	Allegato 1
044	TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC	87.03.1	Allegato 1
045	TC MASSICCIO FACCIALE	87.03.2	Allegato 2
046	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC	87.03.3	Allegato 2
047	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE, TORACICO, LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE	88.38.A, 88.38.B, 88.38.C	Allegato 1
048	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE, TORACICO, LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE SENZA E CON MDC	88.38.D, 88.38.E, 88.38.F	Allegato 1
049	TC DEL TORACE	87.41	Allegato 1
050	TC DEL TORACE SENZA E CON MDC	87.41.1	Allegato 1

Legenda: in colore azzurro i RAO relativi alle prestazioni traccianti oggetto di monitoraggio (Allegato 1), in rosa i RAO non compresi tra quelli traccianti (Allegato 2)

Tabella n. 4 Prestazioni traccianti non comprese nei disciplinari RAO

PRESTAZIONE TRACCIANTE SECO+E7+B5:F77+B5:F78+E7+B5: F+B5:F77	NOMENCLATORE	NOMENCLATORE LEA	PRESTAZIONE DISCIPLINATA DA DGR 575/2011 - DGR 60/2015	NOMENCLATORE REGIONALE
Prima Visita chirurgia vascolare	89.7	89.7A.6	Visita chirurgia vascolare*	89.7
Prima Visita endocrinologica	89.7	89.7A.8	Visita endocrinologica	89.7
Prima Visita neurologica	89.13	89.13	Visita neurologica	89.13
Prima Visita oculistica	95.02	95.02	Visita oculistica	95.02
Prima Visita ortopedica	89.7	89.7B.7	Visita ortopedica	89.7
Prima Visita ginecologica	89.26	89.26.1	Visita ginecologica	89.26
Prima Visita otorinolaringoiatrica	89.7	89.7B.8	Visita otorinolaringoiatrica	89.7
Prima Visita urologica	89.7	89.7C.2	Visita urologica	89.7
Prima Visita dermatologica	89.7	89.7A.7	Visita dermatologica	89.7
Prima Visita fisiatrica	89.7	89.7B.2	Visita fisiatrica	89.7
Prima Visita oncologica	89.7	89.7B.6	Visita oncologica	89.7
Prima Visita pneumologica	89.7	89.7B.9	Visita pneumologica	89.7
TC dell'addome superiore	88.01.1	88.01.1	TC senza e con Contrasto dell'addome superiore*	88.01.1 - 88.01.2
TC dell'addome inferiore	88.01.3	88.01.3	TC senza e con Contrasto dell'addome inferiore *	88.01.3 - 88.01.4
TC dell'addome completo	88.01.5	88.01.5	TC senza e con Contrasto Addome Completo *	88.01.5 - 88.01.6
TC del Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5	TC senza e contrasto bacino	88.38.5
RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91.1	88.91.1	RMN cervello e tronco encefalico*	88.91.1 - 88.91.2
RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88.95.4	RMN Pelvi, prostata e vescica *	88.95.4 - 88.95.5
Eco(color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	88.72.3	Ecocolordoppler cardiaca	88.72.3
Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42	45.42	Colonscopia*	45.42 - 45.23 - 45.25
Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24
Test cardio vascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41	89.41	Elettrocardiogramma da sforzo	89.41 - 89.43
Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44**	89.44 - 89.41		
Esame audiometrico tonale	95.41.1.	95.41.1.	Audiometria	95.41
Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1	Spirometria	89.37.1 - 89.37.2
Spirometria globale	89.37.2	89.37.2		
Fotografia del Fundus	95.11***	95.11	Fondo Oculare	95.09
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	Elettromiografia	93.08
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		
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		
Elettromiografia semplice (EMG) del tronco. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli	93.08.1	93.08.D		
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		
EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.1	93.08.F		

* i RAO disciplinano solo i codici 88.91. 2, 88.95.5, 88.01.2, 88.01.4,88.01.6, 88.95.5, 45.23, e l'ecocolordoppler vascolare.

**prestazione per cui non è previsto attualmente né un disciplinare RAO né un disciplinare nella DGR 575/2011.

***prestazione che prevede un disciplinare nella DGR 575/2011 riferito alla prestazione "Fondo oculare" con codice nomenclatore 95.09 e non 95.11 prevista dal PNGLA 2019 -2021.

OBIETTIVO 2: GOVERNO DELL'OFFERTA.

Il governo delle liste di attesa, e in generale dell'accesso alle prestazioni ambulatoriali specialistiche, si fonda su una corretta ed efficiente programmazione dell'assistenza erogata dalle strutture sanitarie presenti in ogni ambito aziendale. La fase programmatoria include necessariamente un'analisi costante del rapporto tra domanda, produzione complessiva delle strutture ubicate sul territorio regionale e risorse disponibili. Nei Programmi Attuativi Aziendali, strumento vincolante e obbligatorio previsto dal PNGLA, le Aziende Sanitarie devono essere in grado, attraverso l'analisi dei dati dei flussi informativi delle prestazioni, di valutare e esplicitare la domanda espressa dai propri residenti, compresa la domanda soddisfatta al di fuori del proprio territorio (mobilità passiva interaziendale e interregionale). I consumi di prestazioni, rilevati attraverso i flussi informativi correnti, devono essere poi confrontati con la produzione complessiva delle strutture ubicate nel territorio aziendale (sia pubbliche che private), verificando la capacità di soddisfare la domanda espressa con la dotazione di risorse (umane e tecnologiche) disponibili, considerando anche il saldo di mobilità attiva e passiva interregionale. Pertanto, in sede di programmazione, le Aziende devono prevedere, almeno per le prestazioni "critiche", un piano per il recupero di efficienza, attraverso l'ottimizzazione dei turni di personale e dell'uso dei macchinari, verificando con analisi comparative (benchmarking) che il livello di efficienza risulti in linea con le migliori performance delle altre Aziende. Il ricorso a prestazioni aggiuntive del personale interno o alla contrattualizzazione di ulteriori volumi di prestazioni con il privato accreditato deve essere previsto solo dopo aver valutato ed esperito la possibilità di incremento della produzione delle prestazioni, attraverso il recupero di efficienza organizzativa o l'impossibilità temporanea di ricorso a nuove assunzioni di personale.

Intervento 2.1: Identificazione del Responsabile Unico Aziendale (RUA)

Fermo restando la responsabilità complessiva per la corretta gestione delle liste di attesa in capo al Direttore Generale della ASL e fermo restando quanto disposto dall'articolo 3bis, comma 7bis, del D. Lgs. 502/1992 e s.m., il Direttore Generale deve identificare, con formale atto deliberativo, entro 60 giorni dalla adozione del Piano Regionale, il Responsabile Unico Aziendale (RUA) nella persona del Direttore Sanitario Aziendale o, in alternativa, un dirigente nominato tra il personale in servizio presso la rispettiva organizzazione sanitaria, dotato di qualifica dirigenziale da almeno

cinque anni, ed esperienza coerente con la funzione da assolvere. Il mancato raggiungimento degli obiettivi indicati dal Piano Attuativo Aziendale sulle liste di attesa comporta la mancata erogazione della retribuzione di risultato. Il RUA ha le seguenti funzioni di coordinamento e vigilanza: 1) attività finalizzate a garantire una gestione trasparente delle agende di prenotazione; 2) l'applicazione dei criteri di priorità per l'accesso nel rispetto delle indicazioni regionali; 3) la finalizzazione al contenimento delle liste di attesa delle risorse professionali e tecnologiche; 4) la proposta di committenza verso le strutture private accreditate per il superamento delle criticità evidenziate. Il RUA ha, inoltre, competenza nel predisporre programmi e controlli sul corretto rapporto tra attività libero professionale e attività istituzionale e definisce attività formative che garantiscono che l'accoglienza dei pazienti e la gestione delle liste di attesa siano gestite con specifiche competenze da parte degli operatori coinvolti.

Intervento 2.2. Programmi Attuativi Aziendali

Le Aziende Sanitarie Locali sono chiamate a programmare la propria rete di offerta, per le diverse tipologie di prestazioni, valutando la quota di attività che sono in grado di produrre attraverso le proprie risorse (strutture, personale, apparecchiature), e quella che può essere acquistata dalle strutture private accreditate e dalle future forme organizzative complesse della medicina generale e della specialistica ambulatoriale.

L'ASL prevede in via prioritaria almeno per le prestazioni 'critiche', un piano per il recupero di efficienza, attraverso l'ottimizzazione dei turni del personale e dell'uso dei macchinari, verificando con analisi comparative (benchmarking) che il livello di efficienza risulti sufficientemente omogeneo, almeno all'interno delle proprie strutture. Al fine di ridurre i tempi per le liste d'attesa, l'ASL può disporre di incrementare l'attività degli ambulatori territoriali e ospedalieri, anche attraverso l'estensione degli orari di apertura degli ambulatori anche nei giorni prefestivi e festivi.

Nella fase di elaborazione e monitoraggio dei Programmi Attuativi Aziendali sono necessari il coinvolgimento e la partecipazione di organizzazioni di tutela del diritto alla salute nonché la consultazione dei rappresentanti dei sindacati firmatari dei CCNL.

Conseguentemente, entro 60 giorni dall'adozione del Piano Operativo Regionale di Governo delle Liste di Attesa, le Aziende Sanitarie adottano un nuovo Programma Attuativo Aziendale, 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 deve essere reso disponibile sul portale dell'Azienda Sanitaria e costantemente aggiornato. Il Programma Attuativo Aziendale recepisce il Piano Regionale e indica, secondo le

indicazioni del PNGLA, le misure che la ASL intende 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 prevalentemente a:

- individuare (per le prestazioni di primo accesso) 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.
- Individuare le modalità organizzative attraverso cui le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate garantiscono i tempi massimi di attesa per le prestazioni elencate al punto 3.1 del PNGLA 2019-2021 ad almeno il 90% dei pazienti.
- Garantire la diffusione e l'accesso delle informazioni utilizzando gli strumenti di comunicazione disponibili (tra i quali i siti web aziendali), nonché di prevederne la disponibilità anche presso le strutture di abituale accesso ai 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.
- Provvedere alla definizione del tempario, fermo restando che la durata di erogazione delle prestazioni debba uniformarsi per le stesse prestazioni anche se erogate da specialisti diversi (dipendenti e convenzionati).

I Direttori Generali nei Programmi Attuativi Aziendali dovranno garantire, anche tramite un monitoraggio continuo, il rispetto dei tempi massimi dei percorsi diagnostico-terapeutici e delle singole prestazioni secondo le classi di priorità indicando tra l'altro i dati relativi alle prestazioni critiche secondo i format di cui agli allegati 4 e 5.

In linea con gli indirizzi della Legge. n. 135 del 7/8/2012 ("Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini"), è favorita la sperimentazione di nuovi modelli di assistenza che realizzino effettive finalità di contenimento della spesa sanitaria, anche attraverso specifiche sinergie tra strutture pubbliche e private, ospedaliere ed extraospedaliere.

Per caratterizzare le prestazioni critiche, in conformità con il Documento Tecnico del 2001 della Commissione Nazionale del Ministero, di cui al D.M. 28/12/2000, sono state individuate le variabili oggetto di misura:

1. Tempo di attesa, espresso in giorni;
2. Numero di utenti in lista;
3. Numero di prestazioni offerte nell'unità di tempo (settimana);
4. Numero di prestazioni effettuate nell'unità di tempo (settimana);
5. Numero di prestazioni effettuate in regime di libera professione nell'unità di tempo.

Pertanto, nei Programmi Aziendali, dovranno essere analizzate e evidenziate le misure citate in rapporto alle prestazioni critiche e più in generale, dovranno essere usati i seguenti indicatori:

1. Indice di pressione esterna: numero di pazienti in lista d'attesa per una prestazione/numero di prestazioni offerte nel periodo considerato; l'indicatore fornisce informazioni utili alla modulazione dell'offerta, indicando il volume di incremento di attività necessario a ridurre il numero di pazienti in lista e conseguentemente i tempi di attesa.
2. Indice di saturazione: prestazione effettuata nel periodo considerato/numero di prestazioni offerte nel periodo considerato*100; è un indicatore utile alla programmazione aziendale che confronta le prestazioni erogate con l'offerta potenziale.

Intervento 2.3. Classi di priorità' e registro per i ricoveri programmati.

I tempi massimi di attesa per le prestazioni di Ricovero programmato sono fissati in base alla classe di priorità (la regione Abruzzo adotta le classi di priorità definite dall'Accordo Stato Regioni del 21 febbraio 2019).

La classe non è legata alla patologia da trattare ma al contesto individuale del caso clinico e viene attribuita in fase di inserimento in lista di attesa, soggettivamente, dal Sanitario che completa l'iter diagnostico:

- **classe A**: da effettuare entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi;
- **classe B**: da effettuare 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;
- **classe C**: da effettuare entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;
- **classe D**: da effettuare senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun

dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono, comunque, essere trattati entro 12 mesi. 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	
15	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46 – 49.49	
17	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0x- 53.1x	

(1)Le Regioni e Province Autonome che erogano la prestazione prevalentemente od esclusivamente in regime ambulatoriale, svolgeranno il monitoraggio in tale *setting* assistenziale.

Secondo quanto disposto dalla Legge n.724 del 23 dicembre 1994 (art. 3, comma 8), le Aziende Sanitarie Locali, i Presidi Ospedalieri e le Aziende Ospedaliere devono prevedere l'obbligo di disporre di un **Registro Unico** dei ricoveri ospedalieri in formato cartaceo o informatico. Tale registro può essere soggetto a verifiche ed ispezioni da parte dei servizi competenti del Dipartimento della Salute e il Welfare e da parte di rappresentanti dell'ASR Abruzzo (L.R. n.6/2009). Al Direttore Sanitario Aziendale compete la responsabilità di verificare l'assegnazione delle risorse delle sale operatorie sulla base della consistenza e della criticità delle liste di attesa per

disciplina, patologia e/o classe di priorità. Oltre agli aspetti tecnici, assumono particolare rilievo in questo ambito gli aspetti di gestione e programmazione in un'ottica di utilizzo ottimale delle piattaforme logistiche di ambito aziendale.

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 delle persone.

La compilazione del suddetto Registro deve prevedere il seguente iter:

1. il medico prescrittore dopo avere effettuato la visita, dovrà compilare una scheda (proposta di intervento) contenente tutte le informazioni necessarie circa la procedura terapeutica e la data prevista per il ricovero, compresa l'indicazione del codice di priorità.
2. Le proposte di intervento dovranno essere consegnate ad uno specifico ufficio della ASL, individuato dalla Direzione Sanitaria. L'ufficio così individuato avrà il compito di inserire la proposta della tipologia di intervento e la data presunta dell'intervento stesso nel Registro di prenotazione e di rilasciare al paziente l'attestazione dell'avvenuta iscrizione nel Registro.

Sul Registro di prenotazione, per ogni paziente, vengono riportate le seguenti informazioni di base:

Informazioni inerenti il paziente:

1. Nome e cognome del paziente
2. Codice fiscale
3. Sesso
4. Data di nascita
5. Residenza
6. Numero di telefono del paziente
7. Persona da informare (nome e telefono)
8. Diagnosi e sospetto diagnostico
9. Classe di priorità di accesso

Informazioni gestionali:

1. Nome del medico prescrittore (MMG, specialista ambulatoriale, ecc.)
2. Data di prescrizione della richiesta da parte del medico prescrittore
3. Tipo di percorso/intervento previsto (diagnostico, terapeutico, chirurgico)
4. Data di inserimento del paziente nell'agenda di prenotazione da parte dello specialista del reparto
5. Data prevista per il ricovero
6. Data reale del ricovero
7. Motivi eventuale esclusione/cancellazione, anticipazione o spostamento nella lista.

Intervento 2.4. Qualificazione del fabbisogno delle risorse umane e tecnologiche.

Nel Programma Attuativo Aziendale, le Aziende Sanitarie sono tenute a programmare, in stretta coerenza con il Piano Triennale del fabbisogno del personale, una dotazione di risorse umane volte a garantire l'effettiva presa in carica del cittadino paziente nel corso del trattamento di cura, con la valutazione da un lato che il tema delle risorse umane si qualifica come un ambito fondamentale per il contenimento dei tempi di attesa, e d'altro lato che le normative nazionali e regionali impongono vincoli sulla spesa del personale e conseguentemente sulle scelte assunzionali.

La gestione delle risorse umane e gli effetti che da essa scaturiscono impongono, quindi, il rispetto di strumenti e metodologie di definizione del fabbisogno sia per il personale dipendente che per il personale convenzionato. Le principali criticità sollevate dalle quattro Aziende Sanitarie Abruzzesi in termini di tempi di attesa (talvolta fuori soglia) sono per le più comuni e riguardano:

ASL 201	ASL 202	ASL 203	ASL 204
Tac e Risonanza	Tac	Visita Pneumologica	Gastroenterologia
Ecografie	Risonanza Magnetica	Visita Endocrinologica	Chirurgia Vascolare
Ecocolordoppler	Visita Pneumologica	Mammografia	Radiologia
Colonscopia	Colonscopia	Tac torace con e senza m.d.c.	Mammografia
Visita Ortopedica	Ecocolordoppler	Tac addome superiore ed inferiore con e senza m.d.c.	Elettromiografia
Visita Endocrinologica	Elettromiografia	RMN Encefalo con e senza m.d.c.	Area diagnostica-ecografica
Visita Urologica	Spirometria	RMN Colonna vertebrale con e senza m.d.c.	Prestazioni oncologiche
Visita Cardiologica e Test da sforzo		Ecografia del capo e del collo	Prestazioni pneumologiche
Visita Neurologica		Ecografia della mammella	Prestazioni endocrinologiche
Visita Pneumologica		Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici	Prestazioni ortopediche
		Ecocolordoppler degli arti inferiori e superiori	Test da sforzo
		Colonscopia	
		Sigmoidoscopia	
		Spirometria	

La normativa da rispettare in tema di **Fabbisogno di Personale** (riferita sia per l'assistenza ospedaliera, sia per l'assistenza territoriale), è definita a livello nazionale con D.P.C.M. 8 Maggio 2018 - *“Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle PA”*- e a livello regionale con D.G.R. 37/2019 - *“Indicazioni operative per la predisposizione del piano triennale di fabbisogno di personale delle aziende unità sanitarie locali del SSR”*. Tali documenti forniscono le linee di indirizzo ai fini della predisposizione dei rispettivi Piani Triennali di Fabbisogno di Personale (P.T.F.P.) e di consentire alle stesse Aziende Sanitarie Abruzzesi la regolare gestione delle dinamiche del personale.

Nei Programmi Attuativi Aziendali, deve essere riservata una specifica sezione in cui le disposizioni attuative sul personale, ai fini del contenimento e del miglioramento dei tempi di attesa siano rispondenti alle seguenti disposizioni:

- a) Il rispetto dei vincoli finanziari e l'applicazione delle disposizioni in materia di determinazione del Fabbisogno di Personale, previste dalla D.G.R. 37/2019, garantendo un'attenta programmazione in termini di approvvigionamento quantitativo e qualitativo dei professionisti per erogare prestazioni in modo puntuale ed efficace;
- b) Il ricorso alla programmazione delle assunzioni, soprattutto per le aree critiche che generano maggiori liste di attesa, coerentemente con i margini di disponibilità e di criticità rilevati dal Fabbisogno (D.G.R. 37/2019);
- c) L'integrazione del personale tra l'assistenza ospedaliera e territoriale (potenziando le attività erogate in ambito territoriale);
- d) Nei Programmi Attuativi, il pieno utilizzo delle capacità produttive delle strutture deve essere perseguito nell'ambito di una pianificazione aziendale che includa obbligatoriamente per le prestazioni che presentano tempi di attesa maggiori, i piani di attività dell'equipe e l'utilizzo delle tecnologie in modo da garantire, l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse disponibili nell'arco dell'intera giornata in ogni ambito territoriale di garanzia.

Al riguardo le Aziende possono prevedere l'estensione degli orari di apertura degli ambulatori anche nei giorni festivi e prefestivi e negli orari serali (c.d. Ambulatori Aperti), compatibilmente con gli orari di attività delle strutture.

- e) Possibilità di ricorrere all'Art. 55 del CCNL 8/6/2000 per un periodo di 12 mesi dalla data di approvazione del presente Piano Regionale e salvo ulteriore proroga da parte della Regione, al fine di superare specifiche e gravi criticità delle liste di attesa, le Aziende Sanitarie sono autorizzate, con le modalità e nei termini previsti dal presente Documento, all'acquisto di prestazioni aggiuntive ai sensi dell'art. 55 del CCNL 08/06/2000. Ai sensi del comma 2 dell'art. 55 si considerano prestazioni erogate nel regime di cui alla lettera d) del comma 1 anche le prestazioni richieste, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, 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 ed impossibilità anche momentanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge, in accordo con le équipes interessate e nel rispetto delle direttive regionali in materia.
- f) Analogamente e con le stesse finalità si autorizza il ricorso da parte delle AA.UU.SS.LL. ai medici specialistici ambulatoriali convenzionati (c.d. Sumaisti) in un'ottica di ampliamento dell'offerta delle prestazioni sanitarie ed ai fini del favoreggiamento del contenimento dei tempi di attesa. In caso di necessità, in ottemperanza alle disposizioni dell'articolo 20 dell'ACN del 30/07/2015 – *Assegnazione di incarichi a tempo determinato* - le Aziende, per esigenze

straordinarie connesse a progetti finalizzati con durata limitata nel tempo o per far fronte a necessità determinate da un incremento temporaneo delle attività, possono conferire incarichi a tempo determinato.

LE APPARECCHIATURE DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE

Il Flusso informativo relativo alle Grandi Apparecchiature Sanitarie

La costituzione di un Inventario Nazionale delle Apparecchiature Sanitarie e l'attivazione del "Flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate", rappresentano un significativo investimento da parte del SSN e delle strutture sanitarie coinvolte.

Le informazioni che rileva il Sistema "Apparecchiature Sanitarie" sono relative a Localizzazione, Caratteristiche, Acquisizione, Attivazione, Gestione del macchinario sanitario. Tale flusso consente la raccolta di informazioni utili sui costi e sulle caratteristiche principali, ma al momento non sul monitoraggio dei "consumi" delle apparecchiature, strettamente correlato al numero di prestazioni erogate.

Le apparecchiature sanitarie sono essenziali per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Nella continua evoluzione della pratica clinica, infatti, le tecnologie hanno assunto una crescente rilevanza, divenendo parte imprescindibile della prestazione stessa (si pensi a un ricovero di radioterapia e a quanto la prestazione sia legata alla disponibilità dell'acceleratore lineare).

Un corretto approccio diagnostico e terapeutico non può prescindere dalla disponibilità di un adeguato supporto tecnologico. Inoltre, le attrezzature più obsolete hanno un impatto sulla spesa sanitaria in termini di costi di manutenzione, tendenzialmente alti, generalmente a fronte di bassa redditività e minore efficienza produttiva. Al fine di monitorare i LEA, il focus non può, quindi, che estendersi anche all'offerta, per avere una visione complessiva dei livelli minimi di tecnologie che devono essere garantiti a tutela dei LEA stessi.

Si pone però l'esigenza di integrare, in linea con le previsioni del PNGLA, il flusso NSIS con ulteriori informazioni che attengono alla capacità produttiva effettiva delle grandi apparecchiature di diagnostica.

Il monitoraggio dell'attività delle apparecchiature per ASL avverrà tramite una rilevazione secondo un *template* condiviso a livello regionale approvato con determinazione del dirigente del dipartimento salute e Welfare competente in materia.

I dati di tale rilevazione renderanno possibile il calcolo di alcuni indicatori di monitoraggio, quale ad esempio il massimo utilizzo potenziale (in ore) delle apparecchiature al netto del fermo macchina, in rapporto agli orari di apertura o in base ad orari di apertura teorici standard (ad esempio 12 ore al giorno lun-ven e mezza giornata il sabato, a regime). L'incrocio di tali dati con le agende CUP delle ASL permetterà di individuare le prestazioni critiche che generano liste di attesa consistenti e sulle quali si ritiene necessario intervenire con la definizione da parte delle ASL dei piani di attività strutturati e mirati.

OBIETTIVI E CRONOPROGRAMMA

Per quanto attiene l'organizzazione funzionale, le Aziende sono tenute a perseguire l'obiettivo dell'apertura dei servizi diagnostici in maniera continuativa sei giorni alla settimana, con l'obiettivo di utilizzo delle grandi apparecchiature almeno all'80% della loro capacità produttiva, anche attraverso una diversificazione dell'orario di lavoro.

La capacità produttiva teorica di un macchinario è stata calcolata considerando 18 ore di apertura giornaliera dal Lunedì al Venerdì e 9 ore di apertura il Sabato, per un totale di 99 ore settimanali di attività, che corrisponde al 100% della capacità produttiva di un macchinario.

La regione Abruzzo si pone di raggiungere entro il triennio 2019-2021 l'obiettivo di utilizzo delle apparecchiature almeno all'80%.

In particolare, l'erogazione continuativa è finalizzata alla riduzione, in primo luogo, e al mantenimento entro i limiti definiti una volta a regime, delle liste di attesa per le prestazioni critiche. Le prestazioni critiche sono quelle che mantengono alla fine di Dicembre di ogni anno un indice di performance inferiore al 90%. Le Aziende devono, quindi, prevedere nel proprio piano di attività un ulteriore allargamento dell'offerta nelle giornate di sabato e domenica e nelle ore serali dei giorni feriali anche nel privato accreditato.

Inoltre le Aziende Sanitarie nella redazione del Piano Attuativo Aziendale, dopo aver determinato la capacità produttiva effettiva già raggiunta, dovranno provvedere ove necessario, alla definizione dell'esigenza di incremento del personale e di tecnologie. Dovranno elaborare 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.

In coerenza con gli indirizzi del PNGLA, in ambito aziendale è richiesta la necessità di garantire l'efficiente utilizzo delle apparecchiature esistenti. Al riguardo, la regione Abruzzo ha inteso

definire una metodologia di calcolo che garantisca l'utilizzo delle grandi apparecchiature diagnostiche pari all'80% della loro capacità produttiva.

$$\frac{\text{numero di prestazioni a garanzia dell'80\% della capacità produttiva}}{\text{tempario singola prestazione in minuti AUSL}} = \frac{h6/h12/*60min}{* 0,8}$$

Secondo la formula sopra esposta, e per il rispetto delle disposizioni imposte dal PNGLA in materia di dispositivi tecnologici per le prestazioni traccianti ed oggetto di monitoraggio, le Aziende Sanitarie provvedono a garantire una percentuale di prestazioni in base al rapporto tra le ore/minuti di funzionamento dello strumento tecnologico ed il tempario medio delle prestazioni in base ai dati del CUP Aziendale ed in relazione ad una capacità produttiva pari all'80% del tasso di utilizzo.

Intervento 2.5. Equilibrio tra attività istituzionale e Libera professione. Utilizzo quota del 5% prevista dall'art. 2 L. n. 189/2012.

In ottemperanza al PNGLA, il ricorso alla libera professione intramuraria deve essere la conseguenza di una libera scelta del cittadino e non della carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale. Le Aziende Sanitarie devono assicurare che l'esercizio della libera professione intramuraria non sia in contrasto con le proprie finalità e le attività istituzionali e che lo svolgimento sia organizzato in modo tale da garantire l'integrale assolvimento dei compiti istituzionali e da assicurare la piena funzionalità dei servizi. In conformità con l'art. 1 comma 5 della L. n. 120/2007, il parametro di riferimento è rappresentato dai volumi complessivi di prestazioni con riferimento alla singola Unità Operativa. Nello specifico ogni Azienda Sanitaria Locale predispone nel Programma Attuativo Aziendale, con riferimento alle singole Unità Operative, i volumi di attività istituzionale e di attività libero-professionale intramuraria. A tal fine, l'azienda negozia in sede di definizione annuale di budget, con i Dirigenti responsabili delle équipes interessate, nel rispetto dei tempi concordati, i volumi di attività istituzionale che devono comunque essere assicurati in relazione alle risorse assegnate. Di conseguenza concorda con i singoli Dirigenti e con le équipes interessate i volumi di attività libero-professionale-intramuraria che, comunque, non possono superare i volumi di attività istituzionale assicurati, prevedendo a livello aziendale appositi organismi paritetici di verifica. I Responsabili di ciascuna U.O., anche se non direttamente partecipi all'ALPI, dopo aver concordato con gli interessati le modalità di esecuzione dell'attività

libero-professionale, devono comunicare preventivamente all'Azienda in quali orari e da parte di quali professionisti, individualmente o in équipe, l'attività viene svolta.

Inoltre quale criterio di valorizzazione dei volumi dell'attività istituzionale dei Dirigenti medici incardinati in UU.OO. di Terapia Intensiva o Sub-intensiva es U.T.I.C., Stroke Unit, Dialisi, ect), il Tavolo Tecnico Regionale da indicazione di utilizzare il volume di prestazioni erogate dall'Unità Operativa di disciplina affine (Es. per l'UTIC quello della Cardiologia, per la Stroke Unit quello della Neurologia, ect). Per un corretto ed equilibrato rapporto tra attività libero professionale e istituzionale, le Aziende negoziano annualmente con i Dirigenti responsabili delle strutture, in sede di contrattazione del budget o di specifica negoziazione con le strutture aziendali, i volumi di attività istituzionale dovuti, tenuto conto delle risorse umane, finanziarie e tecnologiche effettivamente assegnate, anche con riferimento ai carichi di lavoro misurati; di conseguenza concorda con i singoli dirigenti e con le équipes la determinazione dei volumi di attività libero professionale complessivamente erogabili, che, ai sensi delle leggi e contratti vigenti, non possono superare quelli istituzionali nè prevedere un impegno orario superiore a quello contrattualmente dovuto, tenendo conto dell'attività svolta da ciascun dirigente nell'anno precedente. Il corretto ed equilibrato rapporto tra attività libero professionale ed attività istituzionale va verificato, nei termini sopra indicati, anche con riferimento all'attività individuale, ogni sei mesi, ad opera dell'Organismo Aziendale Paritetico di Promozione e Verifica.

A tal fine le Aziende devono esplicitare nel Programma Attuativo Aziendale l'ammontare dei volumi di attività resi in regime di libera professione intramuraria e al verificarsi di squilibri significativi e duraturi (superiori ai 60 giorni) tra le liste di attesa per attività istituzionale e quelle per l'attività libero professionale l'Azienda deve sospendere l'esercizio della libera professione, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate, a meno che, nonostante le procedure attivate per la copertura del fabbisogno di personale per le unità carenti, l'Azienda non verifichi che lo squilibrio stesso non sia imputabile ai professionisti dell'équipe. La sospensione deve essere comunque preceduta e motivata da parte dell'Azienda dalla dimostrazione di aver dato preliminare attuazione agli strumenti organizzativi e strutturali, necessari per ripristinare l'equilibrio del sistema.

Preventivamente al provvedimento di sospensione dell'ALPI, allorquando una ridotta disponibilità temporanea di prestazioni in regime istituzionale metta a rischio la garanzia di assicurare al cittadino le prestazioni nei tempi massimi, l'Azienda può concordare, ai sensi dell'art. 55 comma 2 lettera d) del CCNL 8/6/2000, con i professionisti una quota di "libero professionale aziendale" sostenuta economicamente dall'Azienda riservando al cittadino solo la eventuale partecipazione al costo.

Le Aziende devono garantire sia la piena visibilità delle agende ALPI da parte dei CUP aziendali sia la piena tracciabilità delle prestazioni e dei pagamenti resi in regime di libera professione, e per consentire l'attuazione del principio della libera scelta da parte del cittadino, le aziende devono predisporre un efficace sistema di comunicazione e di informazione ai cittadini in ordine a tutte le prestazioni erogabili sia in regime istituzionale che in libera professione. Per una corretta e trasparente gestione della libera professione intramuraria tutte le informazioni devono essere messe a disposizione del cittadino attraverso tutti i canali istituzionali: CUP, URP, siti internet. In particolare dovranno essere esplicitati: l'elenco dei sanitari che esercitano la libera professione, le sedi, il tipo di prestazioni erogabili, le modalità di prenotazione, le tariffe e i tempi di attesa. E' importante istituire sistemi differenziati di prenotazione relativamente alle due modalità di erogazione al fine di eliminare improprie interferenze tra le stesse e ridurre la possibilità che l'utente venga orientato verso la libera professione intramuraria nel caso in cui l'istituzionale preveda tempi di attesa troppo lunghi.

Nell'ottica di intervenire sul governo delle liste di attesa attraverso meccanismi legati alla libera professione intramuraria, si ritiene necessario che la somma pari al 5% del compenso del libero professionista derivante dall'applicazione dell'art. 2 del D.L n. 158/2012 convertito dalla legge n. 189/2012, debba essere vincolata ad interventi volti alla riduzione delle liste di attesa.

Al fine di determinare un valore del corretto equilibrio tra attività istituzionale e attività in libera professione, si considera quale valore soglia tendenziale di riferimento dell'indicatore rappresentato nel riquadro sottostante un valore non superiore al 50%.

Peso percentuale della libera professione per Unità Operativa, per prestazioni erogate, in un determinato intervallo temporale (trimestrale): n° di prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria/totale delle prestazioni istituzionali.

Intervento 2.6. Sedute aggiuntive. Recupero di prestazioni critiche e non effettuate.

L'acquisto di prestazioni specialistiche aggiuntive è un'integrazione dell'attività istituzionale e va effettuata prioritariamente per le prestazioni evidenziate come 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, con il solo pagamento del ticket da parte del cittadino, ove è dovuto.

Nell'espletamento dell'attività istituzionale aggiuntiva dovrà essere utilizzato il ricettario SSN per la richiesta degli ulteriori accertamenti".

Il Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa, al paragrafo 2 punto 15, prevede, da un lato che "l'eventuale acquisto e l'erogazione delle prestazioni aggiuntive in regime libero professionale, concordate con i professionisti e sostenute economicamente dall'Azienda, riservano al cittadino solo l'eventuale partecipazione al costo. Dall'altro lato, le Aziende Sanitarie potranno, al fine di ridurre le liste di attesa dei servizi interessati, concordare con le équipes, 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'applicazione del citato articolo 55 deve essere preventivamente comunicata dalla ASL al competente Servizio del Dipartimento Salute e in coerenza con l'orientamento applicativo dell'ARAN, nonché con le normative regionali in materia, tale possibilità dovrà essere utilizzata "soprattutto in presenza di carenza di organico ed impossibilità anche momentanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge, in accordo con le équipes".

Inoltre, in coerenza con i vincoli di bilancio e con quanto previsto dai Programmi Attuativi Aziendali per il governo delle Liste d'attesa, si potranno coinvolgere i medici specialistici ambulatoriali nei programmi finalizzati all'abbattimento delle Liste d'Attesa individuate come critiche dalle aziende.

L'ACN del 17/12/2015 della medicina specialistica, all'art.39 comma 3, prevede che "lo specialista ambulatoriale o il professionista può eseguire prestazioni aggiuntive previste dalla programmazione regionale e/o aziendale, secondo modalità regolate dagli accordi regionali e/o aziendali, allo scopo di migliorare l'efficacia e l'efficienza dei servizi nell'area specialistica. I medesimi Accordi definiscono anche i relativi emolumenti aggiuntivi".

Si evidenzia che tale possibilità dovrà essere utilizzata privilegiando il raggiungimento del limite orario delle 38 ore settimanali per singolo professionista. Secondo uno studio del sindacato SUMAI Assoprof dell'ottobre 2018 in Abruzzo dovrebbero essere disponibili circa 6000 ore di attività specialistica per il raggiungimento delle 38 ore settimanali per i 338 specialisti impiegati.

I Programmi Attuativi Aziendali, infine, potranno valutare l'eventuale acquisto di prestazioni ambulatoriali individuate come critiche da soggetti privati accreditati, soprattutto di classe "B", unicamente a seguito dell'esperimento delle sopradescritte possibilità e in coerenza con i vincoli di bilancio regionali.

Intervento 2.7. Attivazione di Percorsi di tutela. Accordi con il privato accreditato.

Le Aziende Sanitarie sono chiamate a mettere in atto azioni più incisive per garantire sia il pieno governo delle liste di attesa, che l'equità di accesso ai cittadini su tutto il territorio aziendale. Pertanto, nei Programmi Attuativi Aziendali, tramite l'adozione di specifici piani delle prestazioni, le aziende Sanitarie possono attivare **PERCORSI DI TUTELA**, per le prestazioni critiche, con gli erogatori privati accreditati insistenti nel medesimo ambito territoriale aziendale, vincolandoli comunque al rispetto dei limiti di spesa del budget assegnato e delle condizioni previste dai contratti stipulati e sottoscritti da entrambe le parti per l'esercizio finanziario in corso. Per tale obiettivo è obbligatorio l'inserimento delle agende di prenotazione del soggetto accreditato nel CUP aziendale. Nello specifico l'erogatore accreditato si impegnerà a collaborare con la Pubblica Amministrazione, facendo confluire le proprie agende di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali nel sistema di prenotazione a livello 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 3/8/2016 "Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione"). Inoltre, in condizioni di documentata particolare criticità, previa comunicazione al competente servizio del Dipartimento Salute, con agende di prenotazione saturate, le Aziende Sanitarie possono prevedere specifici **PERCORSI DI TUTELA della priorità clinica**, prevedendo, all'esito dell'adozione del Piano delle Prestazioni, anche la possibilità di accordi contrattuali aggiuntivi con gli erogatori privati accreditati in regola con la completa prenotabilità delle prestazioni da privato accreditato nell'ambito del CUP aziendale in coerenza con la programmazione aziendale. In tal caso si tratta di percorsi alternativi di accesso alle prestazioni specialistiche che prevedono, qualora venga superato il tempo massimo di attesa a livello aziendale, la possibilità da parte dell'utente di effettuare la prestazione presso un erogatore privato accreditato, individuato dalla ASL di appartenenza per ottenerla, in relazione alla priorità di accesso richiesta, nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente.

Il percorso di tutela può essere attuato esclusivamente per i **pazienti residenti** nella ASL di appartenenza e per le **richieste di prime prestazioni** che presentano espressamente sia la Classe di priorità che il quesito diagnostico così come previsto dalla normativa vigente. L'accettazione da parte dell'utente del Percorso di tutela comporta il rilascio da parte dell'operatore CUP di un foglio di autorizzazione in cui viene indicata la struttura prescelta con data ed orario della prestazione. Le prestazioni per le quali sarà possibile stabilire i percorsi di tutela devono essere individuate dalle Direzioni Sanitarie Aziendali, sulla base delle criticità emerse dai flussi informativi a disposizione e devono essere preventivamente comunicate per il nulla osta al servizio competente del Dipartimento

per la Salute e il Welfare, che esprimerà un parere esclusivamente in relazione alla criticità della prestazione e alla documentata impossibilità di attivazione di strumenti alternativi. Tali prestazioni, al fine di consentire un corretto monitoraggio regionale, devono essere fatturate separatamente dagli erogatori privati. Le Direzioni Aziendali, nell'ambito delle risorse economiche proprie o in casi eccezionali specificatamente destinata a tal fine dalla Regione, sono autorizzate a sottoscrivere contratti aggiuntivi con gli erogatori privati, in regola con le disposizioni contrattuali previste relative alla prenotabilità dell'offerta specialistica afferente ai privati accreditati attraverso il gestionale CUP Aziendale. Le Aziende Sanitarie assicurano la massima diffusione, tra i propri utenti, dell'informazione relativa all'attivazione di "Percorsi di Tutela", utilizzando i diversi strumenti di comunicazione disponibili (siti *web* aziendali, le farmacie, gli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, etc.). Si ribadisce che qualora l'assistito scelga liberamente di prenotare la prestazione presso una specifica struttura, rinunciando alla prima disponibilità offerta all'interno della ASL di residenza, decade dalla garanzia del rispetto dei tempi massimi.

OBIETTIVO 3: GESTIONE DELLE AGENDE E DEI SISTEMI DI PRENOTAZIONE.

L'efficace governo dei tempi delle liste di attesa richiede una gestione informatizzata e trasparente di tutte le agende di prenotazione, che devono essere integralmente visibili dai CUP aziendali e, in prospettiva del CUP integrato regionale. Pertanto, sono obiettivi prioritari delle Aziende Sanitarie:

- 1) inserire e rendere disponibile tutta l'offerta sanitaria delle strutture private accreditate in regime SSN sul sistema CUP;
- 2) prevedere nei Programmi Attuativi Aziendali meccanismi di salvaguardia per l'erogazione di determinate prestazioni dell'offerta istituzionale, identificate come critiche.
- 3) Prevedere la possibilità anche per i MMG e PLS, di accedere alla prenotazione delle visite/prestazioni dei propri assistiti, non solo per gli studi medici singoli, ma soprattutto nell'ambito delle Unità Complesse delle Cure Primarie e delle Aggregazioni Funzionali Territoriali, mediante sistema informatizzato di prenotazione collegato al Cup Aziendale.

Inoltre, l'inserimento e la gestione di tutta l'attività istituzionale di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in agende di prenotazione specifiche sul sistema CUP aziendale deve consentire una copertura, a regime, della capacità di erogare prestazioni per almeno il 90% del totale delle prestazioni erogate, con riferimento alle 69 prestazioni. In ambito aziendale deve essere perseguita una omogeneità della durata media prevista per l'erogazione di una medesima prestazione, in modo da standardizzare la qualità del servizio e ottimizzare l'offerta sanitaria, sulla base di esperienze già consolidate ed opportunamente contestualizzate nelle differenti realtà locali. I tempi di attesa devono essere consultabili online: attivare, nel sito regionale e nei siti aziendali, un sistema che consenta la visibilità quotidiana dei tempi di attesa di tutte le prestazioni. Il sistema rileverà tutti gli appuntamenti forniti ai pazienti al momento della prenotazione, con il relativo tempo di attesa per le prime visite e gli esami strumentali. Informazione al cittadino: le Aziende Sanitarie dovranno mettere a disposizione del cittadino tutte le informazioni corrette su procedure, modalità di accesso, modalità di prenotazione, dai di attività e tempi di attesa in quanto l'educazione sanitaria del cittadino contribuisce al buon funzionamento del sistema. Viene ribadita l'ottemperanza a quanto disposto dall'art. 1, comma 282 della L. n. 266/2005 che, nel quadro degli interventi per il contenimento dei tempi di attesa a garanzia della tutela della salute e dei cittadini, ha stabilito il divieto di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni, disponendo altresì che le Aziende Sanitarie siano tempestivamente tenute ad adottare misure nel caso in cui la sospensione dell'erogazione sia legata a motivi tecnici.

Intervento 3.1. Gestione trasparente e informatizzata delle agende di prenotazione.

A norma dell'art. 41, comma 6, del D. Lgs. n. 33 del 14/03/2013 "Trasparenza del Servizio Sanitario Nazionale" è previsto l'obbligo di pubblicazione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie delle strutture pubbliche e private.

Le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie devono garantire che le agende di prenotazione siano organizzate secondo le specifiche disposizioni esposte di seguito:

- a) tutte le agende di prenotazione devono essere informatizzate e visibili dal CUP aziendale e, in prospettiva, dal CUP integrato regionale;
- b) tutte le agende di prenotazione devono essere strutturate in modo tale da tenere distintamente separata la programmazione dell'attività istituzionale da quella dell'attività libero professionale, entrambe le programmazioni comunque informatizzate e visibili dal CUP aziendale e, in prospettiva, dal CUP integrato regionale;

- c) tutte le agende di prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale devono essere strutturate in modo tale da tenere distintamente separati i “primi accessi” dagli “accessi successivi”;
- d) tutte le agende di prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, nella sezione relativa ai “primi accessi”, devono essere organizzate per classi di priorità e devono consentire la gestione dei tempi massimi di attesa all’interno degli Ambiti di Garanzia, come definiti più avanti nel presente documento;
- e) la sezione delle agende di prenotazione relativa ai primi accessi deve essere organizzata per codice di priorità, strutturata per branca/disciplina e non per specifico ambito/quesito diagnostico e, di conseguenza, l’organizzazione della relativa offerta deve comprendere tutte le tipologie di specialisti necessari.
- f) tutte le agende di prenotazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero programmate (ricovero ordinario, *day hospital* e *day surgery*) devono essere organizzate per classi di priorità.

Intervento 3.2. Agende differenziate.

Tutte le agende dovranno, entro 120 giorni dalla adozione del presente documento, essere configurate per classi di priorità, comprese quelle in classe “P”, con distinzione delle agende riservate a controlli, follow-up e percorsi interni. Le quote da destinare a ciascuna classe andranno diversificate in base alla tipologia di prestazione, ai dati storici delle richieste e attraverso il continuo monitoraggio aziendale della attività prescrittiva. Tutta l’attività erogata, derivante da una prescrizione su ricetta SSR, deve essere sempre rilevata attraverso il flusso informativo, compresa l’attività libero-professionale intramoenia. I calendari delle agende non potranno essere chiusi, in modo da consentire anche prenotazioni con attese oltre l’anno, che saranno possibili per i "Controlli successivi". Entro 180 giorni, le Aziende attivano un Servizio di prenotazione on-line. Tale applicativo deve essere accessibile a tutti i cittadini e consentire di verificare disponibilità e tempi di attesa, prenotare o disdire appuntamenti per le prestazioni sanitarie che l’Azienda ha in agenda.

All'atto della prenotazione, il sistema CUP deve indicare all'utente la prima data utile in ambito territoriale di garanzia o aziendale, ossia quella garantita da una delle strutture erogatrici operanti sul territorio della ASL, ferma restando la possibilità, per il prenotante, di scegliere altra struttura (ospedale e/o territorio, pubblico o privato accreditato), rinunciando alla prima disponibilità offerta nel rispetto dei tempi massimi previsti per quella prestazione.

Sulla scheda di prenotazione del CUP verrà comunque riportata prima l'offerta iniziale e poi la scelta del cittadino. L'ASL, in esecuzione del presente Piano, entro 120 giorni emana il provvedimento con il quale elimina la discrepanza nei tempi di esecuzione della medesima prestazione sussistente tra i vari erogatori, individuando il tempo medio necessario all'esecuzione di ciascuna prestazione ed elaborando un cd. "tempario" uguale per tutti i punti di erogazione.

Al fine di alimentare in maniera corretta i flussi delle prestazioni specialistiche, con il medesimo provvedimento la ASL prevede l'effettuazione obbligatoria del check out delle prestazioni erogate.

Intervento 3.3. ALPI. Le agende devono essere strutturate in modo da tenere distintamente separata la programmazione dell'attività istituzionale da quella dell'attività libero-professionale (ALPI), entrambe le programmazioni comunque informatizzate e visibili dal CUP aziendale.

Le Aziende Sanitarie devono garantire la totale visibilità da parte dei sistemi informativi aziendali 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. Ne consegue che le Aziende Sanitarie sono chiamate a distinguere in modo puntuale, per ciascuna branca/disciplina in particolare per le 69 prestazioni di specialistica ambulatoriale, i volumi offerti in regime istituzionale da quelli offerti in regime di libera professione e a curare la completezza dei dati al fine di confrontare i volumi di attività. A tal fine, le Aziende Sanitarie hanno l'obbligo di predisporre nel Programma Attuativo Aziendale, un programma riferito alle singole Unità Operative, contenente con modalità distinte i volumi di attività istituzionale ed i volumi di attività resa in regime di libera professione intramoenia. Inoltre deve essere garantita dalle aziende sanitarie l'allineamento dei tempi di prenotazione/erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria, al fine di assicurare che il ricorso a quest'ultima sia conseguenza di libera scelta del cittadino e non di carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito istituzionale, in coerenza con quanto disciplinato dalla Legge n. 120 del 3 Agosto 2007.

Il verificarsi, con riferimento alla Unità Operativa, di squilibri significativi e duraturi tra le liste d'attesa per attività istituzionale e quelle per attività libero professionale pone l'Azienda Sanitaria nelle condizioni di dover sospendere l'esercizio della libera professione per i professionisti dell'*equipe*. La sospensione, come specificato nell'intervento 2.5, deve essere temporanea ed è preliminarmente preceduta dalla pianificazione e attuazione degli strumenti organizzativi e strutturali necessari a riportare il sistema in equilibrio e a garantire ai professionisti il diritto all'esercizio della libera professione e ai cittadini l'opportunità di usufruirne. Le Aziende Sanitarie

assicurano, entro il 30/06/2020, adeguate modalità di rilevazione dell'impegno orario che ciascun professionista dedica alla attività istituzionale, nonché a quella libero professionale.

Intervento 3.4. Attivazione del meccanismo dell'overbooking dinamico. Ampliamento delle possibilità di prenotazione.

Al fine di gestire in modo efficiente le agende, le Aziende Sanitarie devono prevedere in ambito aziendale nell'attività di prenotazione, un overbooking sistematico per consentire la copertura di eventuali rinunce degli utenti non comunicate per tempo. Si considera ottimale un livello di overbooking del 10% da attivare per tutte le agende relative ai primi accessi per le visite specialistiche e del 5% per le prestazioni di diagnostica strumentale sottoposte a monitoraggio. L'overbooking che dovrà essere dinamico per adeguarlo alla reale quota di appuntamenti disattesi, che potrebbe ridursi nel momento in cui l'attesa diminuisca sensibilmente.

Intervento 3.5. Back Office.

Il corretto funzionamento del Sistema CUP è reso possibile da un servizio di Front-office per la raccolta delle richieste, prenotazione e/o riscossione e uno di Back-office, che cura la gestione e programmazione delle agende e il supporto ai punti di prenotazione e di erogazione, attivando la figura di un "Cup Specialist". Compito prioritario di tale figura è la gestione delle criticità che si presentano agli sportelli e al call center, da affrontare con differenti modalità. Lo Specialist interviene nel caso in cui non siano disponibili prestazioni richieste con le classi di priorità" e in generale nelle situazioni nelle quali gli operatori dello sportello non hanno la possibilità di dare una risposta efficace all'utente.

Gli operatori del back office – CUP di ciascuna delle quattro ASL provvedono alla presa in carico della prenotazione con la priorità indicata ed utilizzando la procedura delle liste d'attesa informatizzate; ricontattano, prioritariamente i medici prescrittori, qualora sussistono errori e criticità riscontrate nella compilazione della ricetta rispetto al quesito clinico, ed altresì gli assistiti che non hanno trovato disponibilità, nel momento in cui la prestazione dovesse risultare disponibile sollevandoli dall'onere di rivolgersi di nuovo al CUP.

La attività di Back office affida inoltre un ruolo prioritario alla gestione e al management del catalogo delle prestazioni prenotabili in ogni branca specialistica, alla configurazione delle agende di prenotazione con l'eventuale gestione dei posti disponibili in base alla classe di priorità, e alla

modifica delle agende inserite nel Sistema (per sospensione di attività di erogazione, variazione di tipologia e quantità delle prestazioni e degli orari di accesso).

Intervento 3.6. Attivazione e incentivazione delle attività di RECALL. Predisposizione di strumenti per la DISDETTA da parte dell'utente.

Al fine di governare in modo efficace il fenomeno dell' *abbandono*, ovvero la prestazione non eseguita a causa dell'assenza della persona che ha prenotato la visita al CUP, e di assegnare la prestazione ad altri utenti, sempre seguendo l'ordine della lista, con data di prenotazione oltre i tempi standard, deve essere programmata nei Programmi Attuativi Aziendali un'ulteriore implementazione delle attività di RECALL, finalizzata alla verifica della disponibilità dell'utente all'accesso alla prenotazione effettuata. A tal fine è necessario che durante la fase di prenotazione sia prevista l'acquisizione dei recapiti telefonici e/o indirizzi di posta elettronica e che le procedure operative per l'esecuzione dell'attività di recall siano omogenee tra le Aziende Sanitarie, con uno standard minimo a livello regionale.

Nell'intervallo di tempo antecedente i tre giorni rispetto alla data di erogazione della prestazione prenotata deve essere previsto un tentativo da parte dell'operatore di avere un contatto telefonico con l'utente; in caso di mancata risposta vi deve essere un numero minimo di richiamate non inferiore a tre in fasce orarie diverse. Oltre la precedente modalità deve essere prevista da parte dell'Azienda, per poter facilitare il contatto con l'utente, e rammentare l'appuntamento, l'invio di sms ai numeri di cellulare e l'invio di messaggi di posta elettronica alla casella indicata all'atto della prenotazione. Per rendere più agevole la disdetta delle prenotazioni da parte dell'utente, ogni Azienda deve potenziare i propri servizi telefonici, rendendo possibile tuttavia la comunicazione non solo attraverso l'uso della messaggistica ma soprattutto, ai fini della tracciabilità, del servizio di posta elettronica. Nei piani di revisione del sistema CUP online, deve essere garantito, all'utente che ne abbia la possibilità, di poter annullare telematicamente la prenotazione effettuata agli sportelli.

Pertanto, nelle more dell'attivazione da parte delle Aziende Sanitarie del servizio di registrazione e storicizzazione delle chiamate al CUP, la disdetta effettuata dal cittadino/utente può attivare varie modalità (fax, mail, sportello) che, comunque, devono prevedere obbligatoriamente il rilascio di una ricevuta di avvenuta disdetta che dovrà essere inviata direttamente all'indirizzo email indicato dall'utente al momento della prenotazione o ritirata direttamente dall'utente o da un suo delegato presso gli sportelli CUP o presso le Farmacie territoriali che effettuano il servizio CUP. Pertanto, i sistemi aziendali devono indicare univocamente agli utenti la modalità attraverso la quale disdire

l'appuntamento. Tale messaggio deve essere riportato nella documentazione della prenotazione e negli eventuali messaggi di recall. Di tali disdette deve essere tenuta traccia e tali informazioni devono costituire il presupposto per la applicazione delle sanzioni alle prestazioni prenotate e non erogate per mancata disdetta, sia per i soggetti non esenti che per quelli esenti ticket.

Intervento 3.7. Mancata disdetta della prenotazione.

Il governo del fenomeno della “prestazione non eseguita” per mancata disdetta da parte degli utenti per le prestazioni già prenotate costituisce un fenomeno significativo nelle realtà aziendali della nostra Regione. Per questo motivo, nella gestione delle agende di prenotazione le Aziende Sanitarie devono prestare particolare attenzione alla piena attivazione delle attività di overbooking, recall, gestione delle disdette.

Le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie sono tenute a rendere il più agevole possibile per l'utente la eventuale disdetta della prenotazione, che deve essere, comunque, obbligatoriamente effettuata entro le 72 ore precedenti la data della erogazione della prestazione.

In conformità con il PNGLA 2019-2021, recepito con Intesa n. 28/CSR del 21/02/2019 che pone in capo alle Regioni la possibilità di adottare sanzioni amministrative in tema di liste di attesa, l'assistito anche se esente, che non si presenta alla data e all'ora della prestazione prenotata ed omette, senza idonea giustificazione, di effettuare la disdetta nei termini stabiliti (72 ore precedenti l'erogazione) è tenuto al pagamento della sanzione amministrativa pari alla quota ordinaria di partecipazione al costo (ticket) per la prestazione prenotata e non usufruita, nella misura di € 36,15, che per alcune prestazioni (TAC, RMN, PET) è di € 46,15.

Per non incorrere nella sanzione amministrativa prevista in caso di mancata disdetta di una prenotazione o per mancata presentazione dell'assistito, sono ammesse le seguenti motivazioni:

- Malattia (allegare certificato medico).
- Ricovero presso struttura sanitaria (allegare certificato di ricovero)
- Accesso al Pronto Soccorso (allegare referto di PS).
- Altra prestazione specialistica effettuata in urgenza (allegare referto).
- Nascita di figlio/figlia (entro tre giorni antecedenti alla prenotazione e con allegato del certificato di nascita).
- Lutto se riguarda familiari fino al 2° grado di parentela, coniuge e conviventi accaduto entro tre gg lavorativi antecedenti alla data della prestazione (indicare nome e cognome del defunto e grado di parentela).

Intervento 3.8 Ambiti di Garanzia.

Nei Programmi Attuativi Aziendali, al fine di garantire equità e prossimità di accesso del cittadino, le Direzioni Generali delle AA.SS.LL. suddividono il territorio di pertinenza in specifici “Ambiti di Garanzia” territoriali, distrettuali o sovra-distrettuali per le prestazioni caratterizzate da un’elevata domanda e da bassa o media complessità tecnologica e/o specialistica. Per le prestazioni di alta specialità, caratterizzate da minore domanda ed elevata complessità tecnologica e/o specialistica, viene rispettato l’ambito aziendale. Gli Ambiti di Garanzia vengono individuati sulla base dei dati di contesto demografico ed epidemiologico, delle caratteristiche geomorfologiche del territorio, della dislocazione delle strutture erogatrici pubbliche e private, della dotazione delle risorse tecnologiche, strumentali e di personale e sul loro grado di efficienza. Indispensabile, in tale fase, risulta essere l’analisi “storica” della domanda e dell’offerta in termini di quantificazione dei volumi di prestazioni erogate per ogni struttura erogatrice.

A tale scopo, i sistemi CUP aziendali devono essere strutturati in maniera tale da poter proporre, come prima scelta, l’offerta con il tempo più breve di attesa riferita all’Ambito di Garanzia dell’assistito per le prestazioni di base a media o bassa complessità assistenziale. Qualora l’assistito scelga liberamente di prenotare la prestazione presso altra struttura specifica (ospedale e/o ambulatorio), rinunciando alla prima disponibilità offerta all’interno dell’Ambito di Garanzia o del territorio aziendale, decade dalla garanzia del rispetto dei tempi massimi. Pertanto, nella fase di prenotazione, deve essere acquisita l’informazione circa il fatto che la prestazione sia/non sia stata prenotata per ambito di garanzia.

Le AA.SS.LL. assicurano la massima diffusione, tra i propri assistiti, dell’informazione relativa all’attivazione di “Ambiti di Garanzia”, utilizzando i diversi strumenti di comunicazione disponibili (siti *web* aziendali, le farmacie, gli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, etc.).

OBIETTIVO 4: COMUNICAZIONE AI CITTADINI E FORMAZIONE AGLI OPERATORI DEL SSR.

La gestione delle liste di attesa deve prevedere una comunicazione ed una informazione chiara, trasparente e aggiornata dei dati inerenti i tempi di attesa. Tale obiettivo rappresenta una priorità regionale, conformemente a quanto previsto dalla normativa regionale vigente e dal PNGLA per il periodo 2019-2021. Le informazioni per l'accesso alle prenotazioni devono essere reperibili nei siti web delle Aziende Sanitarie, in una sezione dedicata denominata "Liste di Attesa", sottoposta ad aggiornamento almeno mensile, rafforzando la multicanalità nell'accesso alle informazioni attraverso vari strumenti, tra cui a titolo di esempio: campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP) e Carte dei servizi.

Ogni Azienda Sanitaria, nell'ottica del miglioramento delle liste di attesa, dovrà rivedere entro 120 giorni dalla adozione del Piano Regionale, il proprio piano di comunicazione aziendale al fine di perfezionare il servizio all'utenza. I target ai quali si rivolgono i contenuti del Programma Attuativo Aziendale per il governo delle liste di attesa sono essenzialmente tre:

1. Assistiti, che, se bene informati, possono richiedere a prescrittori ed erogatori il rispetto dei propri diritti.
2. Prescrittori: Specialisti aziendali, MMG e PLS.
3. Erogatori.

Per ognuno di questi può essere organizzato e dedicato un canale comunicativo idoneo, che tenga conto degli strumenti disponibili.

Intervento 4.1. Prevedere una sezione informativa e interattiva, sui siti web aziendali, di informazioni aggiornate in tempo reale dedicata alla comunicazione al cittadino dell'offerta e organizzazione dei servizi.

Nella sezione dedicata alle Liste di Attesa, presente nei siti web delle Aziende Sanitarie, deve essere disponibile una piattaforma per la prenotazione/pagamento on line delle prestazioni, che fornisca inoltre ai cittadini una informazione omogenea sull'intera offerta ambulatoriale e permetta di consultare o annullare gli appuntamenti già prenotati.

Nel sito web devono essere disponibili in modo chiaro le seguenti informazioni:

- Le sedi con gli orari dei CUP aziendali e le informazioni relative alle prenotazioni, pagamenti, rimborsi, prestazioni esenti, esenzioni e disdette
- Online un sistema per la disdetta delle prenotazioni;
- Le sedi, gli orari e le specialità presenti nei poliambulatori sia ospedalieri che distrettuali e i Centri prelievo con sedi e orari;
- Informazioni sui ricoveri e informazioni relative alle modalità di ricovero,
- Informazioni sulla libera professione con i listini dei professionisti, le sedi, gli orari e le tariffe.
- le agende di prenotazione, strutturate in modo da tenere distintamente separati i “primi accessi” dagli “accessi successivi”;
- le agende di prenotazione relative ai “primi accessi” devono essere organizzate per classi di priorità;
- gli aggiornamenti normativi ed organizzativi, reperibili anche sul sito regionale.

Sarà redatta dall'URP in collaborazione con l'addetto stampa, una guida agevole e facilmente consultabile da pubblicarsi sul sito aziendale, che possa essere uno strumento snello e operativo e definisca chiaramente gli obblighi dei prescrittori. L'informazione deve essere completa anche riguardo ai doveri che il cittadino è tenuto a rispettare, come ad esempio la disdetta in tempo utile della prenotazione nel caso di impossibilità a presentarsi, e comunque non oltre le 72 ore antecedenti la data di erogazione della prestazione, fatto salvo impedimenti certificati.

Intervento 4.2. Formazione e coinvolgimento di tutto il personale medico e non medico, di front-office e back-office operante nelle strutture sanitarie.

L'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati, rispetto alla patologia ed alle necessità di cura, è considerata una componente strutturale dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Il governo dei tempi d'attesa è diventato, pertanto, uno degli obiettivi prioritari del SSN e del SSR e la formazione del personale sulle tematiche ad esso afferenti è inserita nei Piani formativi regionali e aziendali nelle diverse realtà regionali.

La Regione Abruzzo è impegnata da tempo in politiche di governo dei tempi d'attesa, anche mediante la programmazione di specifici programmi di formazione dei medici prescrittori, in riferimento sia ai criteri clinici di accesso alle classi di priorità e alla attuazione dei PDTA per le principali patologie croniche. Con Determina n. 1 del 31 ottobre 2018 la Commissione Regionale ECM ha approvato il Piano Formativo Regionale ECM 2019 individuando i seguenti obiettivi strategici per la Regione:

- Appropriately prescriptive of ambulatory services – classes of priority for PLS;
- The correct compilation of the prescription, both for what concerns the appropriateness of prescriptive of diagnostic services and visits specialist both for what concerns the appropriateness of prescriptive of drugs.
- The training on the PDTA regional approved.
- Training on the correct and systematic application of the appropriateness prescriptive of ambulatory services (Classes of Priority)

La Regione Abruzzo intende promuovere ulteriormente una più sistematica attività formativa e favorire la predisposizione di iniziative di sensibilizzazione e formazione a favore del personale coinvolto nel governo delle liste di attesa compresi operatori CUP e Farmacup.

L'Agenzia Sanitaria Regionale e la Commissione Regionale ECM individuano tra gli obiettivi formativi prioritari e di interesse strategico per la Regione Abruzzo: “la garanzia della corretta e sistematica applicazione delle Classi di Priorità, disciplinate secondo il modello RAO”. Tale obiettivo verrà inserito nel Piano formativo Regionale ECM 2020 e mirerà a garantire l'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza e l'efficienza dei servizi prestati nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale.

OBIETTIVO 5: RUOLI E RESPONSABILITÀ IN MATERIA DI LISTE DI ATTESA.

– **Ruolo regionale. Cabina di Regia. Comitato Tecnico Regionale.** La Regione recepisce le disposizioni nazionali, definisce le indicazioni attuative, monitora l'andamento dei tempi di attesa, individua strumenti e risorse per il governo dei tempi di attesa. La Regione adotta deliberazioni ed emana circolari applicative, attraverso le quali si indirizzano le Aziende Sanitarie alle modalità con cui rispondere agli obblighi di rispetto delle liste di attesa, sia sul versante della attività di ricovero che di specialistica ambulatoriale.

All'esito dell'approvazione del presente Piano, viene istituita la Cabina di Regia Regionale presieduta dall'Assessore Regionale alla Programmazione Sanitaria o suo delegato e composta dal Direttore del Dipartimento Salute e Welfare, dal Direttore della ASR, dai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, dal Dirigente del Servizio Sistema Organizzativo e Risorse Umane del SSR e dal Dirigente del Servizio Programmazione economico-finanziaria e finanziamento dei SSR. La Cabina di Regia individua le azioni necessarie e la gradualità della loro attuazione; richiede l'adozione dei necessari interventi nel caso di rilevazione della non garanzia dell'erogazione nei tempi definiti; pianifica le aree prioritarie di intervento con la conseguente ripartizione delle risorse rese disponibili.

Inoltre, al fine di permettere la piena attuazione delle azioni di coinvolgimento di tutti gli stakeholder, presso la sede della Agenzia Sanitaria Regionale, è istituito il Comitato Tecnico Regionale per le Liste di Attesa la cui composizione è la seguente:

- Un delegato dell'Assessore alla Salute, con funzioni di coordinamento;
- Il Responsabile Unico Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa (RUA) per ciascuna Azienda Sanitaria della Regione;
- Due Rappresentanti del Dipartimento Salute e Welfare designati dal Direttore;
- Due esperti ASR;
- Un rappresentante dei MMG indicato a rotazione dalle associazioni sindacali firmatarie di Contratto;
- Un rappresentante dei PLS indicato a rotazione dalle associazioni sindacali firmatarie di Contratto;
- Due rappresentanti dei medici dipendenti delle AA.SS.LL.e uno dei convenzionati indicati a rotazione dalle associazioni sindacali firmatarie di Contratto;

- Un rappresentante delle professioni sanitarie indicato a rotazione dalle associazioni sindacali firmatarie di Contratto;
- Quattro rappresentanti delle associazioni a tutela dei diritti del cittadino e del malato, appartenenti alla Consulta Regionale degli Utenti e dei Consumatori (CRUC).

Il Comitato Tecnico Regionale per le Liste di Attesa si riunisce almeno una volta ogni tre mesi. Il Comitato Tecnico Regionale per le Liste di Attesa rappresenta un vero e proprio “Osservatorio” sullo stato di attuazione dei programmi di riduzione dei tempi di attesa e dei meccanismi di governo attivati a livello aziendale e svolge, in particolare, i seguenti compiti:

- Effettua il monitoraggio delle azioni messe in campo per il contenimento dei tempi di attesa anche mediante il recepimento delle segnalazioni pervenute dalle associazioni dei pazienti più rappresentative;
 - Svolge l’analisi e la valutazione dei dati aziendali, aggregandoli anche a livello provinciale e regionale;
 - Supporta le Aziende Sanitarie nell’individuazione delle azioni più utili per il superamento delle criticità rilevate, anche attraverso l’indicazione di interventi sperimentali.
- **Ruolo delle Aziende Sanitarie Locali.** Le Aziende attuano le disposizioni regionali e a loro è attribuito il ruolo di committente per il governo dei tempi di attesa nei confronti dei privati accreditati e titolari di accordo contrattuale operanti nel territorio provinciale di competenza. Il Direttore Generale, fermo restando quanto disposto dall’art. 3 bis, comma 7bis del D. Lgs. 502/1992, opera nell’ambito della programmazione e della riorganizzazione dei processi assistenziali mediante un corretto utilizzo della capacità produttiva sia nella sua componente ospedaliera che quella territoriale. Il Direttore Generale nomina il Responsabile Unico Aziendale. A norma della L. 724/1994, art. 3, comma 8, al fine di garantire la trasparenza nella gestione dell’accesso, è istituito sotto la personale responsabilità del Direttore Sanitario, il Registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e dei ricoveri ospedalieri. La mancata aderenza o il non rispetto alle direttive che l’Azienda mette in atto, comporta, oltre che un danno al cittadino, un danno all’Azienda. Pertanto, comportamenti ostativi nei Dirigenti e negli Operatori coinvolti potranno essere sanzionati nei modi previsti da apposito regolamento adottato dall’Azienda. Sarà compito del Referente Unico Aziendale seguire operativamente l’attuazione nei tempi di quanto presente nel Programma Attuativo Aziendale, riferendo direttamente alla Direzione Generale.

2.1) **Il Direttore del Dipartimento** contribuisce alla definizione degli obiettivi dei budget di produzione e alla attuazione delle strategie aziendali per la gestione dei tempi di attesa per

le prestazioni ambulatoriali. Contribuisce alla determinazione delle proposte in relazione ai fabbisogni di risorse umane e tecnologiche. Garantisce la realizzazione delle azioni rivolte complessivamente ad assicurare un corretto utilizzo dei codici di priorità per le diverse tipologie di prestazioni.

2.2) Il Direttore di UOC. I Direttori di UU.OO. costituiscono il livello di responsabilità organizzativa al quale è affidata la gestione delle risorse professionali assegnate dalla Direzione Aziendale per l'erogazione delle attività ambulatoriali, chirurgiche e di ricovero finalizzata al rispetto dei tempi di attesa, anche tenendo conto della attività in libera professione. Si ritiene necessario che tale responsabilità per il rispetto dei tempi di attesa sia formalizzata con apposito "atto" da considerarsi parte integrante degli obiettivi individuali. Il Responsabile di struttura collabora alla definizione delle agende e, in quanto responsabile delle risorse umane, organizza le turnazioni del personale medico per l'espletamento delle attività ambulatoriali.

2.3) Il Responsabile di Distretto e Direzione Sanitaria di Presidio assicurano il coordinamento complessivo di tutte le attività di propria competenza necessaria alla fruizione dei servizi. Contribuiscono alla realizzazione dei Programmi Attuativi Aziendali.

– **Il ruolo dei professionisti.** Il governo delle liste di attesa si fonda su un uso appropriato e mirato delle modalità prescrittive, che solo la preparazione e la responsabilità dei professionisti prescrittori possono assicurare. Per questo è necessario accompagnare l'attuazione del Piano regionale e dei Programmi Attuativi Aziendali con azioni di coinvolgimento, informazione e formazione dei professionisti.

– **Il ruolo dei cittadini** si esplica anzitutto nell'uso consapevole e responsabile del Servizio Sanitario pubblico che si manifesta, in particolare, attraverso la consapevolezza dei propri diritti, e delle proprie responsabilità. I cittadini possono trovare rappresentanza nelle Associazioni Civiche e nei Tribunali per i Diritti dei Malati e possono inoltrare istanze e segnalazioni sugli aspetti critici e su eventuali disservizi al backoffice CUP, all'URP e al Comitato Regionale.

ALLEGATO 1

**DISCIPLINARI RAO RELATIVI AD ALCUNE DELLE 69 PRESTAZIONI DI
SPECIALISTICA AMBULATORIALE OGGETTO DI MONITORAGGIO
PREVISTE DAL PNGLA 2019-2021**

Tabella n. 1

ALLEGATO 1

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 compensato 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
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

Tabella n. 2

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 sovraclavari 5. Altro (10%)
B (PEDIATRIA)	10 gg	1. Adenopatia localizzata persistente dopo terapia 2. Patologia disfunzionale tiroidea/paratiroidica: ipotiroidismo, iperparatiroidismo, struma 3. Altro (10%)
D	60 gg	1. Tumefazione laterocervicale o delle ghiandole salivari ad insorgenza non improvvisa 2. Patologia disfunzionale tiroidea/paratiroidica: 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

Tabella n. 3

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%)

Tabella n. 4

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%)

Tabella n. 5

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

Tabella n. 6

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

Tabella n. 7

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

Tabella n. 8

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%)
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%)

Tabella n. 9

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 sovraclaveari clinicamente sospetti 4. Nodulo di recente riscontro 5. Nodulo mammario nell'uomo 6. Secrezione ematica dal capezolo 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%)

Tabella n. 10

ECOGRAFIA OSTETRICA - Codice 88.78		
CLASS_RAO 015	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	
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

Tabella n. 11

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	

Tabella n. 12

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
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

Tabella n. 13

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%)

Tabella n. 14

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%)	
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 influenzano 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 croniche degenerative (ad es.: connettivopatie, endocrinopatie, malattie metaboliche, malattie infettive) che non rientrano nelle classi precedenti in base alla gravità clinica 3. Altro (10%)	
P (PEDIATRIA)	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO	

Tabella n. 15

PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA - Codice 89.7A.9		
CLASS_RAO 022	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%)
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 dispettico/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 dispettica 3. Altro (10%)
P (PEDIATRIA)	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

Tabella n. 16

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

Tabella n. 17

CLASS_RAO 027	RM DELLA COLONNA IN TOTO - Codice 88.93.6 RM DEL RACHIDE CERVICALE, DORSALE, LOMBOSACRALE E SCROCCOCIGEO - 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 settimane 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

Tabella n. 18

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 SACROCOCCIGEO 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	

Tabella n. 19

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%)

Tabella n. 20

CLASS_RAO 039	TC DELL'ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC - Codice 88.01.2 TC DELL'ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC - Codice 88.01.4 Incluso: Pelve, 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

Tabella n. 21

TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE - Codice 88.38.5		
CLASS_RAO 042	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	
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

Tabella n. 22

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

Tabella n. 23

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

Tabella n. 24

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

Tabella n. 25

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 endocanale 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

Tabella n. 26

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

Tabella n. 27

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

ALLEGATO 2

**DISCIPLINARI RAO RELATIVI ALLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA
AMBULATORIALE NON OGGETTO DI MONITORAGGIO**

Tabella n. 1

CLASS_RAO 003	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo - Codice 88.72.2	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U (PEDIATRIA)	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
		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
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
P (PEDIATRIA)	120 gg	5. Altro (10%)
		LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

Tabella n. 2

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

Tabella n. 3

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%)

Tabella n. 4

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

Tabella n. 5

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-omeroale 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 linfadenopatia superficiale, di recente insorgenza 4. Sospetta infiammazione acuta articolare (sinovite acuta) 5. Sospetto ascesso delle parti molli 6. Altro (10%)	
D	60 gg	1. Spalla dolorosa da impingement o lesione traumatica della cuffia dei rotatori o periartrite scapolo-omeroale 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	

Tabella n. 6

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. Dolenza scrotale persistente 4. Aumento volumetrico scroto non dolente 5. Altro (10%)
P	120 gg	1. Varicocele 2. Sospetto idrocele 3. Altro (10%)

Tabella n. 7

CLASS_RAO 020	ORTOPANORAMICA DELLE ARCADE DENTARIE - Codice 87.11.3 Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT)	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	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

Tabella n. 8

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

Tabella n. 9

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%)

Tabella n.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%)

Tabella n. 11

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

Tabella n. 12

CLASS_RAO 031	RM MUSCOLOSCHLETRICA (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, BACINO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE) - Codici 88.94.4, 88.94.5, 88.94.6, 88.94.7, 88.94.8, 88.94.9, 88.94.A, 88.94.B, 88.94.C, 88.94.D, 88.94.E, 88.94.F, e 88.94.G	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	1. Gonalgia acuta con limitazioni funzionali gravi (compromissione della deambulazione) o blocco articolare in paziente con età <65 anni 2. Sospette lesioni tendinee o legamentose posttraumatiche in pazienti di età < 65 anni e/o fibrocartilaginee 3. Sospetta osteonecrosi 4. Spalla dolorosa con grave limitazione funzionale dopo almeno 30 giorni di terapia documentata e non risolutiva 5. PATOLOGIA TRAUMATICA: indicata nel caso di sospette lesioni legamentose intra-articolari con dolore persistente e/o blocco articolare; valutazione preliminare alla artroscopia. (solo per RM Ginocchio) 6. PATOLOGIA TRAUMATICA: indicata nel caso di lesione osteocondrale dubbia alla Rx. In caso di dolore persistente con sospetta lesione legamentosa ed ecografia negativa o dubbia 7. Altro (10%)
D	60 gg	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 artroica 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 artroica 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%)

Tabella n. 13

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

Tabella n. 14

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

Tabella n. 15

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	

Tabella n. 16

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	

Tabella n. 17

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

Tabella n. 18

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

Tabella n. 19

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

Tabella n. 20

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

Tabella n. 21

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.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

Tabella n. 22

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

Tabella n. 23

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

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 3

DISCIPLINARI TECNICI DI CUI ALLA DGR n. 575/2011 e s.m.i

ALLEGATO 3

VISITA CHIRURGIA VASCOLARE ED ECOCOLORDOPPLER VASCOLARE

Classe URGENTE

- Sospetta trombosi venosa profonda
- Ischemia acuta degli arti inferiori
- Sospetto Attacco Ischemico Transitorio (TIA) cerebrale < 10 giorni
- Flebite Grande Safena Ascendente
- Massa addominale pulsante dolente

Classe BREVE

- Flebite acuta del sistema venoso superficiale
- Ischemia critica arti inferiori
- Ulcere vascolari
- Massa addominale pulsante non dolente
- Sospetto Attacco Ischemico Transitorio (TIA) cerebrale > 10 giorni

Classe DIFFERIBILE

- Recidiva di flebite
- Claudicatio < 100 metri
- Sindrome post-fleblitica (trombosi venosa profonda)
- Soffio latero-cervicale

Classe PROGRAMMATA

- Varici arti inferiori
- Tutte le altre condizioni cliniche non riconducibili alle classi precedenti

VISITA PNEUMOLOGICA

Classe URGENTE

- Stato di male asmatico
- Riacutizzazione di insufficienza respiratoria cronica
- Emottisi
- Sospetto di infezione polmonare acuta con insufficienza respiratoria
- Ogni pneumopatia di nuova insorgenza con segni di acuta compromissione della ventilazione polmonare e/o degli scambi gassosi

Classe BREVE

- Emoftoe
- Tosse persistente per oltre tre settimane
- Diagnosi sospetta o accertata di versamento pleurico
- Rapida e significativa variazione di sintomatologia respiratoria in pazienti con bronco-pneumopatie già note
- Episodio infettivo polmonare persistente senza insufficienza respiratoria
- Nodulo polmonare di n.d.d.
- Sospetta pneumopatia infiltrativa diffusa

Classe DIFFERIBILE

- Controlli in pazienti con bronco-pneumopatie già note ed in terapia
- Segni e sintomi respiratori non riconducibili ai quadri clinici sopra descritti
- Sospetta Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno (OSAS)

Classe PROGRAMMATA

- Tutte le altre condizioni cliniche non riconducibili alle classi precedenti

VISITA OTORINOLARINGOIATRICA

Classe URGENTE

- Dispnea inspiratoria acuta.
- Emorragia da organi appartenenti alle vie aero-digestive superiori.
- Trauma del massiccio facciale.
- Sospetta presenza di corpi estranei vie aeree superiori.
- Sordità improvvisa

Classe BREVE

- Tumefazioni cervico-facciali di recente insorgenza
- Dispnea e/o disfagia e/o disfonia di recente insorgenza
- Dolore intenso ed improvviso in organi appartenenti alle vie aero-digestive superiori
- Patologia dei nervi cranici di recente insorgenza
- Vertigine acuta di tipo periferico

Classe DIFFERIBILE

- Ipoacusia nota stabilizzata
- Vertigini croniche
- Patologia adeno-tonsillare del bambino o tonsillare dell'adulto.
- OSAS (Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno)
- Patologia ostruttiva per malformazioni del setto nasale e/o per ipertrofia dei turbinati.

Classe PROGRAMMATA

- Tutte le altre condizioni cliniche non riconducibili alle classi precedenti

VISITA ENDOCRINOLOGICA

Classe URGENTE

- Dolore spontaneo o provocato nella regione della ghiandola tiroidea, che appaia tumefatta e dura con o senza febbre.
- Cardiopalmo persistente o parossistico in atto o di recente insorgenza, ritmico o aritmico con tremori, e/o ipertermia, e/o agitazione psicomotoria, e/o disturbi gastroenterici.
- Parestesie al viso e arti, segno di Trousseau positivo, crisi di tetania in soggetto tiroideomizzato o paratiroideomizzato.
- Dispnea in soggetto con tumefazione improvvisa nella regione tiroidea.
- Episodio di sincope o lipotimia e/o dolori addominali e vomito in soggetti con iposurrenalismo sospetto o noto

Classe BREVE

- Ipertensione arteriosa con cefalea, sudorazione, palpitazioni, vampate di calore.
- Tumefazione improvvisa nella regione tiroidea, con o senza dolore.

Classe DIFFERIBILE

- Prima visita per pazienti con sospetta o accertata patologia endocrina non rientranti nelle categorie precedenti

Classe PROGRAMMATA

- Tutte le altre condizioni cliniche non riconducibili alle classi precedenti

VISITA OCULISTICA

Classe URGENTE

- Trauma dello splancnocranio e dell'orbita
- Traumi chiusi o aperti del bulbo
- Distacco di retina
- Corpo estraneo
- Infezioni acute dell'occhio
- Attacco acuto di glaucoma
- Amaurosi/diminuzione improvvisa del visus
- Anisocoria di recente insorgenza

Classe BREVE

- Diminuzione lenta e progressiva del visus
- Congiuntiviti sub acute e croniche
- Cheratopatie sub acute e croniche
- Infezione degli annessi oculari
- Glaucoma scompensato

Classe DIFFERIBILE

- Alterazioni della secrezione lacrimare
- Visite ortottiche
- Visita per vizi di refrazione

Classe PROGRAMMATA

- Visite per situazioni cliniche non riconducibili alle precedenti classi

VISITA NEUROLOGICA

Classe URGENTE INDIFFERIBILE / EMERGENZA da valutare in Pronto Soccorso

- Segni e/o sintomi di nuova recente insorgenza o ingravescenti con coinvolgimento acuto del sistema nervoso centrale

Classe URGENTE

- Recente insorgenza/ recidiva di segni e/o sintomi neurologici che modificano le condizioni pre- esistenti alterando:
 - lo stato di coscienza (sincopi, episodi critici ripetuti di recente insorgenza)
 - le capacità cognitive (rapido deterioramento mentale)
 - le capacità sensori-motorie (deficit sensitivi e/o motori di un emisoma o degli arti inferiori, dei nervi cranici come diplopia, disfagia, disfonia)

Classe BREVE

- Modificazioni del quadro clinico in pazienti con patologie neurologiche croniche già diagnosticate e soggette a possibile peggioramento critico

Classe DIFFERIBILE

- Modificazioni del quadro clinico in pazienti con patologie neurologiche croniche già diagnosticate e non suscettibili di peggioramento critico

Classe PROGRAMMATA

- Visite per situazioni cliniche non riconducibili alle precedenti classi

VISITA UROLOGICA

Classe URGENTE

- Massa testicolare non trans-illuminabile
- Ritenzione cronica di urina con insufficienza renale
- Macroematuria di recente insorgenza non accompagnata da sintomatologia dolorosa
- Sospetta urosepsi
- Scroto acuto

Classe BREVE

- Sospetta neoplasia renale
- Sospetta neoplasia ureterale
- Sospetta neoplasia vescicale
- Sospetta neoplasia peniena/uretrale
- Idroureteronefrosi di varia eziologia
- Macroematuria non rispondente a terapia farmacologica e/o anemizzante
- Disuria ingravescente

Classe DIFFERIBILE

- Calcolosi reno-ureterale non ostruente
- Calcolosi vescicale
- Emospermia
- Condilomatosi genitale
- Sospetta neoplasia della prostata

Classe PROGRAMMATA

- Visite programmabili non riconducibili alle precedenti classi

VISITA DERMATOLOGICA

Classe URGENTE

- Orticaria acuta
- Reazione da farmaci
- Eritemi febbrili
- Stati eritrodermici
- Infezioni virali acute
- Infezioni batteriche e parassitarie del paziente in età infantile e adolescenziale
- Vasculiti di recente insorgenza

Classe BREVE

- Nevo traumatizzato
- Lesioni cutanee/mucose di recente insorgenza o con recenti modifiche morfologiche
- Lesioni di sospetta natura neoplastica
- Eczemi in fase acuta
- Infezioni batteriche
- Infezioni parassitarie
- Lesioni melanocitarie ad alto rischio di melanoma
- Ustioni di I e II grado in fase post-acuta con coinvolgimento < 10% della superficie cutanea
- Sifilide ed uretriti
- Alopecie acute

Classe DIFFERIBILE

- Patologie infiammatorie cutanee
- Patologie infiammatorie autoimmuni
- Visita tricologica
- Pazienti con numerosi nevi

Classe PROGRAMMATA

- Visite programmabili non riconducibili alle precedenti classi

VISITA ONCOLOGICA

Classe URGENTE

- Sospetta sindrome mediastinica
- Sindrome ipercalcemia maligna
- Febbre post-chemioterapia
- Coagulopatie da consumo e sindromi emorragiche in pazienti in trattamento oncologico
- Tromboflebite profonda con sospetta embolia polmonare

Classe BREVE

- Prima visita specialistica per inquadramento diagnostico e terapeutico in paziente con diagnosi istologica e/o citologica di neoplasia maligna
- Prima visita specialistica in pazienti con forte sospetto di patologia oncologica in atto, per inquadramento diagnostico
- Inquadramento diagnostico e terapeutico di paziente oncologico con progressione o recidiva di malattia

Classe DIFFERIBILE

- Visita specialistica in paziente con patologia oncologica nota in trattamento ambulatoriale con farmaci biologici e/o chemio-immunoterapia.

Classe PROGRAMMATA

- Tutte le condizioni cliniche non ricomprese nelle precedenti classi

VISITA ORTOPEDICA

Classe URGENTE

- Episodi di versamento articolare NON TRAUMATICI, non cronici con segni chiari di flogosi, in particolare se accompagnati a febbre o in bambini
- Blocchi articolari (spalla, gomito, ginocchio, anca) antalgici e meccanici
- Sospetto clinico di frattura scheletrica degli arti con dolore ed impotenza funzionale
- Artralgie da oltre tre giorni nel bambino

Classe BREVE

- Dolore dorsale acuto in paziente osteoporotico
- Pazienti operati da almeno una settimana con comparsa di segni clinici di flogosi locale e/o generale
- Pazienti con artropatia cronica in fase di riacutizzazione NON rispondenti agli aggiustamenti terapeutici già messi in atto
- Cervicobrachialgie e/o lombosciatalgie acute di NON competenza neurochirurgica o resistenti a trattamento medico da almeno 7 giorni
- Tendiniti e tenosinoviti acute
- Patologie pediatriche neonatali (piede torto, paralisi ostetrica, displasia anca, torcicollo miogeno) che necessitino di diagnosi e terapia in breve tempo
- Patologie pediatriche dell'infanzia (sospetta osteocondrosi dell'anca, epifisiolisi, distacchi epifisari)

Classe DIFFERIBILE

- Pregressa cervicobrachialgia e/o lombosciatalgia cronica
- Pazienti con pregresso e diagnosticato disturbo acuto articolare
- Bambini con paramorfismi articolari (piede piatto, ginocchio valgo, scoliosi, cifosi)
- Sindromi canalicolari

Classe PROGRAMMATA

- Tutte le condizioni cliniche non ricomprese nelle classi precedenti

VISITA GINECOLOGICA

Classe URGENTE

- Dolore pelvico acuto (in assenza di lipotimia)
- Perdite ematiche atipiche (esclusa emorragia)

Classe BREVE

- Vaginiti
- Pap test patologico
- Massa pelvica clinicamente riscontrabile (di natura da determinare)
- Ascite da verosimile patologia ginecologica

Classe DIFFERIBILE

- Fibromi uterini

Classe PROGRAMMATA

- Tutte le condizioni cliniche non ricomprese nelle precedenti classi ed in questa classe

VISITA FISIATRICA

Classe URGENTE

- Paziente post chirurgico dimesso da non più di 7 giorni proveniente da altre strutture ospedaliere extraregionali
- Paziente post acuto dimesso da non più di 7 giorni proveniente da altre strutture ospedaliere extraregionali

Classe BREVE

- Pazienti con postumi motori, vegetativi e cognitivi di traumatismi cranici e midollari
- Pazienti cerebrovascolari post-acuti, con postumi multipli, ma con relativa autonomia funzionale ed altre malattie a carattere neurodegenerative, neuropatie e polineuropatie acute e croniche in fase di rilevante peggioramento clinico
- Pazienti che hanno già beneficiato di una degenza riabilitativa intensiva e che necessitano di proseguire il trattamento per completare il recupero funzionale di disabilità complesse e/o per evitare un successivo peggioramento funzionale
- Pazienti con patologie osteo-articolari di tipo neoplastico a carattere ripetitivo, primitive e secondarie
- Pazienti con patologie post-traumatiche e patologie post-chirurgiche con gravi sindromi ipocinetiche
- Pazienti con linfedemi post chirurgici
- Pazienti con imminenti revisioni chirurgiche in campo protesico

Classe DIFFERIBILE

- Pazienti pluriminorati anche sensoriali con evidenza di patologie dell'area neuro-muscolo-scheletrica
- Pazienti con ritardo mentale con evidenza di patologie dell'area neuro-muscolo-scheletrica
- Pazienti con cerebropatie involutive su base degenerativa, vascolare
- Pazienti con gravi disturbi del linguaggio
- Pazienti con disturbi del comportamento nelle diverse età della vita con evidenza di patologie dell'area neuro-muscolo-scheletrica
- Pazienti cerebrovascolari post-acuti con disabilità semplice
- Pazienti con patologie osteo articolari di tipo infiammatorio

- Pazienti con poliartriosi gravi
- Pazienti con deformità congenite, para-e dimorfismi
- Pazienti con prescrizione protesica e collaudo

Classe PROGRAMMATA

- Tutte le condizioni cliniche non ricomprese nelle precedenti classi

Nota: la regolamentazione delle classi di priorità della visita fisiatrica non riguarda i pazienti che necessitano della medicina riabilitativa ex art.26 e che seguono i percorsi appositamente attivati dalle UVM.

TAC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME SUPERIORE, ADDOME INFERIORE E ADDOME COMPLETO

Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto in quanto relativo a sospetto di patologia acuta, ad alto rischio, che richiede una valutazione in PS

Classe BREVE

- Sospetto di neoplasia addominale maligna dopo esame radiologico di 1° livello o prima stadiazione
- Primo riscontro ecografico di aneurisma dell'aorta addominale, superiore a 4 cm.
- Patologie vascolari a rischio di rottura (es. dissezione o ulcera) accertata con indagini strumentali
- Riscontro a seguito di follow up di aumento maggiore di cm. 1 di diametro di aneurisma dell'aorta addominale
- Colica renale persistente o recidivante di recente insorgenza dopo valutazione urologica

Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Tutta la restante casistica nel rispetto delle linee guida per la diagnostica per immagini di cui all'Accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2004

RMN CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO

Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto in quanto relativo a sospetto di patologia acuta, ad alto rischio, che richiede una valutazione in PS

Classe BREVE

- Sclerosi multipla o altre malattie demielinizzanti (prima diagnosi) dopo valutazione neurologica
- Epilessia (prima diagnosi) dopo valutazione neurologica
- Idrocefalo dopo valutazione neurologica
- Sospetto di processo occupante spazio ad eccezione di tutte le condizioni di urgenza che necessitano un riferimento al DEA

Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Tutta la restante casistica nel rispetto delle linee guida per la diagnostica per immagini di cui all'Accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2004.

RMN PELVI, PROSTATA E VESCICA

Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto

Classe BREVE

- Sospetto di neoplasia maligna in sede pelvica dopo esame diagnostico di 1° livello o prima stadiazione

Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Tutta la restante casistica nel rispetto delle linee guida per la diagnostica per immagini di cui all'Accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2004

ESAME AUDIOMETRICO

Classe URGENTE

- Ipoacusia improvvisa
- Sindrome vertiginosa acuta

Classe BREVE

- Ipoacusia in età pediatrica di riscontro recente
- Acufeni ad alta intensità e ad insorgenza improvvisa
- Ipoacusia da trauma acustico di riscontro recente

Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Condizioni cliniche non riconducibili alle precedenti classi

ECOCARDIOGRAMMA

Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto

Classe BREVE

- Recente insorgenza di dispnea in soggetto senza cardiopatia o pneumopatia nota
- Comparsa di aritmia ventricolare non sporadica o fibrillazione atriale documentata in soggetto senza cardiopatia nota
- Comparsa di sincope in soggetto con sospetto clinico di cardiopatia o in pazienti con lavori ad alto rischio (per es. piloti)
- Variazione di quadro clinico in paziente con cardiopatia nota
- Pazienti che assumono o che devono iniziare terapia con farmaci cardiotossici
- Recente trauma toracico

Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Condizioni cliniche non riconducibili alle precedenti classi

SPIROMETRIA

Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto

Classe BREVE

- Livello di priorità non previsto

Classe DIFFERIBILE

- Sospetto di asma (spirometria semplice con test di reversibilità o test di broncospasmo su indicazione dello specialista)

Classe PROGRAMMATA

- Tutte le altre condizioni cliniche non riconducibili alla precedente classe ed in cui è presente indicazione all'esecuzione di spirometria semplice

ELETTROMIOGRAFIA

Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto

Classe BREVE

- Deficit motorio degli arti insorto acutamente da almeno due settimane (traumatico, infiammatorio e compressivo)

Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Condizioni cliniche non riconducibili alle precedenti classi

FONDO OCULARE

Classe URGENTE INDIFFERIBILE / EMERGENZA da valutare in Pronto Soccorso:

- Riduzione importante transitoria o improvvisa monolaterale del visus o del campo visivo associata o meno a
 1. cefalea, claudicatio mandibolare, rigidità dell'arteria temporale
 2. fosfeni miodesopsie, scotomi periferici
 3. metamorfopsie
 4. discromatopsie
 5. dolore retrobulbare

Classe URGENTE

- Disturbi visivi (miodesopsie, fosfeni)

Classe BREVE

- Disturbi del visus (miodesopsie, fosfeni, metamorfopsie) senza riduzione dell'acuità visiva
- Ulteriore riduzione del visus in maculopatia già diagnosticata
- Leucocoria del bambino

Classe DIFFERIBILE

- Pazienti diabetici di nuova diagnosi
- Pazienti ipertesi di nuova diagnosi
- Deficit del visus in età scolare

Classe PROGRAMMATA

- Condizioni cliniche non riconducibili alle precedenti classi

COLONSCOPIA E SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE

Classe URGENTE INDIFFERIBILE / EMERGENZA da valutare in Pronto Soccorso:

- Emorragia digestiva in atto (ematemesi, melena, enterorragia massiva)

Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto

Classe BREVE

- Sanguinamento non compendiato come urgente, rettorragia non grave, diarrea muco-sanguinolenta non infettiva, ematochezia
- Anemia sideropenica di primo riscontro con Hb < 10 g/dl
- Sintomi di allarme: calo di peso importante (10% negli ultimi tre mesi), massa addominale di pertinenza gastrointestinale
- Sospette neoplasie rilevate radiologicamente
- Positività del test del sangue occulto in asintomatico

Classe DIFFERIBILE

- Anemia sideropenica cronica
- Perdite ematiche minori (emottisi dubbia, tracce ematiche nel pulirsi)
- Diarrea e/o stipsi recente o eventi sub-occlusivi
- Riscontro radiologico di polipo
- Sintomatologia tipo colon irritabile (diarrea o stipsi) non già indagata in pz con età > 50 aa

Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Condizioni cliniche non riconducibili alle precedenti classi

ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO SECONDO HOLTER

Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto

Classe BREVE

- Sintomatologia di sospetta origine aritmica (sincope o pre-sincope) ad incidenza frequente
- Sospetta angina (è raccomandata la consulenza cardiologica)

Classe DIFFERIBILE

- Valutazione del rischio aritmico in pazienti con cardiopatia nota, se finalizzato alla modificazione della terapia farmacologica o indicazione a trattamento interventistico

Classe PROGRAMMATA

- Condizioni cliniche non riconducibili alle precedenti classi

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) NELLE
MALATTIE REUMATICHE INFIAMMATORIE ED AUTOIMMUNE REGIONE ABRUZZO
- DGR n. 775 del 09/10/2018.**

PRIMA VISITA REUMATOLOGICA

Classe URGENTE

- Significative alterazioni ematologiche o gravi reazioni avverse con impegno generalizzato in pazienti trattati con farmaci biologici e/o immunosoppressori (Piastrine<30.000; Neutrofili<500; Hgb<8)
- Lesioni ischemiche digitali di recente insorgenza in pazienti con Fenomeno di Raynaud
- Cefalea di recente insorgenza o emicrania temporale in soggetto di età >65 anni con indici di flogosi notevolmente alterati; (VES 8-10 volte v.n.; PCR almeno 5 volte v.n.)

Classe BREVE

- Artrite acuta di nuova insorgenza che necessita di artrocentesi
- Dolore acuto da frattura vertebrale da fragilità ossea documentata da indagine radiografica
- Poliartrite acuta con test di flogosi alterati
- Dolore e ipostenia ai cingoli con aumento degli indici di flogosi e/o degli enzimi muscolari
- Eritema nodoso
- Febbre persistente (FUO) di origine sconosciuta da almeno due settimane (bambino) o quattro settimane (adulto)

Classe DIFFERIBILE

- Lombalgia infiammatoria (> 3 mesi; < 45 aa; migliora con l'attività e i FANS)
- ANA positivo >1:160 in soggetto con elementi suggestivi di malattia autoimmune (febbre, artralgie, rash cutaneo, F. di Raynaud)

Classe PROGRAMMATA

Tutto quello non compreso nelle classi precedenti

Legenda: 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 (All.4 D.P.C.M. 12 gennaio 2017)

REGIONE ABRUZZO RETE E PDTA DELLA SCLEROSI MULTIPLA – DGR n. 487 DEL 05/07/2018.

PRIMA VISITA PRESSO IL CENTRO DI SCLEROSI MULTIPLA

Classe BREVE

- Recente insorgenza/recidiva di segni e/o sintomi neurologici che modificano le condizioni pre-esistenti alterando le capacità sensori-motorie (deficit sensitivi e/o motori di un emisoma o degli arti inferiori, dei nervi cranici come diplopia, disfagia, disfonia) in pazienti con storia compatibile con malattia demielinizzante e/o con diagnosi strumentale sospetta;
- Esacerbazione della malattia già nota.

PDTA DELLA MALATTIA RENALE CRONICA E RETE NEFROLOGICA REGIONE ABRUZZO.

CLASSI DI PRIORITA' PER VISITA NEFROLOGICA AMBULATORIALE

Classe URGENTE

- Aumento della creatininemia $> 25-30\%$ rispetto al valore basale o riscontro di eVFG $< 30\text{mL/min}$, che non era noto
- Ipertensione di difficile controllo farmacologico (PA $> 180/100\text{mmHg}$ in un paziente che assume già > 3 farmaci compreso il diuretico) e con Malattia Renale Cronica

Classe BREVE

- Iperpotassiemia persistente
- Paziente con MRC programmato per esame radiologico con mezzo di contrasto
- Paziente neoplastico con MRC programmato per chemioterapia
- Infezioni delle vie urinarie multiresistenti sintomatiche
- Ematuria macroscopica, dopo aver escluso cause urologiche

Classe DIFFERIBILE

- Recente insorgenza di edemi declivi non di origine cardiaca
- Proteinuria dosabile ($> 100\text{ mg/dl}$)
- Ematuria microscopica dopo aver escluso cause urologiche
- Pazienti con ipertensione arteriosa non rispondenti agli aggiustamenti terapeutici già messi in atto
- MRC stadio 4 non nota

Classe PROGRAMMATA

- Prima visita in pazienti con ipertensione arteriosa di recente diagnosi
- Prima visita in pazienti con diabete mellito di recente diagnosi
- Tutte le altre condizioni cliniche non riconducibili alle classi precedenti

ALLEGATO 4

**FORMAT PER LA RILEVAZIONE DELLE PRESTAZIONI/VISITE
SPECIALISTICHE CON CRITICITA' NELLA GARANZIA DI
EROGAZIONE ENTRO I TEMPI MASSIMI**

ALLEGATO 4

Prestazioni/Visite specialistiche con criticità nella garanzia di erogazione entro i tempi massimi

N.	Visita specialistica o Prestazione Strumentale	Codice Nomenclatore*	Classi di Priorità	Numero totale di prestazioni erogate	Numero totale di prestazioni erogate fuori tempo massimo	Numero di erogatori Pubblici	Numero di erogatori Privati	Causa Preliminare di Criticità**
1			Classe B (Breve)					
			Classe D (Differibile)					
			Classe P (Programmata)					
2			Classe B (Breve)					
			Classe D (Differibile)					
			Classe P (Programmata)					
3			Classe B (Breve)					
			Classe D (Differibile)					
			Classe P (Programmata)					
4			Classe B (Breve)					
			Classe D (Differibile)					
			Classe P (Programmata)					
5			Classe B (Breve)					
			Classe D (Differibile)					
			Classe P (Programmata)					
....			Classe B (Breve)					
			Classe D (Differibile)					
			Classe P (Programmata)					

* Codifica secondo la DGR 646/2018

** Codifica della criticità riscontrata o presunta

Codice	Descrizione Criticità
1A	Carenza di Macchinari
1B	Macchinario non funzionante
2	Carenza di personale
3	Aumento inaspettato della domanda
4	Altro (Specificare)

ALLEGATO 5

FORMAT PER LA RILEVAZIONE DEI VOLUMI DI PRESTAZIONI
EROGATE SIA IN ALPI CHE IN ATTIVITA' ISTITUZIONALE

ALPI

N.	Visite specialistiche e Prestazioni Strumentali	Codice Nomenclatore	Disciplina	Volume erogato in ALPI	Volume erogato Istituzionale
1	Prima Visita cardiologica	89.7	8		
2	Prima Visita chirurgia vascolare	89.7	14		
3	Prima Visita endocrinologica	89.7	19		
4	Prima Visita neurologica	89.13	32		
5	Prima Visita oculistica	95.02	34		
6	Prima Visita ortopedica	89.7	36		
7	Prima Visita ginecologica	89.26	37		
8	Prima Visita otorinolaringoiatrica	89.7	38		
9	Prima Visita urologica	89.7	43		
10	Prima Visita dermatologica	89.7	52		
11	Prima Visita fisiatrica	89.7	56		
12	Prima Visita gastroenterologica	89.7	58		
13	Prima Visita oncologica	89.7	64		
14	Prima Visita pneumologica	89.7	68		
15	Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	87.37.1			
16	Mammografia monolaterale	87.37.2			
17	TC del Torace	87.41			
18	TC del Torace con MCD senza e con MCD	87.41.1			
19	TC dell'addome superiore	88.01.1			
20	TC dell'addome superiore senza e con MCD	88.01.2			
21	TC dell'addome inferiore	88.01.3			
22	TC dell'addome inferiore senza e con MCD	88.01.4			
23	TC dell'addome completo	88.01.5			
24	TC dell'addome completo senza e con MDC	88.01.6			
25	TC cranio - encefalo	87.03			
26	TC cranio - encefalo senza e con MDC	87.03.1			
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.1			
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1			
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.1			
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.2			
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.2			
32	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	88.38.2			
33	TC del Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5			
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91.1			
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	88.91.2			
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4			

37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5			
38	RM della colonna in toto	88.93			
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1			
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4			
41	Eco(color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3			
42	Eco(color) dopplergrafia dei tronchi sovraortici	88.73.5			
43	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1			
44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1			
45	Ecografia dell'addome completo	88.76.1			
46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1			
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2			
48	Ecografia ostetrica	88.78			
49	Ecografia ginecologica	88.78.2			
50	Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.2			
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23			
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42			
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24			
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13			
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16			
56	Elettrocardiogramma	89.52			
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50			
58	Test cardio vascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41			
59	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44			
60	Esame audiometrico tonale	95.41.1.			
61	Spirometria semplice	89.37.1			
62	Spirometria globale	89.37.2			
63	Fotografia del Fundus	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			
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			
66	Elettromiografia semplice (EMG) del capo fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e Polisinnografia (89.17)	93.08.1			
67	Elettromiografia semplice (EMG) del tronco. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli.	93.08.1			
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			
69	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.1			