



# Regione Umbria

Giunta Regionale

---

## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**N. 610      SEDUTA DEL 06/05/2019**

**OGGETTO:** Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 e recepimento del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021

		PRESENZE
Marini Catuscia	Presidente della Giunta	Assente
Paparelli Fabio	Vice Presidente della Giunta	Presente
Bartolini Antonio	Componente della Giunta	Presente
Cecchini Fernanda	Componente della Giunta	Presente
Chianella Giuseppe	Componente della Giunta	Presente

---

Presidente: **Fabio Paparelli**

Segretario Verbalizzante: - Catia Bertinelli

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

---

L'atto si compone di 8 pagine

Fanno parte integrante dell'atto i seguenti allegati:

**Allegato 1\_PNGLA 2019-2021.**

**Allegato2\_PRGLA 2019\_2021\_DEF\_(A+B).**

## LA GIUNTA REGIONALE

**Visto** il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto: **“Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 e recepimento del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021”** e la conseguente proposta di 'Assessore Antonio Bartolini

**Preso atto:**

- a) del parere favorevole di regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;
- b) del parere favorevole sotto il profilo della legittimità espresso dal Dirigente competente;
- c) del parere favorevole del Direttore in merito alla coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione stessa;

**Viste** le DGR n. 1106/06, 1118/10, 48/11, 1009/14, 498/16, con cui la Regione Umbria ha dato indicazioni per il contenimento dei tempi di attesa, anche in linea con gli indirizzi nazionali;

**Visto** l'accordo della Conferenza dello Stato e delle Regioni e Province autonome del 22 febbraio 2019, che sancisce l'intesa per il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021;

**Ritenuto** di recepire le indicazioni poste dal suddetto PNGLA;

**Ritenuto** di integrare nel Piano Regionale 2019-2021 le azioni previste nel documento nazionale e di fatto già poste in essere in Umbria con i precedenti Piani regionali per il contenimento dei tempi di attesa, al fine di migliorare il controllo complessivo della domanda e dell'offerta di prestazioni sanitarie, per confermare i risultati finora ottenuti, per garantire una migliore presa in carico degli utenti e assicurare qualità dei servizi;

**Vista** la legge regionale 1 febbraio 2005, n. 2 e la normativa attuativa della stessa;

**Visto** il Regolamento interno di questa Giunta;

**A voti** unanimi espressi nei modi di legge,

### DELIBERA

*per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione*

- 1) di fare proprio il documento istruttorio e la conseguente proposta dell'Assessore, corredati dei pareri e del visto prescritti dal Regolamento interno della Giunta, che si allegano alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale, rinviando alle motivazioni in essi contenute;
- 2) di recepire il “Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021” che si allega (Allegato 1) alla presente e costituisce parte integrante del presente atto ad eccezione dell'Allegato C;
- 3) di approvare l'adozione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 (Allegato 2) e i relativi allegati (Allegato A “Tabelle RAO - Regione Umbria”, Allegato B “Attività di adeguamento del Sistema CUP”);
- 4) di reintrodurre la prestazione “Ecografia dell'addome completo” - Codice 88.76.1 nel Nomenclatore tariffario regionale per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale di cui alla DGR 1698 del 29 dicembre 2011 e di definire la relativa tariffa pari a € 60,43 (Euro sessanta,43);
- 5) di dare mandato al Servizio “Mobilità sanitaria e gestione del Sistema informativo sanitario e sociale. Osservatorio epidemiologico regionale” della Direzione Regionale “Salute, Welfare. Organizzazione e risorse umane” di mantenere e aggiornare l'Allegato A “Tabelle RAO - Regione Umbria”;
- 6) di prevedere che, per l'attuazione del Piano di cui al punto 3, è finalizzato, per il triennio, l'importo complessivo di € 6.400.000,00 (Euro sei milioni e quattrocentomila) anche facendo

riferimento a quanto già previsto nella DGR n. 1516 del 20/12/2018 “Linee Guida per la stipula degli accordi contrattuali tra le strutture erogatrici pubbliche e tra le Aziende USL e le strutture private che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario regionale per il periodo 2019-2021 e definizione dei volumi finanziari massimi per gli anni 2018-2019”;

- 7) di demandare al Servizio “Mobilità sanitaria e gestione del Sistema informativo sanitario e sociale. Osservatorio epidemiologico regionale” della Direzione Regionale “Salute, Welfare. Organizzazione e risorse umane” il coordinamento e il monitoraggio delle attività conseguenti all’applicazione di quanto previsto dal presente atto, avvalendosi dell’attività dell’Osservatorio regionale definito nel Piano regionale di cui al punto 3;
- 8) di trasmettere il presente atto alle Aziende Sanitarie della Regione e per opportuna conoscenza alle Organizzazioni Sindacali;
- 9) di trasmettere il presente atto alla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute;
- 10) di dare atto che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Umbria e nel Sito Ufficiale della Regione.

## DOCUMENTO ISTRUTTORIO

### **Oggetto: Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 e recepimento del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021**

La Regione Umbria, già a partire dall'anno 2006, con l'adozione del suo primo Piano Regionale per il Contenimento dei Tempi di Attesa, ha dimostrato impegno e determinazione per mettere in atto tutte le strategie possibili, in coerenza con quanto previsto a livello nazionale, per arginare un problema molto sentito a livello regionale e nazionale.

Con DGR n. 1118 del 26/07/2010 recante "Piano straordinario per il contenimento dei tempi di attesa. Recepimento atti aziendali e ridefinizione CUP", ha approvato la riorganizzazione del Centro Unificato di Prenotazione (CUP), per consentire a tutti i cittadini umbri di accedere ai servizi regionali e di effettuare prenotazioni per prestazioni di specialistica ambulatoriale su tutte le strutture del territorio regionale, dando priorità alle prestazioni sottoposte a prioritarizzazione, secondo la metodica dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO.

Con DGR n. 48 del 24/01/2011 avente ad oggetto "Recepimento del "Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012"" sono state definite ulteriori azioni:

- l'uso sistematico dei RAO e il rispetto dei tempi come strategia principale per governare la domanda di prestazioni;
- l'uso sistematico delle classi di priorità, del quesito diagnostico e l'identificazione delle prime visite e dei controlli;
- la ridefinizione dell'organizzazione del CUP regionale, per integrare l'offerta pubblica e del privato accreditato e per supportare i percorsi diagnostico terapeutici, recependo le Linee guida nazionali sul sistema CUP, di cui all'accordo stato regioni 29 aprile 2010;
- l'aggiornamento dell'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera per le quali sono stati fissati i tempi massimi di attesa;
- la ridefinizione del ruolo delle prestazioni erogate in regime libero professionale all'interno dell'Azienda nell'ambito del governo delle liste di attesa, stabilendone il monitoraggio;
- il monitoraggio della presenza sui siti WEB aziendali delle informazioni su liste e tempi di attesa, a garanzia della trasparenza e dell'equità di accesso.

Successivamente, nel 2014, in attesa della definizione del nuovo Piano Nazionale per il Governo dei tempi di attesa, la Regione ha anticipato alcune azioni volte a contrastare il fenomeno dei lunghi tempi di attesa, con la approvazione di un Piano straordinario per il contenimento delle liste di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (DGR 1009 del 04 agosto 2014), per garantire a tutti i cittadini i Livelli essenziali di assistenza con azioni mirate per il controllo complessivo del rapporto domanda/offerta delle prestazioni specialistiche.

Nel 2016, a distanza di poco meno di due anni, considerati i risultati raggiunti tangibili e ben quantificabili verificati con i monitoraggi effettuati, si è ritenuto opportuno integrare le azioni già attuate con altri interventi che nel momento contingente risultavano efficaci e realizzabili, con i seguenti obiettivi prioritari:

- appropriatezza della domanda di prestazioni sanitarie identificando i reali bisogni di Salute;
- rimodulazione dell'offerta di prestazioni sanitarie, rispondendo ai bisogni di salute;
- monitoraggio, controllo e valutazione;
- informazione e comunicazione ai cittadini e agli operatori.

Alcune delle azioni intraprese nei Piani regionali sopra richiamati sono oggi contenute nel Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019 – 2021, quali ad esempio l'estensione degli orari di lavoro nei giorni feriali, l'apertura degli ambulatori il sabato e la domenica per le prestazioni più

critiche, l'offerta aggiuntiva di prestazioni in caso di criticità, la separazione tra primi accessi e accessi successivi, l'utilizzo delle classi di priorità e dei RAO, l'attivazione di percorsi di tutela.

Il presente Piano Regionale di Governo delle liste di attesa (PRGLA) 2019-2021, in coerenza con il Piano nazionale e con quanto già realizzato nella nostra Regione, mira ad individuare strumenti e modi di collaborazione tra tutti gli attori del sistema (Specialisti, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta), prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie, attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e il rafforzamento dell'utilizzo dei RAO a garanzia dell'appropriatezza delle prestazioni. L'elenco dei RAO già adottato a livello regionale negli anni passati viene ampliato con le ulteriori prestazioni contenute nell'Allegato C del PNGLA 2019-2021 e con le prestazioni sottoposte a monitoraggio dal medesimo Piano. Per tale motivo si rende necessario reintrodurre la prestazione "Ecografia dell'addome completo" - Codice 88.76.1 e la relativa tariffa nel Nomenclatore tariffario regionale per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale di cui alla DGR 1698 del 29 dicembre 2011. Per la determinazione della tariffa si fa riferimento al Decreto Ministero Salute del 18 ottobre 2012 recante "Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post-acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale", prevedendo quindi una tariffa pari € 60,43 (Euro sessanta/43)

L'attuazione del presente Piano è anche strettamente correlata all'attuazione del Piano Regionale della Cronicità (DGR n. 902/2017), in riferimento all'implementazione dei relativi Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), dove riveste ruolo centrale la presa in carico globale del paziente cronico.

Resta fermo l'obiettivo, già previsto nei Piani regionali precedenti e riaffermato dal PNGLA 2019-2021, di realizzare un percorso per il governo delle liste di attesa, finalizzato a garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con la corretta differenziazione tra le prestazioni di primo accesso e quelle dei controlli successivi, il rispetto delle Classi di priorità e dei RAO, l'applicazione di criteri di appropriatezza, la trasparenza e l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri.

Nella ridefinizione degli obiettivi e delle strategie da utilizzare deve essere garantita la coerenza con:

- quanto definito in materia di ricetta medica dematerializzata (D.M. 2 novembre 2011);
- gli obiettivi dei contratti e degli Accordi collettivi nazionali, sia per quanto attiene le modalità prescrittive sia per l'attività libero professionale intramuraria (ALPI);
- gli indirizzi definiti in materia di accreditamento istituzionale e per la stipula dei contratti con gli erogatori, in particolare per quanto riguarda la gestione trasparente e programmata del volume e della tipologia delle prestazioni oggetto degli accordi, anche rispetto alle Linee guida nazionali - sistema CUP.

Tutto ciò premesso si propone alla Giunta regionale:

1. di fare proprio il documento istruttorio e la conseguente proposta dell'Assessore, corredati dei pareri e del visto prescritti dal Regolamento interno della Giunta, che si allegano alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale, rinviando alle motivazioni in essi contenute;
2. di recepire il "Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021" che si allega (Allegato 1) alla presente e costituisce parte integrante del presente atto ad eccezione dell'Allegato C;
3. di approvare l'adozione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 (Allegato 2) e i relativi allegati (Allegato A "Tabelle RAO - Regione Umbria", Allegato B "Attività di adeguamento del Sistema CUP");
4. di reintrodurre la prestazione "Ecografia dell'addome completo" - Codice 88.76.1 nel Nomenclatore tariffario regionale per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale di cui alla DGR 1698 del 29 dicembre 2011 e di definire la relativa tariffa pari a € 60,43 (Euro sessanta/43);

5. di dare mandato al Servizio “Mobilità sanitaria e gestione del Sistema informativo sanitario e sociale. Osservatorio epidemiologico regionale” della Direzione Regionale “Salute, Welfare. Organizzazione e risorse umane” di mantenere e aggiornare l’Allegato A “Tabelle RAO - Regione Umbria”;
6. di prevedere che, per l’attuazione del Piano di cui al punto 3, è finalizzato, per il triennio, l’importo complessivo di € 6.400.000,00 (Euro sei milioni e quattrocentomila) anche facendo riferimento a quanto già previsto nella DGR n. 1516 del 20/12/2018 “Linee Guida per la stipula degli accordi contrattuali tra le strutture erogatrici pubbliche e tra le Aziende USL e le strutture private che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario regionale per il periodo 2019-2021 e definizione dei volumi finanziari massimi per gli anni 2018-2019”;
7. di demandare al Servizio “Mobilità sanitaria e gestione del Sistema informativo sanitario e sociale. Osservatorio epidemiologico regionale” della Direzione Regionale “Salute, Welfare. Organizzazione e risorse umane” il coordinamento e il monitoraggio delle attività conseguenti all’applicazione di quanto previsto dal presente atto, avvalendosi dell’attività dell’Osservatorio regionale definito nel Piano regionale di cui al punto 3;
8. di trasmettere il presente atto alle Aziende Sanitarie della Regione e per opportuna conoscenza alle Organizzazioni Sindacali;
9. di trasmettere il presente atto alla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute;
10. di dare atto che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Umbria e nel Sito Ufficiale della Regione.

---

## **PARERE DI REGOLARITÀ TECNICA E AMMINISTRATIVA**

Ai sensi del vigente Regolamento interno della Giunta: si esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e amministrativa del procedimento e si trasmette al Dirigente per le determinazioni di competenza.

Perugia, lì 06/05/2019

Il responsabile del procedimento  
Ombretta Checconi

**FIRMATO**

Firma apposta digitalmente ai sensi  
delle vigenti disposizioni di legge

---

## **PARERE DI LEGITTIMITÀ**

Ai sensi del vigente Regolamento interno della Giunta;

Visto il documento istruttorio;

Atteso che sull'atto è stato espresso:

- il parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;
- 

Si esprime parere favorevole in merito alla legittimità dell'atto

Perugia, lì 06/05/2019

Il dirigente del Servizio  
Mobilità sanitaria, gestione del sistema  
informativo sanitario e sociale. Osservatorio  
epidemiologico regionale

Paola Casucci  
Titolare

**FIRMATO**

Firma apposta digitalmente ai sensi  
delle vigenti disposizioni di legge

---

### **PARERE DEL DIRETTORE**

Il Direttore, ai sensi e per gli effetti degli artt. 6, l.r. n. 2/2005 e 13 del Regolamento approvato con Deliberazione di G.R., 25 gennaio 2006, n. 108:

- riscontrati i prescritti pareri del vigente Regolamento interno della Giunta,
- verificata la coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione, esprime parere favorevole alla sua approvazione.

Perugia, lì 06/05/2019

IL DIRETTORE  
DIREZIONE REGIONALE SALUTE, WELFARE.  
ORGANIZZAZIONE E RISORSE UMANE

- Walter Orlandi  
Titolare

**FIRMATO**

Firma apposta digitalmente ai sensi  
delle vigenti disposizioni di legge

---

## **PROPOSTA ASSESSORE**

L'Assessore Antonio Bartolini ai sensi del vigente Regolamento della Giunta regionale,

**propone**

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto

Perugia, li 06/05/2019

Assessore Antonio Bartolini  
Titolare

**FIRMATO**

Firma apposta digitalmente ai sensi  
delle vigenti disposizioni di legge

---



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E DI BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266.

Rep. Atti n. *28 / CSR del 21 febbraio 2019*

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE  
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 21 Febbraio 2019.

VISTO l'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, il quale prevede, tra l'altro che il Governo può promuovere la stipula di intese in sede di Conferenza Stato - Regioni, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

VISTO l'articolo 1, comma 172, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale prevede la verifica del Ministero della Salute sull'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza di (LEA) compresa la verifica dei relativi tempi di attesa;

VISTO l'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n. 266, che prevede la realizzazione da parte delle Regioni degli interventi previsti dal piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa;

VISTA l'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'arti. 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266, sancita nella seduta del 28 marzo 2006, Rep. Atti n. 25;

VISTA l'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di Governo delle liste di Attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'art. 1, comma 280 della Legge 23 dicembre 2005, n. 266, sancita nella seduta del 28 ottobre 2019 rep. atti n. 189;

VISTA l'Intesa tra il Governo, la Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul recepimento del documento tecnico riguardante la disciplina per la revisione della normativa sull'accREDITAMENTO, di cui all'articolo 1, comma 280 della Legge 23 dicembre 2005, n. 266, sancita nella seduta del 20 dicembre 2012, Rep. Atti n. 259;

VISTO il DPCM del 12 gennaio 2017" definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza , di cui all'art.1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502;

VISTA la nota in data 28 novembre 2018 con la quale il Ministero della Salute ha trasmesso il provvedimento indicato in epigrafe, diramato dall' Ufficio di Segreteria di questa Conferenza in data 3 dicembre 2018;

VISTI gli esiti delle riunioni tecniche tenutesi il 9 gennaio e il 19 febbraio che hanno condotto una riformulazione di alcune parti del documento, in accoglimento delle richieste delle Regioni;



*AP*



## *Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E DI BOLZANO

VISTA la nota del 21 febbraio 2019 con il quale il Ministero della Salute ha inviato la versione definitiva del provvedimento indicato in oggetto, contestualmente diramata dall' Ufficio di Segreteria di questa Conferenza;

ACQUISITO nel corso della seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano;

### **PREMESSO CHE**

il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, pubblicato sul S.O. n. 26 alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, che definisce i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da garantire a tutti gli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN);

il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale Serie Generale, n. 65 del 18 marzo 2017 "Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)" di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

l'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 14 febbraio 2002 che definisce i criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa;

l'articolo 52, comma 4, lettera c) della Legge 27 dicembre 2002, n. 289 il quale dispone che, tra gli adempimenti a cui sono tenute, le Regioni provvedano all'attuazione nel proprio territorio, nella prospettiva dell'eliminazione o del significativo contenimento delle liste di attesa, di adeguate iniziative, senza maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato, dirette a favorire lo svolgimento, presso gli ospedali pubblici, degli accertamenti diagnostici in maniera continuativa;

l'articolo 1, comma 280 della Legge 23 dicembre 2005, n. 266 che prevede la realizzazione da parte delle Regioni degli interventi previsti dal Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa;

l'articolo 1, comma 282 della suddetta Legge 23 dicembre 2005 n. 266, che nel quadro degli interventi per il governo dei tempi di attesa, a garanzia della tutela della salute dei cittadini, stabilisce il divieto di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni disponendo che le Regioni e Province Autonome sono tenute ad adottare misure per regolamentare i casi in cui la sospensione dell'erogazione sia legata a motivi tecnici dandone informazione semestrale al Ministero della Salute;

il comma 5, dell'articolo 50, del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla Legge n. 326 del 2003, e successivi provvedimenti dirigenziali del Ministero dell'Economia e delle Finanze, tra cui il decreto del Ragioniere Generale dello Stato del 18 marzo



PP



## *Presidenza del Consiglio dei Ministri*

### CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

2008, che disciplinano la raccolta delle informazioni relative al Monitoraggio dei tempi di attesa, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 1, comma 280, lettera e), della Legge 23 dicembre 2005, n. 266;

l'Intesa siglata dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni nella seduta del 29 aprile 2010, rep. atti n. CSR/52 che definisce le Linee guida nazionali del sistema CUP;  
il D.M. 8 luglio 2010 n. 135 sul regolamento recante "Integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal Decreto Ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380" che all'art. 1, comma 2, lett. b) prevede l'inserimento della data di prenotazione e della Classe di priorità;

il decreto 2 novembre 2011 del Ragioniere Generale dello Stato del Ministero dell'Economia e delle Finanze di concerto con il Capo del Dipartimento della qualità del Ministero della Salute, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 12 novembre 2011, n. 264, recante norme in materia di "Dematerializzazione della ricetta medica cartacea, di cui all'articolo 11, comma 16, del decreto-legge n. 78 del 2010";

### SANCISCE INTESA

ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, sul documento recante "Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il periodo 2019-2021 (Allegato A); sulle Linee Guida relative alle modalità di Trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa (Allegato B); sul Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione dei RAO (Allegato C) ferma restando la possibilità da parte delle Regioni e Province autonome di adottare diversi modelli di governo clinico; sul Glossario in materia di Liste di Attesa (Allegato D)", parte integrante del presente atto e nella versione diramata in data 21 febbraio 2019.

IL SEGRETARIO/  
Cons. Eugenio Gallozzi



IL PRESIDENTE  
Sen. Erika Stefani

AP

GA

All A

## ALLEGATO A

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

#### 1. INTRODUZIONE

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

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

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



Il governo delle liste di attesa è, altresì, fortemente connesso ad altri processi che, sia a livello centrale che periferico, si ripercuotono sulle modalità organizzative del rapporto domanda-offerta.

Nella ridefinizione di tali modalità, devono essere assicurati criteri per garantire la coerenza tra quanto riportato nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) e:

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

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

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

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



## **Il presente Piano:**

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

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

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

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

**E. conferma** l'obbligo di indicare chiaramente su tutte le prescrizioni il Quesito diagnostico, se trattasi di prestazioni in primo accesso o se trattasi di accesso successivo e, per le prestazioni in primo accesso, la Classe di priorità.

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

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

pazienti presi in carico dal primo specialista, controlli, *follow up*) - Allegato D, Glossario.

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

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

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

La mancata indicazione della tipologia di accesso e della bifatura della Classe di priorità avrà ripercussioni sulla valutazione del Monitoraggio *ex post*.

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

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

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



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

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

Tutte le Agende di prenotazione sopra specificate devono essere gestite dai sistemi CUP e devono essere suddivise per Classi di priorità.

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

**I. individua i seguenti Monitoraggi:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

1. i tempi massimi di attesa di tutte le prestazioni ambulatoriali e di quelle in regime di ricovero erogate sul proprio territorio. I tempi massimi stabiliti non possono essere superiori a quelli nazionali. In caso di mancata esplicitazione di detti tempi massimi da parte delle Regioni e Province Autonome, resta intesa l'applicazione dei parametri temporali determinati nel presente Piano.
2. la possibilità per le ASL e le Aziende Ospedaliere (AO) di assicurare ordinariamente le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, per l'utenza esterna attraverso l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana sia nell'ambito dell'attività istituzionale che attraverso le prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 55 comma 2 lett. d del CCNL 08/06/2000 dell'area della dirigenza medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria (vedi sopra riportato punto L).
3. l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva. Ove necessario, ciascuna Azienda dovrà provvedere alla definizione di eventuali fabbisogni di personale e di tecnologie; dovrà essere elaborato un piano dettagliato che evidenzi le motivazioni organizzative alla base dell'esigenza di incremento del personale nonché un quadro dettagliato dell'effettivo tempo di disponibilità delle apparecchiature vetuste (tenendo conto dei tempi di fermo macchina per guasto/manutenzione) nonché dell'esigenza di sostituzione di quelle obsolete.
4. l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera soggette ai monitoraggi previsti dal PNGLA (Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa - Allegato B).
5. i criteri di utilizzo delle prestazioni ambulatoriali richieste in Classe P. La Classe P si riferisce alle prestazioni di primo accesso (prestazioni per accertamenti/verifiche cliniche programmabili che non influenzano lo stato clinico/prognosi del paziente) da garantire al massimo entro 120 giorni.
6. le attività sistematiche e continuative di valutazione sulla appropriatezza e sulla congruità prescrittiva per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero al fine di omogeneizzare i comportamenti prescrittivi soprattutto in riferimento a:
  - i. utilizzo sistematico delle Classi di priorità;
  - ii. presenza del Quesito diagnostico;

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



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

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

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



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

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

Le prestazioni oggetto dei monitoraggi previsti dal PNGLA sono quelle inserite nei punti 3.1, 3.2 e 3.3. Tali prestazioni possono essere incrementate, e può essere previsto l'adeguamento dei flussi informativi utili al monitoraggio. Il rispetto dei tempi di attesa deve essere assicurato su tutte le prestazioni erogate.

In caso di rilevazione di ulteriori criticità, gli elenchi di prestazioni oggetto di monitoraggio verranno rivisti.

Non sono oggetto di monitoraggio da parte del Ministero della Salute le prestazioni erogate nell'ambito della prevenzione attiva. Per queste le Regioni e le Province Autonome prevedono specifiche modalità di offerta e di prenotazione e ne assicurano i tempi dandone visibilità, anche in relazione all'obiettivo di aumentare l'adesione della popolazione target.

Le Regioni e Province Autonome prevedono, altresì, il Monitoraggio delle prestazioni di controllo con modalità che riterranno più appropriate ai loro sistemi informativi e gestionali.

#### **3.1. Prestazioni ambulatoriali**

Per tutte le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio (visite specialistiche e prestazioni strumentali), riportate nelle sottostanti tabelle, il tempo massimo di attesa indicato dalla Regione e Provincia Autonoma dovrà essere garantito (ai fini del monitoraggio) almeno per il 90% delle prenotazioni con Classi di priorità B e D, riferite a tutte le strutture sanitarie (Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B).

La Classe di priorità è obbligatoria solo per i primi accessi.

A decorrere dal 1 gennaio 2020, il monitoraggio sarà esteso anche alla Classe P.

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

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

- **U (Urgente)** da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- **B (Breve)** da eseguire entro 10 giorni;

- **D (Differibile)** da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
- **P (Programmata)** da eseguire entro 120 giorni<sup>(\*)</sup>.

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

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

### VISITE SPECIALISTICHE

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

### PRESTAZIONI STRUMENTALI

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA
<i>Diagnostica per Immagini</i>			
15	Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	87.37.1	87.37.1
16	Mammografia monolaterale	87.37.2	87.37.2
17	TC del Torace	87.41	87.41
18	TC del Torace con MCD senza e con MCD	87.41.1	87.41.1
19	TC dell'addome superiore	88.01.1	88.01.1
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2	88.01.2
21	TC dell'Addome inferiore	88.01.3	88.01.3
22	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4	88.01.4



Numero	Prestazione	CodiceNomenclatore	Codice nuovi LEA
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 di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91. 1	88.91.1
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	88.91.2	88.91.2
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88.95.4
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	88.95.5
38	RM della colonna in toto	88.93	88.93.6
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1	88.93.B
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	88.71.4
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	88.72.3
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	88.73.5	88.73.5
43	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	88.74.1
44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	88.75.1
45	Ecografia dell'addome completo	88.76.1	88.76.1
46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1	88.73.1
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	88.73.2
48	Ecografia ostetrica	88.78	88.78
49	Ecografia ginecologica	88.78.2	88.78.2
50	Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.2	88.77.4, 88.77.5
<b>Altri esami Specialistici</b>			
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23	45.23
52	Polipectomia dell'intestino crasso in	45.42	45.42

Numero	Prestazione	CodiceNomenclatore	Codice nuovi LEA
	corso di endoscopia sede unica		
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45.16.1, 45.16.2
56	Elettrocardiogramma	89.52	89.52
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41	89.41
59	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44	89.44
60	Esame audiometrico tonale	95.41.1	95.41.1
61	Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1
62	Spirometria globale	89.37.2	89.37.2
63	Fotografia del fundus	95.11	95.11
64	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.A
65	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.B
66	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)	93.08.1	93.08.C
67	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli	93.08.1	93.08.D
68	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7)	93.08.1	93.08.E
69	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.1	93.08.F



### 3.2. Prestazioni in regime di ricovero

Per tutti i ricoveri programmati le Regioni e Province Autonome prevedono l'uso sistematico delle Classi di priorità, definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito dell'Accordo dell'11 luglio 2002 e del PNCTA 2006-2008 e del PNGLA 2010-2012 di cui alla tabella sotto riportata:

Classe di priorità per il ricovero	Indicazioni
A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Per i ricoveri l'inserimento nella lista di attesa tramite procedura informatizzata a livello regionale, delle Province Autonome o di singola azienda/istituzione privata accreditata, deve riguardare criteri di appropriatezza e priorità clinica.

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

Ciascun paziente può richiedere di prendere visione della sua posizione nella lista di attesa per il ricovero facendone opportuna richiesta alla Direzione Sanitaria o Direzione Medica Ospedaliera. Qualora si modifichino le condizioni cliniche del paziente oppure il paziente intenda rinviare l'intervento per motivi personali, è possibile apportare modifiche all'ordine di priorità, a cura del medico proponente. I Piani Regionali di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) dovranno prevedere l'adozione di modelli gestionali aziendali atti a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, nonché prevedendo l'incremento delle sedute operatorie, programmando le stesse anche al pomeriggio, intervenendo sia sui processi intraospedalieri che determinano la durata della degenza media, sia sui processi di deospedalizzazione laddove questi richiedano interventi di facilitazione (in accordo con il DM 70/2015).

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

### Elenco prestazioni oggetto di Monitoraggio

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

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



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

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



### **3.3. Prestazioni inserite in Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali nell'area cardiovascolare e oncologica**

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

Sia in ambito cardiovascolare che oncologico, ai fini dell'appropriatezza organizzativa e dell'erogazione sequenziale delle prestazioni ricomprese nei PDTA, le Regioni e Province Autonome individuano specifici gruppi di prestazioni ambulatoriali e ne promuovono l'erogazione anche attraverso il *day service*.

Il PDTA è una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica o anche l'assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni della vita, come ad esempio la gravidanza e il parto.

È evidente che la stessa sequenza può essere assicurata da modelli organizzativi diversi in funzione della realtà demografica, sociale e assistenziale in cui devono essere applicati gli interventi; ne deriva che nella valutazione dei PDTA gli indicatori scelti prescindono dal modello organizzativo, misurando gli effetti attesi in termini di tipologia di prestazioni, tempistiche ed esiti clinici. Confrontare i valori degli indicatori ottenuti attraverso modelli organizzativi diversi rappresenta un'importante fonte di informazione per individuare le scelte organizzative migliori.

Nella definizione della metodologia di monitoraggio e valutazione vengono considerati i PDTA per cui sono disponibili Linee Guida documentate e che sono stati sperimentati ai fini della loro introduzione nel Nuovo Sistema di Garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (Aggiornamento del decreto interministeriale 12 dicembre 2001, in adempimento al d.lgs. 56/2000), per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, previsto anche dall'art.10, comma 7, del Patto per la Salute 2014-2016, sancito il 10 luglio 2014.

La modalità di monitoraggio dei PDTA sarà individuata nei compiti dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa.

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



#### **4. PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI**

**Entro 60 giorni** dall'adozione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA), le Aziende Sanitarie adottano un nuovo Programma Attuativo Aziendale o aggiornano quello in uso, in coerenza con quanto definito in ambito regionale e provvedono all'invio dello stesso alla Regione che provvederà al monitoraggio delle iniziative e degli interventi attuati.

Il Programma Attuativo Aziendale è reso disponibile sul portale dell'Azienda Sanitaria e costantemente aggiornato.

Il Programma Attuativo Aziendale recepisce il Piano Regionale e contempla, secondo le indicazioni del PNGLA, le misure da adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti, senza oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota per la compartecipazione alla spesa sanitaria.

Il Programma Attuativo Aziendale, inoltre, provvede a:

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



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

## **5. ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA**

**5.1.** Per quanto riguarda le prestazioni libero professionali erogate su richiesta e per scelta dell'utente e a totale suo carico, le Regioni e Province Autonome, assicurano il rispetto delle disposizioni vigenti, ed in particolare della legge n. 120 del 2007 e s.m., e dei relativi provvedimenti attuativi sia per le attività ambulatoriali che per quelle di ricovero. Le Aziende assicurano adeguate modalità di rilevazione dell'impegno orario che ciascun professionista dedica all'attività istituzionale, nonché all'attività libero professionale.

Il professionista che eroga prestazioni in regime di libera professione su richiesta e per scelta dell'utente non può prescrivere prestazioni per proseguire l'iter diagnostico-terapeutico con oneri a carico del SSR.

**5.2.** Al fine di contenere gli oneri a carico dei bilanci delle Aziende Sanitarie, le prestazioni erogate in regime libero professionale dai professionisti in favore dell'Azienda, come previsto dall'art. 55 comma 2 del CCNL della dirigenza del 8 giugno 2000, costituiscono uno strumento eccezionale e temporaneo per il governo delle liste ed il contenimento dei tempi d'attesa solo dopo aver utilizzato gli altri strumenti retributivi contrattuali nazionali e regionali, nonché il 5% del compenso del libero professionista, di cui all'articolo 1, comma 4, lettera c) della legge 120/2007 e s.m., nella misura in cui anche tali prestazioni possono contribuire ad integrare l'offerta istituzionale, allorché una ridotta disponibilità temporanea di prestazioni in regime istituzionale metta a rischio la garanzia di assicurare al cittadino le prestazioni all'interno dei tempi massimi regionali. Questa "libera professione aziendale" è concordata con i professionisti e sostenuta economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino solo la eventuale partecipazione al costo.

## **6. MONITORAGGI E RELATIVI FLUSSI INFORMATIVI**

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

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



- 3) Monitoraggio *ex post* delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
- 4) Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
- 5) Monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di altre aree critiche;
- 6) Monitoraggio *ex ante* delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero professionale intramuraria – ALPI (per conto e a carico dell'utente) in libera professione intramuraria ed intramuraria allargata, effettuata attraverso il portale di Agenas (<http://alpi.agenas.it>), secondo le relative Linee Guida ad oggi in fase di revisione;
- 7) Monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
- 8) Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende di prenotazione (delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria) nel sistema CUP.

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

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

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

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

Ai fini del Monitoraggio tutti i seguenti campi sono obbligatori:

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



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

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

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

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

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



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

Per garantire il Monitoraggio ex post dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, Regioni e Province Autonome devono prevedere che il Piano attuativo aziendale individui gli ambiti territoriali e le modalità organizzative secondo le quali le strutture pubbliche e private accreditate erogano le prestazioni in base alle Classi di priorità e nel rispetto dei tempi massimi di attesa al 90% dei pazienti (Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B).

I dati sono relativi alle prestazioni indicate al paragrafo 3.1 del presente Piano e verranno pubblicati annualmente sul portale del Ministero della Salute.

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

Il Monitoraggio riguarda le prestazioni ambulatoriali di cui al paragrafo 3.1 per le Classi di priorità B, D e successivamente anche per quelle in Classe P, prenotate presso tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate (Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B).

Si prevede la possibilità che il Monitoraggio ex ante si estenda progressivamente a coprire tutto l'anno.

Nel corso del 2019 sarà disponibile un sistema per il Monitoraggio ex ante delle prestazioni specialistiche ambulatoriali all'interno del NSIS.

Le Regioni e le Province Autonome dovranno fornire le % di concorso del Privato accreditato ai volumi complessivi delle prenotazioni.

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

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

Per garantire la qualità del dato relativo alla data di prenotazione del ricovero, è obbligatorio l'utilizzo delle Agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili nel formato e con le modalità previste nel documento prodotto dal Mattone "Tempi di Attesa": Linee guida per le Agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili, tenuto conto di quanto già disciplinato dall'articolo 3, comma 8, della legge n. 724/1994, che prevede l'obbligo delle Aziende Sanitarie Locali, dei Presidi Ospedalieri delle Aziende Ospedaliere, di tenere il Registro

delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri.

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

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

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

Nello specifico:

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

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

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



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

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

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

Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano devono adottare le disposizioni per regolare i casi in cui la sospensione dell'erogazione delle prestazioni è ammessa purché legata a motivi tecnici nonché prevedere interventi per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni.

Il Ministero della Salute rileva semestralmente le eventuali sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni ambulatoriali. Nel corso del 2019 sarà disponibile un sistema per il Monitoraggio delle sospensioni dell'attività di erogazione all'interno del NSIS.

Le Regioni e le Province Autonome impartiscono indirizzi alle Aziende per gestire i disagi causati dalle sospensioni e ne osservano l'andamento prevedendo interventi in caso di criticità ricorrenti.

La sospensione dell'erogazione delle prestazioni legata a motivi tecnici e gli interventi conseguenti per fronteggiare i disagi, sono oggetto di confronto e individuazione di percorsi di garanzia per il cittadino, con le organizzazioni civiche di tutela del diritto alla salute (comunicazione tempestiva, ri-prenotazione automatica e via preferenziale).

**6.4.1.** Il comma 282, dell'articolo 1. della Legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Finanziaria 2006), stabilisce che per le Aziende Sanitarie e le Aziende Ospedaliere è vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001.

Quindi, le Regioni e Province Autonome prevedono un'attività sistematica di vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione.

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

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

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

Il Monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali erogate in libera professione intramuraria avviene secondo le relative Linee Guida attualmente in fase di revisione presso Agenas.

Agenas, su indicazioni *dell'Osservatorio Nazionale sullo stato di attuazione dei programmi di adeguamento degli ospedali e sul funzionamento dei meccanismi di*



*controllo a livello regionale e aziendale, effettua il Monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività Libero professionale intramuraria (di cui al punto 3.1) erogate a favore e a carico dell'utente, con riferimento alle modalità di prenotazione, al numero di prestazioni erogate e ai relativi tempi di attesa.*

*Agenas trasmette annualmente i risultati di tale attività sia al Ministero della Salute sia all'Osservatorio Nazionale sullo stato di attuazione dei programmi di adeguamento degli ospedali e sul funzionamento dei meccanismi di controllo a livello regionale e aziendale*

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

La comunicazione su tempi e liste di attesa oltre ad essere disciplinata da vari atti (art.41, comma 6, d.lgs. n. 33 del 2013 sulla Trasparenza sulle liste di attesa) va sostenuta per rafforzare la multicanalità nell'accesso alle informazioni attraverso vari strumenti, tra cui: campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi, sezioni dedicate e facilmente accessibili sui siti Web regionali e aziendali.

Al riguardo, si conviene di procedere ad un Monitoraggio, su tutto il territorio nazionale, di verifica della presenza delle informazioni su tempi e liste di attesa sui siti Web delle Regioni e Province Autonome e delle Aziende del SSN.

Tale attività rappresenta uno strumento di verifica della trasparenza del SSN rispetto alla tematica delle liste di attesa.

Saranno oggetto di Monitoraggio i siti Web di Regioni e Province Autonome; ASL; AO e AOU; IRCCS; Policlinici Universitari.

Saranno raccolte varie informazioni tra cui: Presenza del sito Web, Apertura sito Web, Indirizzo sito Web consultato, Data di esecuzione del Monitoraggio del sito Web, Accessibilità, Presenza del Programma Attuativo Aziendale, Dati aggregati a livello per le prestazioni traccianti per la Classe di priorità B e dati aggregati per le prestazioni traccianti per la Classe di priorità D, Presenza di tempi di attesa anche se diversi rispetto a quelli previsti dal PNGLA, Prenotazione online.

I risultati del Monitoraggio saranno diffusi attraverso il Portale del Ministero della Salute.

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

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

**Allegato D:** Glossario in materia di liste di attesa.



Ministero della Salute

All. B



Nuovo  
Sistema  
Informativo  
Sanitario

Allegato B

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

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

Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali.

Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali.

Monitoraggio ex post dei tempi di attesa per ricoveri programmati.

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



## Allegato B

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

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

#### **1. Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali**

##### ***Ambito del Monitoraggio***

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

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

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

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

##### **Contenuti informativi**

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

Ai fini del Monitoraggio vanno tenute presenti le seguenti definizioni:

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

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

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

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

B= entro 10 gg

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

P= programmata (con tempistica: 120gg)<sup>(\*)</sup>

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



La valorizzazione del campo "Classe di priorità" è obbligatoria per il primo accesso. L'indicazione del valore da attribuire a tale campo è a cura del prescrittore. Nel caso in cui nelle ricette siano presenti più prestazioni, ad esse deve necessariamente essere attribuita la medesima Classe di priorità.

*Tipo di accesso:* indica se la prestazione richiesta si riferisce ad un primo accesso (prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e nel caso di un paziente cronico, si considera primo accesso, la visita o l'esame strumentale, necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) o accesso successivo (visita o prestazione di approfondimento, per pazienti presi in carico dal primo specialista, controllo, follow up).

Il tipo di accesso è comune a tutte le prestazioni indicate nella singola ricetta.

*Codice struttura che ha evaso la prestazione:* indica il codice della struttura sanitaria che ha erogato la prestazione, coerente con la codifica utilizzata nel modello STS.11. Il campo è di tipo alfanumerico di 6 caratteri.

*Garanzia dei tempi massimi:* indica le situazioni per le quali il cittadino accede alla garanzia dei tempi massimi oppure, per motivi vari (tra cui la scelta dell'utente diversa dalla prima disponibilità) il SSR non è tenuto a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa previsti per la Classe di priorità indicata in ricetta. Il dato viene acquisito in fase di prenotazione e riportato nel flusso ex art. 50.

La valorizzazione del campo "Garanzia dei tempi massimi" è obbligatoria solo per il primo accesso. Il campo è di tipo alfa numerico (1 carattere) con la seguente codifica:

1= utente a cui devono essere garantiti i tempi massimi di attesa;

0= utente che non rientra nella categoria precedente.

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

### **Modalità e tempi di trasmissione**

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



## 2. Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali

### *Ambito del monitoraggio*

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

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

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

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

### *Modalità e tempi di trasmissione*

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

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

Viene definita per il 2019 la seguente modalità di Monitoraggio:

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

### *Contenuti informativi*

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

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

DETTAGLIO

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





## 2. Monitoraggio dei tempi di attesa per ricoveri programmati

### *Ambito della rilevazione*

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

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

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

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

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

Le distribuzioni, per ricoveri in regime ordinario e diurno, sono visibili nelle tabelle riportate di seguito:

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



**Note per il calcolo:**

1. *Criteri di eleggibilità*

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

2. *Criteri di esclusione*

- Tutti i ricoveri per acuti di tipo urgente, TSO o parto non urgente.



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

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



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

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

2. Regime di ricovero: il regime di ricovero distingue il ricovero ordinario dal ricovero diurno.

Valori ammessi:

1 = Ricovero ordinario

2 = Ricovero diurno (day-hospital/daysurgery)



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

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

- A - Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.
- B - Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
- C - Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
- D - Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

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

7. Tipo di ricovero: individua i ricoveri programmati distinguendoli dai ricoveri in urgenza e dai trattamenti sanitari obbligatori. I valori ammessi per il campo sono i seguenti:

- 1 = ricovero programmato, non urgente;
- 2 = ricovero urgente;
- 3 = ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO);
- 4 = ricovero programmato con preospedalizzazione;
- 5 = parto non urgente

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

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

9. Diagnosi principale e diagnosi secondarie.

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



*Modalità e tempi di trasmissione*  
Trimestrali



#### 4. Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione

##### *Ambito del Monitoraggio*

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

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

##### *Contenuti informativi*

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

TESTATA

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

DETTAGLIO

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



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

**Modalità e tempi di trasmissione**

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

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

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

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

## ALLEGATO D

### GLOSSARIO IN MATERIA DI LISTE DI ATTESA

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

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

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

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

**Attività libero-professionale intramuraria "allargata":** Attività libero-professionale intramuraria "allargata": "l'attività svolta, previa autorizzazione, presso gli studi professionali



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

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

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

**Per le prestazioni ambulatoriali** sono previste le seguenti specifiche.

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

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

B= entro 10 gg;

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

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

**Per le prestazioni di ricovero** sono previste le seguenti specifiche.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

utilizzata per la compilazione del campo "data di prenotazione", previsto nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).

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

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

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

- data in cui lo specialista predispose il referto: lo specialista può refertare subito dopo l'esecuzione della prestazione, oppure dopo alcuni giorni;
- data in cui il servizio rende disponibile il referto alla struttura: è influenzato dal momento della stampa del testo, del controllo e della firma da parte dello specialista, dal tempo impiegato per l'invio ai punti di raccolta e distribuzione dei referti;
- data in cui il referto è effettivamente disponibile all'utente per essere ritirato;
- data di ritiro del referto da parte dell'utente, che è una variabile non dipendente dalla struttura per il periodo che intercorre dalla data in cui il referto è effettivamente disponibile a quella del ritiro.

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

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

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

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

**Garanzia dei tempi massimi:** indica la situazione in cui l'utente accede alla garanzia dei tempi massimi, per classe di priorità, previsti per le prestazioni ambulatoriali oppure, per motivi vari (tra cui la scelta dell'utente diversa dalla prima disponibilità) il SSR non è tenuto a garantire i tempi massimi di attesa previsti.

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

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

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

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

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

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

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

**Prestazione in emergenza/urgenza clinica:** per i ricoveri, sono considerati urgenti quelli definiti tali sulla Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO). Per le prestazioni



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

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

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

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

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

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

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

**Tempo di attesa per le prestazioni di ricovero programmato:** tempo che intercorre tra la data di prenotazione della proposta di ricovero (formulata all'erogatore da parte del

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

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

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

**Tipo di accesso:**

**Per le prestazioni ambulatoriali** indica se la prestazione richiesta si riferisce ad un primo accesso (prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore; nel caso di un paziente cronico, si considera primo accesso la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) o accesso successivo (visita o prestazione di approfondimento per pazienti presi in carico dal primo specialista, controllo, follow up).

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

*1= primo accesso.*

*0= altra tipologia di accesso.*

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

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

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

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

*Questa variabile non si compila per i neonati, limitatamente ai ricoveri corrispondenti alla nascita degli stessi. Se un paziente accede all'Istituto di cura dal Pronto Soccorso*



*(Provenienza del paziente 1. paziente che acceda all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico) il campo tipo di ricovero deve essere compilato con la voce 2 ricovero urgente.*

*Per i ricoveri in regime di day hospital il campo tipo di ricovero non è necessario in quanto, in questo caso, il ricovero è sempre programmato.*

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

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

## 1. INTRODUZIONE

La Regione Umbria, già a partire dall'anno 2006, con l'adozione del suo primo Piano Regionale per il Contenimento dei Tempi di Attesa, ha dimostrato impegno e determinazione per mettere in atto tutte le strategie possibili, in coerenza con quanto previsto a livello nazionale, per arginare un problema molto sentito a livello regionale e nazionale.

Negli anni successivi, la Regione e le Aziende Sanitarie hanno messo in atto azioni volte a contrastare il fenomeno dei lunghi tempi di attesa, con l'approvazione di interventi straordinari per il contenimento delle liste di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Alcune delle azioni intraprese sono oggi contenute nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019 – 2021 quali ad esempio l'estensione degli orari di lavoro nei giorni feriali, l'apertura degli ambulatori il sabato e la domenica per le prestazioni più critiche, l'attivazione di percorsi di garanzia, l'offerta aggiuntiva di prestazioni in caso di criticità.

Il presente Piano, in coerenza con il PNGLA per il triennio 2019-2021 e con quanto già realizzato nella nostra Regione, mira ad individuare strumenti e modi di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti delle strutture, dei Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie, attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA).

L'attuazione del presente Piano è anche strettamente correlata all'attuazione del Piano Regionale della Cronicità (DGR n. 902/2017), in riferimento all'implementazione dei relativi Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), dove riveste ruolo centrale la presa in carico globale del paziente cronico. Per tale motivo è necessaria una riorganizzazione all'interno delle strutture sanitarie, finalizzata ad una programmazione più efficace di tutte le prestazioni necessarie alla persona assistita, comprese quelle di controllo che dovranno essere programmate direttamente dalla struttura consentendo così una migliore gestione delle Agende e una reale verifica delle necessità contingenti.

Resta fermo l'obiettivo, già previsto nei Piani regionali precedenti e riaffermato dal PNGLA 2019-2021, di realizzare un percorso per il governo delle liste di attesa, finalizzato a garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con la corretta differenziazione tra le prestazioni di primo accesso e quelle dei controlli successivi, il rispetto delle Classi di priorità, l'applicazione di criteri di appropriatezza, la trasparenza e l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri.

Nella ridefinizione degli obiettivi e delle strategie da utilizzare deve essere garantita la coerenza con:

- quanto definito in materia di ricetta medica dematerializzata (D.M. 2 novembre 2011);

- gli obiettivi dei contratti e degli Accordi collettivi nazionali, sia per quanto attiene le modalità prescrittive sia per l'attività libero professionale intramuraria (ALPI);
- gli indirizzi definiti in materia di accreditamento istituzionale e per la stipula dei contratti con gli erogatori, in particolare per quanto riguarda la gestione trasparente e programmata del volume e della tipologia delle prestazioni oggetto degli accordi, anche rispetto alle Linee guida nazionali - sistema CUP.

Ferme restando le strategie e le azioni già individuate con il Piano Regionale sopraccitato (DGR 600/2007) e le successive misure adottate con i piani successivi, è ora necessario ribadire alcuni concetti, puntualizzare alcune azioni e inserire gli elementi di novità necessari al fine di dare piena attuazione al nuovo Piano Nazionale.

## 2. LINEE DI INTERVENTO PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA

Fermo restando quanto previsto dal Piano Nazionale per il governo delle liste di attesa 2019-2021, si indicano di seguito le ulteriori misure e le attività che devono essere garantite dalle Aziende Sanitarie in riferimento a quanto contenuto nel paragrafo 2:

- **Tempi massimi di attesa per prestazioni ambulatoriali**  
punto 1. PNGLA

### Primi accessi:

**Per tutte le prestazioni** soggette a prescrizione con l'indicazione della classe di priorità con l'utilizzo dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei - RAO" il tempo massimo di attesa che ciascuna Azienda deve garantire è quello previsto dalla classe di priorità indicata nella prescrizione.

**Per tutte le altre prestazioni non soggette a metodica RAO** il tempo massimo di attesa da garantire è di 30 giorni per le visite e 60 giorni per gli esami strumentali.

### Accessi successivi:

Per gli **accessi successivi** il tempo massimo di attesa che ciascuna Azienda deve garantire è il tempo indicato dal medico prescrittore sulla ricetta SSN.

**La garanzia dei tempi massimi di attesa** deve essere assicurata nell'ambito del distretto di assistenza e Presidi ospedalieri/Aziende Ospedaliere più vicini al distretto di assistenza. Qualora non sia prevista l'erogazione di una determinata prestazione all'interno dell'ambito sopraindicato, la disponibilità andrà assicurata nel distretto/Presidi ospedalieri/Azienda ospedaliera nei quali è prevista l'erogazione della prestazione più vicini a quello di assistenza.

Ai fini di una corretta applicazione di quanto indicato al presente paragrafo si richiamano le seguenti definizioni riportate nell'Allegato D del PNGLA 2019-2021:

**Il tempo di attesa per le prestazioni ambulatoriali** è generalmente definito come il tempo che intercorre tra il momento della prenotazione di una prestazione di specialistica ambulatoriale e il momento dell'erogazione.  
**Il tempo massimo di attesa** rappresenta il tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta (prenotazione) delle prestazioni e l'erogazione delle stesse.

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

**Primo accesso:** prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore; nel caso di un paziente cronico, si considera primo accesso la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico.

**Accesso successivo:** visita o prestazione di approfondimento per pazienti presi in carico dal primo specialista, controllo, follow up).

- **Tempi massimi di attesa per prestazioni di ricovero**  
punto 1. PNGLA

**Per i ricoveri programmati oggetto di monitoraggio indicati nell'elenco al paragrafo 3.2 del PNGLA 2019-2021, il tempo massimo di attesa che ciascuna Azienda deve garantire è quello previsto dalla classe di priorità indicata nella prescrizione.** Le classi di priorità d'accesso previste nella nostra Regione, in linea con le indicazioni del PNGLA 2019-2021, sono:

Classe di priorità per il ricovero	Indicazioni
A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi

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

- **Azioni per l'ottimale utilizzo delle strutture e delle apparecchiature**  
Punto 2. e punto 3. PNGLA

**Le Aziende Sanitarie devono provvedere alla razionalizzazione e all'ottimizzazione dell'offerta delle prestazioni** tenendo conto sia delle effettive necessità assistenziali del territorio sia della domanda rilevata.

Laddove si riscontri un'offerta non adeguata, le Aziende dovranno:

- prevedere l'apertura degli ambulatori specialistici, con lista di attesa più numerosa, nei pomeriggi con orario prolungato fino alle 22 e il fine settimana;
- prevedere turni di massimo utilizzo della strumentazione programmando una apertura di 12h/die con professionisti provenienti anche da altre Aziende Sanitarie (integrazione Ospedali-territorio, equipe multidisciplinari e multiprofessionali). Prevedere in particolare l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini al massimo della loro capacità produttiva. Ove necessario, ciascuna Azienda dovrà provvedere alla definizione di eventuali fabbisogni di personale e di tecnologie; dovrà essere elaborato un piano dettagliato che evidenzi le motivazioni organizzative alla base dell'esigenza di incremento del personale nonché un quadro dettagliato dell'effettivo tempo di disponibilità delle apparecchiature vetuste (tenendo conto dei tempi di fermo macchina per guasto/manutenzione) nonché dell'esigenza di sostituzione di quelle obsolete;
- rimodulare i budget con le strutture private accreditate;
- prevedere contratti di assunzione per il personale da coinvolgere nel presente Piano (medici, infermieri, tecnici, ecc) o altre forme di utilizzo di personale;
- valutare la possibilità di prevedere sistemi incentivanti per le figure coinvolte per il raggiungimento degli obiettivi;
- prevedere l'eventuale acquisto e l'erogazione delle prestazioni aggiuntive in regime libero professionale;

Per le attività sopra indicate, in particolare per i contratti con le strutture private accreditate e per l'acquisto di prestazioni aggiuntive erogate direttamente dai Dirigenti del servizio Sanitario regionale secondo le norme contrattuali e di legge, la Regione prevederà risorse specifiche.

- **Misure per la congruità e l'appropriatezza della prescrizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale**  
Punto 6. PNGLA

**I medici specialisti** al momento dell'erogazione della prestazione **dovranno attribuire la Classe di priorità per tutte le prestazioni** per le quali è prevista la griglia RAO, al fine di consentire l'analisi della **concordanza della Classe** assegnata ai singoli casi.

Per l'accesso a **prestazioni ambulatoriali invasive o a forte rischio di inappropriatazza**. Dovranno essere condivisi con il Comitato dei MMG e PLS strumenti volti al miglioramento dell'appropriatezza e della congruità prescrittiva, quali ad esempio:

- **Sperimentazioni sulla gestione di particolari prestazioni** come la **Gastroscopia, la Colonscopia, l'ECG da sforzo e l'Elettromiografia,**

prevedendo che il MMG prescriva la relativa visita specialistica per presa in carico con priorità B (10 giorni) o D (30 giorni), anziché gli specifici esami diagnostici; in questi casi il servizio di competenza assicura la presa in carico del paziente provvedendo alla prescrizione e alla contestuale prenotazione (già sperimentato nel distretto Alto Chiascio della USL Umbria 1);

- Elaborazione periodica e trasmissione ai MMG e PLS di report per la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva (es. Prestazioni prescritte/assistiti, numero assistiti che non aderiscono al programma di screening, concordanza RAO, ecc...).

Dovranno inoltre essere utilizzati gli strumenti necessari per intercettare gli utenti:

- che effettuano una **prestazione prevista dagli screening fuori dal programma** ad essi riservato, e non risultano aver aderito al programma;
- che effettuano una **prestazione prevista dagli screening aggiungendo un esame intermedio** rispetto a quanto previsto dal programma stesso a cui hanno aderito.

Tali informazioni dovranno essere trasmesse ai MMG al fine di informare i propri pazienti relativamente al corretto percorso da seguire.

Tutte le azioni sopra descritte dovranno essere condivise con i MMG e i PLS nell'ambito delle AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e con i medici specialisti.

- **Misure per la congruità e l'appropriatezza della prescrizione delle prestazioni di ricovero**

*Punto 6. PNGLA*

Ferme restando le misure definite dalle norme nazionali e le azioni previste fino ad oggi con atti e note regionali, le Aziende devono provvedere a potenziare l'attività di Osservazione Breve Intensiva (OBI) ridefinendo il proprio assetto organizzativo in modo da ridurre i ricoveri inappropriati.

- **Adeguamento del Sistema CUP regionale e Potenziamento servizi per la gestione delle disdette/modifiche delle prenotazioni**

*Punto 7. PNGLA, Punto 8. e punto 12. PNGLA*

Il sistema CUP regionale deve garantire la gestione razionale e trasparente degli accessi ambulatoriali, in coerenza con le Linee Guida Nazionali CUP di cui all'Accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010 e successivi aggiornamenti. Tale sistema deve inoltre essere adeguato dal punto di vista informatico ed organizzativo in modo da garantire tutte le azioni previste dal presente Piano, come indicato nell'Allegato B – Attività di adeguamento del Sistema CUP. I punti CUP potranno essere istituiti anche nelle AFT in modo da permettere ai MMG di prenotare direttamente le prestazioni di specialistica ambulatoriale contestualmente alla prescrizione.

Al fine di governare il fenomeno della "prestazione non eseguita" per mancata presentazione dell'utente dovranno essere **consolidati ed eventualmente ampliati i servizi telefonici (compresi Recall e NUS – Numero Umbria Sanità, servizi attivi già da tempo nella nostra Regione) e i servizi telematici** (sms, post elettronica, CUP online, ...) di modifica o disdetta delle prestazioni prenotate.

- **Pagamento ticket per prestazioni non disdette e pagamento prestazioni per mancato ritiro referto**  
*Punto 12. del PNGLA*

Come previsto dall'art. 3 comma 15 del d. Lgs. 124/1998: "L'utente che non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione".

Inoltre si richiama la previsione dell'art. 1, comma 796 legge n. 296 del 27/12/2006 (Legge Finanziaria 2007) secondo cui il cittadino è tenuto, anche se esente, al pagamento per intero delle prestazioni di cui non ritira il referto entro 30 giorni dall'erogazione della prestazione. L'Azienda USL competente ad esercitare il recupero in caso di mancato ritiro del referto da parte dell'utente è quella di residenza del soggetto.

- **Gestione trasparente delle Agende di prenotazione**  
*Punto 9. PNGLA*

**Il sistema regionale CUP deve assicurare la gestione trasparente e la totale visibilità di tutte le Agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate convenzionate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria.** Devono essere definite ed applicate **regole omogenee di creazione e di gestione delle Agende** su tutto il territorio regionale, nonché **regole omogenee di prenotazione** in modo da assicurare trasparenza ed equità di accesso.

**Le Aziende Sanitarie devono generare agende distinte per i primi accessi e per gli accessi successivi. Quelle per i primi accessi devono essere suddivise per le classi di priorità previste per ciascuna prestazione.** Per le attività legate agli accessi successivi, si istituiranno **apposite Agende dedicate** alle prestazioni programmate dallo specialista che già ha preso in carico il paziente e Agende dedicate per i PDTA previsti dal Piano regionale della cronicità. Le Agende devono essere operative:

- **entro il 30 maggio 2019 per tutti i primi accessi delle prestazioni oggetto di monitoraggio del PNGLA 2019-2021;**
- **entro il 30 luglio 2019 per tutti i primi accessi delle restanti prestazioni, sia quelle soggette a prescrizione con l'indicazione della classe di priorità con l'utilizzo dei RAO sia per quelle non soggette a metodica RAO per le quali è comunque prevista l'indicazione della classe di priorità (tempo massimo di attesa da garantire 30 giorni per le visite e 60 giorni per gli esami strumentali);**
- **entro il 30 settembre 2019 per gli accessi successivi di tutte le prestazioni.**

Le Agende per i PDTA dovranno essere create a seguito dell'approvazione dei singoli PDTA regionali per garantirne l'applicabilità.

La gestione delle Agende da parte del sistema CUP deve essere improntata a **criteri di flessibilità**, in modo da evitare la sottoutilizzazione della capacità erogativa e massimizzare la capacità di assicurare il rispetto del tempo massimo di attesa per ciascuna classe di priorità. Inoltre è opportuno prevedere in tutte le Agende il **riutilizzo dei posti** nel caso si presentino annullamenti di prenotazioni garantendo una riassegnazione delle disponibilità alle priorità con più alta domanda per quella tipologia di agenda/prestazione (disponibilità in overbooking).

- **Potenziamento dell'uso delle classi di priorità e dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO)**  
*Punto 5. e punto 10. PNGLA*

Deve essere promosso ed attuato l'utilizzo dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei - RAO", attraverso il coinvolgimento partecipativo dei medici prescrittori (MMG, PLS e Specialisti ambulatoriali) ed erogatori, al fine di garantire un accesso appropriato e prioritario alle prestazioni.

Le classi di priorità d'accesso previste nella nostra Regione, in linea con le indicazioni del PNGLA, sono:

**U (Urgente)**, da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;  
**B (Breve)**, da eseguire entro 10 giorni;  
**D (Differibile)**, da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;  
**P (Programmata)**, da eseguire entro 120 giorni.

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

Oltre ai RAO già presenti a livello regionale, vengono adottati i RAO nazionali di cui all'Allegato C del PNGLA 2019-2021 e definiti nuovi RAO regionali per le prestazioni sottoposte a monitoraggio. Per la scelta dei contenuti clinici delle classi di priorità si dovrà fare riferimento al documento Tabelle RAO - Regione Umbria - Allegato A al presente atto e successivi aggiornamenti.

Per tutte le **prime visite/prime prestazioni diagnostiche** è obbligatorio **indicare sulla prescrizione il codice della Classe di priorità e il quesito diagnostico**.

- **Governo dell'offerta attraverso la definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali**  
*Punto 11. PNGLA*

L'andamento della produzione di prestazioni specialistiche ambulatoriali nella Regione Umbria dal 2015 al 2018, evidenzia un decremento dal 2015 al 2016 pari al 5,5%, mentre subisce un incremento pari a circa il 4% dal 2016 al 2017 e pari a circa il 2% dal 2017 al 2018.

Inoltre mentre dal 2016 al 2017 l'incremento è limitato al laboratorio e alla diagnostica esclusa la radiologia, dal 2017 al 2018 l'aumento riguarda tutte le categorie.

Le Aziende USL, attraverso l'analisi specifica dei propri flussi informativi delle prestazioni, dovranno valutare la domanda espressa dai propri residenti, compresa la domanda soddisfatta al di fuori del proprio territorio (mobilità passiva interaziendale ed interregionale). Per una migliore valutazione potranno inoltre stimare, attraverso indagini ad hoc o utilizzando dati di letteratura, la componente della domanda che, a causa di un'offerta insufficiente, risulta non soddisfatta dal SSR.

- **Governo dell'offerta attraverso la separazione dei canali di accesso (primo accesso e accessi successivi)**  
*Punto 11 PNGLA*

- a. Obbligo dell'indicazione, nelle procedure di **prescrizione e prenotazione** delle prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal SSN:
  - di **prima visita/prestazione diagnostica o degli accessi successivi**;

- della **classe di priorità** se trattasi di prime visite/prime prestazioni diagnostiche;
- del **tempo in cui deve essere effettuato il controllo** (numero di mesi) se trattasi di accessi successivi;
- del **quesito diagnostico**;
- del **suggerito**.

Si evidenzia che, ai fini del Monitoraggio ex post previsto dal PNGLA 2019-2021, a **partire dal 01/06/2019** diverranno obbligatori:

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

Per tutte le altre prestazioni per le quali è previsto l'utilizzo dei RAO tali informazioni e l'indicazione della classe di priorità diverranno obbligatorie a partire **dal 01/08/2019**.

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

- Realizzazione dell'effettiva **separazione dei percorsi relativi ai primi accessi e agli accessi successivi**, sia nella fase di **prenotazione** che in quella di **erogazione** della prestazione; le Agende CUP dovranno pertanto essere adeguate a tali indicazioni come già indicato nello specifico punto "Gestione trasparente delle Agende di prenotazione"
- Le Aziende Sanitarie devono organizzare i Servizi specialistici ambulatoriali sia delle strutture ospedaliere che quelli territoriali in modo tale che le **prestazioni successive al primo accesso**:
  - **siano prescritte direttamente dal medico specialista su ricetta SSN, indicando in un apposito spazio destinato ad uso regionale il tempo in cui deve essere effettuato il controllo (numero di mesi)**, senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione;
  - **siano prenotate direttamente dai Servizi specialistici al momento della prescrizione.**

**La procedura dovrà essere analoga in caso di dimissione ospedaliera** per le eventuali ulteriori indagini di completamento dell'iter diagnostico-terapeutico (qualora non incluse nel DRG).

- Gestione del percorso dell'emergenza/urgenza e dell'urgenza classe di priorità U:** le prestazioni di emergenza/urgenza hanno diretto accesso al Pronto Soccorso senza la ricetta del SSR. Le prestazioni urgenti classe di priorità U sono solo quelle prestazioni critiche di primo accesso sottoposte a metodica RAO, prescrivibili con impegnativa del SSR e che non devono accedere al Pronto Soccorso.

- **"Presenza in carico" del paziente cronico**  
*Punto 13. PNGLA*

Le malattie del sistema cardiocircolatorio e i tumori si confermano essere le principali cause di morte nel nostro Paese, pertanto devono essere le aree prioritarie per lo sviluppo dei **Percorsi diagnostici e terapeutici assistenziali (PDTA)**. Si rimanda al Piano regionale della cronicità, che definisce le linee strategiche regionali per tutte le patologie

croniche, per l'individuazione di ulteriori aree di interesse per lo sviluppo dei PDTA, ad esempio:

Diabete (con particolare attenzione alla esecuzione del Fundus Oculi)

BPCO (con particolare attenzione alla esecuzione della Spirometria).

Le Aziende sanitarie dovranno mettere in atto azioni sistemiche ed integrate finalizzate a **migliorare i PDTA, compresi quelli specifici per l'ambito pediatrico**, in modo da garantire tempi adeguati di erogazione delle prestazioni, nonché modalità di comunicazione e informazione per l'utente e i familiari rispetto ai PDTA previsti e alla relativa tempistica di erogazione. Dopo la prima visita, una volta confermato il sospetto clinico, dovrà essere garantita la "presa in carico" del paziente cronico con l'avvio di un PDTA che consenta la definizione puntuale del problema e l'esecuzione di esami diagnostici e terapie necessari entro i tempi massimi di attesa indicati per ciascuna delle due fasi: **a tale scopo si dovrà provvedere alla prescrizione e alla prenotazione delle prestazioni di controllo direttamente da parte dei servizi specialistici.**

- **"Percorsi di tutela"**

*Punto 14., punto 15. e punto 16. PNGLA*

Dovranno essere definiti percorsi di garanzia di accesso alle prestazioni prevedendo la **gestione dell'utente da parte del distretto di assistenza** qualora non vi sia disponibilità della prestazione nei tempi previsti, **sia per i primi accessi**, secondo la priorità indicata, **sia per gli accessi successivi**, secondo il tempo indicato dal medico prescrittore sulla ricetta SSN. La gestione dovrà essere interaziendale USL/Aziende Ospedaliere anche al fine di assicurare trasparenza ed equità di accesso.

A tale scopo **ciascuna Azienda USL individua un Manager referente sanitario per ciascun distretto che, in collaborazione con il Manager referente sanitario che dovrà essere individuato da ciascuna Azienda Ospedaliera e con il Back Office CUP**, avrà il compito di individuare la modalità più opportuna per assicurare attraverso l'attività istituzionale la risposta più adeguata alla richiesta. Le Aziende Sanitarie devono dotarsi di strumenti atti a garantire l'effettiva gestione dell'utente, pianificando la fruibilità delle prestazioni in modo tempestivo e congruo con il decorso della patologia, anche nell'ottica di evitare il ricorso a prestazioni caratterizzate da una più elevata complessità erogativa (es. ospedalizzazione c.d. evitabile).

Qualora non sia possibile rispondere con l'attività istituzionale e venga superato il tempo massimo di attesa, vanno previsti **"percorsi di tutela"** che possono prevedere anche l'attivazione di una specifica procedura, definita a livello aziendale, che permetta al paziente residente di effettuare la prestazione presso un **erogatore privato accreditato convenzionato** nel rispetto dei tempi previsti dal presente piano. L'Azienda potrà anche prevedere l'acquisto di prestazioni aggiuntive dai propri professionisti.

Deve essere previsto l'eventuale acquisto e l'erogazione delle prestazioni aggiuntive **in regime libero professionale**, concordate con i professionisti e sostenute economicamente dall'Azienda di assistenza, riservando al cittadino solo la partecipazione al costo.

**Le attività dei Manager sopra descritti dovranno essere coordinate dal Direttore Sanitario di ciascuna Azienda** al fine di uniformare le modalità di risoluzione delle problematiche legate alla gestione dei tempi di attesa.

### 3. MONITORAGGIO, CONTROLLO, VALUTAZIONE

#### 3.1 Elenco delle prestazioni e tempi massimi di attesa oggetto di monitoraggio

Per l'elenco delle prestazioni e i tempi massimi di attesa che saranno oggetto di monitoraggio relativi alle prestazioni ambulatoriali, alle prestazioni in regime di ricovero e alle prestazioni inserite in Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) si rimanda al paragrafo 3, punti 3.1, 3.2 e 3.3 del PNGLA 2019-2021.

Per i monitoraggi e i relativi flussi informativi delle prestazioni ambulatoriali, delle prestazioni in regime di ricovero, dei PDTA, delle prestazioni erogate in attività Libero Professionale Intramuraria erogata a carico dell'utente e della presenza sui siti Web della sezione su liste e tempi di attesa si rimanda al paragrafo 6 del PNGLA 2019-2021 e all'Allegato B "Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa" del PNGLA 2019-2021 in cui vengono descritti:

- 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 delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- 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 (a carico dell'utente), effettuata attraverso il portale di Agenas (<http://alpi.agenas.it>), secondo le relative Linee Guida ad oggi in fase di revisione;
- 7) Monitoraggio della presenza sui siti Web della Regione e delle 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 Aziende Sanitarie assicurano la trasmissione sistematica dei flussi informativi di Monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa secondo quanto previsto dal paragrafo 6 del PNGLA 2019-2021 e dall'Allegato B "Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa" del PNGLA 2019-2021.

Oltre a quanto sopra indicato, si prevede quanto segue:

- Per quanto riguarda le prestazioni di controllo di specialistica ambulatoriale verranno monitorati: l'effettuazione della prescrizione da parte del medico specialista, l'indicazione nella prescrizione di "accesso successivo", l'effettuazione della prenotazione direttamente da parte dei servizi specialistici, i tempi di erogazione in base a quanto indicato dal medico prescrittore, la sospensione/chiusura delle agende.

- Per quanto riguarda le **prestazioni di ricovero**, al fine di assicurare un corretto monitoraggio e a garanzia di equità e trasparenza verso il cittadino, verrà istituito un apposito gruppo di lavoro regionale, con la partecipazione delle Direzioni aziendali, per elaborare un documento contenente le indicazioni per la gestione di tali liste di attesa e per la definizione di un apposito flusso informativo verso la Regione. I lavori dovranno terminare entro 30 settembre 2019.

### **3.2 Cruscotto regionale**

La Regione garantisce l'utilizzo di sistemi innovativi di business objects per la governance delle liste di attesa a livello regionale e aziendale.

Dovrà essere realizzato un cruscotto regionale che assicuri il monitoraggio dei tempi e delle liste di attesa, adeguato alle regole definite nel presente Piano, in particolare:

- i monitoraggi previsti dal presente PRGLA e dal PNGLA 2019-2021 (deve essere automatizzata la produzione dei report previsti per gli Adempimenti LEA: monitoraggio ex ante, sospensioni, ecc.)
- il monitoraggio delle prestazioni offerte e delle prestazioni erogate
- il monitoraggio delle agende chiuse, sospese e non generate
- Il monitoraggio dei tempi di attesa, dei tempi medi di erogazione delle prestazioni, il ritardo con cui l'assistito si presenta per la prenotazione, ecc.
- il monitoraggio della appropriatezza delle prestazioni prescritte, di quelle suggerite, ecc. che preveda l'elaborazione periodica di report da trasmettere ai MMG e PLS e agli Specialisti: a tale scopo dovranno essere definiti specifici indicatori attraverso i quali possano essere stabiliti degli obiettivi per entrambe le tipologie di medico prescrittore (esempi: per i MMG misurare quante prestazioni sia in termini numerici che economici prescrive ogni singolo medico in rapporto alla popolazione pesata, numero assistiti che non aderiscono al programma di screening e numero di prestazioni per soggetti in fascia di screening, quante prestazioni specifiche come RMN, gastro, colon, quanti esami ripetuti; per gli Specialisti quante prestazioni suggerite e non prescritte direttamente)
- la concordanza dei RAO.

Le informazioni da monitorare e i relativi indicatori dovranno essere condivisi e definiti congiuntamente dalle Aziende Sanitarie e dalla Regione.

## **4. ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA**

Si rimanda a quanto previsto dal paragrafo 5 del PNGLA 2019-2021.

Inoltre, si ribadisce che in caso di superamento del rapporto tra l'attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento dei tempi di attesa massimi già individuati dalla Regione, si attua il blocco dell'attività libero professionale, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate.

Le prestazioni da erogare in attività libero professionale devono essere prenotate nel sistema CUP, attraverso sportelli dedicati e i sistemi informatizzati devono garantire la tracciabilità dei pagamenti.

## 5. I PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI

**Entro 60 giorni** dall'adozione del presente piano le Aziende Sanitarie della Regione adottano un nuovo Programma Attuativo Aziendale o aggiornano quello in uso, in coerenza con quanto definito in ambito regionale e provvedono all'invio dello stesso alla Regione che provvederà al monitoraggio delle iniziative e degli interventi attuati. Al fine di rendere più efficaci le azioni che verranno programmate, è auspicabile che i Programmi attuativi aziendali siano interaziendali, elaborati cioè congiuntamente tra Azienda USL e Azienda Ospedaliera di riferimento.

Il Programma Attuativo Aziendale è reso disponibile sul portale dell'Azienda sanitaria e costantemente aggiornato.

Il Programma Attuativo Aziendale recepisce quanto previsto dal PNGLA 2019-2021, in particolare al paragrafo 4., e dal presente Piano Regionale. Ciascuna Azienda:

- garantisce il governo dell'offerta attraverso la definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche e la separazione dei canali per le diverse tipologie di accesso delle stesse, cioè "primo accesso" e "accesso successivo". Pertanto saranno definiti l'elenco delle prestazioni ambulatoriali erogabili e i relativi volumi, specifici per branca, sia per il pubblico che per il privato accreditato, al fine di quantificare le prestazioni necessarie in termini di prime visite/primi esami e controlli. Tale offerta dovrà tenere conto anche della mobilità passiva interregionale;
- negli Accordi collettivi regionali:
  - prevede l'obbligo di attenersi a quanto previsto dal presente Piano per il corretto accesso alle prestazioni sanitarie, nonché l'utilizzo delle Classi di priorità, del Quesito diagnostico e l'identificazione di primo accesso o accesso successivo;
  - promuove la valutazione ed il miglioramento dell'appropriatezza e della congruità prescrittiva per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali (es. incentivi concordanza RAO) e di ricovero, anche nell'ambito delle attività delle AFT;
- prevede nei contratti con gli erogatori accreditati l'impegno da parte degli stessi "a collaborare con la pubblica amministrazione anche, a titolo indicativo ma non esaustivo, nel sistema di gestione dei tempi e delle liste di attesa, facendo confluire le proprie Agende di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali nel sistema unico di prenotazione a livello regionale nonché, più in generale, nelle attività ispettive e di controllo da parte della pubblica amministrazione, pena la risoluzione del contratto" (*ANAC delibera 831 del 3 agosto 2016 determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione*);
- promuove l'informazione e la comunicazione sulle liste di attesa, sulle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, sui percorsi di garanzia in caso di sfioramento dei tempi massimi, sui diritti e doveri in coerenza con quanto previsto nel presente Piano, attraverso sezioni dedicate e accessibili sui siti Web aziendali, campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi, prevederne la disponibilità anche presso le strutture di abituale accesso dei cittadini (farmacie di comunità, ambulatori dei MMG e dei PLS); promuove inoltre la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato, per favorire un'adeguata conoscenza;

- favorisce l'accesso alla prenotazione anche attraverso le farmacie e i MMG e PLS;
- assicura l'attività di formazione degli operatori del Sistema CUP;
- assicura la vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale (primi accessi e accessi successivi) previsto dalla Legge n. 266/2005, dall'articolo 1, comma 282 (Finanziaria 2006) e fornisca alle strutture sanitarie il protocollo relativo agli interventi da attuare per fronteggiare i disagi causati dalla sospensione dell'erogazione della prestazione;
- prevede l'adozione di modelli gestionali atti a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, nonché l'incremento delle sedute operatorie, programmando le stesse anche al pomeriggio, intervenendo sia sui processi intraospedalieri che determinano la durata della degenza media, sia sui processi di deospedalizzazione laddove questi richiedano interventi di facilitazione;
- prevede il monitoraggio dei Programmi attuativi aziendali che prevede il coinvolgimento e la partecipazione di organizzazioni di tutela del diritto alla salute e pertanto, il periodico ricevimento da parte dell'Azienda delle associazioni e dei comitati dei diritti.

Gli impegni assunti dai Direttori Generali per il superamento delle criticità legate ai lunghi tempi di attesa saranno fattore prioritario nella loro valutazione, secondo quanto previsto dall'art. 3 bis, comma 7 bis, del D.Lgs. 30/12/1992 n. 502 e s.m.

## 6. FUNZIONI DI COORDINAMENTO, INTERVENTO, MONITORAGGIO

Il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria dovrà costituire un **tavolo di lavoro aziendale** per l'attuazione e il monitoraggio delle attività previste dal Piano attuativo aziendale e dal PRGLA, a cui parteciperanno i Direttori Sanitari, i Direttori di Distretto/Direttori di Presidio, il Manager referente sanitario di ciascun Distretto, nonché altre professionalità e responsabili aziendali secondo l'organizzazione adottata e le tematiche affrontate. Inoltre la Direzione Aziendale avrà il compito di coordinare le attività dei responsabili delle varie fasi del processo a garanzia della coerenza delle azioni inerenti il governo dei tempi di attesa.

Viene inoltre istituito un **Osservatorio regionale** che sarà costituito dai Dirigenti e dai Responsabili di Sezione dei Servizi della Direzione regionale Salute, Welfare, Organizzazione e Risorse Umane, dai Direttori Sanitari delle Aziende Sanitarie, che si avvarranno delle professionalità tecniche che riterranno opportune, da tre rappresentanti delle OO.SS. dei Medici di cure primarie (due per i Medici di Medicina Generale e uno per i Pediatri di Libera Scelta), da due rappresentanti dell'Intersindacale Medica Umbra.

L'Osservatorio avrà il compito di valutare la conformità dei Piani attuativi aziendali a quanto disposto dal Piano regionale e di monitorare le attività svolte dalle singole Aziende in attuazione del piano regionale e aziendale. Qualora vengano rilevate criticità nell'ambito della programmazione, dell'organizzazione e dell'attuazione di quanto stabilito dal PRGLA, l'Osservatorio le segnalerà all'Assessore regionale il quale le riporterà al Difensore Civico e

all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) della Regione Umbria, per il seguito di competenza.

Le valutazioni dell'Osservatorio verranno rappresentate dall'Assessore regionale alle OO.SS. con cadenza semestrale.

## **Allegati**

**Allegato A** - Tabelle RAO - Regione Umbria

**Allegato B** – Attività di adeguamento del Sistema CUP

**TABELLE RAO**  
**REGIONE UMBRIA**

## **INDICE**

<b>Legenda.....</b>	<b>10</b>
<b>CLASS_RAO 001 .....</b>	<b>12</b>
<b>COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Codice 45.23</b>	
<b>COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA – Codice 45.23.1</b>	
<b>SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE – Codice 45.24</b>	
<b>BIOPSIA (ENDOSCOPICA) DELL'INTESTINO CRASSO - Codice 45.25</b>	
<b>POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL'INTESTINO CRASSO – Codice 45.42</b>	
<b>CLASS_RAO 002 .....</b>	<b>15</b>
<b>DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO - Codice 88.71.4</b>	
<b>CLASS_RAO 003 .....</b>	<b>17</b>
<b>ECODOPPLERGRAFIA CARDIACA - Codice 88.72.2</b>	
<b>ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA - Codice 88.72.3</b>	
<b>CLASS_RAO 004 .....</b>	<b>19</b>
<b>ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI - Codice 88.73.5</b>	
<b>CLASS_RAO 005 .....</b>	<b>20</b>
<b>ECOCOLORDOPPLER ARTERIE RENALI - Codice 88.74.9</b>	
<b>CLASS_RAO 006 .....</b>	<b>21</b>
<b>ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI, ARTERIOSA O VENOSA - Codici 88.77.2</b>	
<b>CLASS_RAO 007 .....</b>	<b>22</b>
<b>ECOCOLORDOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI - Codice 88.76.3</b>	

<b>CLASS_RAO 008</b> .....	23
<i>ECOENCEFALOGRAFIA - Codice 88.71.1</i>	
<b>CLASS_RAO 009</b> .....	24
<i>ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO - Codice 88.76.1</i>	
<b>CLASS_RAO 010</b> .....	26
<i>ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE - Codice 88.75.1</i>	
<b>CLASS_RAO 011</b> .....	27
<i>ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.74.1</i>	
<b>CLASS_RAO 012</b> .....	29
<i>ECOGRAFIA GINECOLOGICA - Codice 88.78.2</i>	
<b>CLASS_RAO 013</b> .....	31
<i>ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.1</i>	
<i>ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.2</i>	
<b>CLASS_RAO 014</b> .....	33
<i>ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE - Codice 88.79.3</i>	
<b>CLASS_RAO 015</b> .....	35
<i>ECOGRAFIA OSTETRICA - Codice 88.78</i>	
<b>CLASS_RAO 016</b> .....	36
<i>ECOGRAFIA DEI TESTICOLI - Codice 88.79.6</i>	
<b>CLASS_RAO 017</b> .....	37
<i>ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO - Codice 89.50</i>	

<b>CLASS_RAO 018</b> .....	<b>38</b>
<b>ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) - Codice 45.13</b>	
<b>ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) CON BIOPSIA - Codice 45.16</b>	
<b>BIOPSIA (ENDOSCOPICA) DELL'ESOFAGO - Codice 42.24</b>	
<b>CLASS_RAO 019</b> .....	<b>40</b>
<b>MAMMOGRAFIA BILATERALE (2 PROIEZIONI) - Codice 87.37.1</b>	
<b>MAMMOGRAFIA MONOLATERALE (2 PROIEZIONI) - Codice 87.37.2</b>	
<b>CLASS_RAO 020</b> .....	<b>41</b>
<b>ORTOPANORAMICA DELLE ARCADE DENTARIE - Codice 87.11.3</b>	
<b>CLASS_RAO 021</b> .....	<b>42</b>
<b>PRIMA VISITA CARDIOLOGICA - Codice 89.7A.3</b>	
<b>CLASS_RAO 022</b> .....	<b>44</b>
<b>VISITA GENERALE (VISITA GASTROENTEROLOGICA) - Codice 89.7</b>	
<b>CLASS_RAO 023</b> .....	<b>46</b>
<b>RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.95.5</b>	
<b>RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO - Codice 88.95.4</b>	
<b>CLASS_RAO 024</b> .....	<b>47</b>
<b>RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.95.1</b>	
<b>CLASS_RAO 025</b> .....	<b>48</b>
<b>RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.95.2</b>	
<b>CLASS_RAO 026</b> .....	<b>49</b>
<b>RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO - Codice 88.91.6</b>	

<i>RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.91.7</i>	
<b>CLASS_RAO 027</b> .....	50
<i>RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA - Codice 88.93</i>	
<b>CLASS_RAO 028</b> .....	51
<i>RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.93.1</i>	
<i>RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA - Codice 88.93</i>	
<b>CLASS_RAO 029</b> .....	53
<i>RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.91.2</i>	
<i>RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO - Codice 88.91.1</i>	
<b>CLASS_RAO 030</b> .....	55
<i>RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.94.2</i>	
<b>CLASS_RAO 031</b> .....	56
<i>RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA - Codice 88.94.1</i>	
<b>CLASS_RAO 032</b> .....	58
<i>RADIOGRAFIA DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA - Codice 88.28</i>	
<b>CLASS_RAO 033</b> .....	59
<i>RADIOGRAFIA DELLA COLONNA CERVICALE - Codice 87.22</i>	
<i>RADIOGRAFIA DELLA COLONNA TORACICA (DORSALE) - Codice 87.23</i>	
<i>RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE ) - Codice 87.24</i>	
<b>CLASS_RAO 034</b> .....	60
<i>RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA - Codice 88.27</i>	

<b>CLASS_RAO 035</b> .....	61
<b>RADIOGRAFIA DEL GOMITO E DELL' AVAMBRACCIO - Codice 88.22</b>	
<b>CLASS_RAO 036</b> .....	62
<b>RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO - Codice 88.23</b>	
<b>CLASS_RAO 037</b> .....	63
<b>RADIOGRAFIA DELLA SPALLA E DELL' ARTO SUPERIORE - Codice 88.21</b>	
<b>CLASS_RAO 038</b> .....	64
<b>ANGIO TC DELL'AORTA TORACICA - Codice 87.44.1</b>	
<b>CLASS_RAO 039</b> .....	65
<b>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.01.2</b>	
<b>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE - Codice 88.01.1</b>	
<b>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.01.4</b>	
<b>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE - Codice 88.01.3</b>	
<b>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.01.6</b>	
<b>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO - Codice 88.01.5</b>	
<b>CLASS_RAO 040</b> .....	67
<b>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO SUPERIORE - Codici 88.38.3</b>	
<b>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO INFERIORE - Codici 88.38.6</b>	
<b>CLASS_RAO 041</b> .....	68
<b>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.38.4</b>	
<b>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.38.7</b>	

<b>CLASS_RAO 042</b> .....	69
<i>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO - Codice 88.38.5</i>	
<b>CLASS_RAO 043</b> .....	70
<i>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO - Codice 87.03</i>	
<b>CLASS_RAO 044</b> .....	71
<i>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 87.03.1</i>	
<b>CLASS_RAO 045</b> .....	72
<i>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE - Codice 87.03.2</i>	
<b>CLASS_RAO 046</b> .....	73
<i>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 87.03.3</i>	
<b>CLASS_RAO 047</b> .....	74
<i>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE - Codici 88.38.1</i>	
<b>CLASS_RAO 048</b> .....	75
<i>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.38.2</i>	
<b>CLASS_RAO 049</b> .....	76
<i>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE - Codice 87.41</i>	
<b>CLASS_RAO 050</b> .....	77
<i>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 87.41.1</i>	
<b>CLASS_RAO 051</b> .....	78
<i>VISITA OCULISTICA - Codice 95.02</i>	
<b>CLASS_RAO 052</b> .....	80
<i>VISITA GENERALE (VISITA ORTOPEDICA) - Codice 89.7</i>	

<b>CLASS_RAO 053</b> .....	<b>81</b>
<b>    VISITA GENERALE (VISITA UROLOGICA) - Codice 89.7</b>	
<b>CLASS_RAO 054</b> .....	<b>82</b>
<b>    VISITA NEUROLOGICA - Codice 89.13</b>	
<b>CLASS_RAO 055</b> .....	<b>83</b>
<b>    ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] - Codice 93.08.1</b>	
<b>CLASS_RAO 056</b> .....	<b>86</b>
<b>    ELETTROENCEFALOGRAMMA - Codice 89.14</b>	
<b>CLASS_RAO 057</b> .....	<b>87</b>
<b>    VISITA GENERALE (VISITA CHIRURGICA) - Codice 89.7</b>	
<b>CLASS_RAO 058</b> .....	<b>88</b>
<b>    VISITA GENERALE (VISITA CHIRURGICA VASCOLARE) - Codice 89.7</b>	
<b>CLASS_RAO 059</b> .....	<b>90</b>
<b>    VISITA GENERALE (VISITA DERMATOLOGICA) - Codice 89.7</b>	
<b>CLASS_RAO 060</b> .....	<b>92</b>
<b>    VISITA GENERALE (VISITA OTORINO) - Codice 89.7</b>	
<b>CLASS_RAO 061</b> .....	<b>94</b>
<b>    TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO - Codice 89.43</b>	
<b>    TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE - Codice 89.41</b>	
<b>CLASS_RAO 062</b> .....	<b>95</b>
<b>    ESAME CLINICO - STRUMENTALE DELLA MAMMELLA comprensivo di:</b>	
<b>    MAMMOGRAFIA BILATERALE (2 PROIEZIONI) – Codice 87.37.1, ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Bilaterale – Codice 88.73.1, VISITA</b>	
<b>    GENERALE (VISITA SENOLOGICA) – Codice 89.7</b>	

<i>oppure</i>	
<b>MAMMOGRAFIA MONOLATERALE (2 PROIEZIONI) – Codice 87.37.2, ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Monolaterale – Codice 88.73.2, VISITA GENERALE (VISITA SENOLOGICA) – Codice 89.7</b>	
<b>CLASS_RAO 063</b>	<b>97</b>
<b>VISITA GENERALE (VISITA FISIATRICA) - Codice 89.7</b>	
<b>CLASS_RAO 064</b>	<b>99</b>
<b>VISITA GENERALE (VISITA ENDOCRINOLOGICA) - Codice 89.7</b>	
<b>CLASS_RAO 065</b>	<b>100</b>
<b>VISITA GINECOLOGICA - Codice 89.26</b>	
<b>CLASS_RAO 066</b>	<b>101</b>
<b>VISITA GENERALE (VISITA ONCOLOGICA) - Codice 89.7</b>	
<b>CLASS_RAO 067</b>	<b>102</b>
<b>VISITA GENERALE (VISITA PNEUMOLOGICA) - Codice 89.7</b>	
<b>CLASS_RAO 068</b>	<b>103</b>
<b>ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO - Codice 89.44</b>	
<b>CLASS_RAO 069</b>	<b>104</b>
<b>ESAME AUDIOMETRICO TONALE - Codice 95.41.1</b>	
<b>CLASS_RAO 070</b>	<b>105</b>
<b>SPIROMETRIA SEMPLICE - Codice 89.37.1</b>	
<b>SPIROMETRIA GLOBALE - Codice 89.37.2</b>	
<b>CLASS_RAO 071</b>	<b>106</b>
<b>FOTOGRAFIA DEL FUNDUS - Codice 95.11</b>	
<b>NOTE</b>	<b>107</b>

## Legenda

Le tabelle sono indicate come "Class\_RAO" numerate da 001 a 071.

Le tabelle fanno riferimento alle prestazioni del Nomenclatore regionale per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale di cui alla DGR 1698/2011 e sono indicate in grassetto.

Nel box descrittivo di ogni tabella sono altresì riportate le prestazioni corrispondenti nel nuovo DPCM LEA 12.01.2017 per avere fin da subito la riconducibilità della tabella quando diventerà vigente il nuovo DPCM LEA 2017.

In alcuni box alcune prestazioni sono indicate come **riconducibili**, vale a dire che la tabella è stata definita per la prima prestazione in elenco e a livello regionale è stata valutata utilizzabile anche per altre prestazioni. Pertanto la tabella è utilizzabile per le prestazioni indicate e per quelle riconducibili.

Il simbolo **(M)** accanto al numero RAO indica che le prestazioni afferenti alla Tabella RAO sono **sottoposte a monitoraggio**, in tal caso l'obbligo dell'utilizzo del RAO in fase di prescrizione si applica **a partire dal 1 giugno 2019**.

L'indicazione "**sostituisce il precedente RAO regionale**" è inserita qualora fosse stato già in uso un RAO regionale ed è stato sostituito da quello nazionale

### ESEMPIO:

<b>CLASS_RAO</b> <b>001</b> <b>(M)</b>	<b>COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Codice 45.23</b> Escluso: Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale, Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24), Proctoscopia rigida (48.23), Endoscopia transaddominale dell'intestino	<b>Prestazioni Nomenclatore regionale per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale di cui alla DGR 1698/2011</b>
	<b>riconducibile COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA – Codice 45.23.1</b> <b>riconducibile SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE – Codice 45.24</b> <b>riconducibile BIOPSIA (ENDOSCOPICA) DELL'INTESTINO CRASSO - Codice 45.25</b> <b>riconducibile POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL'INTESTINO CRASSO – Codice 45.42</b>	
	<b>CODICI DPCM 12.01.2017:</b> 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	<b>Prestazioni DPCM LEA 2017</b>
	[sostituisce il precedente RAO regionale: ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (E COLONSCOPIA)]	

**RAO da 001 a 050:** sono state adottate le tabelle RAO dell'Allegato C al Piano Nazionale del Governo delle Liste di Attesa 2019-2021: qualora fosse stato già in uso un RAO regionale, questo è stato sostituito da quello nazionale ed in ciascuno di essi è stata riportata l'indicazione "sostituisce il precedente RAO regionale"

**RAO da 051 a 062:** sono tabelle RAO regionali già in uso negli anni passati che rimangono valide, in tal caso è stata riportata l'indicazione "RAO regionale già precedentemente in vigore"

**RAO 063:** nuova tabella RAO regionale

**RAO da 064 a 071:** tabelle RAO da definire entro il 30 maggio 2019

**Per tutti i RAO sottoposti a monitoraggio** l'obbligo dell'utilizzo in fase di prescrizione si applica **a partire dal 1 giugno 2019,**  
**per tutti gli altri RAO** l'obbligo dell'utilizzo in fase di prescrizione si applica **a partire dal 1 agosto 2019**

CLASS_RAO 001 (M)	<p align="center"><b>COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Codice 45.23</b></p> <p align="center">Escluso: Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale, Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24), Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23), Endoscopia transaddominale dell' intestino crasso</p> <p align="center"><b>riconducibile COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA – Codice 45.23.1</b></p> <p align="center"><b>riconducibile SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE – Codice 45.24</b></p> <p align="center">Endoscopia del colon discendente, <b>Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)</b></p> <p align="center"><b>riconducibile BIOPSIA (ENDOSCOPICA) DELL'INTESTINO CRASSO - Codice 45.25</b></p> <p align="center"><b>riconducibile POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL'INTESTINO CRASSO – Codice 45.42</b></p> <p align="center">Polipectomia di uno o più polipi con approccio endoscopico, <b>Escluso: Polipectomia con approccio addominale</b></p> <p>CODICI DPCM 12.01.2017:  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</p> <p>[sostituisce il precedente RAO regionale: ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (E COLONSCOPIA)]</p>	
	<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
U (PEDIATRIA)	72 h	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anemizzazione di recente insorgenza con sintomi digestivi, con Hb &lt;10 g/dl</li> <li>2. Sanguinamento non compendiato come urgente, rettorragia/enterorragia non grave, diarrea muco-sanguinolenta non infettiva</li> <li>3. Sospetto clinico e/o strumentale di neoplasia</li> <li>4. Altro (10%)</li> </ol>
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melena accertata (dopo aver escluso un' eziologia del tratto digestivo superiore)</li> <li>2. Altro (10%)</li> </ol>

CLASS_RAO 001 (M)	<p align="center"><b>COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Codice 45.23</b></p> <p align="center">Escluso: Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale, Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24), Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23), Endoscopia transaddominale dell' intestino crasso</p> <p align="center"><b>riconducibile COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA – Codice 45.23.1</b></p> <p align="center"><b>riconducibile SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE – Codice 45.24</b></p> <p align="center">Endoscopia del colon discendente, <b>Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)</b></p> <p align="center"><b>riconducibile BIOPSIA (ENDOSCOPICA) DELL'INTESTINO CRASSO - Codice 45.25</b></p> <p align="center"><b>riconducibile POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL'INTESTINO CRASSO – Codice 45.42</b></p> <p align="center">Polipectomia di uno o più polipi con approccio endoscopico, <b>Escluso: Polipectomia con approccio addominale</b></p> <p>CODICI DPCM 12.01.2017:  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</p> <p>[sostituisce il precedente RAO regionale: ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (E COLONSCOPIA)]</p>	
	CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anemia sideropenica</li> <li>2. Diarrea che perdura da almeno 30 giorni con accertamenti infettivologici negativi</li> <li>3. Perdite ematiche minori (ematochezia)</li> <li>4. Sangue occulto positivo nelle feci in paziente asintomatico</li> <li>5. Sintomatologia dolorosa addominale e alterazione dell'alvo (mai indagata con colonscopia) in paziente con età &gt; 50 anni</li> <li>6. Alterazioni radiologiche di natura non neoplastica con quadro clinico compatibile</li> <li>7. Stadiazione pretrapianto</li> <li>8. Altro (10%)</li> </ol>
D (PEDIATRIA)	60 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO

CLASS_RAO 001 (M)	<p align="center"><b>COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Codice 45.23</b></p> <p align="center">Escluso: Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale, Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24), Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23), Endoscopia transaddominale dell' intestino crasso</p> <p align="center"><b>riconducibile COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA – Codice 45.23.1</b></p> <p align="center"><b>riconducibile SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE – Codice 45.24</b></p> <p align="center">Endoscopia del colon discendente, <b>Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)</b></p> <p align="center"><b>riconducibile BIOPSIA (ENDOSCOPICA) DELL'INTESTINO CRASSO - Codice 45.25</b></p> <p align="center"><b>riconducibile POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL'INTESTINO CRASSO – Codice 45.42</b></p> <p align="center">Polipectomia di uno o più polipi con approccio endoscopico, <b>Escluso: Polipectomia con approccio addominale</b></p> <p>CODICI DPCM 12.01.2017:  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</p> <p>[sostituisce il precedente RAO regionale: ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (E COLONSCOPIA)]</p>	
	CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modificazioni significative e persistenti dell'alvo da almeno 3 mesi in pazienti &lt; 50 anni, senza segni o fattori di rischio, dopo inefficacia trattamenti empirici</li> <li>2. Altro (10%)</li> </ol>
P (PEDIATRIA)	120 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO

CLASS_RAO 002 (M)	<b>DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO - Codice 88.71.4</b> Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi	
	CODICE DPCM 12.01.2017: <b>DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO - Codice 88.71.4</b> 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	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Scialoadeniti acute e colica salivare</li> <li>2. Altro (10%)</li> </ol>
U (PEDIATRIA)	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tumefazioni ad insorgenza improvvisa</li> <li>2. Sospetta calcolosi delle ghiandole salivari maggiori</li> <li>3. Massa collo fissa</li> <li>4. Scialoadenite acuta con sospetto di ascessualizzazione</li> <li>5. Altro (10%)</li> </ol>
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Calcolosi delle ghiandole salivari maggiori</li> <li>2. Sospetta tiroidite acuta/subacuta</li> <li>3. Patologia disfunzionale tiroidea: ipertiroidismo</li> <li>4. Tumefazione improvvisa nella regione del collo (tiroide e ghiandole salivari) e delle regioni sovraclaveari</li> <li>5. Altro (10%)</li> </ol>
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adenopatia localizzata persistente dopo terapia</li> <li>2. Patologia disfunzionale tiroidea/paratiroidea: ipotiroidismo, iperparatiroidismo, struma</li> <li>3. Altro (10%)</li> </ol>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tumefazione laterocervicale o delle ghiandole salivari ad insorgenza non improvvisa</li> <li>2. Patologia disfunzionale tiroidea/paratiroidea: ipotiroidismo, iperparatiroidismo, struma</li> <li>3. Altro (10%)</li> </ol>

<b>CLASS_RAO</b> <b>002</b> <b>(M)</b>	<b>DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO - Codice 88.71.4</b> Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi  CODICE DPCM 12.01.2017: <b>DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO - Codice 88.71.4</b> 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	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
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

<b>CLASS_RAO</b> <b>003</b> <b>(M)</b>	<b>riconducibile ECODOPPLERGRAFIA CARDIACA - Codice 88.72.2</b> A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	
	<b>riconducibile ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA - Codice 88.72.3</b> A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	
	CODICE DPCM 12.01.2017: ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo - Codice 88.72.2 Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)  [Sostituisce il precedente RAO regionale: ECOCOLORDOPPLER CARDIACO]	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
U (PEDIATRIA)	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Soffio di n.d.d. di primo riscontro in paziente sintomatico</li> <li>2. Sospetta cardiopatia sintomatica</li> <li>3. Altro (10%)</li> </ol>
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aritmie maggiori documentate (ECG, Holter)</li> <li>2. Cardiopatia dilatativa o ipocinetica nota, scadimento della classe funzionale</li> <li>3. Cardiopatia valvolare nota, scadimento della classe funzionale</li> <li>4. Sospetto di cardiopatia in pazienti in trattamento emodialitico</li> <li>5. IMA, entro 6 mesi, complicato da disfunzione ventricolare sinistra</li> <li>6. Insufficienza cardiaca non compensata (paziente gestibile a domicilio)</li> <li>7. Post operati portatori di protesi valvolare o vascolare aortica, scadimento della classe funzionale o recente episodio settico</li> <li>8. Recente insorgenza di dispnea in soggetto senza cardiopatia o pneumopatia nota</li> <li>9. Soffio di n.d.d. di recente comparsa in paziente sintomatico</li> <li>10. Altro (10%)</li> </ol>
B (PEDIATRIA)	10 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

<b>CLASS_RAO</b> <b>003</b> <b>(M)</b>	<b>riconducibile ECODOPPLERGRAFIA CARDIACA - Codice 88.72.2</b> A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	
	<b>riconducibile ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA - Codice 88.72.3</b> A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	
	CODICE DPCM 12.01.2017: ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo - Codice 88.72.2 Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)  [Sostituisce il precedente RAO regionale: ECOCOLORDOPPLER CARDIACO]	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Blocco di branca sinistro di nuovo riscontro asintomatico</li> <li>2. Cardiopatie ischemiche</li> <li>3. Pazienti con sospetto di cardiopatia o valvulopatia se asintomatico</li> <li>4. Soffi cardiaci in assenza di sintomi/segni di insufficienza cardiaca</li> <li>5. Altro (10%)</li> </ol>
D (PEDIATRIA)	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. PDA emodinamicamente non significativo</li> <li>2. Soffio di n.d.d. di primo riscontro in assenza di sintomatologia</li> <li>3. Altro (10%)</li> </ol>
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Edemi declivi e/o epatomegalia a lenta evoluzione (da &gt; 30 giorni)</li> <li>2. Familiarità per cardiopatia (es. S. di Marfan, cardiomiopatia ipertrofica ostruttiva -CMPIO, cardiomiopatia dilatativa -CMPD) o morte improvvisa</li> <li>3. Familiarità per cardiopatia a trasmissione genetica</li> <li>4. Valutazione danno d'organo nella ipertensione arteriosa e nel diabete mellito insorti o noti da almeno 6 mesi</li> <li>5. Altro (10%)</li> </ol>
P (PEDIATRIA)	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

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

A riposo o dopo prova fisica o farmacologica

**CLASS\_RAO  
004  
(M)**

CODICE DPCM 12.01.2017:

**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

[Sostituisce il precedente RAO regionale: ECOCOLORDOPPLER TSA]

<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Presenza di gradiente pressorio &gt;30 mm Hg tra i due arti superiori</li><li>2. Cardiopatia ischemica o arteriopatia obliterante degli arti inferiori sintomatica o dilatazione aortica</li><li>3. Soffio carotideo isolato (non aortico) anche se asintomatico</li><li>4. Trombosi retinica arteriosa</li><li>5. Altro (10%)</li></ol>
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Valutazione in aterosclerosi polidistrettuale con fattori di rischio</li><li>2. Pazienti con multipli fattori di rischio cardiovascolare (ipertensione, ipercolesterolemia, fumo, diabete, familiarità, fibrillazione atriale)</li><li>3. Altro (10%)</li></ol>

CLASS_RAO 005	<p align="center"><b>ECOCOLORDOPPLER ARTERIE RENALI - Codice 88.74.9</b>  Studio ipertensione renovascolare. Incluso: indici qualitativi e semiquantitativi</p> <p>CODICE DPCM 12.01.2017:  <b>ECOCOLORDOPPLER ARTERIE RENALI - Codice 88.74.9</b>  Studio ipertensione renovascolare incluso indici qualitativi e semiquantitativi</p> <p>[Sostituisce il precedente RAO regionale: ECOCOLORDOPPLER ARTERIE RENALI]</p>	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ipertensione grave (PAD &gt; 120 mmHg) ad esordio improvviso o rapidamente ingravescente o refrattaria ad un trattamento aggressivo (triplice terapia)</li> <li>2. Altro (10%)</li> </ol>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sospetta ipertensione secondaria a stenosi delle arterie renali</li> <li>2. Altro (10%)</li> </ol>
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

<b>CLASS_RAO 006 (M)</b>	<b>ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI, ARTERIOSA O VENOSA - Codici 88.77.2</b>	
	CODICI DPCM 12.01.2017: 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  [Sostituisce il precedente RAO regionale: ECOCOLORDOPPLER VASI PERIFERICI ARTERIOSI E VENOSI]	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ARTERIOSO: segni di peggioramento di arteriopatia nota, con dolore a riposo e/o lesioni trofiche distali</li> <li>2. VENOSO: sospetta trombosi venosa superficiale o sua recidiva</li> <li>3. Altro (10%)</li> </ol>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ARTERIOSO: claudicatio &lt; 100 metri</li> <li>2. Altro (10%)</li> </ol>
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ARTERIOSO: claudicatio &gt; 100 metri</li> <li>2. ARTERIOSO: diabete mellito</li> <li>3. ARTERIOSO: paziente asintomatico con fattori di rischio e con ABI &lt; 0,90</li> <li>4. VENOSO: valutazione dell'indicazione alla chirurgia in sindrome varicosa cronica (non per teleangectasie o varici reticolari)</li> <li>5. Altro (10%)</li> </ol>

<b>CLASS_RAO</b> <b>007</b>	<b>ECOCOLORDOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI - Codice 88.76.3</b> (Aorta addominale, grossi vasi addominali. Escluso vasi viscerali)  CODICE DPCM 12.01.2017: <b>ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI - Codice 88.76.3</b> Escluso: vasi viscerali	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
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' N ORTOPANORAMICA ON PREVISTO
P	120 gg	1. Riscontro occasionale di calcificazioni aortiche 2. Altro (10%)

CLASS_RAO 008	<p style="text-align: center;"><b>ECOENCEFALOGRAFIA - Codice 88.71.1</b> Ecografia transfontanellare</p> <p>CODICE DPCM 12.01.2017: ECOENCEFALOGRAFIA - Codice 88.71.1 Ecografia transfontanellare</p>	
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

<b>ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO - Codice 88.76.1</b>		
<b>CLASS_RAO 009 (M)</b>	<p>CODICE DPCM 12.01.2017:  <b>ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO - Codice 88.76.1</b>            Incluso: eventuale integrazione ColorDoppler. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1</p> <p>[Sostituisce il precedente RAO regionale: ECOGRAFIA ADDOME (inf. e/o sup. escluso ostetrico-ginecologica)]            [vedi anche RAO 010 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE - Codice 88.75.1            e RAO 011 ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.74.1]</p>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Colica reno-ureterale recente</li> <li>2. Altro (10%)</li> </ol>
U (PEDIATRIA)	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Massa addominale in età pediatrica</li> <li>2. Altro (10%)</li> </ol>
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1° riscontro di alterazione bioumorale nel sospetto clinico di neoplasia</li> <li>2. 1° riscontro di alterazione della funzionalità renale</li> <li>3. Ascite in assenza di cause note</li> <li>4. Infezioni acute urinarie resistenti alla terapia antibiotica e forme ricorrenti</li> <li>5. Sospetto aneurisma aorta addominale asintomatico</li> <li>6. Massa addominale in età adulta</li> <li>7. Altro (10%)</li> </ol>
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1° riscontro di alterazione dei test di funzionalità epatica e/o renale</li> <li>2. Ecografia renale nel bambino in pielonefrite acuta (per ricerca dilatazioni o scar)</li> <li>3. Infezioni nefro-urinarie pediatriche</li> <li>4. Altro (10%)</li> </ol>
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
D (PEDIATRIA)	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

<b>ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO - Codice 88.76.1</b>		
<b>CLASS_RAO 009 (M)</b>	<p>CODICE DPCM 12.01.2017:  <b>ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO - Codice 88.76.1</b>            Incluso: eventuale integrazione ColorDoppler. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1</p> <p>[Sostituisce il precedente RAO regionale: ECOGRAFIA ADDOME (inf. e/o sup. escluso ostetrico-ginecologica)]            [vedi anche RAO 010 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE - Codice 88.75.1            e RAO 011 ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.74.1]</p>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P (PEDIATRIA)	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

<b>CLASS_RAO</b> <b>010</b> <b>(M)</b>	<p style="text-align: center;"><b>ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE - Codice 88.75.1</b></p> <p style="text-align: center;">Incluso: Ureteri, vescica e pelvi maschile o femminile Escluso: Ecografia dell' addome completo (88.76.1)</p> <p>CODICE DPCM 12.01.2017:  <b>ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE - Codice 88.75.1</b>            Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrapubica</p> <p>[Sostituisce il precedente RAO regionale: ECOGRAFIA ADDOME (inf. e/o sup. escluso ostetrico-ginecologica)]            [vedi anche RAO 009 ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO - Codice 88.76.1            e RAO 011 ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.74.1]</p>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
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

<b>CLASS_RAO</b> <b>011</b> <b>(M)</b>	<b>ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.74.1</b> Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo Escluso: Ecografia dell' addome completo (88.76.1)	
	<p>CODICE DPCM 12.01.2017:  <b>ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.74.1</b>            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</p> <p>[Sostituisce il precedente RAO regionale: ECOGRAFIA ADDOME (inf. e/o sup. escluso ostetrico-ginecologica)]            [vedi anche RAO 009 ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO - Codice 88.76.1            e RAO 010 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE - Codice 88.75.1]</p>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Colica biliare persistente</li> <li>2. Ittero ad insorgenza acuta</li> <li>3. Altro (10%)</li> </ol>
U (PEDIATRIA)	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ittero ad insorgenza acuta</li> <li>2. Altro (10%)</li> </ol>
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Epatosplenomegalia di prima insorgenza</li> <li>2. Significativo incremento degli enzimi di colestasi</li> <li>3. Altro (10%)</li> </ol>
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reflusso gastro-esofageo nel lattante</li> <li>2. Altro (10%)</li> </ol>
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

<b>CLASS_RAO</b> <b>011</b> <b>(M)</b>	<b>ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.74.1</b> Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo Escluso: Ecografia dell' addome completo (88.76.1)	
	<p>CODICE DPCM 12.01.2017:  <b>ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.74.1</b>            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</p> <p>[Sostituisce il precedente RAO regionale: ECOGRAFIA ADDOME (inf. e/o sup. escluso ostetrico-ginecologica)]            [vedi anche RAO 009 ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO - Codice 88.76.1            e RAO 010 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE - Codice 88.75.1]</p>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
D (PEDIATRIA)	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Angiomi cutanei multipli</li> <li>2. Malattie neuro-cutanee</li> <li>3. Altro (10%)</li> </ol>
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P (PEDIATRIA)	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

<b>CLASS_RAO</b> <b>012</b> <b>(M)</b>	<b>ECOGRAFIA GINECOLOGICA - Codice 88.78.2</b>  CODICE DPCM 12.01.2017: <b>ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale - Codice 88.78.2</b> Incluso: eventuale EcocolorDoppler. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e MONITORAGGIO ECOGRAFICO E ORMONALE DEL CICLO OVULATORIO (88.76.1)	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
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%)

<b>CLASS_RAO</b> <b>012</b> <b>(M)</b>	<b>ECOGRAFIA GINECOLOGICA - Codice 88.78.2</b>  CODICE DPCM 12.01.2017: <b>ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale - Codice 88.78.2</b> Incluso: eventuale EcocolorDoppler. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e MONITORAGGIO ECOGRAFICO E ORMONALE DEL CICLO OVULATORIO (88.76.1)	
<b>CLASSE DI</b> <b>PRIORITA'</b>	<b>TEMPO</b> <b>MASSIMO DI</b> <b>ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
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%)

<b>CLASS_RAO</b> <b>013</b> <b>(M)</b>	<b>ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.1</b> Bilaterale	
	<b>ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.2</b> Monolaterale	
	<p>CODICI DPCM 12.01.2017:</p> <p><b>ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.1</b> Incluso ecografia del cavo ascellare ed eventuale integrazione ColorDoppler. Incluso: eventuale valutazione clinica della mammella</p> <p><b>ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.2</b> Incluso: ecografia del cavo ascellare ed eventuale integrazione ColorDoppler</p> <p>[Vedi anche RAO 062 ESAME CLINICO - STRUMENTALE DELLA MAMMELLA]</p>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Addensamento o distorsione sospetta in mammografia</li> <li>2. Linfadenomegalia ascellare clinicamente sospetta età &lt; 40 anni senza flogosi mammaria</li> <li>3. Linfonodi sopraclaveari clinicamente sospetti</li> <li>4. Nodulo di recente riscontro</li> <li>5. Nodulo mammario nell'uomo</li> <li>6. Secrezione ematica dal capezzolo dopo esame citologico del secreto</li> <li>7. Sospetto ascesso o cisti infetta</li> <li>8. Sospetto ematoma post traumatico</li> <li>9. Altro (10%)</li> </ol>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Accrescimento di nodulo "benigno" noto (fibroadenoma)</li> <li>2. Anomalie dello sviluppo mammario</li> <li>3. Altro (10%)</li> </ol>

<b>CLASS_RAO</b> <b>013</b> <b>(M)</b>	<p style="text-align: center;"><b>ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.1</b> Bilaterale</p> <p style="text-align: center;"><b>ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.2</b> Monolaterale</p>	
	<p>CODICI DPCM 12.01.2017:</p> <p><b>ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.1</b> Incluso ecografia del cavo ascellare ed eventuale integrazione ColorDoppler. Incluso: eventuale valutazione clinica della mammella</p> <p><b>ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.2</b> Incluso: ecografia del cavo ascellare ed eventuale integrazione ColorDoppler</p> <p>[Vedi anche RAO 062 ESAME CLINICO - STRUMENTALE DELLA MAMMELLA]</p>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Galattocele</li> <li>2. Prima richiesta in paziente ad elevato rischio eredo/familiare in donne con età &lt;40 anni</li> <li>3. Altro (10%)</li> </ol>

<b>ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE - Codice 88.79.3</b> Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione colorDoppler		
<b>CLASS_RAO</b> <b>014</b>	CODICE DPCM 12.01.2017: <b>88.79.3 - ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE</b> Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione colorDoppler  [Sostituisce il precedente RAO regionale: ECO OSTEO-ARTICOLARE / MUSCOLOTENDINEA]	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	1. Sospetta rottura muscolare tendinea acuta con compromissione motoria 2. Altro (10%)
U (PEDIATRIA)	72 h	1. Coxalgia acuta 2. Tumefazione ad insorgenza acuta dei tessuti molli 3. Altro (10%)
B	10 gg	1. Masse non dolorose a rapida insorgenza tessuti superficiali 2. Tumefazione post-traumatica (ematoma o sieroma) 3. Periartrite scapolo-omerale con impotenza funzionale 4. Altro (10%)
B (PEDIATRIA)	10 gg	1. Adenopatia localizzata nel bambino persistente dopo terapia ed osservazione cute e sottocute 2. Sospetto clinico di displasia dell'anca in neonato sintomatico 3. Patologia, sospetta neoplastica, delle parti molli e 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-omerale 2. Tumefazione tessuti molli (cisti, lipomi, tumefazioni para-articolari) 3. Patologia degenerativa del tendine d'Achille 4. Altro (10%)

<b>CLASS_RAO 014</b>	<b>ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE - Codice 88.79.3</b> Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione colorDoppler	
	<p>CODICE DPCM 12.01.2017: 88.79.3 - ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione colorDoppler</p> <p>[Sostituisce il precedente RAO regionale: ECO OSTEO-ARTICOLARE / MUSCOLOTENDINEA]</p>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
D (PEDIATRIA)	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Screening della displasia congenita dell'anca</li> <li>2. Altro (10%)</li> </ol>
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tendinopatie Achillee: epicondilopatie</li> <li>2. Altro (10%)</li> </ol>
P (PEDIATRIA)	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

<b>CLASS_RAO</b> <b>015</b> <b>(M)</b>	<b>ECOGRAFIA OSTETRICA - Codice 88.78</b>  CODICE DPCM 12.01.2017: ECOGRAFIA OSTETRICA - Codice 88.78	
<b>CLASSE DI</b> <b>PRIORITA'</b>	<b>TEMPO</b> <b>MASSIMO DI</b> <b>ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
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

<b>ECOGRAFIA DEI TESTICOLI - Codice 88.79.6</b>		
<b>CLASS_RAO 016</b>	CODICE DPCM 12.01.2017: <b>ECOGRAFIA SCROTALE - Codice 88.79.6</b> Incluso: testicoli e annessi testicolari. Incluso: eventuale integrazione ColorDoppler	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	1. Massa testicolare 2. Orchite 3. Epididimite 4. Altro (10%)
D	60 gg	1. Criptorchidismo 2. Idrocele sintomatico 3. Dolenzia scrotale persistente 4. Aumento volumetrico scroto non dolente 5. Altro (10%)
P	120 gg	1. Varicocele 2. Sospetto idrocele 3. Altro (10%)

CLASS_RAO 017 (M)	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO - Codice 89.50 Dispositivi analogici (Holter)	
	CODICE DPCM 12.01.2017: 89.50 - ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (secondo Holter)  [Sostituisce il precedente RAO regionale: ECG HOLTER]	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sintomatologia di sospetta origine aritmica cardiogenica ad incidenza frequente (quotidiana o quasi quotidiana) a seguito di valutazione cardiologica</li> <li>2. Valutazione del carico aritmico di aritmia ipercinetica ventricolare complessa (recente ECG) a seguito di valutazione cardiologica</li> <li>3. Altro (10%)</li> </ol>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valutazione efficacia di terapia in aritmia precedentemente documentata</li> <li>2. Valutazione della frequenza ventricolare media in fibrillazione atriale nel sospetto di scarso controllo della stessa</li> <li>3. Cardiopalmo in cardiopatia organica</li> <li>4. Altro (10%)</li> </ol>
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

<b>CLASS_RAO 018 (M)</b>	<b>ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) - Codice 45.13 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) CON BIOPSIA - Codice 45.16 BIOPSIA (ENDOSCOPICA) DELL'ESOFAGO - Codice 42.24</b>	
	<p>CODICI DPCM 12.01.2017:  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</p> <p>[Sostituisce il precedente RAO regionale: ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (E COLONSCOPIA)]</p>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
U (PEDIATRIA)	72 h	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anemizzazione di recente insorgenza con sintomi digestivi, con Hb &lt;10 g/dl</li> <li>2. Esigenza di escludere lesioni per terapie cardiologiche urgenti in pazienti con fattori di rischio per emorragia digestiva</li> <li>3. Sintomi d'allarme: <ul style="list-style-type: none"> <li>• vomito ricorrente (presenti da almeno 5-7 giorni) con esclusione di cause di natura infettiva, metabolica, neurologica e psicogena</li> <li>• disfagia/odinofagia (presenti da almeno 5-7 giorni)</li> <li>• calo ponderale significativo con sintomi digestivi</li> </ul> </li> <li>4. Sospette neoplasie rilevate obiettivamente e/o con diagnostica strumentale</li> <li>5. Altro (10%)</li> </ol>
B (PEDIATRIA)	10 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO

<b>CLASS_RAO</b> <b>018</b> <b>(M)</b>	<p style="text-align: center;"><b>ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) - Codice 45.13</b>  <b>ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) CON BIOPSIA - Codice 45.16</b>  <b>BIOPSIA (ENDOSCOPICA) DELL'ESOFAGO - Codice 42.24</b></p> <p>CODICI DPCM 12.01.2017:  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</p> <p>[Sostituisce il precedente RAO regionale: ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (E COLONSCOPIA)]</p>	
<b>CLASSE DI</b> <b>PRIORITA'</b>	<b>TEMPO</b> <b>MASSIMO DI</b> <b>ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anemia sideropenica</li> <li>2. Pazienti &gt; 50 anni con sindrome da reflusso gastroesofageo o sindrome dispeptica dolorosa di recente insorgenza (&lt; 6 mesi), persistente (&gt; 4 settimane) o non responsivi alla terapia (mai indagata con EGDS)</li> <li>3. Sospetta celiachia-malassorbimento</li> <li>4. Stadiazione pre-trapianto</li> <li>5. Valutazione varici/gastropatia da ipertensione portale</li> <li>6. Altro (10%)</li> </ol>
D (PEDIATRIA)	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Positività test del sangue occulto in asintomatico</li> <li>2. Altro (10%)</li> </ol>
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pazienti &lt; 50 anni con sindrome da reflusso gastroesofageo o sindrome dispeptica (mai indagata con EGDS) con sintomi persistenti anche dopo test and treat per HP</li> <li>2. Altro (10%)</li> </ol>
P (PEDIATRIA)	120 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO

CLASS_RAO 019	<b>MAMMOGRAFIA BILATERALE (2 PROIEZIONI) - Codice 87.37.1</b> <b>MAMMOGRAFIA MONOLATERALE (2 PROIEZIONI) - Codice 87.37.2</b>	
	CODICI DPCM 12.01.2017: MAMMOGRAFIA BILATERALE - Codice 87.37.1 MAMMOGRAFIA MONOLATERALE - Codice 87.37.2  [Vedi anche RAO 062 ESAME CLINICO - STRUMENTALE DELLA MAMMELLA]	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	1. Accertamenti in pazienti oncologici con neoplasia primitiva misconosciuta 2. Nodulo/addensamento di recente riscontro clinicamente sospetto 3. Secrezione ematica dal capezzolo dopo esame citologico del secreto 4. Altro (10%)
D	60 gg	1. Nodulo/addensamento di recente riscontro clinicamente non sospetto 2. Altro (10%)
P	120 gg	1. Prima richiesta in paziente ad elevato rischio eredo/familiare in donne con età ≥ 40 anni 2. Prima richiesta in paziente in fascia di età compresa tra 40 e 49 anni e > 70 anni asintomatiche con l'obiettivo di prevenzione secondaria (1° accesso) 3. Altro (10%)

CLASS_RAO 020	<b>ORTOPANORAMICA DELLE ARCATE DENTARIE - Codice 87.11.3</b> Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT)	
	CODICEDPCM 12.01.2017: <b>ORTOPANORAMICA DELLE ARCATE DENTARIE - Codice 87.11.3</b> 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

<b>PRIMA VISITA CARDIOLOGICA - Codice 89.7A.3</b> Incluso: ECG (89.52)		
<b>CLASS_RAO 021 (M)</b>	CODICI DPCM 12.01.2017: <b>PRIMA VISITA CARDIOLOGICA - Codice 89.7A.3</b> Incluso: ECG (89.52)  [Sostituisce il precedente RAO regionale: Prima VISITA CARDIOLOGICA e ECG]	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
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 sostituisce il 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%)

<b>CLASS_RAO 021 (M)</b>	<p align="center"><b>PRIMA VISITA CARDIOLOGICA - Codice 89.7A.3</b> Incluso: ECG (89.52)</p> <p>CODICI DPCM 12.01.2017: PRIMA VISITA CARDIOLOGICA - Codice 89.7A.3 Incluso: ECG (89.52)</p> <p>[Sostituisce il precedente RAO regionale: Prima VISITA CARDIOLOGICA e ECG]</p>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
<p align="center">D</p>	<p align="center">30 gg</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Primo episodio di sincope senza trauma</li> <li>2. Cardiopalmo extrasistolico non noto in precedenza</li> <li>3. Dispnea non severa in soggetto con fattori di rischio cardiologici</li> <li>4. Dispnea, palpitazione o affaticamento persistenti per sforzi moderati o intensi</li> <li>5. Prima visita in pregressa crisi ipertensiva</li> <li>6. Soffi cardiaci: primo riscontro in assenza di sintomi (escluso il neonato)</li> <li>7. Valutazione di Portatori di Malattia Sistemica che influenzi l'Apparato Cardiovascolare</li> <li>8. Altro (10%)</li> </ol>
<p align="center">D (PEDIATRIA)</p>	<p align="center">30 gg</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Soffi cardiaci: primo riscontro in assenza di sintomi nel bambino</li> <li>2. Altro (10%)</li> </ol>
<p align="center">P</p>	<p align="center">120 gg</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prima visita in pazienti con ipertensione arteriosa di recente diagnosi</li> <li>2. Malattie cronico degenerative (ad es.: connettivopatie, endocrinopatie, malattie metaboliche, malattie infettive) che non rientrano nelle classi precedenti in base alla gravità clinica</li> <li>3. Altro (10%)</li> </ol>
<p align="center">P (PEDIATRIA)</p>	<p align="center">120 gg</p>	<p>LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO</p>

NB La visita cardiologica comprende l'esecuzione dell'ECG. Tale esame non deve essere mai richiesto insieme alla visita

<b>VISITA GENERALE (VISITA GASTROENTEROLOGICA) - Codice 89.7</b>		
<b>CLASS_RAO 022 (M)</b>	CODICE DPCM 12.01.2017: PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA - Codice 89.7A.9  [Sostituisce il precedente RAO regionale: Prima VISITA GASTROENTEROLOGICA]	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• vomito ricorrente (presenti da almeno 5-7 giorni) con esclusione di cause di natura infettiva, metabolica, neurologica e psicogena</li> <li>• disfagia/odinofagia (presenti da almeno 5-7 giorni)</li> </ul> 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%)

<b>VISITA GENERALE (VISITA GASTROENTEROLOGICA) - Codice 89.7</b>		
<b>CLASS_RAO 022 (M)</b>	CODICE DPCM 12.01.2017: PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA - Codice 89.7A.9  [Sostituisce il precedente RAO regionale: Prima VISITA GASTROENTEROLOGICA]	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
D	30 gg	1. Anemia sideropenica di sospetta origine gastroenterologica (già indagata con EGDS e colonscopia) 2. Diarrea cronica 3. Dolore toracico non cardiaco 4. Ipertransaminasemia (già indagata con esami di laboratorio e ecografia addominale) 5. Sindrome dispeptico/dolorosa in soggetti >50 anni (già indagata con ecografia addominale, EGDS e colonscopia) 6. Sospetto di malattia celiaca e/o malassorbimento (già indagata con esami di laboratorio) 7. Altro (10%)
D (PEDIATRIA)	30 gg	1. Alterazione di funzione epatica (già indagata con esami di laboratorio e ecografia addominale) 2. Deficit accrescitivo ponderale 3. Altro (10%)
P	120 gg	1. Paziente < 50 anni con sindrome dell'intestino irritabile 2. Pazienti < 50 anni con sindrome da reflusso gastroesofageo o sindrome dispeptica 3. Altro (10%)
P (PEDIATRIA)	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

<b>CLASS_RAO</b> <b>023</b> <b>(M)</b>	<b>RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.95.5</b> Vescica e pelvi maschile o femminile, Incluso: relativo distretto vascolare <b>riconducibile RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO - Codice 88.95.4</b> Vescica e pelvi maschile o femminile, Incluso: relativo distretto vascolare  CODICE DPCM 12.01.2017: RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC - Codice 88.95.5 Incluso: relativo distretto vascolare	
	<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	1. Sospetto di neoplasia maligna in sede pelvica dopo esame diagnostico di 1° livello o prima stadiazione 2. Altro (10%)
D	60 gg	1. Endometriosi 2. Altro (10%)
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

CLASS_ RAO 024	<b>RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.95.1</b> Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	
	CODICE DPCM 12.01.2017: 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

<b>CLASS_RAO</b> <b>025</b>	<b>RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.95.2</b>	
	Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	
	CODICE DPCM 12.01.2017: 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	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Caratterizzazione di lesione solida pancreaticata indeterminata alla ecografia e TC</li> <li>2. Caratterizzazione di lesioni focali al fegato, dopo ecografia e TC non conclusive</li> <li>3. Ostruzione acuta delle vie biliari dopo ecografia e TC non conclusive</li> <li>4. Sospetto di neoplasia maligna in sede addominale dopo esame diagnostico di 1° livello o prima stadiazione</li> <li>5. Altro (10%)</li> </ol>
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incidentaloma surrenalico</li> <li>2. Sospetta patologia malformativa-genetica</li> <li>3. Altro (10%)</li> </ol>

<b>CLASS_RAO</b> <b>026</b>	<b>RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO - Codice 88.91.6</b> [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi] Incluso: relativo distretto vascolare	
	<b>RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.91.7</b> [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi] Incluso: relativo distretto vascolare	
	CODICI DPCM 12.01.2017: 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	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
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%)

**RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA - Codice 88.93**

Cervicale, toracica, lombosacrale

**CLASS\_RAO  
027**

CODICI DPCM 12.01.2017:

RM DELLA COLONNA IN TOTO. Non associabile a RM DEL RACHIDE CERVICALE (88.93.2), RM DEL RACHIDE DORSALE (88.93.3), RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE (88.93.4), RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO (88.93.5) - Codice 88.93.6

[Sostituisce il precedente RAO regionale: RMN COLONNA]

<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"><li>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</li><li>2. Dolore rachideo e/o sintomatologia di tipo neurologico, resistente alla terapia, della durata di almeno due settimane</li><li>3. Traumi recenti e fratture da compressione</li><li>4. Altro (10%)</li></ol>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Rachialgia acuta o subacuta o cronica o recidivante con sintomatologia radicolare modesta (dolore non persistente senza deficit motorio)</li></ol>
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

<b>CLASS_RAO</b> <b>028</b> <b>(M)</b>	<b>RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.93.1</b> Cervicale, toracica, lombosacrale <b>riconducibile RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA - Codice 88.93</b> Cervicale, toracica, lombosacrale	
	CODICI DPCM 12.01.2017 RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC. Non associabile a 88.93.7, 88.93.8, 88.93.9, 88.93.A - Codice 88.93.B  [Sostituisce il precedente RAO regionale: RMN COLONNA]	
<b>CLASSE DI</b> <b>PRIORITA'</b>	<b>TEMPO</b> <b>MASSIMO DI</b> <b>ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. PATOLOGIA ONCOLOGICA: dolore violento, recente, ingravescente in caso di esame radiografico e/o TC non conclusivo</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>4. Altro (10%)</li> </ol>

<b>CLASS_RAO</b> <b>028</b> <b>(M)</b>	<b>RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.93.1</b> Cervicale, toracica, lombosacrale	
	<b>riconducibile RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA - Codice 88.93</b> Cervicale, toracica, lombosacrale	
	CODICI DPCM 12.01.2017 RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC. Non associabile a 88.93.7, 88.93.8, 88.93.9, 88.93.A - Codice 88.93.B  [Sostituisce il precedente RAO regionale: RMN COLONNA]	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>2. PATOLOGIA ONCOLOGICA: in presenza di deficit motori o sensitivi degli arti superiori o rigidità piramidale degli arti inferiori anche in assenza di dolore</li> <li>3. Complicanze post-traumatiche</li> <li>4. Studio di stadiazione oncologica o in ambito pediatrico; dubbio diagnostico di stenosi del canale midollare (solo per codice 88.93 B)</li> <li>5. Altro (10%)</li> </ol>
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

<b>CLASS_RAO</b> <b>029</b> <b>(M)</b>	<b>RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.91.2</b> Incluso: relativo distretto vascolare <b>riconducibile RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO - Codice 88.91.1</b>	
	CODICE DPCM 12.01.2017: RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.91.2  [Sostituisce il precedente RAO regionale: RMN CRANIO ENCEFALICA]	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sospetta lesione espansiva intracranica in paziente clinicamente sintomatico</li> <li>Altro (10%)</li> </ol>
U (PEDIATRIA)	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>Idrocefalo (dopo TC non conclusiva)</li> <li>Patologia espansiva orbitaria</li> <li>Prima diagnosi di Sclerosi multipla o altre malattie demielinizzanti</li> <li>Primo episodio di epilessia</li> <li>Tumori cavità orale e lingua</li> <li>Altro (10%)</li> </ol>
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>Tumori cavità orale e lingua</li> <li>Arresto sviluppo psico-motorio</li> <li>Altro (10%)</li> </ol>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>Cefalea continua di nuova insorgenza non sensibile a terapie, in assenza di segni o sintomi localizzanti, dopo con TC conclusiva</li> <li>Prima diagnosi di Morbo di Parkinson (preferibilmente RM senza mdc per codice 88.91.1)</li> <li>Sospetto neurinoma del nervo acustico</li> <li>Sospetta patologia espansiva ipofisaria</li> </ol>

<b>CLASS_RAO</b> <b>029</b> <b>(M)</b>	<b>RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.91.2</b> Incluso: relativo distretto vascolare <b>riconducibile RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO - Codice 88.91.1</b>	
	CODICE DPCM 12.01.2017: RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.91.2  [Sostituisce il precedente RAO regionale: RMN CRANIO ENCEFALICA]	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
		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%)

<b>CLASS_RAO 030</b>	<b>RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCELETRICA, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.94.2</b> RM di spalla e braccio [spalla, braccio] RM di gomito e avambraccio [gomito, avambraccio] RM di polso e mano [polso, mano] RM di bacino RM di articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale, femore] RM di ginocchio e gamba [ginocchio, gamba] RM di caviglia e piede [caviglia, piede] Incluso: articolazione, parti molli, distretto vascolare	
	CODICI DPCM 12.01.2017: RM MUSCOLOSCELETRICA (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, BACINO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE) SENZA E CON MDC - Codici 88.94.H, 88.94.J, 88.94.K, 88.94.L, 88.94.M, 88.94.N, 88.94.P, 88.94.Q, 88.94.R, 88.94.S, 88.94.T, 88.94.U, e 88.94.V  [Sostituisce il precedente RAO regionale: RMN ARTICOLAZIONI]	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sospetta neoplasia dopo indagine radiologica di 1° livello</li> <li>2. Sospetta osteomielite o raccolta flogistica/ ematica</li> <li>3. PATOLOGIA ONCOLOGICA: Indagine di scelta per la stadiazione locale di una neoplasia accertata</li> <li>4. SOSPETTO ONCOLOGICO: Indicata per la migliore valutazione delle strutture muscolari e tendinee</li> <li>5. Altro (10%)</li> </ol>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Patologia reumatica</li> <li>2. Altro (10%)</li> </ol>
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

<b>CLASS_RAO</b> <b>031</b>	<p align="center"><b>RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCELETRICA - Codice 88.94.1</b></p> <p align="center">RM di spalla e braccio [spalla, braccio] RM di gomito e avambraccio [gomito, avambraccio] RM di polso e mano [polso, mano] RM di bacino RM di articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale, femore] RM di ginocchio e gamba [ginocchio, gamba] RM di caviglia e piede [caviglia, piede] Incluso: articolazione, parti molli, distretto vascolare</p> <p>CODICI DPCM 12.01.2017: RM MUSCOLOSCELETRICA (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</p> <p>[Sostituisce il precedente RAO regionale: RMN ARTICOLAZIONI]</p>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gonalgia acuta con limitazioni funzionali gravi (compromissione della deambulazione) o blocco articolare in paziente con età &lt;65 anni</li> <li>2. Sospette lesioni tendinee o ligamentose postraumatiche in pazienti di età &lt; 65 anni e/o fibrocartilaginee</li> <li>3. Sospetta osteonecrosi</li> <li>4. Spalla dolorosa con grave limitazione funzionale dopo almeno 30 giorni di terapia documentata e non risolutiva</li> <li>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)</li> <li>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</li> <li>7. Altro (10%)</li> </ol>

<b>CLASS_RAO</b> <b>031</b>	<p align="center"><b>RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCELETRICA - Codice 88.94.1</b></p> <p align="center">RM di spalla e braccio [spalla, braccio] RM di gomito e avambraccio [gomito, avambraccio] RM di polso e mano [polso, mano] RM di bacino RM di articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale, femore] RM di ginocchio e gamba [ginocchio, gamba] RM di caviglia e piede [caviglia, piede] Incluso: articolazione, parti molli, distretto vascolare</p> <p>CODICI DPCM 12.01.2017: RM MUSCOLOSCELETRICA (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</p> <p>[Sostituisce il precedente RAO regionale: RMN ARTICOLAZIONI]</p>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Patologia del tunnel carpale in caso di recidiva dopo chirurgia</li> <li>2. Sospetta necrosi dello scafoide (solo se precedenti indagini sono negative)</li> <li>3. Sospetta osteocondrite</li> <li>4. POST-CHIRURGICA: (non indicata inizialmente. Migliore valutazione delle eventuali complicanze</li> <li>5. SOSPETTA INFIAMMAZIONE: per malattia artritica per valutazione estensione processo flogistico articolare alla componente cartilaginea e scheletrica - early arthritis. (non indicata inizialmente. Solo dopo Rx negativa, ecografia positiva e test di laboratorio probanti per la malattia artritica per la valutazione dell'estensione del processo flogistico articolare alla componente cartilaginea e scheletrica - early arthritis. Non ripetibile prima di almeno 3 mesi ed in funzione del quadro clinico-laboratoristico. Nei quadri di degenerazione artrosica è indicato l'esame radiologico ed inappropriato l'esame RM)</li> <li>6. Altro (10%)</li> </ol>
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sindrome da conflitto articolare</li> <li>2. Gonalgia con limitazioni funzionali in paziente con età &gt;65 anni</li> <li>3. Patologia algico-disfunzionale dell'articolazione temporo-mandibolare</li> <li>4. Patologie infiammatorie croniche</li> <li>5. Altro (10%)</li> </ol>

CLASS_ RAO 032	RADIOGRAFIA DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA - Codice 88.28 Radiografia (2 proiezioni) di: caviglia, piede [calcagno], dito del piede	
	CODICI DPCM 12.01.2017: 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

<b>CLASS_RAO</b> <b>033</b>	<b>RADIOGRAFIA DELLA COLONNA CERVICALE - Codice 87.22</b> (2 proiezioni) Esame morfodinamico della colonna cervicale <b>RADIOGRAFIA DELLA COLONNA TORACICA (DORSALE) - Codice 87.23</b> (2 proiezioni) Esame morfodinamico della colonna dorsale, rachide dorsale per morfometria vertebrale <b>RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE) - Codice 87.24</b> (2 proiezioni) Radiografia del rachide lombosacrale o sacrococcigeo, esame morfodinamico della colonna lombosacrale, rachide lombosacrale per morfometria vertebrale	
	CODICI DPCM 12.01.2017: RX DELLA COLONNA CERVICALE, DORSALE E LOMBOSACRALE - Codici 87.22, 87.23, 87.24 RX MORFOMETRIA VERTEBRALE DORSALE E LOMBARE - Codici 87.23.6, 87.24.7 RX STANDARD SACROCOCCIGE - Codice 87.24.6	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dolore persistente dopo trauma lieve</li> <li>2. Altro (10%)</li> </ol>
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dolore persistente e resistente alla terapia dopo 3 settimane</li> <li>2. Morfometria vertebrale per sospetto crollo vertebrale su base osteoporotica</li> <li>3. Altro (10%)</li> </ol>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Scoliosi, dismorfismi scheletrici</li> <li>2. Altro (10%)</li> </ol>
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

CLASS_RAO 034	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA - Codice 88.27 Radiografia (2 proiezioni) di: femore, ginocchio, gamba	
	CODICI DPCM 12.01.2017: RX DEL FEMORE - Codice 88.27.1 RX DEL GINOCCHIO - Codice 88.27.2 RX DELLA GAMBA - Codice 88.27.3	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Dolore persistente dopo trauma lieve 2. Altro (10%)
B	10 gg	1. Dolore persistente e resistente alla terapia dopo 3 settimane 2. Sospetta artrite settica o infiammatoria 3. Altro (10%)
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

CLASS_RAO 035	<b>RADIOGRAFIA DEL GOMITO E DELL' AVAMBRACCIO - Codice 88.22</b> Radiografia (2 proiezioni) di: gomito, avambraccio	
	CODICI DPCM 12.01.2017: RX DEL GOMITO - Codice 88.22.1 RX DELL'AVAMBRACCIO - Codice 88.22.2	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Dolore persistente dopo trauma lieve 2. Altro (10%)
B	10 gg	1. Dolore persistente e resistente alla terapia dopo 3 settimane 2. Altro (10%)
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

CLASS_RAO 036	RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO - Codice 88.23 Radiografia (2 proiezioni) di: polso, mano, dito della mano	
	CODICI DPCM 12.01.2017: 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dolore persistente dopo trauma lieve</li> <li>2. Altro (10%)</li> </ol>
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bilancio di estensione di malattia reumatica sintomatica (primo esame) su indicazione specialistica reumatologica</li> <li>2. Dolore persistente e resistente alla terapia dopo 3 settimane</li> <li>3. Sospetta artrite settica o infiammatoria</li> <li>4. Altro (10%)</li> </ol>
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

CLASS_RAO 037	RADIOGRAFIA DELLA SPALLA E DELL' ARTO SUPERIORE - Codice 88.21 Radiografia (2 proiezioni) di: spalla, braccio, toraco-brachiale	
	CODICE DPCM 12.01.2017: 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

<b>ANGIO TC DELL'AORTA TORACICA - Codice 87.44.1</b>		
<b>CLASS_RAO 038</b>	CODICE DPCM 12.01.2017: <b>RX DEL TORACE - Codice 87.44.1</b> Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale  [Sostituisce il precedente RAO regionale: RX TORACE]	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
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

<p><b>CLASS_RAO</b> <b>039</b> <b>(M)</b></p>	<p><b>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.01.2</b> Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni <b>riconducibile TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE - Codice 88.01.1</b> Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni <b>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.01.4</b> Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata <b>riconducibile TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE - Codice 88.01.3</b> Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata <b>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.01.6</b> <b>riconducibile TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO - Codice 88.01.5</b></p> <p>CODICI DPCM 12.01.2017: TC DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni - Codice 88.01.1 TC DELL'ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC - Codice 88.01.2 Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni TC DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata - Codice 88.01.3 TC DELL'ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC - Codice 88.01.4 Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata TC DELL' ADDOME COMPLETO - Codice 88.01.5 TC DELL'ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC - Codice 88.01.6</p>	
<p><b>CLASSE DI PRIORITA'</b></p>	<p><b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b></p>	<p><b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b></p>
<p>U</p>	<p>72 h</p>	<p>1. Calcolosi renale complicata con ecografia non conclusiva (solo su richiesta specialistica urologica)</p>
<p>B</p>	<p>10 gg</p>	<p>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%)</p>

<p><b>CLASS_RAO</b> <b>039</b> <b>(M)</b></p>	<p><b>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.01.2</b> Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni <b>riconducibile TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE - Codice 88.01.1</b> Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni <b>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.01.4</b> Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata <b>riconducibile TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE - Codice 88.01.3</b> Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata <b>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.01.6</b> <b>riconducibile TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO - Codice 88.01.5</b></p> <p>CODICI DPCM 12.01.2017: TC DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni - Codice 88.01.1 TC DELL'ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC - Codice 88.01.2 Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni TC DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata - Codice 88.01.3 TC DELL'ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC - Codice 88.01.4 Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata TC DELL' ADDOME COMPLETO - Codice 88.01.5 TC DELL'ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC - Codice 88.01.6</p>	
<p><b>CLASSE DI PRIORITA'</b></p>	<p><b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b></p>	<p><b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b></p>
<p>D</p>	<p>60 gg</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sospetta surrenopatia endocrina con ecografia non conclusiva (è preferibile la RM come indagine di II livello dopo ecografia)</li> <li>2. Sospetta pancreatite cronica</li> <li>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)</li> <li>4. Altro (10%)</li> </ol>
<p>P</p>	<p>120 gg</p>	<p>LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO</p>

<b>CLASS_RAO 040</b>	<b>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO SUPERIORE - Codici 88.38.3</b> TC di: spalla e braccio [spalla, braccio], gomito e avambraccio [gomito, avambraccio], polso e mano [polso, mano]	
	<b>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO INFERIORE - Codici 88.38.6</b> TC di: articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale, femore], ginocchio e gamba [ginocchio, gamba], caviglia e piede [caviglia, piede]	
	CODICI DPCM 12.01.2017: 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	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sospetta frattura dopo esame radiografico negativo</li> <li>2. Altro (10%)</li> </ol>
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. PATOLOGIA TRAUMATICA: Non indicata inizialmente. Per valutazione scheletrica pre-chirurgica.</li> <li>2. Valutazione di alterazioni ossee riscontrate in esame radiografico in paziente pauci-sintomatico</li> <li>3. Valutazione di rilievi scintigrafici ossei positivi con esame radiografico non conclusivo</li> <li>4. Altro (10%)</li> </ol>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. POST-CHIRURGICO: Non indicata inizialmente. Per una migliore valutazione dell'evoluzione clinica e di eventuali complicanze ossee</li> <li>2. Altro (10%)</li> </ol>
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

<b>CLASS_RAO</b> <b>041</b>	<b>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.38.4</b> TC di: spalla e braccio [spalla, braccio], gomito e avambraccio [gomito, avambraccio], polso e mano [polso, mano]	
	<b>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.38.7</b> TC di: articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale, femore], ginocchio e gamba [ginocchio, gamba], caviglia e piede [caviglia, piede]	
	CODICI DPCM 12.01.2017: TC ARTICOLARE (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, SPALLA E BRACCIO, GOMITO E AVAMBRACCIO, POLSO E MANO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA, PIEDE, GINOCCHIO E GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE) SENZA E CON MDC - Codici 88.38.R, 88.38.S, 88.38.T, 88.38.U, 88.38.V, 88.38.W, 88.38.X, 88.38.Y, 88.38.Z, 88.39.A, 88.39.B, 88.39.C, 88.39.D, 88.39.E, 88.39.F, 88.39.G e 88.39.H	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valutazione/caratterizzazione patologia espansiva (in pazienti in cui è controindicata la RM)</li> <li>2. PATOLOGIA ONCOLOGICA: valutazione delle strutture scheletriche in presenza di reperto positivo ai prioritari esami radiografici (in pazienti in cui è controindicata la RM)</li> <li>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)</li> <li>4. Altro (10%)</li> </ol>
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

CLASS_RAO 042 (M)	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO - Codice 88.38.5 TC di: bacino e articolazioni sacro-iliache	
	CODICE DPCM 12.01.2017: TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE - Codice 88.38.5	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	1. Sospetto di neoplasia maligna dopo esame radiografico di 1° livello 2. Altro (10%)
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

<b>CLASS_RAO</b> <b>043</b> <b>(M)</b>	<p align="center"><b>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO - Codice 87.03</b></p> <p align="center">TC del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo</p> <p>CODICE DPCM 12.01.2017:  <b>TC CRANIO-ENCEFALO - Codice 87.03</b>  Non associabile a TC Sella Turcica (87.03.A) e TC Orbite (87.03.C)</p> <p>[Sostituisce il precedente RAO regionale: TAC CRANIO-ENCEFALICA]  [vedi anche RAO 044 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 87.03.1]</p>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	1. Sospetti segni e/o sintomi di TIA, verificatosi da oltre 48 ore in paziente a basso rischio di recidiva 2. Altro (10%)
B	10 gg	1. Sospetto ematoma sottodurale cronico o idrocefalo normoteso 2. Altro (10%)
D	60 gg	1. Sospetta demenza vascolare 2. Vertigini non di pertinenza otorino 3. Altro (10%)
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

CLASS_RAO 044 (M)	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 87.03.1	
	TC del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo	
	CODICE DPCM 12.01.2017: 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)  [Sostituisce il precedente RAO regionale: TAC CRANIO-ENCEFALICA] [vedi anche RAO 043 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO - Codice 87.03]	
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

<b>CLASS_RAO</b> <b>045</b>	<b>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE - Codice 87.03.2</b> TC del massiccio facciale [mascellare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari] In caso di ricostruzione tridimensionale codificare anche (88.90.2)	
	CODICE DPCM 12.01.2017: TC MASSICCIO FACCIALE - Codice 87.03.2 [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Patologia sinusale infiammatoria e polipoide clinicamente sintomatica</li> <li>2. Patologie odontogene complesse riconosciute alla indagine radiografica</li> <li>3. Altro (10%)</li> </ol>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Patologia sinusale infiammatoria e polipoide paucisintomatica/cronica</li> <li>2. Altro (10%)</li> </ol>
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

<b>CLASS_RAO</b> <b>046</b>	<b>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 87.03.3</b> TC del massiccio facciale [mascellare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari] In caso di ricostruzione tridimensionale codificare anche (88.90.2)	
	CODICE DPCM 12.01.2017: TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC - Codice 87.03.3 [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
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

<b>CLASS_RAO</b> <b>047</b> <b>(M)</b>	<b>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE - Codici 88.38.1</b> TC del rachide [cervicale, toracico, lombosacrale], spinale Incluso: lo studio di 3 metameri e 2 spazi intersomatici In caso di estensione della prestazione ad un ulteriore spazio intersomatico o metamero codificare anche 88.90.3 CODICI DPCM 12.01.2017: TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE, TORACICO, LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE - Codici 88.38.A, 88.38.B, 88.38.C  [Sostituisce il precedente RAO regionale: TAC COLONNA] [vedi anche RAO 048 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.38.2]	
	<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sospetta frattura vertebrale dopo esame radiografico non conclusivo</li> <li>2. Altro (10%)</li> </ol>
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>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)</li> <li>2. Altro (10%)</li> </ol>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>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)</li> <li>2. Altro (10%)</li> </ol>
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

<b>CLASS_RAO</b> <b>048</b> <b>(M)</b>	<b>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.38.2</b>	
	<p>TC del rachide [cervicale, toracico, lombosacrale], spinale          Incluso: lo studio di 3 metameri e 2 spazi intersomatici          In caso di estensione della prestazione ad un ulteriore spazio intersomatico o metamero codificare anche 88.90.3</p> <p>CODICI DPCM 12.01.2017:          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</p> <p>[Sostituisce il precedente RAO regionale: TAC COLONNA]          [vedi anche RAO 047 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE - Codici 88.38.1]</p>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>PATOLOGIA ONCOLOGICA:</b> Per la valutazione delle strutture scheletriche. Meglio la RM per lo studio del tessuto endocanalare e dei tessuti molli. In presenza di deficit neurologici anche in assenza di dolore.</li> <li>2. <b>SOSPETTO ONCOLOGICO: RM DUBBIA O POSITIVA:</b> 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.</li> <li>3. <b>COMPLICANZE POST-CHIRURGICHE</b> (in pazienti in cui è controindicata la RM)</li> <li>4. Altro (10%)</li> </ol>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>PATOLOGIA SCHELETRICA NON ONCOLOGICA:</b> per una migliore valutazione quando la RM non sia chiarificatrice</li> <li>2. Altro (10%)</li> </ol>
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

CLASS_RAO 049 (M)	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE - Codice 87.41 TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	
	CODICE DPCM 12.01.2017: 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sospetto di pneumotorace o pneumomediastino in paziente paucisintomatico con esame radiografico non conclusivo</li> <li>2. Sospetta patologia infiammatoria acuta con esame radiografico non conclusivo</li> <li>3. Altro (10%)</li> </ol>
B	10 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sospetta interstiziopatia polmonare</li> <li>2. Altro (10%)</li> </ol>
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

CLASS_RAO 050 (M)	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 87.41.1 TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	
	CODICE DPCM 12.01.2017: 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evidenza clinica o strumentale (RX) di patologia oncologica mediastinica, polmonare o pleurica</li> <li>2. Evidenza clinica o strumentale (RX) di patologia vascolare mediastinica (allargamento mediastinico)</li> <li>3. Altro (10%)</li> </ol>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Versamento pleurico e patologia infiammatoria a lenta risoluzione dopo esame radiografico</li> <li>2. Altro (10%)</li> </ol>
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

**VISITA OCULISTICA - Codice 95.02**

Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo

**CLASS\_RAO  
051  
(M)**

CODICE DPCM 12.01.2017:

PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA - Codice 95.02

[RAO regionale già precedentemente in vigore]

<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U Accesso in PS		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Occhio rosso e dolente con riduzione del visus</li> <li>2. Causticazione della cornea o congiuntiva</li> <li>3. Lesioni traumatiche importanti, ferite perforanti, corpi del bulbo e annessi</li> <li>4. Calo improvviso ed importante del visus e /o evidente amputazione del campo visivo – scotomi fissi.</li> </ol>
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Occhio rosso e dolente non associato a riduzione del visus</li> <li>2. Disturbi del visus improvvisi lievi e/o transitori</li> <li>3. Visione di corpuscoli, filamenti, miodesopsie o mosche volanti, lampi senza riduzione del visus e/o amputazione del campo visivo</li> <li>4. Leucocoria, riflesso rosso assente o patologico (bambino)</li> </ol>
U PEDIATRIA	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Esoftalmo monolaterale di nuova insorgenza (bambino) *</li> <li>2. Anomalie bulbo, cornea e pupilla (bambino) *</li> <li>3. Nistagmo (bambino) *</li> </ol>
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aggravamento di pazienti già in trattamento (pregresso recente intervento)</li> <li>2. Ri-valutazione in pz. (già) Urgente, Tipo U, Operato.</li> <li>3. Oculocefalalgie (non diagnosticate);</li> <li>4. Cataratta nel bambino;</li> <li>5. Disturbi oculari in patologie sistemiche;</li> <li>6. Patologie iatrogene;</li> <li>7. Altro (10%)</li> </ol>

**VISITA OCULISTICA - Codice 95.02**

Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo

<b>CLASS_RAO</b> <b>051</b> <b>(M)</b>	<b>CODICE DPCM 12.01.2017:</b> <b>PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA - Codice 95.02</b>  [RAO regionale già precedentemente in vigore]	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
B PEDIATRIA		1. Strabismo di nuova insorgenza (bambino) *
D	60 gg	1. Fundus per diabetici di nuova diagnosi; 2. Fundus per ipertesi di nuova diagnosi; 3. Ulteriore riduzione del visus imprecisata o dubbia; 4. Altro (10%)
D PEDIATRIA	60 gg	1. Deficit del visus in età scolare (problemi a scuola); 2. Torcicollo del bambino 3. Altro (10%)
P	120 gg	1. Riferita riduzione del visus imprecisata o dubbia 2. Deficit del visus in età scolare (problemi a scuola) 3. Test di Lang e/o di Cover - test sospetto (bambino) * 4. Altro (10%)

NB La visita oculistica comprende l'esecuzione di tutti gli esami per la valutazione del sistema visivo, compreso anche il FUNDUS OCULI. Tale esame non deve essere mai richiesto insieme alla visita

<b>VISITA GENERALE (VISITA ORTOPEDICA) - Codice 89.7</b>		
<b>CLASS_RAO 052 (M)</b>	CODICE DPCM 12.01.2017: PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Incluso: eventuale podoscopia per prescrizione di plantare - Codice 89.7B.8  [RAO regionale già precedentemente in vigore]	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U Accesso in PS		1. Traumatologia
U	72 h	1. Blocco meccanico grosse articolazioni (spalla, gomito, anca, ginocchio,) con impossibilità di movimento; 2. Versamenti endoarticolari non cronici.
B	10 gg	1. Lombosciatalgie acute con insufficienza rachide + lasegué vivace + valsalva positiva; 2. Cervicalgie acute con blocco vertebrale; 3. Patologie acute di media gravità poco rispondenti al trattamento antalgico (p.es.: epicondiliti, 4. Periartriti, patologie reumatiche del polso e della mano); 5. Patologia tumorale o sospetta tumorale non inquadrata (p.es.: osteolisi di ndd);
D	30 gg	1. Tutte le sindromi canalicolari (p.es.: dito a scatto, tunnel carpale); 2. Patologia subacuta;
P	120 gg	1. Altre condizioni cliniche

<b>VISITA GENERALE (VISITA UROLOGICA) - Codice 89.7</b>		
<b>CLASS_RAO 053 (M)</b>	CODICE DPCM 12.01.2017: PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Incluso: esplorazione dei genitali esterni ed esplorazione rettale - Codice 89.7C.3  [RAO regionale già precedentemente in vigore]	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U Accesso in PS		1. Colica in monorene; 2. Traumi apparato – urogenitale; 3. Coliche renali resistenti alla terapia medica; 4. Patologia scrotale acuta; 5. Ritenzione urinaria acuta; 6. Ematuria con ritenzione.
U	72 h	1. Macroematuria persistente; 2. Nodulo testicolo.
B	10 gg	1. Nodulo epididimo o pene; 2. Polipi o papillomi della vescica; 3. Calcolosi ureterale; 4. Massa renale accertata ecograficamente; 5. Psa aumentato con relativa ridotta quota del psa libero; 6. Pielo-ureterectasia asintomatica; 7. Altro (10%)
D	30 gg	1. Colica renale o ureterale già valutate ecograficamente senza stasi urinaria; 2. Calcolosi renale; 3. Infezione vie urinarie nel maschio;
P	120 gg	1. Varicocele; 2. Ipertrofia della prostata; 3. Idrocele e cisti del testicolo o epididimo valutate ecograficamente; 4. Fimosi semplice; 5. Disturbi minzionali; 6. Altro (10%).

**VISITA NEUROLOGICA - Codice 89.13**

<b>CLASS_RAO</b> <b>054</b> <b>(M)</b>	CODICE DPCM LEA 2017 PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]. Incluso: eventuale fundus oculi e Minimental test (MMSE) - Codice 89.13  [RAO regionale già precedentemente in vigore]	
<b>CLASSE DI</b> <b>PRIORITA'</b>	<b>TEMPO</b> <b>MASSIMO DI</b> <b>ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U Accesso in PS		1. Problema che richiede una valutazione rapida per le gravi conseguenze che il ritardo comporterebbe
U	72 h	1. TIA carotideo o vertebrale recente da < di 7 giorni 2. Effetti collaterali importanti di terapia in atto
B	10 gg	1. Scompenso in trattamento antiparkinsoniano 2. Recidiva in trattamento antiepilettico 3. Deficit motorio periferico di recente insorgenza. 4. Altro (10%)
D	30 gg	1. Paresi periferica del nervo Facciale a lenta risoluzione 2. Eemicrania accessionale 3. Altro (10%)
P	120 gg	1. Patologie neurologiche senza carattere di urgenza (Cefalea, Epilessia, Disturbi del movimento, Demenze, Sindromi demielinizzanti, Malattia Cerebrovascolare) 2. Altro (10%)

CLASS_RAO 055 (M)	<p align="center"><b>ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] - Codice 93.08.1</b></p> <p align="center">Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo</p> <p align="center">Escluso: EMG dell'occhio (95.25), EMG dello sfintere uretrale (89.23), quello con polisonnogramma (89.17)</p> <p>CODICI DPCM 12.01.2017:            ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Inclusive tutte le fibre indagabili. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2 - Codice 93.08.A            ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Inclusive tutte le fibre indagabili. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2 - Codice 93.08.B            ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Inclusive tutte le fibre indagabili. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17) – Codice 93.08.C            ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli. Inclusive tutte le fibre indagabili. – Codice 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) - Codice 93.08.E            EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli) - Codice 93.08.F</p> <p>[RAO regionale già precedentemente in vigore]</p>	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U Accesso in PS		LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sospetta lesione acuta del SNP presente da &gt; di 2 settimane e insorta da &lt; di 6 settimane (improvviso deficit muscolare ad un arto inferiore, con lombalgia o anamnesi positiva per ernia discale lombo-sacrale, da sospetta ernia paralizzante;</li> <li>2. deficit muscolare ad esordio acuto correlabile a posture prolungate o in fase post-chirurgica da sospetta compressione acuta di tronchi nervosi;</li> <li>3. paralisi correlabile a traumi, fratture o ferite da sospetta lesione di tronchi nervosi; deficit motorio ad uno o più arti correlabile ad una patologia infiammatoria di tronchi nervosi o infiltrazione neoplastica o effetti di radio e chemioterapia o effetto di farmaci (isoniazide, nitrofurantoina, fenitoina, disulfiram...).</li> </ol> <p>N.B. la paresi ingravescente ad andamento disto-proximale da sospetta sindrome di Guillaine-Barrè richiede una visita neurologica urgente o di tipo U.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Altro (10%)</li> </ol>

CLASS_RAO 055 (M)	<p style="text-align: center;"><b>ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] - Codice 93.08.1</b></p> <p style="text-align: center;">Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo</p> <p style="text-align: center;">Escluso: EMG dell'occhio (95.25), EMG dello sfintere uretrale (89.23), quello con polisonnogramma (89.17)</p> <p>CODICI DPCM 12.01.2017:            ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Inclusive tutte le fibre indagabili. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2 - Codice 93.08.A            ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Inclusive tutte le fibre indagabili. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2 - Codice 93.08.B            ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Inclusive tutte le fibre indagabili. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17) – Codice 93.08.C            ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli. Inclusive tutte le fibre indagabili. – Codice 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) - Codice 93.08.E            EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli) - Codice 93.08.F</p> <p>[RAO regionale già precedentemente in vigore]</p>	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D1	30 gg	1. Sospetta malattia del motoneurone; 2. Sospetta miastenia gravis. 3. Altro (10%)
D2	60 gg	1. Paralisi periferica del nervo Facciale a lenta risoluzione 2. Sospetta malattia muscolare primitiva o secondaria 3. Altro (10%)
P	120 gg	Prima diagnosi di malattie a lenta evoluzione: 1. Radicolopatie da ernia discale cervicale o lombo-sacrale 2. Mononeuropatie con compromissione di singoli nervi periferici come il nervo Mediano (s. del tunnel carpale), il nervo Ulnare (s. del tunnel cubitale), il nervo Cutaneo Laterale del Femore (Meralgia Parestesia), il nervo Tibiale posteriore (s. del tunnel tarsale) 3. Polineuropatie dismetaboliche (diabete, uremia, epatopatie, ipotiroidismo), paraproteinemiche (mieloma multiplo, macroglobulinemia di Waldstrom, crioglobulinemia, gammopatia monoclonale), vasculopatiche (artrite reumatoide, LES, panarterite nodosa, granulomatosi di Wegener), disnutrizionali (etilismo, malassorbimento, avitaminosi B6 e B12), paraneoplastiche (microcitoma polmonare, linfoma non Hodgkin, neoplasie viscerali), tossiche (acrilamide, tallio, piombo, solventi, insetticidi, lubrificanti).

NB: Per sospetta sindrome del tunnel carpale o controllo strumentale di polineuropatia già nota è possibile eseguire esame Elettroencefalografico con determinazione delle sole velocità di conduzione dei tronchi nervosi (con prenotazione CUP). Nei casi in cui ci sia necessità di completamento dell'esame con EMG, questa verrà programmata dal personale del servizio Neurologico.

NB: La griglia regionale prevede due classi D: D1 30 giorni D2 60 giorni, tale classificazione andrà rivista entro il 30 maggio 2019 in coerenza con le classi previste.

<b>CLASS_RAO</b> <b>056</b>	<p style="text-align: center;"><b>ELETTROENCEFALOGRAMMA - Codice 89.14</b></p> <p style="text-align: center;">Elettroencefalogramma standard e con sensibilizzazione (stimolazione luminosa intermittente, iperpernea) Escluso: EEG con polisonnogramma (89.17)</p> <p>CODICE DPCM 12.01.2017:  ELETTROENCEFALOGRAMMA. Escluso: EEG con polisonnogramma (89.17) - Codice 89.14</p> <p>[RAO regionale già precedentemente in vigore]</p>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U Accesso in PS		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sospetta encefalite</li> <li>2. Stato di male epilettico</li> <li>3. Coma</li> </ol>
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Episodio critico con sospetto clinico fondato per crisi epilettica</li> <li>2. Altro (10%)</li> </ol>
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Episodio critico in pz già in trattamento antiepilettico, con precedente EEG non diagnostico.</li> <li>2. Altro (10%)</li> </ol>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Altre condizioni cliniche non a carattere di urgenza in cui sia comunque indicato l'esame</li> </ol>
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO

<b>VISITA GENERALE (VISITA CHIRURGICA) - Codice 89.7</b>		
<b>CLASS_RAO 057</b>	CODICE DPCM 12.01.2017: PRIMA VISITA CHIRURGICA GENERALE - Codice 89.7A.4  [RAO regionale già precedentemente in vigore]	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U Accesso in PS (senza impegnativa SSR)		1. Emorragia digestiva acuta 2. Dolore toracico acuto con dispnea 3. Dolore addominale acuto associato a segni sistemici (febbre, vomito, alterazioni dell'alvo, stipsi ostinata, distensione addominale) 4. Tumefazioni addominali dolenti e non riducibili
U	72 h	1. Sindromi proctologiche acute 2. Dolori addominali persistenti 3. Neoformazioni dei tegumenti complicate 4. Diagnosi di sospetta neoplasia
B	10 gg	1. Patologie benigne note con segni di recente modificazione
D	30 gg	1. Rivalutazioni post-chirurgiche primo accesso 2. Neoformazioni dei tegumenti non complicate
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO

NOTA Si è ritenuto opportuno procedere alla compilazione di questa griglia ai fini dell'appropriatezza prescrittiva nonostante i tempi di attesa per la prima visita chirurgica siano pressoché nulli.

<b>VISITA GENERALE (VISITA CHIRURGICA VASCOLARE) - Codice 89.7</b>		
<b>CLASS_RAO 058 (M)</b>	CODICE DPCM 12.01.2017: PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE – Codice 89.7A.6  [RAO regionale già precedentemente in vigore]	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U Accesso in PS		1. Massa addominale pulsante dolente 2. Ischemia acuta degli arti inferiori o superiori 3. Stenosi carotidea > 70%** sintomatica*** (nel caso il paziente salti la griglia RAO della visita neurologica)
U	72 h	1. Ischemia critica degli arti inferiori 2. Massa addominale pulsante non dolente 3. Aneurisma aortico addominale > 5,5 cm
B	10 gg	1. Stenosi carotidea asintomatica > 80% 2. Stenosi carotidea asintomatica >70% ma rapidamente peggiorata 3. Claudicatio intermittens in rapido peggioramento 4. Aneurisma aortico > 4 cm e < 5 cm ma rapidamente ingrandito
D	30 gg	1. Ulcere vascolari degli arti inferiori 2. Claudicatio intermittens di nuova insorgenza
P	120 gg	1. Varici degli arti inferiori 2. Aneurisma aortico > 3 cm e < 4 cm di nuova insorgenza 3. Claudicatio intermittens cronica stabile

\* per definizione di ischemia critica vedi TASC II

\*\* riferita al criterio ECST

\*\*\* per sintomatica vedi criteri di definizione di TIA

#### **NB**

- Il sospetto Attacco Ischemico Transitorio (TIA) cerebrale non viene riportato perché già previsto nella griglia RAO della Visita Neurologica.
- La patologia venosa non viene riportata perché già prevista nella griglia RAO dell'EcocolorDoppler Venoso.
- Si allega scala di Wells per sospetto clinico di TVP (N Engl J Med 2003)

**SCALA DI WELLS per sospetto clinico di TVP (N Engl J Med 2003)**

PARAMETRO CLINICO SCORE	SCORE
Neoplasia maligna in atto (terapia in corso o negli ultimi 6 mesi o palliazione)	1
Paralisi, paresi, o recente ingessatura agli arti inferiori 1	1
Allettamento recente per 3 giorni o più, o chirurgia maggiore nelle ultime 12 settimane	1
Tensione dolorosa lungo la distribuzione del sistema venoso profondo	1
Gonfiore a tutta la gamba	1
Edema del polpaccio di almeno 3 cm superiore alla gamba asintomatica (misurato 10 cm sotto la tuberosità tibiale); in pazienti con sintomi bilaterali usare la gamba più sintomatica	1
Edema con fovea della gamba sintomatica	1
Vene superficiali collaterali (non varicose)	1
Trombosi Venosa Profonda precedentemente documentata	1
Diagnosi alternativa almeno altrettanto probabile del sospetto di TVP (erisipela, ematoma, cisti di Baker, ulcera infetta, idrartro di ginocchio, ecc...)	- 2
<i>INTERPRETAZIONE</i>	
Uno score totale > = 2 indica che la TVP è <b>PROBABILE</b>	
Uno score totale < 2 indica che la TVP è <b>IMPROBABILE</b> In pazienti con sintomi a carico di entrambi gli arti sarà considerato l'arto più sintomatico	
Se lo score di Wells indica che la TVP è improbabile (<2) ed il D-Dimero è negativo, la TVP può essere ragionevolmente esclusa senza eseguire un EcocolorDoppler Venoso degli arti inferiori	

<b>CLASS_RAO</b> <b>059</b> <b>(M)</b>	<b>VISITA GENERALE (VISITA DERMATOLOGICA) - Codice 89.7</b>  CODICE DPCM 12.01.2017: 89.7A.7 - PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA  [RAO regionale già precedentemente in vigore]	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U Accesso in PS		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ustioni</li> <li>2. Eruzioni cutanee diffuse con associata sintomatologia generale (febbre e/o mialgie e/o artralgie)</li> <li>3. Ulcera cutanea con associati segni d'infezione (edema e eritema perilesionale, aumento del dolore, odore inusuale e cattivo, aumento dell'essudato o essudato purulento, tessuto di granulazione friabile e/o di colorito scuro)</li> <li>4. Sindrome orticaria angioedema</li> </ol>
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dermatite recente generalizzata senza associazione di sintomatologia generale (febbre, mialgie, ecc.) con associato prurito diffuso</li> <li>2. Lesioni nodulo-ulcerate dei genitali</li> <li>3. Secrezioni uretrali o vaginali dopo rapporto sessuale recente</li> <li>4. Dermatiti parassitarie in comunità</li> </ol>
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dermatite localizzata con associato prurito o prurito che altera la veglia e il sonno</li> <li>2. Lesioni pigmentate spontaneamente sanguinanti o riferite in evoluzione</li> <li>3. Neoformazioni con aspetto angiomatico spontaneamente o facilmente sanguinanti</li> <li>4. Neoformazioni cutanee a rapido sviluppo</li> <li>5. Dermatiti parassitarie non in comunità</li> <li>6. Ulcere della mucosa orale</li> </ol>
D	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dermatite cronica diffusa senza altra sintomatologia associata</li> <li>2. Lesioni pigmentate traumatizzate</li> <li>3. Condilomi acuminanti genitali</li> <li>4. Molluschi contagiosi</li> <li>5. Ulcera cutanea senza segni associati d'infezione</li> <li>6. Neoformazioni cutanee a lento sviluppo</li> </ol>

<b>VISITA GENERALE (VISITA DERMATOLOGICA) - Codice 89.7</b>		
<b>CLASS_RAO</b> 059 (M)	CODICE DPCM 12.01.2017: 89.7A.7 - PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA  [RAO regionale già precedentemente in vigore]	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dermatite cronica localizzata senza alcuna sintomatologia associata</li> <li>2. Recidiva di dermatite cronica già diagnosticata dal dermatologo</li> <li>3. Nevi melanocitici e di lesioni pigmentate riferite stabili (primo accesso nella struttura)</li> <li>4. Neoformazioni verrucose (verruche volgari)</li> <li>5. Indicazioni cosmetiche (cheratosi seborroiche, fibromi penduli, angiomi, couperose, macchie ipercromiche, macchie ipo-a-acromiche, smagliature)</li> <li>6. Onicopatie</li> <li>7. Caduta dei capelli</li> </ol>

<b>VISITA GENERALE (VISITA OTORINO) - Codice 89.7</b>		
<b>CLASS_RAO 060 (M)</b>	CODICE DPCM 12.01.2017: PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA. Incluso, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità vestibolare, utilizzo di fibre ottiche, rimozione di cerume - Codice 89.7B.9  [RAO regionale già precedentemente in vigore]	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U Accesso in PS		1. Ascesso o flemmone (collo, bocca, faringe) 2. Corpo estraneo nasale, faringeo, bronchiale esofageo 3. Dispnea inspiratoria 4. Emorragie in atto (naso, bocca) 5. Ipoacusia improvvisa 6. Vertigine acuta invalidante 7. Otite o sinusite dolorosa ingravescente 8. Trauma facciale e collo (ferite, fratture)
U	72 h	1. Sospetta neoplasia maligna del distretto ORL 2. Paralisi nervo facciale
B	10 gg	1. Adenopatie latero cervicali (valutate eco graficamente) 2. Disfonia o disfagia ingravescente 3. Ipoacusia ed acufene recente 4. Sinusite ingravescente 5. Tappo di cerume
D	30 gg	1. Epistassi non in atto 2. Sospette neoplasie cutanee, tiroidee, salivari 3. Processi flogistici cronici (otite, sinusite, faringolaringite, ecc.) 4. Sleep apnea nei bambini
P	120 gg	1. Acufeni cronico 2. Disturbi della voce e del linguaggio (dislalie, ecc.) 3. Ipoacusia cronica 4. 4. Vertigine cronica

<b>VISITA GENERALE (VISITA OTORINO) - Codice 89.7</b>		
<b>CLASS_RAO 060 (M)</b>	CODICE DPCM 12.01.2017: PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA. Incluso, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità vestibolare, utilizzo di fibre ottiche, rimozione di cerume - Codice 89.7B.9  [RAO regionale già precedentemente in vigore]	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
		5. Cefalea cronica 6. Patologia mal formativa (naso, orecchie, ecc.) 7. Sleep apnea adulti 8. Nodi tiroidei cronici (valutati eco graficamente)

<b>CLASS_RAO</b> <b>061</b> <b>(M)</b>	<b>TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO - Codice 89.43</b> Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)	
	<b>TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE - Codice 89.41</b> Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)	
	<p>CODICI DPCM 12.01.2017:          La prestazione 89.43 non ha corrispondente nel CODICI DPCM 12.01.2017  <b>TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE - Codice 89.41</b>          Escluso: Test da sforzo cardiopolmonare (89.44.1)</p> <p>[RAO regionale già precedentemente in vigore]</p>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U Accesso in PS		LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
B	10 gg	1. Dolore toracico tipico da sforzo di recente insorgenza (< 1 mese)
D	30 gg	1. Primo controllo in presenza di cardiopatia ischemica nota (dopo infarto miocardico, 3-6 mesi dopo intervento di rivascolarizzazione percutanea o chirurgica) 2. Paziente con cardiopatia nota e sintomi di sospetta origine cardiaca
P	120 gg	1. Valutazione di pazienti asintomatici con elevato rischio cardiovascolare 2. Esami programmabili

<b>CLASS_RAO</b> <b>062</b> <b>(M)</b>	<b>ESAME CLINICO - STRUMENTALE DELLA MAMMELLA comprensivo di:</b> <b>MAMMOGRAFIA BILATERALE (2 PROIEZIONI) – Codice 87.37.1, ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Bilaterale – Codice 88.73.1, VISITA GENERALE (VISITA SENOLOGICA) – Codice 89.7</b> <b>oppure</b> <b>MAMMOGRAFIA MONOLATERALE (2 PROIEZIONI) – Codice 87.37.2, ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Monolaterale – Codice 88.73.2, VISITA GENERALE (VISITA SENOLOGICA) – Codice 89.7</b>	
	<p>CODICI DPCM 12.01.2017:  MAMMOGRAFIA BILATERALE – Codice 87.37.1, ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso ecografia del cavo ascellare ed eventuale integrazione Colordoppler. Incluso: eventuale valutazione clinica della mammella – Codice 88.73.1, PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate – Codice 89.7  oppure  MAMMOGRAFIA MONOLATERALE – Codice 87.37.2, ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso: ecografia del cavo ascellare ed eventuale integrazione Colordoppler – Codice 88.73.2, PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate – Codice 89.7</p> <p>[RAO regionale già precedentemente in vigore]  [Vedi anche RAO 019      MAMMOGRAFIA BILATERALE (2 PROIEZIONI) - Codice 87.37.1  MAMMOGRAFIA MONOLATERALE (2 PROIEZIONI) - Codice 87.37.2  E RAO 013              ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Bilaterale - Codice 88.73.1  ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Monolaterale - Codice 88.73.2]</p>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U Accesso in PS		LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. evidenza clinica di sospetta neoplasia</li> <li>2. sospetta mastite carcinomatosa (ascesso o processo infiammatorio che persiste dopo trattamento antibiotico appropriato)</li> <li>3. secrezione ematica dal capezzolo di nuova insorgenza (se possibile dopo esame citologico) retrazione, distorsione o eczema del capezzolo</li> <li>4. noduli clinicamente apprezzabili, asimmetrici, persistenti dopo le mestruazioni, duri, con margini irregolari</li> </ol>

<b>CLASS_RAO</b> <b>062</b> <b>(M)</b>	<b>ESAME CLINICO - STRUMENTALE DELLA MAMMELLA comprensivo di:</b> <b>MAMMOGRAFIA BILATERALE (2 PROIEZIONI) – Codice 87.37.1, ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Bilaterale – Codice 88.73.1, VISITA GENERALE (VISITA SENOLOGICA) – Codice 89.7</b> <b>oppure</b> <b>MAMMOGRAFIA MONOLATERALE (2 PROIEZIONI) – Codice 87.37.2, ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Monolaterale – Codice 88.73.2, VISITA GENERALE (VISITA SENOLOGICA) – Codice 89.7</b>	
	CODICI DPCM 12.01.2017: MAMMOGRAFIA BILATERALE – Codice 87.37.1, ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso ecografia del cavo ascellare ed eventuale integrazione Colordoppler. Incluso: eventuale valutazione clinica della mammella – Codice 88.73.1, PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate – Codice 89.7 oppure MAMMOGRAFIA MONOLATERALE – Codice 87.37.2, ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso: ecografia del cavo ascellare ed eventuale integrazione Colordoppler – Codice 88.73.2, PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate – Codice 89.7 [RAO regionale già precedentemente in vigore] [Vedi anche RAO 019      MAMMOGRAFIA BILATERALE (2 PROIEZIONI) - Codice 87.37.1 MAMMOGRAFIA MONOLATERALE (2 PROIEZIONI) - Codice 87.37.2 E RAO 013      ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Bilaterale - Codice 88.73.1 ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Monolaterale - Codice 88.73.2]	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
D	30 gg	1. mastite (dopo trattamento antibiotico appropriato) 2. secrezione del capezzolo e noduli senza i caratteri di sospetta malignità sopra definiti, 3. preparazione alla riproduzione assistita 4. donne in procinto di iniziare una terapia ormonale sostitutiva
P	120 gg	1. primo accesso di donne asintomatiche tra 40 e 49 anni 2. di età inferiore ai 50 anni che presentano un rischio genetico o familiare

<b>CLASS_RAO</b> <b>063</b> <b>(M)</b>	<b>VISITA GENERALE (VISITA FISIATRICA) - Codice 89.7</b>  CODICE DPCM 12.01.2017: PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - Codice 89.7B.3	
<b>CLASSE DI</b> <b>PRIORITA'</b>	<b>TEMPO</b> <b>MASSIMO DI</b> <b>ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U Accesso in PS		INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE
B*	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dimissioni da reparti per acuti non in possesso di Progetto Riabilitativo (allegare lettera di dimissione non eccedente i 30 giorni)</li> <li>2. Dimissioni da Riabilitazioni Intensive e Estensive extraregionali (allegare lettera di dimissione non eccedente i 30 giorni)</li> <li>3. Rimozione apparecchi gessati/tutori grosse articolazioni/concessione carico per fratture arto inferiore (entro i 30 giorni dalla rimozione)</li> <li>4. Esiti di intervento chirurgico (allegare lettera di dimissione non eccedente i 30 giorni)</li> <li>5. Linfedema post-mastectomia entro 3 mesi dall'insorgenza</li> <li>6. Riacutizzazione S.M.</li> </ol>
D	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Malattie del SNC in prima valutazione</li> <li>2. Colpo di frusta entro un mese dall'evento</li> <li>3. Lesione nervosa periferica recente-entro tre mesi all'evento comprese radicolopatie (es. lombosciatalgie)</li> <li>4. Patologia articolare sub-acuta entro due mesi dall'evento (es. periartrite, epicondilita, tendinite, cervico-lombalgia acuta)</li> <li>5. Artralgia acuta senza trauma di probabile eziologia degenerativa in prima valutazione</li> <li>6. Prima valutazione del bambino in scoliosi</li> <li>7. Lombalgia acuta senza trauma di probabile eziologia degenerativa</li> </ol>
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Patologie dell'età evolutiva</li> <li>2. Disabilità secondarie a patologia del sistema nervoso centrale e periferico primitive e secondarie entro 6 mesi dall'evento indice</li> </ol>

CLASS_RAO 063 (M)	<b>VISITA GENERALE (VISITA FISIATRICA) - Codice 89.7</b>	
	CODICE DPCM 12.01.2017: PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - Codice 89.7B.3	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
		3. Patologie neurologiche non recenti e degenerative croniche 4. Disabilità secondarie a patologie osteomioarticolari traumatiche e non: eventi successivi al primo 5. Disabilità secondarie a patologie infiammatoria reumatica 6. Disabilità secondarie a patologie osteomioarticolari croniche ed osteoporosi

N.B. \*E' necessario esibire al Medico di Medicina Generale, in sede di visita, la lettera di dimissione recente rilasciata dal reparto di degenza.

<b>VISITA GENERALE (VISITA ENDOCRINOLOGICA) - Codice 89.7</b>		
<b>CLASS_RAO</b> <b>064</b> <b>(M)</b>	CODICE DPCM 12.01.2017: PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale ed eventuale applicazione di microinfusore sottocute - Codice 89.7A.8  DA FARE	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U Accesso in PS		
U	72 h	
B	10 gg	
D	60 gg	
P	120 gg	

**VISITA GINECOLOGICA - Codice 89.26**

Visita ostetrico-ginecologica/andrologica, Esame pelvico

**CLASS\_RAO**  
**065**  
**(M)**CODICE DPCM 12.01.2017:  
PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuali indicazioni in funzione anticoncezionale e preconcezionale. Non associabile a 89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA - Codice 89.26.1

DA FARE

<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U Accesso in PS		
U	72 h	
B	10 gg	
D	60 gg	
P	120 gg	

<b>CLASS_RAO</b> <b>066</b> <b>(M)</b>	<b>VISITA GENERALE (VISITA ONCOLOGICA) - Codice 89.7</b> CODICE DPCM 12.01.2017: PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Incluso: stesura del piano di trattamento - Codice 89.7B.7 DA FARE	
<b>CLASSE DI</b> <b>PRIORITA'</b>	<b>TEMPO</b> <b>MASSIMO DI</b> <b>ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U Accesso in PS		
U	72 h	
B	10 gg	
D	60 gg	
P	120 gg	

<b>CLASS_RAO</b> <b>067</b> <b>(M)</b>	<b>VISITA GENERALE (VISITA PNEUMOLOGICA) - Codice 89.7</b> CODICE DPCM 12.01.2017: PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Incluso: eventuale rilevazione incruenta della saturazione arteriosa - Codice 89.7C.1  DA FARE	
<b>CLASSE DI</b> <b>PRIORITA'</b>	<b>TEMPO</b> <b>MASSIMO DI</b> <b>ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U Accesso in PS		
U	72 h	
B	10 gg	
D	60 gg	
P	120 gg	

<b>CLASS_RAO</b> <b>068</b> <b>(M)</b>	<b>ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO - Codice 89.44</b> Test da sforzo al tallio con o senza stimolatore transesofageo CODICE DPCM 12.01.2017: ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO - Codice 89.44 DA FARE	
<b>CLASSE DI</b> <b>PRIORITA'</b>	<b>TEMPO</b> <b>MASSIMO DI</b> <b>ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U Accesso in PS		
U	72 h	
B	10 gg	
D	60 gg	
P	120 gg	

<b>CLASS_RAO</b> <b>069</b> <b>(M)</b>	<b>ESAME AUDIOMETRICO TONALE - Codice 95.41.1</b>	
	CODICE DPCM 12.01.2017: ESAME AUDIOMETRICO TONALE - Codice 95.41.1  DA FARE	
<b>CLASSE DI</b> <b>PRIORITA'</b>	<b>TEMPO</b> <b>MASSIMO DI</b> <b>ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U Accesso in PS		
U	72 h	
B	10 gg	
D	60 gg	
P	120 gg	

<b>CLASS_RAO 070 (M)</b>	<b>SPIROMETRIA SEMPLICE - Codice 89.37.1 SPIROMETRIA GLOBALE - Codice 89.37.2</b>	
	CODICI DPCM 12.01.2017: SPIROMETRIA SEMPLICE. Non associabile a 89.37.4 TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA - Codice 89.37.1 SPIROMETRIA GLOBALE [con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica] - Codice 89.37.2  DA FARE	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U Accesso in PS		
U	72 h	
B	10 gg	
D	60 gg	
P	120 gg	

<b>CLASS_RAO</b> <b>071</b> <b>(M)</b>	<b>FOTOGRAFIA DEL FUNDUS - Codice 95.11</b> Per occhio  CODICI DPCM 12.01.2017: FOTOGRAFIA DEL FUNDUS - Codice 95.11  DA FARE	
<b>CLASSE DI</b> <b>PRIORITA'</b>	<b>TEMPO</b> <b>MASSIMO DI</b> <b>ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U Accesso in PS		
U	72 h	
B	10 gg	
D	60 gg	
P	120 gg	

## **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.

## Attività di adeguamento del Sistema CUP

Il sistema CUP regionale deve garantire la gestione razionale e trasparente degli accessi ambulatoriali, in coerenza con le Linee Guida Nazionali CUP di cui all'Accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010 e successivi aggiornamenti.

Il sistema CUP regionale deve essere adeguato in modo da **garantire tutte le azioni previste dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2019-2021**, in particolare:

- a. deve assicurare la **gestione delle Agende** secondo quanto previsto al punto 9 del PNGLA 2019-2021 e le relative indicazioni regionali;
- b. deve prevedere **la presa in carico informatizzata dell'utente da parte del distretto di assistenza** secondo quanto previsto dalle indicazioni regionali relative ai punti 14, 15 e 16 del PNGLA 2019-2021. Deve tracciare inoltre i casi in cui non è possibile garantire le prestazioni attraverso l'attività istituzionale entro i tempi massimi d'attesa previsti dalla normativa di riferimento, presupposto per cui il cittadino è autorizzato ad ottenere la prestazione presso le strutture **private accreditate convenzionate o in regime libero professionale** secondo le modalità previste ai medesimi punti 14, 15 e 16 del PNGLA 2019-2021 e relative indicazioni regionali;
- c. deve tracciare la data di prescrizione, la data di contatto/prenotazione, la presa in carico, le disdette e i cambi appuntamento: dovrà prevedere una **funzione di stampa del ciclo di vita della ricetta** al fine di documentare i tempi effettivi in cui la prestazione risulta realmente disponibile;
- d. deve tracciare **l'effettiva disponibilità della prestazione** al momento della prenotazione **e la scelta dell'utente**, al fine di distinguere le situazioni di oggettiva difficoltà di accesso da quelle determinate dalla scelta discrezionale dell'utente. In tali casi nella prenotazione deve comparire l'informazione che la prenotazione è congrua con la scelta del paziente che ha preferito un altro appuntamento rinunciando al primo proposto;
- e. quando si prenota una prestazione di controllo deve essere visualizzata l'ultima data in cui è stato eseguito il medesimo esame per lo stesso paziente, al fine di evidenziare il tempo intercorso, informazione utile al medico che eroga la prestazione;
- f. deve prevedere funzionalità atte ad **intercettare eventuali prenotazioni contemporanee per una stessa prestazione da parte del medesimo utente (anche con ricette diverse)**, prevedendo appositi sistemi di sbarramento che minimizzino il rischio di prenotazioni multiple, anche di natura opportunistica;
- g. deve registrare **l'informazione che il cittadino non si è presentato all'appuntamento e non ha disdetto**: tale informazione deve essere visibile anche al momento di una eventuale ulteriore prenotazione per la stessa prestazione, al fine di applicare quanto previsto al punto 12 del PNGLA 2019-2021 e relative indicazioni regionali;
- h. deve essere **collegato al sistema degli screening** per evidenziare le casistiche riportate nelle indicazioni regionali relativamente al punto 6 del PNGLA 2019-2021;
- i. deve registrare tutte le **informazioni necessarie ai fini dei monitoraggi** previsti dal (PRGLA) 2019-2021, quali ad esempio: prestazione suggerita, tempo indicato per il controllo, quesito diagnostico, tipologia di accesso, Classe di priorità, ecc.