



**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 e al paragrafo 6.1 del PRGLA 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 e al paragrafo 6.1 del PRGLA 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:

<b>Campo</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Modalità di compilazione</b>
<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 e al paragrafo 6.2 del PRGLA 2019-2021, effettuati presso tutte le strutture indicate nei Programmi Attuativi Aziendali.

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

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

**Formola:** 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>
<b>1</b>	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35;85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0
<b>2</b>	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
<b>3</b>	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5
<b>4</b>	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5
<b>5</b>	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
<b>6</b>	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x
<b>7</b>	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193
<b>8</b>	By pass aortocoronarico	36.1x	
<b>9</b>	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	
<b>10</b>	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
<b>11</b>	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	
<b>12</b>	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
<b>13</b>	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
<b>14</b>	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
<b>15</b>	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
<b>16</b>	Emorroidectomia	49.46 – 49.49	
<b>17</b>	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 2019-21 e al paragrafo 6.1 del PRGLA 2019-2021 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 e al paragrafo 6.1 del PRGLA 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 7giorni 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 e dal PRGLA 2019-2021 al paragrafo 6.1	

***Modalità e tempi di trasmissione***

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

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

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

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



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

## Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO





*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

# **Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO**



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

**Questo documento è stato redatto da**

**Giovanni Caracci (Ex Dirigente Ufficio Qualità sicurezza, buone pratiche ed umanizzazione delle cure - Agenas)**

**Giulia Chiarelli (Ufficio Qualità sicurezza, buone pratiche ed umanizzazione delle cure - Agenas)**

**Raffaella Cingolani (Ufficio Qualità sicurezza, buone pratiche ed umanizzazione delle cure - Agenas)**

**Simone Furfaro (Ufficio Qualità sicurezza, buone pratiche ed umanizzazione delle cure - Agenas)**

**Maria Gentilini (Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa - APSS di Trento)**

**Giuliano Mariotti (Agenas/APSS di Trento)**

**Emanuela Reale (Ufficio Qualità sicurezza, buone pratiche ed umanizzazione delle cure - Agenas)**

**Quinto Tozzi (Dirigente Ufficio Qualità sicurezza, buone pratiche ed umanizzazione delle cure - Agenas)**

**Per approfondimenti: [reale@agenas.it](mailto:reale@agenas.it)**

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



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### **REFERENTI PROGETTO**

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

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



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

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



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

**AREA ANGIOLOGIA, CARDIOLOGIA E CHIRURGIA VASCOLARE**

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

**AREA ANDROLOGIA, DIABETOLOGIA, ENDOCRINOLOGIA, E OSTETRICIA E GINECOLOGIA**

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

**AREA GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA**

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

**AREA RADIOLOGIA e MEDICINA NUCLEARE**

<b>AIMN</b>	Oreste Bagni, Maria Cristina Marzola
<b>SIRM</b>	Carlo Masciocchi, Antonio Orlacchio, Enrico Pofi



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

**AREA PEDIATRIA**

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

**AREA DI MEDICINA GENERALE**

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

**ALTRE SOCIETÀ**

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



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### **Indice**

<b>1. PREMESSA ALLA FASE II .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Ambiti territoriali di applicazione .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2. Regioni/PA partecipanti all'applicazione .....</b>	<b>2</b>
<b>2. VINCOLI STRUTTURALI .....</b>	<b>2</b>
<b>2.1. Strumenti di prenotazione.....</b>	<b>2</b>
<b>2.2. Referenti.....</b>	<b>2</b>
<b>3. VINCOLI DI PROCESSO.....</b>	<b>3</b>
<b>3.1. Prestazioni previste dall'applicazione .....</b>	<b>3</b>
<b>3.2. Indicazioni cliniche condivise dai gruppi tematici Agenas.....</b>	<b>4</b>
3.2.1. Regioni che intraprendono o riavviano l'implementazione .....	4
3.2.2. Regioni che già applicano il modello .....	4
3.2.3. Tutte le Regioni partecipanti.....	4
3.2.4. Quali indicazioni cliniche? .....	5
3.2.5. Quali classi temporali? .....	5
3.2.6. Valutazione concordanza .....	7
3.2.7. Numerosità .....	7
3.2.8. Audit clinici.....	8
<b>3.3. Riassunto dati necessari da raccogliere per l'applicazione .....</b>	<b>8</b>
<b>3.4. Procedura operativa .....</b>	<b>8</b>

### **Allegati**

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



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*



## **1. PREMESSA ALLA FASE II**

### **1.1. Ambiti territoriali di applicazione**

- 1.1.1. Nella fase di avvio dell'implementazione di un modello basato su priorità cliniche condivise è necessario considerare le diverse caratteristiche delle organizzazioni sanitarie, soprattutto associate alle diverse dimensioni territoriali, che vedono coinvolte le aree distrettuali e le aree specialistiche ospedaliere e poliambulatoriali distrettuali. Sulla base dei dati empirici, ad oggi raccolti con varie esperienze di cosiddetta "integrazione ospedale-territorio", si ritiene di poter individuare 3 principali aree: i) area rurale e area di valle, caratterizzata da un numero limitato di medici di famiglia che dispongono di una struttura specialistica di riferimento all'interno del proprio territorio; ii) area provinciale, caratterizzata da un numero ampio di medici di famiglia che dispongono di una o più strutture specialistiche di riferimento all'interno del proprio territorio; iii) area metropolitana, caratterizzata da una grande dimensione della struttura urbana con numerose strutture specialistiche di riferimento di elevata complessità sociale per la grande quantità di soggetti che di fatto interagiscono per l'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali.
- 1.1.2. Mentre, da un lato, nelle aree rurali e di valle l'integrazione territorio-ospedale può essere caratterizzata, in funzione della disponibilità dei medici specialisti al contatto telefonico o con altra efficace tecnologia informativa, da contatti diretti fra medici delle cure primarie e medici delle cure secondarie e viceversa, dall'altro lato, nelle aree metropolitane, vi è una enorme quantità di erogatori ed una complessa circolazione dei pazienti nel territorio urbano che rende non solo difficile e oneroso il contatto diretto, ma anche molto impegnativo il coinvolgimento partecipativo efficace di medici delle cure primarie e secondarie, vista la tendenza dei cittadini a spostarsi su diversi erogatori.
- 1.1.3. L'ambito che si ritiene ideale per il coinvolgimento partecipativo efficace è quello provinciale, nel quale gli erogatori sono limitati ed il numero di medici delle cure primarie è, di norma, attorno a valori massimi compresi fra 400 e 500 unità. In queste ultime aree, gli ambiti distrettuali con strutture specialistiche nel proprio interno geografico (ad es.: ospedali per acuti e/o strutture poliambulatoriali distrettuali) sono network ideali per un programma di coinvolgimento partecipativo per l'applicazione di classi di priorità cliniche.



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### **1.2. Regioni/PA partecipanti all'applicazione**

- 1.2.1. Le Regioni che stanno iniziando ad applicare o sviluppare (in quanto già in parte sperimentato in passato) il modello RAO<sup>1</sup> è opportuno che scelgano, in una prima fase, un ambito provinciale.
- 1.2.2. Le Regioni/PA, che già applicano il modello, procedono nel percorso di diffusione in ambito regionale, se l'applicazione è ancora limitata ad aree sub-regionali, oppure consolidano il modello, se è già diffuso su tutto l'ambito di Regione/PA.

## **2. VINCOLI STRUTTURALI**

### **2.1. Strumenti di prenotazione**

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

### **2.2. Referenti**

- 2.2.1. Ogni struttura erogatrice sarebbe opportuno che disponesse di almeno un referente della specialistica ambulatoriale, che, fra le mansioni, deve gestire, direttamente o tramite collaboratori, le agende della struttura.
- 2.2.2. Ogni Servizio di prenotazione sarebbe opportuno che disponesse di un referente (se non fosse un operatore sanitario, dovrebbe però fare riferimento ad uno o più referenti sanitari) per eventuali valutazioni e decisioni in fase di prenotazione.
- 2.2.3. Sarebbe opportuno che la Regione/PA indicasse un MMG referente della medicina generale e un PLS referente della pediatria.

---

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

<sup>2</sup> Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 2 novembre 2011 – Gazzetta Ufficiale n. 264 del 12 novembre 2011



### 3. VINCOLI DI PROCESSO

#### 3.1. Prestazioni previste dall'applicazione

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

Tabella I: set di prestazioni individuate per l'applicazione

SET DI PRESTAZIONI "PILOTA" <sup>4</sup>	
1	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Codice 45.23 COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.23.3 COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.23.4
2	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO - Codice 88.71.4
3	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI - Codice 88.73.5
4	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO - Codice 88.76.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE - Codice 88.75.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.74.1
5	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.1 ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.2
6	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] - Codice 45.13 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.16.1 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.16.2 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA DELL'ESOFAGO - Codice 42.24
7	MAMMOGRAFIA BILATERALE - Codice 87.37.1 MAMMOGRAFIA MONOLATERALE - Codice 87.37.2
8	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA - Codice 89.7A.3
9	RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE - Codice 88.93.4 RM DEL RACHIDE LOMBO-SACRALE SENZA E CON MDC - Codice 88.93.9
10	TC CRANIO-ENCEFALO - Codice 87.03 TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC - Codice 87.03.1
11	TC DEL TORACE - Codice 87.41 TC DEL TORACE SENZA E CON MDC - Codice 87.41.1

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

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

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



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### **3.2. Indicazioni cliniche condivise dai gruppi tematici Agenas**

#### **3.2.1. Regioni che intraprendono o riavviano l'implementazione**

- 3.2.1.1. Le indicazioni cliniche, condivise dai Gruppi Tematici del progetto Agenas, verranno introdotte ex novo per le prestazioni previste dall'applicazione e contenute nel Manuale RAO Agenas (**Allegato 1**) come raccomandazioni di appropriatezza e tempestività di erogazione (priorità cliniche) da parte delle Regioni/PA che stanno intraprendendo l'applicazione o riavviando esperienze parziali già svolte.
- 3.2.1.2. L'implementazione, che ha in parte caratteristiche comunicative top-down, deve prevedere uno o più momenti di confronto plenario con agenti della domanda e dell'offerta (medici di famiglia e medici specialisti), oltre che con i referenti dei servizi di prenotazione, che sono i gestori delle interfacce prescrittore-cittadino-erogatore ed i referenti della specialistica ambulatoriale delle aziende sanitarie.
- 3.2.1.3. A tali momenti di confronto possono partecipare referenti di Agenas o referenti esperti di alcune Regioni/PA che applicano già il modello.

#### **3.2.2. Regioni che già applicano il modello**

- 3.2.2.1. Le Regioni/PA che stanno già applicando il modello aggiorneranno le raccomandazioni di appropriatezza e tempestività di erogazione (priorità cliniche) con le indicazioni cliniche condivise nell'ambito dei Gruppi Tematici del progetto Agenas, per le prestazioni previste dall'applicazione e contenute nel Manuale RAO Agenas (**Allegato 1**).
- 3.2.2.2. L'aggiornamento delle indicazioni cliniche già in uso, che ha in parte caratteristiche comunicative top-down, deve prevedere uno o più momenti di confronto plenario con agenti della domanda e dell'offerta (medici di famiglia e medici specialisti), oltre che con i referenti dei servizi di prenotazione, che sono i gestori delle interfacce prescrittore-cittadino-erogatore ed i referenti della specialistica ambulatoriale delle aziende sanitarie. A tali momenti di confronto possono partecipare referenti di Agenas o referenti esperti di alcune Regioni/PA che applicano già il modello.

#### **3.2.3. Tutte le Regioni partecipanti**

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



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

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

### **3.2.4. Quali indicazioni cliniche?**

- 3.2.4.1. Le indicazioni cliniche condivise nell'ambito dei Gruppi Tematici sono di norma riferite a situazioni che richiedono l'esecuzione della prestazione per una diagnosi differenziale. Possono tuttavia essere presenti indicazioni riferite a necessità cliniche per accedere a percorsi diagnostico-terapeutici (ad esempio: mammografia con indicazione clinica "nodulo/addensamento di recente riscontro clinicamente sospetto" che potrebbe rientrare nel PDTA "neoplasia della mammella") o in percorsi organizzativi di accesso specifici.
- 3.2.4.2. Sono escluse le indicazioni cliniche che presuppongono una presa in carico del paziente in emergenza clinica (Pronto Soccorso).
- 3.2.4.3. Oltre alle prime visite<sup>5</sup> sono incluse anche le prime prestazioni (ad esempio: prima mammografia per sospetta neoplasia).
- 3.2.4.4. Nell'ambito dell'applicazione dovrebbero essere escluse le visite a completamento della prima visita (controlli a breve distanza di tempo) e le visite di controllo (follow-up), che dovrebbero avere percorsi "privilegiati" di accesso alla prenotazione<sup>5</sup>, indipendentemente dal tempo trascorso dalla prima visita.

### **3.2.5. Quali classi temporali?**

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

---

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

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

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

**Visita di controllo:** nella visita di controllo un problema già inquadrato dal punto di vista diagnostico e terapeutico (ad esempio un paziente cronico) viene rivalutato dal punto di vista clinico e la documentazione scritta esistente viene aggiornata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita.



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

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

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

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

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

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

---

<sup>6</sup> Quanto segue è tratto dalle definizioni contenute nel paragrafo 3.1.4.8 (“Priorità della prescrizione”) dell’Allegato 1 del Decreto del Ministero delle Finanze 17.3.2008 (Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n. 86, Supplemento ordinario del 11.4.2008).

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

Lettera “B”, da eseguire: entro 10 giorni.

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

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

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



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

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

3.2.5.7. Ai fini del calcolo del tempo massimo di attesa andrà monitorato il tempo intercorso tra la data della prenotazione (data di contatto con il Servizio di prenotazione) e la data di presunta erogazione della prestazione. Nell'ambito dell'applicazione, andrà monitorato anche il tempo intercorso fra la data della prescrizione della RICETTA SSN e la data di prenotazione (data di contatto con il Servizio di prenotazione).

### **3.2.6. Valutazione concordanza**

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

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

### **3.2.7. Numerosità**

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

---

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



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### **3.2.8. Audit clinici**

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

### **3.3. Riassunto dati necessari da raccogliere per l'applicazione**

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

### **3.4. Procedura operativa**

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



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

**ALLEGATI**



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

# **ALLEGATO 1**



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

# **Manuale RAO**

## **Agenas**



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*



# *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

## **Indice**

<b>PROCEDURA OPERATIVA PER L'APPLICAZIONE (FASE II) PROGETTO AGENAS .....</b>	<b>1</b>
SCOPO .....	1
CAMPO DI APPLICAZIONE .....	1
DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI .....	2
DOCUMENTI NORMATIVI E ORIENTATIVI .....	2
BIBLIOGRAFIA .....	3
INDICAZIONI DI MODALITÀ OPERATIVE .....	9
<b>TABELLE RAO .....</b>	<b>11</b>
COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Codice 45.23.....	13
COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.23.3 .....	13
COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.23.4 .....	13
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO - Codice 88.71.4 .....	15
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo - Codice 88.72.2 .....	17
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI - Codice 88.73.5 .....	19
ECOCOLORDOPPLER ARTERIE RENALI - Codice 88.74.9 .....	20
ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO - Codici 88.77.4 e 88.77.5 .....	21
ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO - Codici 88.77.6 e 88.77.7 .....	21
ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI - Codice 88.76.3 .....	22
ECOENCEFALOGRAFIA - Codice 88.71.1 .....	23
ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO - Codice 88.76.1 .....	24
ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE - Codice 88.75.1 .....	25
ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.74.1 .....	26
ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale - Codice 88.78.2 .....	27
ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale - Codice 88.78.2 .....	28
ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.1 .....	29
ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.2 .....	29
ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE - Codice 88.79.3 .....	30
ECOGRAFIA OSTETRICA - Codice 88.78 .....	32
ECOGRAFIA SCROTALE - Codice 88.79.6 .....	33
ELETTRCARDIOGRAMMA DINAMICO (secondo Holter) - Codice 89.50 .....	34



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] - Codice 45.13.....	35
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.16.1.....	35
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.16.2.....	35
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA DELL'ESOFAGO - Codice 42.24.....	35
MAMMOGRAFIA BILATERALE - Codice 87.37.1.....	37
MAMMOGRAFIA MONOLATERALE - Codice 87.37.2.....	37
ORTOPANORAMICA DELLE ARCATE DENTARIE - Codice 87.11.3.....	38
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA - Codice 89.7A.3.....	39
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA - Codice 89.7A.9.....	41
RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC - Codice 88.95.5.....	43
RM DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.95.1.....	44
RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC - Codice 88.95.2.....	45
RM DEL COLLO - Codice 88.91.6.....	46
RM DEL COLLO SENZA E CON MDC - Codice 88.91.7.....	46
RM DELLA COLONNA IN TOTO - Codice 88.93.6.....	47
RM DEL RACHIDE CERVICALE, DORSALE, LOMBOSACRALE E SCROCOCCIGEO - Codici 88.93.2, 88.93.3, 88.93.4 e 88.93.5.....	47
RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC - Codici 88.93.7 e 88.93.B.....	48
RM DEL RACHIDE DORSALE, LOMBO-SACRALE E SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC - Codici 88.93.8, 88.93.9, 88.93.A.....	48
RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.91.2.....	49
RM 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.....	50
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.....	51
RX DELLA CAVIGLIA - Codice 88.28.1.....	53
RX DEL PIEDE [CALCAGNO] - Codice 88.28.2.....	53
RX DELLA COLONNA CERVICALE, DORSALE E LOMBOSACRALE - Codici 87.22, 87.23,87.24.....	54
RX MORFOMETRIA VERTEBRALE DORSALE E LOMBARE - Codici 87.23.64, 87.24.7.....	54
RX STANDARD SACROCOCCIGE - Codice 87.24.6.....	54
RX DEL FEMORE - Codice 88.27.1.....	55
RX DEL GINOCCHIO - Codice 88.27.2.....	55
RX DELLA GAMBA - Codice 88.27.3.....	55



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<i>RX DEL GOMITO - Codice 88.22.1</i> .....	56
<i>RX DELL'AVAMBRACCIO - Codice 88.22.2</i> .....	56
<i>RX DEL POLSO - Codice 88.23.1</i> .....	57
<i>RX DELLA MANO - Codice 88.23.2</i> .....	57
<i>RX DELLA SPALLA - Codice 88.21.2</i> .....	58
<i>RX DEL TORACE - Codice 87.44.1</i> .....	59
<i>TC DELL'ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC - Codice 88.01.2</i> .....	60
<i>TC DELL'ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC - Codice 88.01.4</i> .....	60
<i>TC DELL'ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC - Codice 88.01.6</i> .....	60
<i>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</i> .....	61
<i>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</i> .....	62
<i>TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE - Codice 88.38.5</i> .....	63
<i>TC CRANIO-ENCEFALO - Codice 87.03</i> .....	64
<i>TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC - Codice 87.03.1</i> .....	65
<i>TC MASSICCIO FACCIALE - Codice 87.03.2</i> .....	66
<i>TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC - Codice 87.03.3</i> .....	67
<i>TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE, TORACICO, LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE - Codici 88.38.A, 88.38.B, 88.38.C</i> .....	68
<i>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</i> .....	69
<i>TC DEL TORACE - Codice 87.41</i> .....	70
<i>TC DEL TORACE SENZA E CON MDC - Codice 87.41.1</i> .....	71
<b>NOTE</b> .....	<b>72</b>



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

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

#### **SCOPO**

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

#### **CAMPO DI APPLICAZIONE**

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

Tabella I: set di prestazioni individuate per l'applicazione

<b>SET DI PRESTAZIONI "PILOTA" <sup>1</sup></b>	
1	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Codice 45.23 COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.23.3 COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.23.4
2	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO - Codice 88.71.4
3	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI - Codice 88.73.5
4	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO - Codice 88.76.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE - Codice 88.75.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.74.1
5	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.1 ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.2
6	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] - Codice 45.13 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.16.1 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.16.2 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA DELL'ESOFAGO - Codice 42.24
7	MAMMOGRAFIA BILATERALE - Codice 87.37.1 MAMMOGRAFIA MONOLATERALE - Codice 87.37.2
8	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA - Codice 89.7A.3
9	RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE - Codice 88.93.4 RM DEL RACHIDE LOMBO-SACRALE SENZA E CON MDC - Codice 88.93.9
10	TC CRANIO-ENCEFALO - Codice 87.03 TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC - Codice 87.03.1
11	TC DEL TORACE - Codice 87.41 TC DEL TORACE SENZA E CON MDC - Codice 87.41.1

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

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



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### **DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI**

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

### **DOCUMENTI NORMATIVI E ORIENTATIVI**

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



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

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

### **BIBLIOGRAFIA**

#### **Area Cardiologia**

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



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

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

### **Area Gastroenterologia ed endoscopia digestiva**

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



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

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

### **Area Radiologia**

- American College of Radiology. *ACR–ASNR–ASSR–SPR Practice Parameter for the Performance of Computed Tomography (CT) of the Spine.* Revised 2016.  
[https://www.acr.org/~media/ACR/Documents/PGTS/guidelines/CT\\_Spine.pdf?db=web](https://www.acr.org/~media/ACR/Documents/PGTS/guidelines/CT_Spine.pdf?db=web) (ultimo accesso 5 giugno 2017).
- Bingol O, Ayrik C, Kose A, et.al. Retrospective analysis of whole-body multislice computed tomography findings taken in trauma patients. *Turk J Emerg Med.* 2015; 15 (3): 116-121.
- Chong AL, Chandra RV, Chuah KC, Roberts EL, Stuckey SL. Proton Density MRI increases detection of cervical spinal cord multiple sclerosis lesions compared with T2-weighted Fast Spin-Echo. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2016; 37 (1): 180-184.
- Chou R., Fu R., Carrino JA, et al. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2009; 373 (9662): 463-472.
- Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT Jr, Shekelle P, Owens DK. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians/American Pain Society. Low Back Pain Guidelines Panel. *Ann Intern Med.* 2007; 147 (7): 478-491.
- Chou R., Qaseem A., Owens DK, et al. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2011; 154 (3): 181-189.
- Royal Australian College of General Practitioners. *Clinical guidance for MRI referral.* East Melbourne, 2013.  
[http://www.racgp.org.au/download/Documents/Guidelines/MRI%20referrals/clinicalguidancemri\\_referral.pdf](http://www.racgp.org.au/download/Documents/Guidelines/MRI%20referrals/clinicalguidancemri_referral.pdf) (ultimo accesso 5 giugno 2017).
- Cohan S., Chen C., Baraban E., Stuchiner T., Grote L. MRI utility in the detection of disease activity in clinically stable patients with multiple sclerosis: a retrospective analysis of a community based cohort. *BMC Neurology.* 2016; 16 (1): 184.
- Dagenais S, Tricco AC, Haldeman S. Synthesis of recommendations for the assessment and management of low back pain from recent clinical practice guidelines. *The Spine Journal.* 2010; 10 (6): 514-529.



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

- Dreizin D., Letzing M., Sliker CW, et al. Multidetector CT of blunt cervical spine trauma in adults. *Radiographics*. 2014; 34 (7): 1842-1865.
- Dutoit JC, Verstraete KL. MRI in multiple myeloma: a pictorial review of diagnostic and post-treatment findings. *Insights into Imaging*. 2016; 7 (4): 553-569.
- Fairbairn KJ, Saifuddin A, Green RAR. Musculoskeletal tumours. In: Nicholson T (ed). *Recommendations for cross-sectional imaging in cancer management*, Second edition. London: The Royal College of Radiologists, 2014.
- Galler S., Stellmann J-P, Young KL, Kutzner D., Heesen C., Fiehler J., Siemonsen S. Improved lesion detection by using axial T2-weighted MRI with full spinal cord coverage in multiple sclerosis. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2016; 37 (5): 963-969.
- Geyer LL, Korner M., Hempel R. et al. Evaluation of a dedicated MDCT protocol using iterative image reconstruction after cervical spine trauma. *Clinical Radiology*. 2013; 68 (7): e391-e396.
- Goertz M, Thorson D, Bonsell J, et al. *Adult acute and subacute low back pain*. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2012.  
[https://www.icsi.org/guidelines\\_\\_more/catalog\\_guidelines\\_and\\_more/catalog\\_guidelines/catalog\\_musculoskeletal\\_guidelines/low\\_back\\_pain/](https://www.icsi.org/guidelines__more/catalog_guidelines_and_more/catalog_guidelines/catalog_musculoskeletal_guidelines/low_back_pain/) (ultimo accesso 5 giugno 2017)
- Kneisl JS, Rosenberg AE, Anderson PM, et al. Bone. In: *AJCC Cancer Staging Manual*, 8<sup>th</sup>. Amin MB. (Ed), AJCC, Chicago. 2017.
- Lateef H, Patel D. What is the role of imaging in acute low back pain? *Curr Rev Musculoskelet Med*. 2009; 2 (2): 69-73.
- Lim CY, Ong KO. Imaging of musculoskeletal lymphoma. *Cancer Imaging*. 2013; 13 (4): 448-457.
- *Linee guida per la diagnostica per immagini*, Atto rep. n. 2113 del 28 ottobre 2004, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale - serie generale - n. 100 del 2 maggio 2005 - supplemento ordinario n. 79.
- McLellan AM, Daniel S., Corcuera-Solano I., Joshi V., Tanenbaum LN. Optimized imaging of the postoperative spine. *Neuroimaging Clinics of North America*. 2014; 24 (2): 349-364.
- Modic MT, Obuchowski NS, Ross JS et al. Acute low back pain and radiculopathy: MR imaging findings and their prognostic role and effect on outcome. *Radiology*. 2005; 237 (2): 597-604.
- Nandini PD et al. ACR Appropriateness Criteria Low Back Pain. *Journal of the American College of Radiology*. 2016,13 (9): 1069-1078, 10p
- Pengel LHM, Herbert RD, Maher CG, Refshange KM. Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ*. 2003; 327 (7401): 323.
- Riederer I., Karampinos DC, Settles M., Preibisch C., Bauer JS, Kleine JF, Muhlau M., Zimmer C. Double inversion recovery sequence of the cervical spinal cord in multiple sclerosis and related inflammatory diseases. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2015; 36: 219-225.
- Rovira À., Auger C., Rovira A. Other noninfectious inflammatory disorders. *Handbook of Clinical Neurology*. 2016; 135: 425-446.
- Società Italiana di Radiologia Medica. *Modello di appropriatezza prestazionale quali-quantitativa in diagnostica per immagini*. Documenti SIRM, 2012.



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

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

### **Gestione della prescrizione-erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali**

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



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

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



### INDICAZIONI DI MODALITÀ OPERATIVE

<b>1</b>	I medici che possono prescrivere le prestazioni sono tutti i medici dipendenti e convenzionati (MMG, PLS, MCA e specialisti) o altri medici autorizzati ad utilizzare la RICETTA SSN o la DEMAT, dell'ambito territoriale che partecipa all'applicazione.
<b>2</b>	Gli specialisti che erogano le prestazioni sono tutti i medici dipendenti e convenzionati (specialisti convenzionati e specialisti delle strutture private convenzionate) che operano presso le strutture a gestione diretta o accreditate con la Azienda sanitaria/Regione/PA, dell'ambito territoriale che partecipa all'applicazione. Alla modalità di erogazione secondo criteri di priorità clinica partecipa anche il personale non medico, ove coinvolto.
<b>3</b>	I medici prescrittori prescrivono ai propri utenti le prestazioni, indicando sempre la priorità della prescrizione per le prime visite e le prime prestazioni strumentali diagnostiche.
<b>4</b>	Ad ogni prestazione specialistica corrisponde un identico vincolo di tempo massimo di attesa: classe U = max 3 giorni; classe B = max 10 giorni; classe D = max 30 giorni per le visite e max 60 giorni per le prestazioni strumentali; classe P = senza limite massimo di attesa o secondo le indicazioni del Piano regionale per il Governo dei tempi di attesa.
<b>5</b>	Le prescrizioni di prestazioni da indirizzare ai Servizi di urgenza/emergenza (prestazione da erogare al più presto possibile) devono riportare la dicitura per esteso "urgente" (o altra indicazione definita a livello di Regione/PA). Tali prescrizioni non fanno riferimento alle indicazioni cliniche previste dal Manuale RAO Agenas.
<b>6</b>	Per un uso corretto delle indicazioni cliniche e dei rispettivi codici occorre fare riferimento al Manuale RAO Agenas. Si stabilisce che nel caso in cui una ricetta fosse priva del codice priorità, la prestazione viene prenotata come fosse di classe "P" (senza priorità) e secondo le indicazioni del Piano regionale per il Governo dei tempi di attesa.
<b>7</b>	L'informazione della prescrizione può essere presa in carico dall'operatore di prenotazione: i) direttamente (prescrittore gestisce la prenotazione), ii) con la dichiarazione verbale (se il paziente è al telefono), iii) con l'indicazione scritta sulla ricetta SSN (se il paziente è allo sportello) della classe di priorità o iv) tramite prenotazione on-line da parte dell'utente. Ove disponibile la DEMAT, la prenotazione tramite operatore o, ove previsto, direttamente da parte dell'utente, potrà essere facilitata grazie alla trasmissione informatica dei dati della ricetta.
<b>8</b>	Al momento della prenotazione, l'operatore indica nell'agenda, oltre alle informazioni richieste per prassi, la classe di priorità indicata dal medico prescrittore (classe "P" ove fosse assente l'indicazione della classe). Nel caso di DEMAT le informazioni saranno direttamente accessibili all'operatore.
<b>9</b>	Il medico specialista che sottopone il paziente alla prestazione deve attribuire il codice priorità (U-B-D-P) al paziente stesso sulla base della valutazione clinico-anamnestica al fine di permettere il confronto inter-soggetti delle attribuzioni di priorità (valutazione di concordanza). Qualora non vi fosse contatto con il paziente (ad esempio: prestazioni radiologiche), l'attribuzione del codice di priorità sarà effettuato sulla base del quesito clinico contenuto nel campo note della ricetta SSN.



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>10</b>	L'attribuzione della classe di priorità da parte dello specialista è opportuno venga effettuata prima dell'erogazione della prestazione.
<b>11</b>	Lo specialista attribuisce la classe di priorità sulla base delle indicazioni cliniche contenute nel Manuale RAO Agenas. Qualora la prescrizione si riferisse ad indicazioni cliniche non esplicite (indicazioni "Altro (10%)"), lo specialista attribuirà una priorità sulla base della valutazione delle condizioni clinico-anamnestiche del paziente oppure sulla base del quesito clinico incluso nel campo note della ricetta SSN.
<b>12</b>	In assenza di sufficienti informazioni per attribuire una classe di priorità, il caso dovrà essere classificato come "non valutabile": ad esempio, qualora non vi fosse contatto con il paziente (ad esempio: prestazioni radiologiche) o fosse incongruo quanto riportato nel campo note della ricetta SSN (ad esempio: campo note non compilato).
<b>13</b>	Nel caso di controindicazione all'esecuzione della prestazione (ad esempio: RM in paziente portatore di dispositivi metallici o altro), il caso dovrà essere classificato come "non erogabile".
<b>14</b>	Se nell'ambulatorio specialistico non si utilizza un applicativo informatico che permetta di attribuire la priorità al momento, ad esempio, della refertazione, la priorità assegnata dallo specialista deve essere indicata in una griglia ad hoc (esempio in Allegato 2).
<b>15</b>	Il referente della specialistica ambulatoriale, o suo collaboratore, deve poter apportare correzioni nel caso rilevasse errori (difformità) tra i dati presenti nella ricetta SSN originale e quelli utilizzati in fase di prenotazione (ad esempio: nominativo prescrittore, data impegnativa, classe di priorità prenotata).
<b>16</b>	Ai fini del calcolo del tempo massimo di attesa andrà monitorato il tempo intercorso tra la data della prenotazione (data di contatto con il Servizio di prenotazione) e la data di presunta erogazione della prestazione. Nell'ambito dell'applicazione, andrà monitorato anche il tempo intercorso fra la data della prescrizione della RICETTA SSN e la data di prenotazione (data di contatto con il Servizio di prenotazione).
<b>17</b>	Le informazioni ed i problemi connessi all'applicazione della presente procedura devono essere comunicati tempestivamente al referente della specialistica ambulatoriale della propria struttura (_____ ; tel. fisso: _____ ; tel. mobile _____ ; e-mail: _____@_____ ), che a sua volta, nel caso il problema non fosse risolvibile, lo segnalerà tempestivamente al referente della Regione/PA dell'applicazione (_____ ; tel. fisso: _____ ; tel. mobile _____ ; e-mail: _____@_____ ).



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

# **TABELLE RAO**



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 001</b>	<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>	
<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. Sanguinamento non compendiatto 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>
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



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 001</b>	<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>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
P	120 gg	1. Modificazioni significative e persistenti dell'alvo da almeno 3 mesi in pazienti < 50 anni, senza segni o fattori di rischio, dopo inefficacia trattamenti empirici 2. Altro (10%)
P (PEDIATRIA)	120 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>ASS_RAO 002</b>	<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>



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>ASS_RAO 002</b>	<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	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>
D (PEDIATRIA)	60 gg	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Tumefazioni della linea mediana del collo senza carattere flogistico</li><li>2. Altro (10%)</li></ol>
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P (PEDIATRIA)	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 003</b>	<b>ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo - Codice 88.72.2</b> Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)	
<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



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 003</b>	<b>ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo - Codice 88.72.2</b> Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)	
<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



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 004</b>	<b>ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI - Codice 88.73.5</b>	
	Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica. Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi	
<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>



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 005</b>	<b>ECOCOLORDOPPLER ARTERIE RENALI - Codice 88.74.9</b> Studio ipertensione renovascolare. Incluso: indici qualitativi e semiquantitativi	
<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. 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



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 006</b>	<b>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</b>	
<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>



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 007</b>	<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' NON PREVISTO
P	120 gg	1. Riscontro occasionale di calcificazioni aortiche 2. Altro (10%)



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 008</b>	<b>ECOENCEFALOGRAFIA - Codice 88.71.1</b> Ecografia transfontanellare	
<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. Ricerca segni di emorragia</li><li>2. Ricerca segni di lesioni parenchimali</li><li>3. Ricerca segni di idrocefalia</li><li>4. Ricerca segni di malformazioni</li><li>5. Altro (10%)</li></ol>
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Ipotonia</li><li>2. Micro-macrocefalia</li><li>3. Altro (10%)</li></ol>
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 009</b>	<b>ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO - Codice 88.76.1</b> Incluso: eventuale integrazione ColorDoppler. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1	
<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 biumorale 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
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P (PEDIATRIA)	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

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



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 011</b>	<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	
<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
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



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 012</b>	<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%)



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 012</b>	<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>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Dolore pelvico cronico</li><li>2. Sospetto fibroma uterino</li><li>3. Irregolarità mestruali</li><li>4. Altro (10%)</li></ol>
D (PEDIATRIA)	60 gg	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Irregolarità mestruali</li><li>2. Amenorrea con test negativo</li><li>3. Altro (10%)</li></ol>
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Sterilità/infertilità di coppia</li><li>2. Altro (10%)</li></ol>
P (PEDIATRIA)	120 gg	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Acne/irsutismo</li><li>2. Altro (10%)</li></ol>



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO</b> <b>013</b>	<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 <b>ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.2</b> Incluso: ecografia del cavo ascellare ed 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	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Addensamento o distorsione sospetta in mammografia</li><li>2. Linfoadenomegalia 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>
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>



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<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	
<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 rottura muscolare tendinea acuta con compromissione motoria</li><li>2. Altro (10%)</li></ol>
U (PEDIATRIA)	72 h	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Coxalgia acuta</li><li>2. Tumefazione ad insorgenza acuta dei tessuti molli</li><li>3. Altro (10%)</li></ol>
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Masse non dolorose a rapida insorgenza tessuti superficiali</li><li>2. Tumefazione post-traumatica (ematoma o sieroma)</li><li>3. Periartrite scapolo-omerale con impotenza funzionale</li><li>4. Altro (10%)</li></ol>
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Adenopatia localizzata nel bambino persistente dopo terapia ed osservazione cute e sottocute</li><li>2. Sospetto clinico di displasia dell'anca in neonato sintomatico</li><li>3. Patologia, sospetta neoplastica, delle parti molli e linfadenopatia superficiale, di recente insorgenza</li><li>4. Sospetta infiammazione acuta articolare (sinovite acuta)</li><li>5. Sospetto ascesso delle parti molli</li><li>6. Altro (10%)</li></ol>



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<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	
<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. Spalla dolorosa da impingement o lesione traumatica della cuffia dei rotatori o periartrite scapolo-omeroale</li><li>2. Tumefazione tessuti molli (cisti, lipomi, tumefazioni para-articolari)</li><li>3. Patologia degenerativa del tendine d'Achille</li><li>4. Altro (10%)</li></ol>
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



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 015</b>	<b>ECOGRAFIA OSTETRICA - Codice 88.78</b>	
<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. Sanguinamenti in gravidanza</li><li>2. Sospetta anomalia strutturale fetale</li><li>3. Altro (10%)</li></ol>
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Sospetto ritardo di crescita fetale</li><li>2. Sospetta macrosomia</li><li>3. Sospetta placenta previa</li><li>4. Altro (10%)</li></ol>
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 016</b>	<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	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Massa testicolare</li><li>2. Orchite</li><li>3. Epididimite</li><li>4. Altro (10%)</li></ol>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Criptorchidismo</li><li>2. Idrocele sintomatico</li><li>3. Dolenzia scrotale persistente</li><li>4. Aumento volumetrico scroto non dolente</li><li>5. Altro (10%)</li></ol>
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Varicocele</li><li>2. Sospetto idrocele</li><li>3. Altro (10%)</li></ol>



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 017</b>	<b>ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (secondo Holter) - Codice 89.50</b>	
<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. Sintomatologia di sospetta origine aritmica cardiogena 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



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 018</b>	<b>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</b>	
<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



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 018</b>	<b>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</b>	
<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. 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



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 019</b>	<b>MAMMOGRAFIA BILATERALE - Codice 87.37.1 MAMMOGRAFIA MONOLATERALE - Codice 87.37.2</b>	
<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. Accertamenti in pazienti oncologici con neoplasia primitiva misconosciuta</li><li>2. Nodulo/addensamento di recente riscontro clinicamente sospetto</li><li>3. Secrezione ematica dal capezzolo dopo esame citologico del secreto</li><li>4. Altro (10%)</li></ol>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Nodulo/addensamento di recente riscontro clinicamente non sospetto</li><li>2. Altro (10%)</li></ol>
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Prima richiesta in paziente ad elevato rischio eredo/familiare in donne con età <math>\geq 40</math> anni</li><li>2. Prima richiesta in paziente in fascia di età compresa tra 40 e 49 anni e <math>&gt; 70</math> anni asintomatiche con l'obiettivo di prevenzione secondaria (1° accesso)</li><li>3. Altro (10%)</li></ol>



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 020</b>	<b>ORTOPANORAMICA DELLE ARCATE DENTARIE - Codice 87.11.3</b> Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT)	
<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 lesione ossea o dentale traumatica</li><li>2. Sospetta lesione ossea o dentale flogistica (granuloma, ascesso, carie dolorosa sintomatica)</li><li>3. Altro (10%)</li></ol>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Ortopantomografia per carie, disodontiasi, controlli odontoiatrici</li><li>2. Studio pre-implantologico, valutazione ortodontica</li><li>3. Altro (10%)</li></ol>
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 021</b>	<b>PRIMA VISITA CARDIOLOGICA - Codice 89.7A.3</b> Incluso: ECG (89.52)	
<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	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Dispnea da sforzo e/o edemi di recente insorgenza di sospetta natura cardiologica</li><li>2. Dispnea, palpitazione o affaticamento per sforzi lievi, verosimilmente di natura cardiaca con caratteristiche di recente insorgenza in soggetti senza precedente diagnosi di cardiopatia</li><li>3. Scarica isolata di defibrillatore automatico impiantato</li><li>4. Aritmie asintomatiche: ipocinetiche</li><li>5. Altro (10%)</li></ol>
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Soffi cardiaci: primo riscontro in assenza di sintomi nel neonato</li><li>2. Altro (10%)</li></ol>



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 021</b>	<b>PRIMA VISITA CARDIOLOGICA - Codice 89.7A.3</b> Incluso: ECG (89.52)	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
D	30 gg	<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 influenzano l'Apparato Cardiovascolare</li><li>8. Altro (10%)</li></ol>
D (PEDIATRIA)	30 gg	<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	120 gg	<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 (PEDIATRIA)	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 022</b>	<b>PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA - Codice 89.7A.9</b>	
<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	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Epatopatie in fase di acuzia o di scompenso</li><li>2. Ascite progressiva di nuova insorgenza (già indagata con esami di laboratorio e ecografia addominale)</li><li>3. Prima diagnosi di IBD (inflammatory bowel disease o malattie infiammatorie intestinali)</li><li>4. Riacutizzazione moderata di IBD (inflammatory bowel disease o malattie infiammatorie intestinali)</li><li>5. Sospetto clinico e/o strumentale di neoplasia dell'apparato digerente</li><li>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></li><li>7. Altro (10%)</li></ol>
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Calo ponderale (già indagata con esami di laboratorio e ecografia addominale)</li><li>2. Ematochezia</li><li>3. IBD (inflammatory bowel disease o malattie infiammatorie intestinali)</li><li>4. Sospetto di malattia celiaca e/o malassorbimento (già indagata con esami di laboratorio)</li><li>5. Altro (10%)</li></ol>



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 022</b>	<b>PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA - Codice 89.7A.9</b>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
D	30 gg	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Anemia sideropenica di sospetta origine gastroenterologica (già indagata con EGDS e colonscopia)</li><li>2. Diarrea cronica</li><li>3. Dolore toracico non cardiaco</li><li>4. Ipertransaminasemia (già indagata con esami di laboratorio e ecografia addominale)</li><li>5. Sindrome dispeptico/dolorosa in soggetti &gt;50 anni (già indagata con ecografia addominale, EGDS e colonscopia)</li><li>6. Sospetto di malattia celiaca e/o malassorbimento (già indagata con esami di laboratorio)</li><li>7. Altro (10%)</li></ol>
D (PEDIATRIA)	30 gg	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Alterazione di funzione epatica (già indagata con esami di laboratorio e ecografia addominale)</li><li>2. Deficit accrescitivo ponderale</li><li>3. Altro (10%)</li></ol>
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Paziente &lt; 50 anni con sindrome dell'intestino irritabile</li><li>2. Pazienti &lt; 50 anni con sindrome da reflusso gastroesofageo o sindrome dispeptica</li><li>3. Altro (10%)</li></ol>
P (PEDIATRIA)	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 023</b>	<b>RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC - Codice 88.95.5</b> 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. 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



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 024</b>	<b>RM DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.95.1</b> 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. Quadro clinico laboratoristico di ittero ostruttivo dopo ecografia non conclusiva</li><li>2. Altro (10%)</li></ol>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Dolore persistente post colecistectomia (colangio-RM)</li><li>2. Patologia ostruttiva dell'apparato urinario (uro-RM)</li><li>3. Altro (10%)</li></ol>
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 025</b>	<b>RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC - Codice 88.95.2</b> 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 pancreatica 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>



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO</b> <b>026</b>	<b>RM DEL COLLO - Codice 88.91.6</b> [Faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi] Incluso: relativo distretto vascolare <b>RM DEL COLLO SENZA E CON MDC - Codice 88.91.7</b> [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%)



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 027</b>	<b>RM DELLA COLONNA IN TOTO - Codice 88.93.6 RM DEL RACHIDE CERVICALE, DORSALE, LOMBOSACRALE E SCROCCIGEO - Codici 88.93.2, 88.93.3, 88.93.4 e 88.93.5</b>	
<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



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 028</b>	<b>RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC - Codici 88.93.7 e 88.93.B RM DEL RACHIDE DORSALE, LOMBO-SACRALE E SACROCOCIGGEO SENZA E CON MDC - Codici 88.93.8, 88.93.9, 88.93.A</b>	
<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. 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	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



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

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



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 030</b>	<b>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</b>	
<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



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 031</b>	<b>RM MUSCOLOSCHELETRICA (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, BACINO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE) - Codici 88.94.4, 88.94.5, 88.94.6, 88.94.7, 88.94.8, 88.94.9, 88.94.A, 88.94.B, 88.94.C, 88.94.D, 88.94.E, 88.94.F, e 88.94.G</b>	
<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>



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

CLASS_RAO 031	<b>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</b>	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
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>



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 032</b>	<b>RX DELLA CAVIGLIA - Codice 88.28.1 RX DEL PIEDE [CALCAGNO] - Codice 88.28.2</b> comprese le dita	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
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



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 033</b>	<b>RX DELLA COLONNA CERVICALE, DORSALE E LOMBOSACRALE - Codici 87.22, 87.23,87.24 RX MORFOMETRIA VERTEBRALE DORSALE E LOMBARE - Codici 87.23.64, 87.24.7 RX STANDARD SACROCOCCIGE - Codice 87.24.6</b>	
<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



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 034</b>	<b>RX DEL FEMORE - Codice 88.27.1 RX DEL GINOCCHIO - Codice 88.27.2 RX DELLA GAMBA - Codice 88.27.3</b>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
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



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

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



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 036</b>	<b>RX DEL POLSO - Codice 88.23.1 RX DELLA MANO - Codice 88.23.2</b> comprese le dita	
<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. 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



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

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



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

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



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_ RAO</b> <b>039</b>	<b>TC DELL'ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC - Codice 88.01.2</b> Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni <b>TC DELL'ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC - Codice 88.01.4</b> Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata <b>TC DELL'ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC - Codice 88.01.6</b>	
<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. Calcolosi renale complicata con ecografia non conclusiva (solo su richiesta specialistica urologica)</li></ol>
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Evidenza clinica o strumentale (ecografia) di patologia oncologica addomino-pelvica</li><li>2. Primo riscontro ecografico di aneurisma dell'aorta addominale, superiore a 4 cm</li><li>3. Riscontro a seguito di follow-up ecografico di aumento maggiore di cm 1 di diametro di aneurisma dell'aorta addominale</li><li>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)</li><li>5. Altro (10%)</li></ol>
D	60 gg	<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	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO</b> 040	<b>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>	
<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



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 041</b>	<b>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>	
<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



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 042</b>	<b>TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE - Codice 88.38.5</b>	
<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 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



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO</b> <b>043</b>	<b>TC CRANIO-ENCEFALO - Codice 87.03</b> Non associabile a TC Sella Turcica (87.03.A) e TC Orbite (87.03.C)	
<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. 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



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

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



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 045</b>	<b>TC MASSICCIO FACCIALE - Codice 87.03.2</b> [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. Patologia sinusale infiammatoria e polipoide clinicamente sintomatica 2. Patologie odontogene complesse riconosciute alla indagine radiografica 3. Altro (10%)
D	60 gg	1. Patologia sinusale infiammatoria e polipoide paucisintomatica/cronica 2. Altro (10%)
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 046</b>	<b>TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC - Codice 87.03.3</b> [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



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 047</b>	<b>TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE, TORACICO, LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE - Codici 88.38.A, 88.38.B, 88.38.C</b>	
<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 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



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 048</b>	<b>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</b>	
<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 ONCOLOGICA: Per la valutazione delle strutture scheletriche. Meglio la RM per lo studio del tessuto endocanalare e dei tessuti molli. In presenza di deficit neurologici anche in assenza di dolore.</li><li>2. SOSPETTO ONCOLOGICO: RM DUBBIA O POSITIVA: per la migliore valutazione della componente scheletrica con dolore ingravescente continuo anche a riposo e con persistenza notturna. Anche in assenza di dolore in presenza di deficit neurologici agli arti inferiori.</li><li>3. COMPLICANZE POST-CHIRURGICHE (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. PATOLOGIA SCHELETRICA NON ONCOLOGICA: 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



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 049</b>	<b>TC DEL TORACE - Codice 87.41</b> [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	1. Sospetto di pneumotorace o pneumomediastino in paziente paucisintomatico con esame radiografico non conclusivo 2. Sospetta patologia infiammatoria acuta con esame radiografico non conclusivo 3. Altro (10%)
B	10 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
D	60 gg	1. Sospetta interstiziopatia polmonare 2. Altro (10%)
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>CLASS_RAO 050</b>	<b>TC DEL TORACE SENZA E CON MDC - Codice 87.41.1</b> [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	
<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. 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



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

## **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.



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

# **ALLEGATO 2**



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*



**DATI DA RACCOGLIERE IN FASE DI EROGAZIONE SU SUPPORTO CARTACEO**

<u>RICETTA SSN*</u>	
PRESTAZIONE	<ol style="list-style-type: none"><li>1. COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Codice 45.23 COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA – Codice 45.23.3 COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA – Codice 45.23.4</li><li>2. DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO - Codice 88.71.4</li><li>3. ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI - Codice 88.73.5</li><li>4. ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO - Codice 88.76.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE - Codice 88.75.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.74.1</li><li>5. ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.1 ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.2</li><li>6. ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] - Codice 45.13 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA – Codice 45.16.1 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA – Codice 45.16.2 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA DELL'ESOFAGO - Codice 42.24</li><li>7. MAMMOGRAFIA BILATERALE - Codice 87.37.1 MAMMOGRAFIA MONOLATERALE - Codice 87.37.2</li><li>8. PRIMA VISITA CARDIOLOGICA - Codice 89.7A.3</li><li>9. RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE - Codice 88.93.4 RM DEL RACHIDE LOMBO-SACRALE SENZA E CON MDC - Codice 88.93.9</li><li>10. TC CRANIO-ENCEFALO - Codice 87.03 TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC - Codice 87.03.1</li><li>11. TC DEL TORACE - Codice 87.41 TC DEL TORACE SENZA E CON MDC - Codice 87.41.1</li></ol>
CODICE PRESTAZIONE	CODICE ALFANUMERICO
DATA PRESCRIZIONE	GG/MM/AA
QUESITO DIAGNOSTICO	Codice ICD9CM e/o TESTO
CODICE PRIORITA'	U B D P
MEDICO PRESCRITTORE**	CODICE ALFANUMERICO
<u>PRENOTAZIONE</u>	
DATA CONTATTO	GG/MM/AA
DATA EROGAZIONE	GG/MM/AA



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

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

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

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



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

# **ALLEGATO 3**



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### TRACCIATO RECORD

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

<u>AREA TERRITORIALE</u>	
CODICE REGIONE*	CODICE NUMERICO
DENOMINAZIONE REGIONE*	TESTO
CODICE ASL*	CODICE NUMERICO
DENOMINAZIONE ASL*	TESTO
CODICE STRUTTURA EROGANTE (STS11/HSP.11 e HSP.11 bis)*	CODICE NUMERICO
DENOMINAZIONE STRUTTURA EROGANTE*	TESTO
<u>PRESCRIZIONE</u>	
PRESTAZIONE PRESCRITTA*	<ol style="list-style-type: none"><li>1. COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Codice 45.23 COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA – Codice 45.23.3 COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA – Codice 45.23.4</li><li>2. DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO - Codice 88.71.4</li><li>3. ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI - Codice 88.73.5</li><li>4. ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO - Codice 88.76.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE - Codice 88.75.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.74.1</li><li>5. ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.1 ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.2</li><li>6. ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] - Codice 45.13 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA – Codice 45.16.1 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA – Codice 45.16.2 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA DELL'ESOFAGO - Codice 42.24</li><li>7. MAMMOGRAFIA BILATERALE - Codice 87.37.1 MAMMOGRAFIA MONOLATERALE - Codice 87.37.2</li><li>8. PRIMA VISITA CARDIOLOGICA - Codice 89.7A.3</li><li>9. RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE - Codice 88.93.4 RM DEL RACHIDE LOMBO-SACRALE SENZA E CON MDC – Codice 88.93.9</li><li>10. TC CRANIO-ENCEFALO - Codice 87.03 TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC - Codice 87.03.1</li><li>11. TC DEL TORACE - Codice 87.41 TC DEL TORACE SENZA E CON MDC - Codice 87.41.1</li></ol>



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

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



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

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

\*DATI OBBLIGATORI



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

# **ALLEGATO 4**



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*









## ALLEGATO D

### GLOSSARIO IN MATERIA DI LISTE DI ATTESA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B= entro 10 gg;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **Tipo di accesso:**

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

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

*1= primo accesso.*

*0= altra tipologia di accesso.*

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

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

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

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

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

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

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

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