

DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

N. 74 DEL 30 GEN. 2020

OGGETTO: Modifica del Piano attuativo Aziendale per il governo dei tempi di attesa ai sensi del D.C.A n. 23 del 24/01/2020 –

UFFICIO: DIREZIONE SANITARIA

DICHIARAZIONE DEI RESPONSABILI

ATTESTAZIONE CONTABILE N.°

Dichiarazione di regolarità dell'istruttoria (artt. 4, 5 e 6 L. 241/90)

Si esprime parere favorevole in ordine alla legittimità e regolarità tecnica della presente deliberazione.

Napoli, li

Il Resp. del procedimento

Il Resp. dell'U.O.C.

Si attesta che il presente atto non comporta costi per l'Azienda.

Napoli, li

Il Responsabile dell'Ufficio

☐ Il presente provvedimento non comporta oneri a carico dell'AOU

☐ Il presente provvedimento comporta oneri a carico dell'AOU per un importo totale di € Imputati al conto di bilancio n. che presenta relativa disponibilità.

Il Responsabile

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si ATTESTA che la presente delibera è stata affissa in copia all'Albo dell'Ente il 30 GEN. 2020 vi rimarrà per 15 giorni consecutivi.

Napoli, li 30 GEN. 2020

Il Responsabile

Dr. 

ESECUTIVITA'

☐ ORDINARIA dal

☒ IMMEDIATA

Il Direttore Generale
Dr. Antonio Giordano

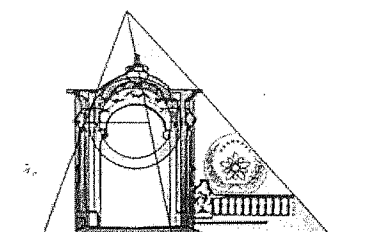
RELATA DI PUBBLICAZIONE

Si ATTESTA che la presente delibera è stata affissa in copia all'Albo Pretorio Informatico dell'Ente ai sensi di legge, dal 30 GEN. 2020 al

Napoli, li

Il Responsabile

Dr. 



Azienda Ospedaliera Universitaria
Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli

74

IL DIRETTORE SANITARIO

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Responsabile del Procedimento e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità tecnica ed amministrativa della stessa resa dal medesimo Responsabile proponente a mezzo della sottoscrizione della presente.

Dichiarata altresì espressamente con la sottoscrizione, nella qualità di responsabile del trattamento anche nella fase di pubblicazione, la conformità del presente atto ai principi di cui al D. Lgs 30 giugno 2003, n. 196, con conseguenziale esclusiva assunzione di responsabilità.

Dichiarata, infine, la conformità del presente atto ai principi di cui alla legge 6 novembre 2012, n. 190.

PREMESSO che

L'Azienda Ospedaliera Universitaria della Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, ha adottato con delibera del D.G. n. 217 del 7 novembre 2019 il Nuovo Piano attuativo aziendale per il governo dei tempi di attesa secondo le indicazioni del:

- D.M. 2 aprile 2015 n. 70;
- Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, emanato dalla Presidenza del C.d.M. in data 20.02.2019;
- Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa di cui al DCA n.52 del 4 luglio 2019;

CONSIDERATO che

in data 24 gennaio 2020, la Regione Campania ha emanato il Decreto n. 23 avente ad oggetto *"Modifica ed integrazione del DCA n.52 del 4/07/2019 – Piano Nazionale per il governo delle liste di attesa 2019-2021 (PNGLA 2019/2021). Recepimento intesa e adozione del Piano Regionale per il governo delle liste di attesa 2019-2021 (PRGLA 2019-2021)"*.

VALUTATE

le *"Linee di indirizzo regionali per la riduzione dei tempi di attesa"* di cui all'allegato A del succitato Decreto;

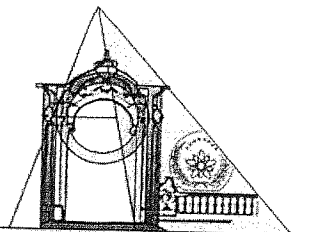
RITENUTO

Indispensabile ed inderogabile integrare e modificare il vigente Piano Aziendale sulla scorta delle indicazioni del succitato Decreto Regionale

Propone

Per le motivazioni espresse in premessa e che si intendono integralmente riportate:

- di integrare e modificare il *"Piano attuativo Aziendale per il governo dei tempi di attesa"* ai sensi del DCA n.23 del 24 gennaio 2020. Il Piano Aziendale così modificato è allegato al presente provvedimento e ne forma parte integrante e sostanziale;
- di rimandare al Piano Regionale per il governo delle liste di attesa di cui al DCA n.52 del 4 luglio 2019 ed al DCA n.23 del 24 gennaio 2020 per ogni aspetto non esplicitamente previsto dal presente Piano Attuativo Aziendale;



Azienda Ospedaliera Universitaria
Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli

74

- di prendere atto che il presente provvedimento non comporta costi per l'Azienda;

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Dott.ssa Alice D'Angelo

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott.ssa Maria Vittoria Montemurro

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Antonio Giordano, in virtù dei poteri conferitigli con Delibera di Giunta Regionale della Campania n. 375 del 6-8-2019;

Visto il parere favorevole del Direttore Amministrativo;

DELIBERA

Per i motivi su esposti, che qui si hanno per riportati e confermati:

Esaminata e fatta propria la proposta come formulata in narrativa, di autorizzare l'adozione del presente provvedimento e, nello specifico:

- di integrare e modificare il "Piano attuativo Aziendale per il governo dei tempi di attesa" ai sensi del DCA n.23 del 24 gennaio 2020. Il Piano Aziendale così modificato è allegato al presente provvedimento e ne forma parte integrante e sostanziale;
- di rimandare al Piano Regionale per il governo delle liste di attesa di cui al DCA n.52 del 4 luglio 2019 ed al DCA n.23 del 24 gennaio 2020 per ogni aspetto non esplicitamente previsto dal presente Piano Attuativo Aziendale;
- di prendere atto che il presente provvedimento non comporta costi per l'Azienda;
- di incaricare il Responsabile del procedimento a predisporre e dare attuazione a tutti gli atti consequenziali, compresa la comunicazione agli uffici interessati;
- di conferire alla presente l'esecutività indicata nel frontespizio, che forma parte integrante e sostanziale, a tutti gli effetti di legge, della presente Delibera.



IL DIRETTORE SANITARIO

A.O.U.

Dott.ssa Maria Vittoria Montemurro

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

dott.ssa Antonella TROPICANO

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Antonio GIORDANO



Azienda Ospedaliera Universitaria

"Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli"

Direzione Sanitaria Aziendale

Via S.M. di Costantinopoli n. 104 – 80138 - NAPOLI tel. 0815666907- 6945 /
fax 081 5667107

P.I. e C.F. 06908670638 - direzionesanitaria@policliniconapoli.it

PIANO AZIENDALE PER IL GOVERNO LISTE DI ATTESA

PARTE PRIMA - INTRODUZIONE

L'Azienda Ospedaliera Universitaria della Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli (di seguito denominata AOU),

- VISTO il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri in data 20.02.2019,
- VISTO il Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa, di cui al D.C.A. n. 52 del 4.07.2019,
- VISTO il DCA n. 23 del 24.01.2020;
- VISTI i precedenti Piani Attuativi emanati dall'AOU per il Contenimento dei Tempi di Attesa (Delibera del Direttore Generale n. 959 del 9.10.2007, Delibera del Direttore Generale n. 1984 del 30.07.2009, Delibera del Direttore Generale n. 467 del 22.06.2017, Delibera del Direttore Generale n. 217 del 7.11.2019),
- VISTO quanto stabilito dal Direttore Generale dell'AOU con Delibera n. 476 del 5.10.2006 (Nomina della Commissione Aziendale e del Referente Aziendale per le Liste di Attesa),
- VISTO il D.M. 2 aprile 2015 n. 70,
- ACQUISITI i pareri del Direttore Sanitario Aziendale e del Direttore Amministrativo Aziendale,

emana il presente Piano Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa (di seguito denominato PAGLA) per prestazioni ambulatoriali e di ricovero, che costituisce superamento ed aggiornamento di tutta la precedente Normativa Aziendale in materia.

Le finalità da perseguire sono:

- Aggiornamento dell'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera, per le quali vanno fissati i tempi massimi di attesa;
- individuazione dell'area oncologica quale area prioritaria per lo sviluppo di percorsi diagnostico terapeutici (PDT), con definizione dei tempi massimi di attesa a garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento;
- promozione della valutazione e del miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva;
- individuazione di strumenti di rilevazione per il monitoraggio dei tempi di attesa;
- presenza di liste e tempi di attesa sul sito web dell'AOU, a garanzia della trasparenza e dell'accesso alle informazioni;
- promozione dell'acquisto di prestazioni erogate in regime libero professionale e monitoraggio dell'ALPI, per verificare il previsto rispetto dell'equilibrio tra prestazioni rese dal professionista, rispettivamente in regime istituzionale e in libera professione intramuraria;
- attuazione di attività informatizzate di prenotazione per le prestazioni erogate in libera professione;
- implementazione dell'offerta di canali di accesso al servizio prenotazioni, ivi compreso un numero telefonico dedicato.

A margine, il citato Piano Regionale sottolinea come il governo delle liste di attesa sia fortemente connesso ad altri processi che, sia a livello centrale che periferico, si ripercuotono decisamente sulle modalità organizzative del rapporto domanda-offerta, rispetto a cui deve essere perseguita una necessaria coerenza di sistema. Tale aspetto assume rilievo ancora maggiore alla luce del dettato del D.M. n. 70 del 2.04.2015, che introduce il concetto di soglia minima di volume di attività per U.O., quale indicatore essenziale per la riorganizzazione della Rete Ospedaliera Regionale.

IL CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE AZIENDALE (CUP)

Il CUP garantisce all'AOU il governo della domanda di prestazioni, al fine di poter correttamente orientare l'offerta sulla scorta dei bisogni di salute della popolazione. Attraverso le procedure informatiche del CUP è possibile:

- Il controllo della fase di prenotazione, pagamento, accesso e contabilizzazione;
- La conoscenza delle caratteristiche della domanda e dell'offerta;
- La risposta alle richieste e alle esigenze di pianificazione e programmazione della direzione strategica e delle singole strutture;
- La produzione dei dati che costituiscono i flussi informativi verso la Regione e i Ministeri della Salute e dell'Economia, relativamente alle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

La gestione e l'organizzazione delle attività del CUP sono affidate al Responsabile del CUP, i cui compiti sono:

- vigilare, rendere chiara e disponibile l'offerta delle Unità Eroganti al fine di facilitarne l'accesso in tempi brevi ai cittadini;
- effettuare il monitoraggio con il supporto della procedura CUP che è in grado di fornire dati sull'attività di prenotazione, sui tempi di attesa e sui volumi di attività;
- differenziare le prestazioni sanitarie assicurando il rispetto delle classi di priorità;
- coinvolgere gli operatori sanitari nell'individuazione delle criticità nei processi organizzativi delle strutture erogatrici;
- vigilare e comunicare alla Direzione Sanitaria di presidio la eventuale sospensione delle agende;
- assicurare le visite prenotate in caso di assenza dello specialista per ragioni improcrastinabili.
- organizzare gli eventuali spostamenti delle prestazioni prenotate da erogare in caso di indisponibilità della Unità erogante prevista.

Il CUP aziendale è costituito da un Servizio di Back Office e da un Servizio di Front Office.

In **Back Office** vengono espletate le seguenti attività, che fanno capo ai relativi servizi specifici:

- Programmazione e Gestione delle Liste di Attesa e delle Agende di Prenotazione
- Gestione ed aggiornamento dei Tariffari aziendali
- Gestione e supporto al Servizio di Front Office
- Gestione delle criticità
- Gestione del software dedicato e del sito web aziendale sulle Liste di Attesa
- Gestione dei flussi informativi e delle attività di monitoraggio
- Elaborazione della reportistica

Le attività di **Front Office** sono sotto la diretta gestione del Responsabile del CUP e sono garantite da: a) un **Ufficio Accettazione Pazienti Ambulatoriali**, dedicato all'accettazione dei pazienti all'atto della prestazione ambulatoriale ed all'accettazione delle prenotazioni di prestazioni ambulatoriali, in supporto al Call Center; b) un **Call Center**, dedicato esclusivamente all'accettazione ed alla gestione delle prenotazioni di prestazioni ambulatoriali; c) un **Ufficio Accettazione Proposte e Prenotazioni di Ricovero (di seguito denominato UAPR)**, dedicato esclusivamente all'accettazione ed alla gestione delle prenotazioni di prestazioni di ricovero (cfr. seg.)

L'AOU programma l'attivazione di un servizio di **CUP Online**, aggiornato in tempo reale che permetta la consultazione dei tempi di attesa relativi a visite o esami del SSR o della libera professione intramuraria, secondo le disponibilità effettive. Tale servizio deve consentire all'utente di:

- consultare in tempo reale l'attesa relativa a prestazioni sanitarie erogate in ciascuna Classe di priorità;
- annullare le prenotazioni effettuate agli sportelli, al telefono oppure attraverso i CUP online;
- pagare il ticket e/o il costo della prestazione con bancomat e carta di credito;
- visualizzare gli appuntamenti già prenotati;
- ristampare il promemoria dell'appuntamento e dell'eventuale costo della prestazione prenotata;
- favorire l'accesso alla prenotazione anche attraverso le farmacie di comunità;

PARTE SECONDA - GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

CLASSI DI PRIORITÀ

Il Piano Nazionale per il Governo delle liste di attesa e quello della Regione Campania (D.G.R.C. N. 271 DEL 12.06.2012), così come ribadito nel nuovo Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale (Decreto Commissario ad Acta n. 87/2013), prevede che il Medico Prescrittore indichi sull'impegnativa SSN il codice di priorità, associato alla richiesta.

Le classi di priorità devono essere applicate a tutte le prestazioni ambulatoriali e diagnostiche-strumentali previste dal Piano regionale per il governo liste di attesa (PRGLA). come indicato nell'allegato A del Piano, si tratta di 69 prestazioni in totale, per le quali si rende obbligatorio da parte del medico prescrittore (M.A.P. medico di assistenza primaria) la biffatura del campo della ricetta del SSN recante le classi di priorità, limitatamente alle prescrizioni delle prime visite specialistiche e delle prestazioni diagnostiche.

All'indicazione delle classi di priorità in sede prescrittiva corrisponde una diversa tempistica di prenotazione della prestazione.

CLASSE DI PRIORITÀ	SIGNIFICATO CODICE	TEMPO MASSIMO ATTESA PER EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE
U	Urgente	Nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore
B	Breve	Entro 10 giorni
D	Differibile	Entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici
P	Programmata	Entro un arco temporale massimo di 120 giorni* (*fino al 31.12.2019 entro un arco temporale massimo di 180 giorni)

La ricetta priva di contrassegni è considerata come prescrizione di una prestazione programmabile.

Il tempo previsto dalla classe di priorità decorre a partire dal momento in cui l'utente richiede la prestazione.

OBBLIGO DELL'INDICAZIONE DEL QUESITO DIAGNOSTICO PREVALENTE

La richiesta di indagine, di prestazione o di visita specialistica deve obbligatoriamente riportare il quesito diagnostico prevalente formulato dal Medico prescrittore, in coerenza con quanto previsto dai vigenti ACN per la Medicina Generale (art. 51, punto 2), per la Pediatria di Libera Scelta (art. 50, punto 2), per la Medicina Specialistica Ambulatoriale (art. 28, punto 2).

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale potranno rappresentare un costo per il SSR solo se le relative prescrizioni saranno corredate dal quesito diagnostico prevalente espresso nella maniera più esauriente e circostanziata. In assenza del quesito, l'Erogatore non potrà erogare la prestazione a carico del SSR.

Nel caso in cui il paziente richieda espressamente che tale informazione non compaia, è necessario apporre sulla ricetta la formula "... omessa diagnosi su esplicita richiesta del paziente..." (o l'acronimo convenzionale "O.D.") ed indicare diagnosi o sospetto in foglio separato ed in busta chiusa. La diagnosi può essere omessa in casi di patologia cronica confermata da codice di esenzione per patologia.

PRIMA VISITA SPECIALISTICA O PRIMO ACCESSO/1° ESAME SPECIALISTICO

È da intendersi come primo accesso (prima visita o primo esame) quello in cui il problema attuale del paziente viene affrontato per la prima volta e per il quale viene formulato un preciso quesito diagnostico, accompagnato dalla esplicita dizione di "primo accesso". Possono anche essere considerati primi accessi quelli effettuati da pazienti noti, affetti da malattie croniche, che presentino una fase di riacutizzazione o l'insorgenza di un nuovo problema, non necessariamente correlato con la patologia cronica, tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva e/o una revisione sostanziale della terapia (si dovrà in questo caso indicare sulla ricetta "primo accesso" oppure "rivalutazione").

È definita "prima visita" o "primo accesso" una prestazione specialistica richiesta come tale, la cui erogazione non risulti essere effettuata nei 12 mesi precedenti.

VISITA SUCCESSIVA O DI CONTROLLO / 2° ESAME SPECIALISTICO

Per visita successiva o "di controllo" si intende:

- una visita o un accertamento diagnostico strumentale successivo ad un inquadramento diagnostico già concluso, che ha definito il caso ed eventualmente già impostato una prima terapia. Si tratta di prestazioni finalizzate ad esempio a: seguire nel tempo l'evoluzione di patologie croniche, valutare a distanza l'eventuale insorgenza di complicanze, verificare la stabilizzazione della patologia o il mantenimento del buon esito dell'intervento, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto al primo accesso;
- le prestazioni successive al primo inquadramento diagnostico e programmate dallo specialista che ha già preso in carico il paziente (comprese le prestazioni di 2° e 3° livello rese a pazienti a cui è già stato fatto un inquadramento diagnostico che necessita di approfondimento);
- tutte le prestazioni prescritte con l'indicazione del codice di esenzione per patologia sulla ricetta.

Il medico prescrittore ha l'**obbligo** di segnalare sulla ricetta che si tratta di seconda visita/esame strumentale (vedi modalità di prescrizione).

L'AOU programma la propria piattaforma informatica in modo tale da garantire la **Presa in Carico** del paziente, prevedendo che tutte le prestazioni ambulatoriali successive al primo accesso siano direttamente prescritte e prenotate dal professionista che ha preso in carico il paziente, senza necessità che questi ritorni al MMG/PLS. La prenotazione avverrà sulle Agende dedicate alle prestazioni successive al primo accesso. E' altresì contemplata la possibilità che, oltre alla visita successiva, il professionista aziendale che prende in carico il paziente possa prenotare anche le indagini necessarie al follow-up, purché eseguibili in regime ambulatoriale.

PERCORSI AMBULATORIALI COMPLESSI E COORDINATI

I Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (di seguito denominati PACC) sono "pacchetti" di prestazioni ambulatoriali che, per complessità e numerosità, richiedono la compilazione di una Cartella Clinica dedicata, la formulazione di una diagnosi circostanziata all'atto della dimissione e la compilazione di

una Scheda di Dimissione Ambulatoriale (di seguito definita SDA) per la rendicontazione delle prestazioni in ambito regionale.

Per la prenotazione dei PACC, l'AOU prevede Agende dedicate per ogni singolo PACC.

L'attivazione di un PACC può originare sia da una visita effettuata presso un Ambulatorio specialistico aziendale, sia da una prescrizione diretta del MMG o del PLS. Il PACC può essere di tipo medico o chirurgico e di ambito diagnostico o terapeutico.

Nel primo caso, il Medico Specialista inoltrerà una relazione al MMG od al PLS, proponendo l'attivazione del PACC ed indicando le indagini diagnostiche che ha intenzione di effettuare ed il criterio di priorità prescelto; il MMG od il PLS richiederà l'attivazione del PACC su ricetta del SSR, utilizzando il codice del PACC da attivare ed i codici delle indagini da includere nel percorso.

Nel secondo, il Medico curante richiederà direttamente l'attivazione su ricetta del SSR, utilizzando il codice del PACC richiesto ed il codice 89.99.1 (prima visita e valutazione complessiva). Il Medico Specialista Aziendale visiterà il paziente e, qualora condivida il percorso diagnostico proposto, darà seguito alla procedura così come indicato al paragrafo precedente. Nel caso in cui, invece, lo specialista dell'AOU non ritenga appropriata la richiesta del Medico curante potrà attivare un diverso percorso diagnostico od un diverso setting assistenziale. Nello specifico, potrà: a) erogare la sola visita specialistica, segnalando sul referto la dizione "PACC non erogato"; b) modificare unicamente il criterio di priorità prescelto (in questo caso, sarà necessario che il MMG od il PLS riformuli la richiesta); c) destinare il paziente ad un regime assistenziale a maggiore complessità (DH o RO); d) modificare la diagnosi ed il conseguente percorso assistenziale (in questo caso, sarà necessario che il MMG od il PLS riformuli la richiesta).

Per l'attivazione di un PACC medico, è necessario che il percorso diagnostico-terapeutico previsto contempli prestazioni appartenenti ad almeno 3 branche diverse, per cui dovranno essere prodotte ricette separate, secondo la regola nazionale delle composizione omogenea delle ricette per branca, sia cartacee che dematerializzate. Il PACC chirurgico, di contro, viene prescritto con ricetta unica, essendo la relativa tariffa omnicomprendente di tutte le prestazioni erogate.

Così come previsto in tema di arruolamento dei pazienti, anche la prenotazione avverrà con una duplice modalità:

- Nel caso di pazienti già sottoposti a visita negli ambulatori aziendali, il richiedente si presenterà al CUP munito delle richieste del Medico curante ed il CUP provvederà ad inserirlo nella Lista di Attesa relativa al PACC indicato.
- Nel caso di PACC prescritto direttamente dal MMG o dal PLS, il paziente si presenta direttamente al CUP ed il CUP prenota una visita specialistica presso l'Ambulatorio competente. Una volta confermata la necessità dell'attivazione del PACC, il percorso segue l'iter di cui al punto precedente.

CASI PARTICOLARI

Se nell'ambito della stessa struttura, un paziente viene visitato per lo stesso problema da due medici diversi in tempi diversi, queste non possono essere considerate entrambe come prime visite. E', tuttavia, fortemente raccomandato che l'organizzazione della struttura consenta processi di presa in carico e gestione del PDTA da parte dello stesso specialista ovvero dallo stesso team di cura, per assicurare coerenza nel processo di prima definizione diagnostica e continuità nel follow-up del paziente. Nel caso in cui un paziente si presenti in una struttura per la prima visita ed in un'altra struttura per la visita successiva, queste prestazioni sono da considerarsi entrambe **prime visite** anche se riguardano lo stesso problema, poiché in entrambi i casi viene effettuata una prima valutazione dal un medico di quella struttura, con compilazione della documentazione clinica (tali casi devono essere ridotti al minimo in quanto è compito dello specialista effettuare la prescrizione con contestuale prenotazione della visita di controllo)

E' **obbligo del Medico Prescrittore** indicare sulla richiesta il **quesito diagnostico**

MODALITÀ OPERATIVE

1. Le presenti indicazioni operative si applicano alle prestazioni specialistiche ambulatoriali descritte nelle Tabelle allegate
2. Fino ad altra comunicazione ufficiale, i medici prescrittori devono prescrivere ai propri utenti le prestazioni di cui al punto 1 indicando, oltre alle informazioni già di norma comunicate, anche la tipologia di prescrizione, facendo anche riferimento alle indicazioni riportate nelle Tabelle allegate, barrando **OBBLIGATORIAMENTE** una delle caselle poste in alto a destra della ricetta regionale e dedicate appunto all'indicazione della priorità clinica (U,B,D,P) e indicando se trattasi di primo accesso o secondo accesso.
3. Ad ogni prestazione specialistica di cui al punto 1, prescritta secondo le modalità di cui al punto 2, corrisponderà un identico vincolo di tempo di attesa: urgenza differibile = da indirizzare al servizio tipo U entro 72 ore; tipo B = entro 10 giorni; tipo D = entro 30 gg. per visite /60 giorni per prestazioni strumentali; tipo P = prestazione programmata secondo l'indicazione formulata dal prescrittore.
4. Le singole prestazioni indicate al punto 1 utilizzano tutte o in parte i codici priorità indicati al punto 3. Per un uso corretto dei codici è raccomandato fare riferimento alle indicazioni nelle Tabelle allegate. Si sottolinea che le prescrizioni, se prive di codice di priorità, verranno automaticamente considerate di tipo P e, quindi, programmate nella prima data utile successiva ai limiti previsti per la Priorità di tipo D.
5. Il medico prescrittore deve **OBBLIGATORIAMENTE** indicare se trattasi di primo accesso/esame o secondo accesso/esame utilizzando il codice 1 se trattasi di primo accesso/esame oppure 0 (zero) se trattasi di secondo accesso/esame. Tali codici devono essere anteposti, sulla ricetta, al quesito diagnostico anch'esso obbligatorio (vedi schemi successivi compilazione ricetta). Il criterio di definizione se trattasi di primo accesso o secondo è legato alla problematica clinica motivo della richiesta (vedi sopra).
6. Tutti gli operatori addetti alla prenotazione che riceveranno una richiesta di prenotazione di prestazioni indicate al punto 1, con la dichiarazione verbale se il paziente è al telefono o con l'indicazione scritta sull'impegnativa (se il paziente è allo sportello) del codice priorità, dovranno prenotare la prestazione secondo i tempi di attesa come indicato al punto 3. I sistemi di prenotazione online devono adeguarsi a tali indicazioni.
7. Nel caso in cui l'utente si rivolga al CUP per la richiesta di prestazione in data successiva alla scadenza prevista per la priorità, calcolata dal giorno della prescrizione, la priorità decade. La priorità decade anche nel caso in cui il paziente rifiuti la prima data utile prospettata dal CUP nel rispetto dell'ambito territoriale e del tempo massimo previsto per la priorità.
8. Ai fini del calcolo del tempo massimo di attesa verrà tenuta in considerazione la differenza fra la data del contatto con il servizio CUP (non la data dell'impegnativa) e la data assegnata per effettuare la prestazione.
9. In ogni caso, gli utenti con priorità di accesso, specie se con tempi di attesa superiori a quelli previsti per quella classe, saranno, in caso di disponibilità per rinunce, contattati tempestivamente dal sistema CUP Re-call aziendale.
10. I medici specialisti che operano negli ambulatori ricevono i piani di lavoro con indicati gli utenti prenotati secondo le «priorità» di cui al punto 3.

11. Il referto dovrà essere consegnato tempestivamente all'utente, o a persona autorizzata. La tempestività deve essere correlata al tempo massimo di attesa del grado di priorità. Tipo U = stesso giorno della prestazione; Tipo B = entro max 3 giorni dall'esecuzione della prestazione; Tipo D e P entro 7/10 giorni.
12. Le informazioni ed i problemi connessi all'applicazione della presente procedura devono essere comunicati alla Direzione Sanitaria Aziendale.

Prestazioni traccianti di cui al paragrafo 3.1 del Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa

PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER CUI VANNO FISSATI TEMPI MASSIMI DI ATTESA - VISITE SPECIALISTICHE

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Branca	Codice nuovi LEA
1	Prima Visita cardiologia	89.7	02	87.7A.3
2	Prima Visita chirurgia vascolare	89.7	05	89.7A.6
3	Prima Visita endocrinologica	89.7	09	89.7A.8
4	Prima Visita neurologica	89.13	15	89.13
5	Prima Visita oculistica	95.02	16	95.02
6	Prima Visita ortopedica	89.7	19	89.7B.7
7	Prima Visita ginecologica	89.26	20	89.26.1
8	Prima Visita otorinolaringoiatrica	89.7	21	89.7B.8
9	Prima Visita urologica	89.7	25	89.7C.2
10	Prima Visita dermatologica	89.7	27	89.7A.7
11	Prima Visita fisiatrica	89.7	12	89.7B.2
12	Prima Visita gastroenterologica	89.7	10	89.7A.9
13	Prima Visita oncologica	89.7	18	89.7B.6
14	Prima Visita pneumologica	89.7	22	89.7B.9

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA
Diagnostica per Immagini			
15	Mammografia Bilaterale	87.37.1	87.37.1
16	Mammografia Monolaterale	87.37.2	87.37.2
17	TC del Torace	87.41	87.41
18	TC del Torace senza e con MdC	87.41.1	87.41.1
19	TC dell'Addome superiore	88.01.1	88.01.1
20	TC dell'Addome superiore senza e con MdC	88.01.2	88.01.2
21	TC dell'Addome inferiore	88.01.3	88.01.3
22	TC dell'Addome inferiore senza e con MdC	88.01.4	88.01.4
23	TC dell'Addome completo	88.01.5	88.01.5
24	TC dell'Addome completo senza e con MdC	88.01.6	88.01.6
25	TC cranio – encefalo	87.03	87.03
26	TC cranio-encefalo senza e con MdC	87.03.1	87.03.1
27	TC del Rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.1	88.38.A
28	TC del Rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1	88.38.B
29	TC del Rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.1	

			88.38.C
30	TC del Rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MdC	88.38.2	88.38.D
31	TC del Rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MdC	88.38.2	88.38.E
32	TC del Rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MdC	88.38.2	88.38.F
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5
34	RM di Encefalo e Tronco encefalico, giunzione cranio-spinale	88.91.1	88.91.1
35	RM di Encefalo e Tronco encefalico, giunzione cranio-spinale senza e con MdC	88.91.2	88.91.2
36	RM di Addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88.95.4
37	RM di Addome inferiore e scavo pelvico senza e con MdC	88.95.5	88.95.5
38	RM della Colonna in toto	88.93	88.93.6
39	RM della Colonna in toto senza e con MdC	88.93.1	88.93.B
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	88.71.4
41	Ecocolordopplergrafia cardiaca	88.72.3	88.72.3
42	Ecocolordopplergrafia dei tronchi sovra aortici	88.73.5	88.73.5
43	Ecografia dell'Addome superiore	88.74.1	88.74.1
44	Ecografia dell'Addome inferiore	88.75.1	88.75.1
45	Ecografia dell'Addome completo	88.76.1	88.76.1
46	Ecografia bilaterale della Mammella	88.73.1	88.73.1
47	Ecografia monolaterale della Mammella	88.73.2	88.73.2
48	Ecografia Ostetrica	88.78	88.78
49	Ecografia Ginecologica	88.78.2	88.78.2
50	Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.2	88.77.4 , 88.77.5

Altri esami Specialistici		Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23	45.23
52	Polipectomia dell'Intestino crasso in corso di endoscopia – sede unica	45.42	45.42
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45.16.1 , 45.16.2
56	Elettrocardiogramma	89.52	89.52
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro	89.41	89.41
59	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44	89.44
60	Esame Audiometrico Tonale	95.41.1	95.41.1
61	Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1
62	Spirometria globale	89.37.2	89.37.2
63	Fotografia del Fondo Oculare	95.11	95.11
64	Elettromiografia semplice (EMG) per arto superiore.	93.08.1	

	Analisi qualitativa fino a sei muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2		93.08.A
65	Elettromiografia semplice (EMG) per arto inferiore. Analisi qualitativa fino a quattro muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.B
66	Elettromiografia semplice (EMG) del capo. Analisi qualitativa fino a quattro muscoli. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e Polisonnografia (89.17)	93.08.1	93.08.C
67	Elettromiografia semplice (EMG) del tronco. Analisi qualitativa fino a quattro muscoli.	93.08.1	93.08.D
68	Valutazione EMG dinamica del cammino. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (quattro muscoli), associata ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo, Non associabile ad analisi della cinematica e della dinamica del passo (93.05.7)	93.08.1	93.08.E
69	EMG dinamica dell'arto superiore. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (quattro muscoli)	93.08.1	93.08.F

GESTIONE DELLE PRENOTAZIONI PER PRESTAZIONI AMBULATORIALI

La prenotazione per prestazioni ambulatoriali viene effettuata telefonicamente presso il Call Center, che è allocato al di fuori dell'AOU, o, direttamente, agli sportelli del CUP aziendale. Tutte le prestazioni erogate dall'AOU sono inserite nel CUP aziendale. Ad integrazione ed ampliamento del sistema di prenotazione, l'AOU ha posto in essere le procedure per garantire all'utenza, nel prossimo futuro, la possibilità di effettuare le prenotazioni per via informatica (sul Sito Web aziendale) o presso una Rete di Farmacie convenzionate.

Qualora la prestazione richiesta sia erogata da più ambulatori aziendali, l'operatore ricerca e offre la prima disponibilità utile, quindi esegue la prenotazione presso l'ambulatorio dove sarà effettuata la prestazione. Nel caso in cui l'utente non accetti la prima data utile disponibile o l'Ambulatorio a lui assegnato, il sistema registra la rinuncia e, nel rispetto della libera scelta del cittadino, prenota la prestazione nella struttura di gradimento dell'utente, sempre nel primo giorno utile. In tal caso, tuttavia, l'AOU non garantisce il rispetto dei tempi di attesa massimi previsti per le varie classi di priorità.

Nel caso siano prescritte più prestazioni della stessa branca sulla stessa ricetta, l'operatore cercherà di prenotarle nella stessa struttura, nello stesso giorno e presso lo stesso specialista erogatore; qualora ciò non sia possibile dovrà darne chiaramente notizia all'utente, che sceglierà la modalità di prenotazione a lui più consona, in altra sede o in altra data. In ogni caso, non è possibile prenotare in ambulatori diversi prestazioni omogenee per branca, prescritte su una singola ricetta.

Per la prenotazione di prestazioni sanitarie a carico del SSR, la Delibera Regionale 170/2007 impone l'obbligo della ricetta medica del SSR. La ricetta ha validità di 30 giorni tra la data di prescrizione e la data di presa in carico da parte del CUP; successivamente alla presa in carico da parte del CUP la ricetta è valida fino alla erogazione delle prestazioni. Nel caso di prestazioni cicliche o ripetute la ricetta cessa la sua validità (viene chiusa) se sono trascorsi più di 60 giorni dall'ultima prestazione erogata, anche se in ricetta

sono presenti prestazioni non fruitive. Fanno eccezione le ricette provenienti da altre Regioni, nelle quali i termini di validità siano diversi da quelli della Campania; in tali casi, la validità è quella riferita alla Normativa emanata dalla Regione di provenienza dell'utente.

Le prestazioni a totale carico del cittadino sono:

- Prestazioni a carattere Medico Legale
- Prestazioni erogate in regime di Libera Professione (ALPI)
- Prestazioni richieste da cittadini paganti in proprio (prestazioni di medicina integrata, prestazioni non rientranti nel tariffario nomenclatore, prestazioni non ricomprese nei LEA, ed in ogni caso in cui la prestazione non possa essere fruita attraverso i canali previsti dal SSR).

Tutte le prestazioni a totale carico del cittadino possono essere prenotate al CUP con le stesse modalità di quelle a carico del SSR, salvo la non obbligatorietà della ricetta SSR. Le prestazioni con valore "MEDICO LEGALE" e le prestazioni richieste dai cittadini paganti in proprio, sono prenotabili attraverso le stesse modalità di quelle SSR. Le prestazioni erogabili in ALPI sono prenotabili esclusivamente presso il canale aziendale ad esse dedicato.

PARTE TERZA - GESTIONE DELLE PRENOTAZIONI PER IL RICOVERO ORDINARIO O DIURNO

Relativamente alle prenotazioni per ricovero presso l'AOU, si definiscono:

- **Assistiti esterni:** pazienti con richiesta di ricovero proveniente dal territorio
- **Assistiti interni:** pazienti con proposta di ricovero proveniente da specialisti dell'AOU, in seguito ad una prestazione ambulatoriale
- **Ambulatorio di Valutazione:** ambulatorio ubicato al Centro Storico, deputato a visitare tutti gli assistiti esterni, valutando (e se del caso modificando) la correttezza della diagnosi proposta e della classe di priorità assegnata

L'UAPR è l'unica Struttura aziendale abilitata alla ricezione delle proposte di ricovero ed all'inserimento dei pazienti nelle Liste di Attesa per Ricoveri, sia in regime diurno che ordinario. Si articola su due sedi: una al Centro Storico ed una a Cappella Cangiani. Compiti dell'UAPR sono: a) prenotazione della visita prericovero per assistiti esterni c/o Ambulatorio di Valutazione; b) accettazione della visita prericovero per assistiti esterni c/o Ambulatorio di Valutazione; c) apertura informatizzata del ricovero e della SDO.

All'UAPR afferiscono richieste e/o proposte di ricovero attraverso due canali:

1. Specialisti Ambulatoriali dell'AOU
2. MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Territoriali

A seconda del canale di accettazione, esistono due differenti percorsi di prenotazione (v. anche Tabella Diagramma di Flusso):

1. **Assistiti interni:** il medico ambulatoriale dell'AOU, visitato il paziente, compila l'apposito Modulo Interno di Prenotazione Ricoveri (v. all. 2), precisando: dati anagrafici, diagnosi presunta, branca di ricovero, setting di ricovero proposto (Ordinario, Diurno), classe di priorità prescelta; nel caso si proponga un setting di ricovero ordinario in ambiente chirurgico, il medico specifica se sia necessario o meno il regime di preospedalizzazione. Il Modulo Compilato sarà inviato al Servizio Centralizzato di Preospedalizzazione, nell'imminenza della convocazione del paziente.
2. **Assistiti esterni:** l'UAPR riceve dall'assistito l'impegnativa con richiesta di ricovero; contestualmente, prenota per il paziente una visita presso l'Ambulatorio di Valutazione, cui trasferisce la documentazione prodotta dall'assistito. La visita sarà erogata gratuitamente, in un termine massimo variabile in base alla classe di priorità prescelta (entro 3 giorni lavorativi per la classe di priorità A, entro 7 giorni lavorativi per la classe di priorità B, entro 15 giorni lavorativi per le classi di priorità C e D). A seguito della visita, il medico dell'Ambulatorio di Valutazione confermerà o modificherà diagnosi e classe di ricovero e compilerà il Modulo Interno di Prenotazione Ricoveri (all. 2), precisando, oltre ai dati di cui al punto precedente, anche i dati relativi alla proposta di ricovero proveniente dal territorio: nominativo e codice del medico proponente, diagnosi, setting di ricovero e classe di priorità da egli proposti. Il percorso successivo della prenotazione è sovrapponibile a quello di cui al punto precedente.

All'atto del ricovero, il paziente esibisce all'Ufficio la prescrizione di ricovero sul ricettario regionale del MMG. L'Ufficio apre la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) informatizzata e consegna al paziente la Cartella Clinica cartacea, che sarà unica per tutta la durata del ricovero, anche se durante la degenza dovessero verificarsi trasferimenti del degente da una U.O. ad un'altra, all'interno dell'AOU. Al termine del ricovero, oppure in caso di trasferimento del degente ad altra Azienda Ospedaliera, la Cartella Clinica e la

corrispondente SDO saranno chiuse e consegnate alla Direzione Sanitaria, per le valutazioni di competenza e la successiva archiviazione.

PRESTAZIONI TRACCIANTI IN REGIME DI RICOVERO

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	Prestazione	Codice intervento ICD9-CM	Codici diagnosi ICD9-CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno mammella	85.2X , 85.33, 85.34, 85.35, 85.36, 85.4X	174.X, 198.81, 233.0
2	Interventi chirurgici tumore maligno prostata	60.21, 60.29, 60.3, 60.4, 60.5, 60.61, 60.62, 60.69, 60.96, 60.97	185, 198.82
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7X, 45.8, 45.9, 46.03, 46.04, 46.1	153.X, 197.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49, 48.5, 48.6X	154.X, 197.5
5	Interventi chirurgici tumore maligno utero	da 68.3X a 68.9	179, 180, 182.X, 183, 184, 198.6, 198.82
6	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.X
7	Interventi chirurgici tumore maligno tiroide	06.2, 06.3, 06.4, 06.5, 06.6	193
8	By pass aortocoronarico	36.1X	
9	Angioplastica coronarica (PTCA)	00.66, 36.06, 36.07	
10	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
11	Intervento protesi d'anca	00.70, 00.71, 00.72, 00.73, 00.85, 00.86, 00.87, 81.51, 81.52, 81.53	
12	Interventi chirurgici tumore del polmone	32.29, 32.3, 32.4, 32.5, 32.6, 32.9	162.X, 197.0
13	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.X, 575.X
14	Coronarografia	88.55, 88.56, 88.57	
15	Biopsia percutanea del fegato	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46, 49.49	
17	Riparazione ernia inguinale	53.0X, 53.1X	

CLASSI DI PRIORITA'

Nel rispetto della normativa vigente in materia, in tutte le proposte di ricovero programmato da inviare al Centro Unico di Prenotazione Aziendale (di seguito denominato CUP) devono essere indicate la diagnosi (quantomeno presunta), la data di prenotazione e la classe di priorità.

Le classi di priorità per il ricovero ospedaliero, in attuazione di quanto definito dall'Accordo Stato Regioni dell'11 luglio 2002, dal PNCTA 2006-2008 e dal PNGLA 2010-29012, sono le seguenti:

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

L'AOU recepisce questa categorizzazione, garantendone l'applicazione ed il rispetto nella stesura delle liste di attesa per ogni tipo di patologia e non soltanto per quelle indicate nei punti 1) e 2).

Le prestazioni di controllo post-ricovero eseguite nell'ambulatorio divisionale **entro 30 giorni dalla dimissione da reparti per acuti sono gratuite**, poiché la remunerazione delle stesse rientra nella tariffa del DRG attribuito.

GESTIONE DEL RICOVERO PROGRAMMATO CON PREOSPEDALIZZAZIONE

Il Ricovero Programmato con Preospedalizzazione è una modalità utilizzabile esclusivamente per pazienti in attesa di Ricovero Ordinario per intervento chirurgico.

Per tale modalità di accettazione, l'AOU dispone l'organizzazione di un "*Punto Accettazione e Gestione della Preospedalizzazione*" presso il policlinico del Centro Storico. Nel giorno di inizio del ciclo di preospedalizzazione, al paziente sarà consegnata la Cartella Clinica cartacea, senza che sia ancora aperta la SDO informatizzata, e sarà consegnato un foglio informativo in cui viene specificato che l'AOU si riserva di adottare modalità di recupero delle spese sostenute, nel caso in cui, dopo l'effettuazione delle indagini preliminari, il paziente rifiuti il ricovero senza adeguata motivazione. Il paziente verrà quindi affidato al *Punto Accettazione e Gestione della Preospedalizzazione*, che gestirà il completamento della fase diagnostica preoperatoria, sotto la guida di un medico della U.O. cui il paziente è stato assegnato. Una volta effettuate le indagini necessarie, la U.O. assegnataria del ricovero accoglierà il paziente sul primo posto letto resosi disponibile, dandone comunicazione all'Ufficio Accettazione Proposte e Prenotazioni di Ricovero. Il paziente in regime di preospedalizzazione, avendo già superato la fase di accettazione, ha priorità assoluta rispetto ai pazienti non ancora contattati per il ricovero.

PARTE QUARTA – ASPETTI ORGANIZZATIVI SPECIFICI

IL REFERENTE AZIENDALE E LA COMMISSIONE DI ESPERTI

In ossequio alla vigente normativa, con apposito provvedimento deliberativo n. 476 del 5.10.2006, l'AOU ha nominato un Referente Aziendale ed una Commissione di Esperti (Organismo Paritetico Aziendale) per la Gestione delle Liste di Attesa. Eventuali modifiche di tali nomine saranno effettuate con successivi atti deliberativi.

PERCORSI DI GARANZIA

Nel caso in cui al cittadino non venga assicurata la prestazione nei limiti previsti dalla Regione, le singole Aziende Sanitarie, attraverso il monitoraggio continuo effettuato dal Referente Unico Liste di Attesa ed ALPI unitamente all'Organismo Paritetico Aziendale per quanto di competenza (team di garanzia), rendono disponibili i seguenti percorsi di tutela:

1. la possibilità di assicurare ordinariamente le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, per l'utenza esterna attraverso l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana, oltre all'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva;
2. l'aggiornamento degli Ambiti territoriali di Garanzia per le prestazioni di primo accesso nel rispetto del principio di prossimità e raggiungibilità, al fine di consentire di quantificare l'offerta necessaria a garantire i tempi massimi di attesa; gli Ambiti di Garanzia vengono individuati sulla base dei dati di contesto demografico ed epidemiologico, delle caratteristiche geomorfologiche del territorio, della dislocazione delle strutture erogatrici pubbliche e private, della dotazione delle risorse tecnologiche, strumentali e di personale e sul loro grado di efficienza. Indispensabile, in tale fase, risulta essere l'analisi "storica" della domanda e dell'offerta in termini di quantificazione dei volumi di prestazioni erogate per ogni struttura erogatrice; a tale scopo, il CUP propone, come prima scelta, l'offerta con il tempo più breve di attesa riferita all'Ambito di Garanzia dell'assistito per le prestazioni di base a media o bassa complessità assistenziale;
3. l'utilizzo del 5% di cui alla Legge Balduzzi per la realizzazione di progetti mirati alla riduzione delle liste di attesa;
4. l'eventuale acquisto e l'erogazione delle prestazioni aggiuntive in regime libero professionale, concordate con i professionisti e sostenute economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino solo l'eventuale partecipazione al costo. Le Aziende Sanitarie potranno, al fine di ridurre le liste di attesa dei servizi interessati, concordare con le equipe, ai sensi dell'art. 55 comma 1 lett. d del CCNL 08/06/2000 dell'area della dirigenza medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria, secondo i programmi aziendali, di incrementare le attività e le prestazioni idonee al perseguimento di tale fine. L'acquisto di prestazioni specialistiche aggiuntive è un'integrazione dell'attività istituzionale e va effettuata prioritariamente per le prestazioni che risultino critiche ai fini del rispetto dei tempi di attesa. Le attività saranno svolte all'interno delle strutture aziendali e sempre al di fuori dell'orario di lavoro istituzionale. Nell'espletamento dell'attività istituzionale aggiuntiva dovrà essere utilizzato il ricettario SSN per la richiesta degli ulteriori accertamenti.

Qualora le azioni previste dalle Aziende Sanitarie nei propri Piani Attuativi dovessero risultare non sufficienti a garantire il rispetto dei tempi massimi in almeno il 90% delle prestazioni prenotate, e per le sole prestazioni traccianti ex PNGLA, nelle more della definitiva implementazione del CUP regionale con

l'integrazione di tutte le agende degli enti e delle aziende erogatori di prestazioni sanitarie sul territorio regionale, viene messo in atto un percorso di garanzia con l'azienda più vicina o eventualmente con un erogatore privato al fine di garantire l'accesso a tutela del cittadino nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente; in questo modo, le prestazioni "di che trattasi" potranno essere garantite anche ricorrendo a convenzionamenti con le strutture private accreditate presenti sul territorio regionale per ambito di garanzia, limitatamente alle singole prestazioni necessarie e attingendo le risorse, eventualmente, da fondi specifici.

Le Aziende si impegnano, altresì, a garantire il rispetto dei tempi massimi di tutte le prestazioni ambulatoriali e in regime di ricovero erogate sul proprio territorio:

1. la totale visibilità da parte dei sistemi informativi aziendali delle Agende di prenotazione, sia pubbliche che private accreditate, sia per il primo accesso che per gli accessi successivi, includendo sia l'attività erogata a carico del SSR sia quella in regime ALPI;
2. i monitoraggi delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera previsti dal seguente Piano (v. Allegato B del PNGLA 2019/2021);
3. l'implementazione di strumenti di gestione della domanda (modello RAO - Raggruppamenti di Attesa Omogenei) per le prestazioni specialistiche ambulatoriali. La scelta dei contenuti clinici delle Classi di priorità faranno riferimento al Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO" condiviso dalle Regioni e Province Autonome - Allegato C del PNGLA 2019/2021 e successivi aggiornamenti relativi alla fase II di implementazione del Progetto RAO finanziato da AGENAS e svolto in collaborazione con il Ministero della Salute, le Regioni, le Società Scientifiche e Cittadinanza Attiva;
4. il governo dell'offerta attraverso la definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche e la separazione dei canali per le diverse tipologie di accesso, cioè "primo accesso" e "accesso successivo" (*follow up*, controllo). Il piano delle prestazioni erogabili deve contenere la definizione dell'elenco e dei volumi di prestazioni ambulatoriali, specifici per branca e diagnostica strumentale, programmati in risposta ai fabbisogni previsti, sia nel pubblico che nel privato accreditato, al fine di quantificare le prestazioni necessarie in termini di prime visite/primi esami e controlli;
5. il governo del fenomeno della "prestazione non eseguita" per mancata presentazione dell'utente, potenziando i servizi telefonici di richiamata - *recall* e quelli telematici di modifica o disdetta di una prenotazione (sms, posta elettronica, app), prevedendo eventuali sanzioni amministrative qualora l'utente non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata;
6. la realizzazione della "presa in carico" del paziente cronico secondo precisi protocolli che si completa con la responsabilità della struttura che ha "in carico il paziente" di provvedere alla prenotazione delle prestazioni di controllo;
7. l'individuazione delle modalità organizzative attraverso cui si garantiscono i tempi massimi di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio del presente piano;
8. la sospensione del diritto all'attività libero professionale, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate, in caso di superamento del rapporto tra l'attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento dei tempi di attesa massimi ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs 229/99;
9. l'attivazione dell'Organismo paritetico aziendale per le attività di verifica dello svolgimento dell'attività libero professionale;
10. la trasmissione sistematica dei flussi informativi di Monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa secondo le Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa – v. Allegato B del PNGLA 2019/2021
11. l'informazione e la comunicazione sulle liste di attesa, sulle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, sui percorsi di garanzia in caso di sfioramento dei tempi massimi, sui diritti e doveri in coerenza con quanto previsto nel presente Piano, attraverso sezioni dedicate e accessibili

- sui siti Web aziendali, campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi e la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato, per favorire un'adeguata conoscenza;
12. lo sviluppo di un sistema di CUP online aggiornato in tempo reale che permetta la consultazione dei tempi di attesa relativi a visite o esami del SSR o della libera professione intramuraria, secondo le disponibilità effettive. Tale servizio deve consentire all'utente di:
 - consultare in tempo reale l'attesa relativa a prestazioni sanitarie erogate in ciascuna Classe di priorità;
 - annullare le prenotazioni effettuate agli sportelli, al telefono oppure attraverso i CUP online;
 - pagare il ticket e/o il costo della prestazione con bancomat e carta di credito;
 - visualizzare gli appuntamenti già prenotati;
 - ristampare il promemoria dell'appuntamento e dell'eventuale costo della prestazione prenotata;
 - favorire l'accesso alla prenotazione anche attraverso le farmacie di comunità;
 13. la vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale;
 14. la vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione e le relative sanzioni amministrative come da articolo 1, comma 282 e 284, della legge n. 266/2005;
 15. il coinvolgimento e la partecipazione di organizzazioni di tutela del diritto alla salute.

GESTIONE DELLE CRITICITA'

a. PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DELLA DOMANDA

L'AOU SUN garantisce l'appropriatezza della domanda di prestazioni di ricovero con modalità dirette ed indirette.

La modalità diretta trae origine dalla valutazione di un medico specialista ambulatoriale interno, cui è affidata la responsabilità della valutazione dell'appropriatezza della richiesta di ricovero, relativamente alla diagnosi prospettata, al setting di ricovero prescelto ed alla classe di priorità assegnata.

La modalità indiretta origina da valutazioni ex post; per proposte di ricovero provenienti dal territorio, il sistema informatico aziendale prevede la possibilità di confrontare qualitativamente e quantitativamente gli scostamenti tra proposte del medico territoriale e successive valutazioni del medico dell'AOU. Eventuali scostamenti significativi potranno essere discussi con i prescrittori territoriali attraverso cicli dedicati di Audit.

Relativamente alle prestazioni ambulatoriali di primo accesso, al fine di promuovere comportamenti prescrittivi corretti, in tema di scelta della classe di priorità, l'AOU propone, in allegato alla presente Procedura (allegato 1), un "**Protocollo per la prescrizione secondo priorità**", ove sono suggerite le classi di priorità più appropriate per le patologie di più frequente osservazione nell'AOU, suddivise per branca di appartenenza. Tanto, in previsione dell'applicazione di modelli innovativi di gestione della domanda (modello RAO), con criteri condivisi tra prescrittore ed erogatore.

b. REGOLAMENTAZIONE DELLA SOSPENSIONE DELL'ATTIVITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

La sospensione dell'attività di erogazione di prestazioni sanitarie può avvenire solo per una delle seguenti cause:

1. inaccessibilità struttura,
2. guasto macchina,
3. indisponibilità del personale,
4. indisponibilità di materiali o di dispositivi

L'AOU rileva le sospensioni delle attività di erogazione di tutte le prestazioni sanitarie al loro verificarsi e le registra entro 24 ore in un Registro Aziendale delle sospensioni, sotto la diretta responsabilità del Direttore Sanitario dell'Azienda.

Per ogni evento di sospensione sarà necessario specificare nel registro delle sospensioni:

- dove è avvenuta la sospensione
- la causa (codificata in accordo alle linee guida regionali sul flusso delle sospensioni)
- la data di inizio della sospensione
- durata espressa in giorni solari
- la prestazione sospesa

Il Registro Aziendale delle sospensioni sarà accessibile ai rappresentanti delle associazioni dei pazienti e dei consumatori ed agli uffici regionali dell'Assessorato alla Sanità che si occupano di monitoraggio delle liste di attesa. Inoltre, entro 48 ore dal verificarsi della sospensione dell'erogazione della prestazione, l'AOU si impegna a comunicare per iscritto all'Assessorato alla Sanità la prestazione sospesa, specificando le stesse informazioni richieste per il registro delle sospensioni.

Con cadenza semestrale, infine, il Direttore Sanitario (o il Referente Aziendale, autorizzato dal Direttore Sanitario) inoltra alla Regione il Flusso Informativo per il monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione in accordo con quanto specificato nel PNGLA 2010-2012 e nelle Linee Guida Regionali sulle Sospensioni prot. n. 2011.034897 del 02/05/2011 e ss.mm.ii.

Sia per il flusso informativo semestrale che al verificarsi della sospensione dell'erogazione, vanno rilevate solo le sospensioni che riguardano l'interruzione di una certa prestazione nell'intera Azienda, escludendo così i casi in cui ci sono altre agende che continuano ad erogare la prestazione, soddisfacendo in tal modo la domanda. Infine, si ribadisce che, in accordo al comma 282 dell'articolo 1 della legge Finanziaria 2006, è vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni di cui al DPCM del 29 novembre 2001.

In caso di sospensione temporanea di una prestazione ambulatoriale, qualora essa sia contemplata in altre Agende dell'AOU, il Call Center provvederà a distribuire le prenotazioni sugli ambulatori di tipologia affine. In mancanza di Agende affini per tipologia di prestazione, i pazienti saranno riprenotati in overbooking sullo stesso ambulatorio, non appena ripresa l'erogazione. Salvo casi eccezionali, l'AOU si impegna a garantire ritardi nell'erogazione della prestazione non superiori ai 7 giorni, in caso di sospensioni. Non è autorizzata invece, per nessun motivo, la sospensione delle attività di ricovero. In caso di temporanea indisponibilità di un Reparto di Degenza o di singoli posti letto, le attività di ricovero, pur ridotte, andranno comunque garantite nell'ambito dei posti letto del DAI di appartenenza.

c. GESTIONE RECLAMI E NOTIFICHE ALL'ASSESSORATO ALLA SANITA'

L'URP aziendale notifica entro 24 ore all'Assessorato alla Sanità eventuali reclami, relativi alla gestione delle prenotazioni ed a sospensioni di erogazione di prestazioni sanitarie. Inoltre, per ogni reclamo, garantisce la tracciabilità e l'univoca identificazione in ambito regionale.

d. REGOLAMENTO PER LA GESTIONE DEL RIFIUTO DEL PAZIENTE ALLA EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE

Nel caso in cui un utente prenotato per una prestazione ambulatoriale, contattato tramite il CUP Recall, rinunci all'erogazione della prestazione, questa viene contestualmente annullata.

La rinuncia spontanea alla prenotazione può essere formalizzata dall'utente:

- per via telefonica, con registrazione del colloquio;
- di persona, mediante compilazione di apposito modello e rilascio di fotocopia di documento di identità. Nel caso la richiesta di rinuncia non sia inoltrata dal diretto interessato, oltre alla suddetta documentazione dovrà essere esibita delega scritta del richiedente e fotocopia del documento di identità del delegato.
- E' programmata l'attivazione, sulla piattaforma informatica aziendale, del servizio di disdetta telematica della prestazione prenotata, al fine di ridurre al di sotto della quota del 5% il rapporto *numero di disdette non giustificate/numero totale di prenotazioni*.

Nel caso in cui un utente, in Lista di Attesa per ricovero programmato, contattato telefonicamente dall'Ufficio Accettazione Proposte e Prenotazioni di Ricovero,

- risulti irreperibile ad almeno tre convocazioni telefoniche effettuate in giorni diversi, non necessariamente consecutivi, la prenotazione verrà annullata e cancellata dalla Lista di Attesa;
- rifiuti il ricovero, senza addurre motivazioni giustificative che ne richiedano il rinvio, la prenotazione verrà annullata e cancellata dalla Lista di Attesa;
- rifiuti il ricovero, adducendo motivazioni giustificative che ne richiedano il rinvio, l'Ufficio annoterà la motivazione del rinvio, richiederà al paziente di produrre la documentazione giustificativa e, una volta ottenutala, riallocherà il paziente in cima alla Lista di Attesa. Un secondo rifiuto consecutivo al ricovero, ancorché giustificato, comporterà l'annullamento della prenotazione e la cancellazione dalla Lista di Attesa.

MONITORAGGIO

In ossequio al PRGLA 2019-2021, sono individuati i seguenti Monitoraggi periodici, per i quali l'AOU garantisce la trasmissione sistematica dei relativi Flussi Informativi, secondo le Linee Guida di cui all'Allegato B del PNGLA 2019/2021 :

- Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali, erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali, erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio ex post delle attività di ricovero, erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
- Monitoraggio dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA), in ambito cardiovascolare ed oncologico, con indicazione di altre aree critiche;
- Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali, erogate in regime ALPI;
- Monitoraggio della presenza sui Siti Web di Regioni e di Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi ed alle Liste di Attesa;
- Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (istituzionali ed ALPI) nel sistema CUP.

INDICATORI DI PERFORMANCE

Sono individuati, quali Indicatori di Performance, relativamente alla presente Procedura:

- Gli indicatori previsti dal DCA n. 34 del 8.08.2017, in particolare per quanto attiene il rispetto dei tempi di attesa previsti dalla classe di priorità prescelta, sia per prestazioni ambulatoriali che di ricovero;
- La totale visibilità delle Agende di prenotazione (sia ambulatoriali che ALPI) sulla piattaforma informatica aziendale;
- L'utilizzo delle grandi apparecchiature di Diagnostica per Immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva;
- L'implementazione di strumenti per la gestione della domanda (modello RAO) e della relativa offerta di prestazioni, nonché per il governo del fenomeno della "prestazione non eseguita" per rinuncia del paziente;
- Il puntuale rispetto dei Flussi Informativi di Monitoraggio, previsti dalla normativa in materia.

TRASPARENZA

L'AOU SUN fornisce all'assistito le informazioni idonee per l'accesso al sistema di prenotazione per via telefonica (Call Center), telematica (sito web) e attraverso gli sportelli degli Uffici preposti (Front Office e Back Office del CUP).

Garantisce, con cadenza quotidiana, la pubblicazione sul sito web aziendale (www.policliniconapoli.it) delle Liste di Attesa per prestazioni ambulatoriali e di ricovero. Il sito web aziendale fornisce informazioni anche sulle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, sui percorsi di garanzia in caso di sfioramento dei tempi massimi, sui diritti e doveri, in coerenza con quanto previsto nel presente Piano;

Promuove iniziative per il potenziamento dell'URP aziendale e per la formulazione di una Carta dei Servizi dedicata. Promuove ogni iniziativa volta a favorire la partecipazione degli utenti e delle Associazioni di Volontariato. Monitora la soddisfazione dell'utenza mediante sistemi di rilevazione della Customer Satisfaction. Nell'ipotesi di migrazione del software regionale verso un nuovo sistema informativo, l'AOU SUN garantisce con propri fondi l'adeguamento.

MONITORAGGIO DEL SITO WEB AZIENDALE

Il criterio della disponibilità e del puntuale aggiornamento dei dati sui tempi d'attesa inseriti nel sito web aziendale costituisce un adempimento per le regioni nell'ambito delle verifiche LEA.

Pertanto, in ossequio alla vigente normativa in materia, il sito web aziendale contiene sezioni dedicate, aggiornate e facilmente accessibili, sui tempi e sulle liste di attesa.

In particolare, vi sono:

1. informazioni che coprono sia l'ambito ambulatoriale che quello dei ricoveri;
2. informazioni su cosa si intenda per primo accesso e per controlli successivi e sulle diverse procedure di gestione dei regimi di erogazione;
3. Informazione sui Percorsi di Garanzia Aziendali;
4. presenza (o link) della normativa di riferimento nazionale e regionale aggiornata;
5. riferimenti telefonici che possono essere utilizzati per prenotarsi;
6. elenco delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero per cui sono garantiti i tempi massimi regionali di attesa in caso di primo accesso;
7. indicazione, per singola prestazione, dei tempi massimi di attesa in relazione alle differenti classi di priorità;
8. strumenti di ricerca per il cittadino che, per una data prestazione, forniscono indicazioni sulle strutture che la erogano nell'AOU;
9. strumenti per il cittadino che, per una data prestazione e classe di priorità, forniscono indicazione circa la data di prima disponibilità e la struttura erogante aggiornate in tempo reale.

ALLEGATO 1

PROTOCOLLO PER LA PRESCRIZIONE SECONDO PRIORITA':

RACCOLTA DEI CRITERI PER VISITE E PRESTAZIONI AMBULATORIALI

SCOPO

Il presente documento è stato predisposto allo scopo di diffondere e rendere agevolmente accessibili le indicazioni operative e le priorità cliniche che sono state introdotte nel corso degli ultimi anni per ordinare la domanda di prestazioni specialistiche ambulatoriali Sanitaria. I criteri di priorità che sono allegati alla presente raccolta sono stati adottati dall'AOU-SUN. Per le prestazioni specialistiche ambulatoriali critiche per tempi d'attesa e/o per numero di utenti in lista d'attesa, sono state individuate, secondo quanto stabilito dalla normativa nazionale e regionale, quattro classi di priorità, che si illustrano di seguito:

Priorità	Inquadramento clinico
U (urgente)	I sintomi o il sospetto diagnostico sono riferiti a malattie gravi evolutive con danno alla salute se non trattate in tempi molto brevi (entro 24 ore)
B (breve)	Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità. Da eseguirsi entro 10 giorni
D (differibile)	Prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità. Da eseguirsi entro 30 giorni per le visite e entro 60 giorni per le prestazioni
P (programmata)	Strumentali Prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, disfunzione, la disabilità. Da eseguirsi entro 180 giorni. Il tempo massimo di attesa per la visita cardiologica e l'ecografia addome in classe P è di 120 giorni.

Campo di applicazione

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale per le quali l'Azienda ha adottato criteri di priorità per l'accesso alle agende di prenotazione sono le seguenti:

Visite (primo accesso)

- Visita oculistica
- Visita neurologica
- Visita urologica
- Visita medica per patologia pneumologia
- Visita chirurgica per patologia vascolare
- Visita cardiologica
- Visita endocrinologica
- Visita gastroenterologica
- Visita ortopedica

Prestazioni diagnostiche

- Ecografia addominale
- Prestazioni di endoscopia digestiva
- Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, dei vasi periferici arteriosi e venosi ed aorta addominale
- Densitometria ossea

- Risonanza magnetica dell'encefalo e del tronco encefalico
- Risonanza magnetica della colonna vertebrale
- Diagnostica ecografica del capo e del collo
- Diagnostica della mammella (mammografia ed ecografia della mammella)

Modalità di svolgimento delle attività

I medici prescrittori, all'atto della compilazione della ricetta per prescrizione di una prestazione oggetto della presente raccolta, sono tenuti a indicare la classe di priorità (U, B, D, P) che definisce il tempo massimo di attesa secondo la normativa vigente, tenendo conto dei criteri clinici contenuti nelle schede di seguito riportate

Note generali per la prescrizione

- La richiesta di visita specialistica e/o di indagine strumentale deve essere corredata dalla diagnosi o dal sospetto diagnostico (art. 51 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i M.M.G - 2005 e successive modifiche).
- Qualora il paziente, nel rispetto della normativa dei dati sensibili (privacy), non dia il consenso di esplicitare il quesito diagnostico nella ricetta, il prescrittore dovrà consegnare al paziente in busta chiusa il quesito clinico e dovrà riportare nella ricetta la seguente dicitura *"quesito clinico riportato nell'allegato contenuto in busta chiusa e consegnato al paziente"*.

Distribuzione

La presente raccolta viene pubblicata ed aggiornata sui siti Internet dell' Aziende AOU-SUN sul sito aziendale www.policliniconapoli.it

Criteri clinici di priorità per l'accesso alla visita oculistica in età adulta

Priorità	Priorità Condizioni cliniche	Tempo d'attesa	Note
U (urgente)	<ul style="list-style-type: none"> • Glaucoma acuto; • Amaurosi; • Trauma bulbare con grave deficit del visus; • Occhio rosso dolente acuto; • Diplopia acuta, strabismo acuto, ptosi ad insorgenza acuta, insorgenza acuta di anisocoria; • Fosfeni o miodesopsie in acuzie; • Modificazione improvvisa del campo visivo; • Traumatismi oculari maggiori acuti; • Corpi estranei; • Dolore oculare acuto e persistente; • Flogosi acuta dei tessuti perioculari (sospetta dacriocistite, cellulite orbitaria). 	Entro 24 ore	<p>La presenza di questi sintomi indicativi di particolare gravità consiglia l'opportunità di invio per "valutazione in Pronto Soccorso". Compete al medico di Pronto Soccorso che gestisce il paziente, l'eventuale richiesta delle opportune consulenze /approfondimenti diagnostici.</p> <p>L'invio in Pronto Soccorso non richiede la compilazione dell'impegnativa, ma si raccomanda sempre di inviare il paziente in Pronto Soccorso con la descrizione del sintomo o sospetto diagnostico</p>
B (breve)	<ul style="list-style-type: none"> • Occhio rosso non dolente ad esordio subacuto; • Edemi palpebrali recenti; • Neoformazioni sospette; • Calazio o orzaiolo acuti, che non risolvono con la terapia; • Congiuntivite acuta resistente alle comuni terapie. • Metamorfopsia. 	Entro 10 giorni	
D (differita)	<ul style="list-style-type: none"> • Congiuntiviti ricorrenti; sospetto difetto visivo grave e/o strabismo; • accertamenti per avvio terapie sistemiche; 	Entro 30 giorni	Escluse visite per prescrizione lenti

P (programmata)	<ul style="list-style-type: none"> • Quanto escluso dai criteri precedenti; • Difetti rifrattivi; • Rinnovo occhiali; • Difetti della lacrimazione e discomfort oculare; • Sospetto di cataratta; • Blefariti recidivanti, miodesopsie non recenti; • Valutazione della funzionalità ed acuità visiva dopo intervento di rimozione di cataratta (secondo indicazione dello specialista che ha effettuato l'intervento). 	Entro 180 giorni	
--------------------	--	---------------------	--

Criteri clinici di priorità per l'accesso alla visita neurologica

Priorità	Priorità Condizioni cliniche	Tempo d'attesa	Note
U (urgente)	Paziente visto dal MMG con sintomi ingravescenti (o sospetto diagnostico) di interessamento acuto (ore o pochi giorni) del sistema nervoso centrale o periferico	da inviare in Pronto soccorso	<p>I sintomi o il sospetto diagnostico sono riferiti a malattie gravi evolutive con danno alla salute se non trattate in tempi molto brevi.</p> <p>In questi casi NON chiedere visita neurologica urgente ma inviare in PS con la descrizione del sintomo o del sospetto diagnostico</p>
B (breve)	<p>Modifica delle condizioni neurologiche preesistenti di nuova e/o particolarmente grave e/o recente insorgenza (*):</p> <ul style="list-style-type: none"> • turbe dello stato di coscienza (es. perdita di coscienza transitoria/ probabilmente non sincopale, convulsione, mancato controllo delle crisi epilettiche in epilettico già noto) • rapida riduzione delle capacità cognitive o deterioramento mentale • alterazione (ad esordio sub-acuto o lento e progressivo) delle funzioni 	Entro 10 giorni	<p>Si tratta di condizioni in cui è necessario un arco di tempo breve per la diagnosi e/o terapia al fine di controllare in maniera significativa il dolore, la disfunzione o la disabilità.</p> <p>Casi clinici particolari potranno essere discussi con lo specialista per una maggior celerità d'accesso</p>

	sensitivo motorie (es. deficit focali, <ul style="list-style-type: none"> • recidiva di sclerosi multipla, modifica delle caratteristiche di una cefalea cronica) 		
D (differita)	Modificazione significativa del quadro neurologico in pazienti con patologie croniche già note o sintomi in lento peggioramento: Es. disturbi comportamentali in demente, sospetta sindrome extrapiramidale (rallentamento e tremore) a lenta evoluzione.	Entro 30 giorni	Casi in cui la cui la tempestiva diagnosi e terapia non condizionano la prognosi a breve termine ma sono comunque richieste per il persistere del dolore, della disfunzione o della disabilità e per la peculiarità specialistica del farmaco
P (programmata)	Altre patologie neurologiche croniche stabilizzate o a lenta evoluzione Es. cefalea cronica, lento deterioramento mentale (**), perdita della memoria <ul style="list-style-type: none"> • Visita di controllo se non già prenotata al momento della richiesta dallo specialista • Richiesta di certificazioni e relazioni cliniche 	Entro 180 giorni	In queste condizioni la visita può essere programmata in un maggior arco di tempo in quanto l'attesa non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione o la disabilità Il sospetto di demenza potrà essere gestito nell'attesa della visita neurologica dal MMG che provvederà a richiedere gli accertamenti previsti dal protocollo

(*) Nuova insorgenza: da intendersi come un nuovo sintomo che si manifesta dal punto di vista semeiologico (es. persona che in uno stato di pieno benessere presenta improvvisi sintomi o segni neurologici) o come un sintomo che appartiene alla stessa sfera semeiologica di base, ma che si presenta in modo significativamente più grave (la comparsa di una netta modificazione delle caratteristiche cliniche, es. insorgenza acuta "a pugnata" della cefalea in paziente cefalalgico noto, costituisce criterio di inclusione nella classe B; la significativa presenza di crisi epilettiche nell'arco della giornata in paziente epilettico noto, libero da crisi da più mesi, costituisce criterio di inclusione nella classe B; al contrario l'insorgenza di agitazione e/o insonnia e/o confusione in paziente con diagnosi di demenza non costituisce criterio di inclusione nella classe B)

(**)Protocollo degli esami da effettuare nel sospetto di demenza prima della effettuazione della visita neurologica:

1) esami biochimici, TSH, folati e B12, borrelia, TPHA, ECG

2) Tac cerebrale senza contrasto

La sindrome vertiginosa senza altre indicazioni non è considerata elemento per la richiesta di visita neurologica (se acuta ed oggettiva va inviata in PS, in altri casi è, almeno inizialmente, di pertinenza dell'ORL).

Criteri clinici di priorità per l'accesso alla visita urologica in età adulta

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa	Note
U (urgente)	<ul style="list-style-type: none"> • Paziente con dolore scrotale acuto; • Colica renale non controllata dalla terapia; • Ematuria massiva; • Ritenzione acuta d'urina; • Parafimosi; • Priapismo; • Traumi; • Malfunzionamento di catetere vescicale, epicistostomico, nefrostomico; • Febbre urosettica. 	Entro 24 ore	<p>La presenza di questi sintomi indicativi di particolare gravità consiglia l'opportunità di invio per "valutazione in Pronto Soccorso". Compete al medico di Pronto Soccorso che gestisce il paziente, l'eventuale richiesta delle opportune consulenze / approfondimenti diagnostici.</p> <p>L'invio in Pronto Soccorso non richiede la compilazione dell'impegnativa, ma si raccomanda sempre di inviare il paziente in Pronto Soccorso con la descrizione del sintomo o sospetto diagnostico.</p>
B (breve)	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosi sospetta o accertata di tumore; • Macroematuria risolta; • Colica renale recidivante; • Disuria severa ingravescente; • Riscontro occasionale (non sintomatico) di dilatazione delle vie urinarie; • Pazienti con significativi cambiamenti di disturbi urologici cronici; • Riscontro di PSA elevato o in progressione in pazienti con età < a 75 anni. 	Entro 10 giorni	
D (differita)	<ul style="list-style-type: none"> • Microematuria; • Colica renale risolta; • Emospermia; • Calcolosi asintomatica. 	Entro 30 giorni	
P (programmata)	<ul style="list-style-type: none"> • Quanto non previsto nei criteri precedenti. (es. varicocele, problemi andrologici). 	Entro 180 giorni	

Criteri clinici di priorità per l'accesso alla visita urologica in età pediatrica

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa	Note
U (urgente)	<ul style="list-style-type: none"> • Minore con dolore scrotale acuto; • Colica renale non controllata dalla terapia; • Ematuria massiva; • Ritenzione acuta d'urina; • Parafimosi; • Priapismo; • Traumi; • Malfunzionamento di catetere vescicale, epicistostomico, nefrostomico; • Febbre urosettica. 	Entro 24 ore	<p>La presenza di questi sintomi indicativi di particolare gravità consiglia l'opportunità di invio per "valutazione in Pronto Soccorso". Compete al medico di Pronto Soccorso che gestisce il paziente, l'eventuale richiesta delle opportune consulenze / approfondimenti diagnostici.</p> <p>L'invio in Pronto Soccorso non richiede la compilazione dell'impegnativa, ma si raccomanda sempre di inviare il paziente in Pronto Soccorso con la descrizione del sintomo o sospetto diagnostico.</p>
B (breve)	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosi sospetta o accertata di tumore; • Colica renale recidivante; • Disuria severa ingravescente; • Minore con significativi cambiamenti di disturbi urologici cronici; 	Entro 10 giorni	
D (differita)	<ul style="list-style-type: none"> • Colica renale risolta; • Calcolosi asintomatica. 	Entro 30 giorni	
P (programmata)	<ul style="list-style-type: none"> • Quanto non previsto nei criteri precedenti. (es. varicocele, problemi andrologici). 	Entro 180 giorni	

Criteri clinici di priorità per l'accesso alla visita medica per patologia pneumologica

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa	Note
U (urgente)	<ul style="list-style-type: none"> • Emotisi moderato-severo (nota 1) • Dispnea acuta anche a riposo (ad es. sospetto PNX, embolia polmonare, edema polmonare acuto). 	Entro 24 ore	I sintomi o il sospetto diagnostico sono riferiti a malattie gravi evolutive con danno alla salute, se non trattate in tempi molto brevi. In questi casi NON chiedere visita pneumologica urgente

	<ul style="list-style-type: none"> • Dolore toracico acuto. • Crisi acuta di broncospasmo non risolta dall'impiego ripetuto di • Beta2 stimolanti short-acting (nota 2) • Altre condizioni in cui i sintomi o il sospetto diagnostico riconducano a malattie gravi evolutive con danno alla salute se non trattate in tempi molto brevi 		ma inviare in PS con la descrizione del sintomo o del sospetto diagnostico
B (breve)	<p>Valutazione di anomalia radiologica del torace espressione di patologia pleuro-parenchimale in atto. Peggioramento della dispnea come espressione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riacutizzazione di BPCO (nota 3) • Asma bronchiale non controllata da terapia standard • Riacutizzazione di malattia polmonare cronica già nota • Polmonite non risolta dalla prima linea di terapia <p>E' auspicabile che casi clinici particolari siano discussi telefonicamente con lo specialista.</p>	Entro 10 giorni	<p>Si tratta di condizioni in cui è necessario un arco di tempo breve per la diagnosi e/o terapia al fine di controllare in maniera significativa i sintomi.</p> <p>Con l'eccezione della prima condizione clinica, si tratta di situazioni già inquadrare dal punto di vista diagnostico in cui il MMG per lo più è già intervenuto con terapia di prima linea e in cui è necessaria revisione terapeutica da parte dello specialista per l'eventualità di accesso a regime di ricovero.</p>
D (differita)	<ul style="list-style-type: none"> • Tosse cronica (> 3mesi) di n.d.d. • Sospetto di apnee durante sonno (nota 4) • Sospetto di BPCO (nota 3) • Sospetto di asma bronchiale (nota 5) • Dispnea ingravescente di n.d.d. (nota 6) <p>Prima valutazione pneumologica di paziente con patologia neuromuscolare.</p> <p>Altri casi in cui è necessaria una definizione diagnostica (per lo più strumentale) in grado di generare un percorso terapeutico specialistico</p>	Entro 30 giorni	Casi in cui la cui la tempestiva diagnosi e terapia non condizionano la prognosi a breve termine, ma sono comunque richieste per il persistere della disfunzione o della disabilità.
P (programmata)	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione paziente in ossigenoterapia a lungo termine (OTLT) • Valutazione paziente in ventilazione meccanica domiciliare non invasiva e invasiva • Controlli programmati di 	Entro 180 giorni	In queste condizioni la visita può essere programmata in un maggior arco di tempo in quanto l'attesa non influenza a breve termine la terapia, la prognosi, il dolore, la disfunzione o la disabilità.

	<p>patologie croniche note (BPCO, sindrome di apnea durante il sonno-OSA, ecc)</p> <ul style="list-style-type: none"> Altri casi di insufficienza d'organo conclamata il cui follow-up è inteso ai necessari aggiustamenti terapeutici (posologia O2 , setting ventilatore) 		
--	--	--	--

Criteri clinici di priorità per l'accesso alla visita chirurgica per patologie vascolari

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa	Note
U (urgente)	<ul style="list-style-type: none"> Forte probabilità di trombosi venosa periferica in base all'utilizzo della scala di Wells (vedi pagina successiva). Ischemia critica (dolore a riposo, specie la notte ad 1 o più dita o al piede ed, eventualmente, lesioni trofiche, ulcere, o gangrena). Sospetta patologia aneurismatica sintomatica acuta. Microembolia periferica ("dito blu"). Segni di ischemia acuta degli arti (dolore, pallore, impotenza funzionale, ipotermia di recente insorgenza con assenza di polsi arteriosi). <p>In questi casi non è prevista la prescrizione su ricettario regionale di Visita chirurgia vascolare in urgenza.</p>	Invio in PS	La presenza di questi sintomi si associa all'invio in PS.

B (breve)	<ul style="list-style-type: none"> • Stenosi carotidea critica in paziente sintomatico. • Riduzione improvvisa della marcia (claudicatio ingravescente). • Tumefazione pulsante palpabile ad un arto. • Segni di peggioramento di arteriopatia nota con dolore a riposo e/o lesioni trofiche distali. • Patologia aneurismatica di prima diagnosi in paziente asintomatico. • Flebite superficiale di gamba (presenza di cordone duro ed esteso, superficiale, dolente alla palpazione, arrossato, ipertermico) non migliorata dopo 10 giorni di terapia. 	Entro 10 Giorni	Si tratta di condizioni in cui è necessario un arco di tempo breve per la formulazione della diagnosi e la instaurazione di una terapia che ha dimostrata efficacia. Se il caso, sarà lo specialista a chiedere/eseguire l'Ecocolordoppler.
D (differita)	<ul style="list-style-type: none"> • Stenosi carotidea critica in paziente asintomatico. • Furto di succlavia. • Arteriopatía periferica nota con notevole riduzione dell'intervallo di marcia. • Arteriopatía periferica ostruttiva con indicazione al trattamento chirurgico o endovascolare. 	Entro 30 Giorni	Casi in cui la cui la tempestiva diagnosi e l'avvio di una terapia specifica ed efficace non condizionano la prognosi a breve termine ma sono comunque richieste per il persistere dei sintomi, della disfunzione o della disabilità.
P (programmata)	Controlli ed altro, non rientrante nelle specifiche precedenti, salvo contatto con lo specialista per casi particolari.	Entro 180 Giorni	Condizioni in cui l'esame può essere programmato in un maggior arco di tempo in quanto l'attesa non influenza l'esito.

Nota bene:

l'Insufficienza venosa cronica con indicazione al trattamento chirurgico ha indicazione alla visita di chirurgia generale

Criteri clinici di priorità per l'accesso alla visita cardiologica

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa	Note

U (urgente)	<ul style="list-style-type: none"> Dolore toracico in atto o nelle ultime 48 ore di sospetta origine ischemica (vedi pagina successiva) Sincope o presincope negli ultimi 7 gg Incapacità di eseguire alcuna attività fisica senza sintomi (affaticamento, palpitazioni, dispnea) e con almeno un segno compatibile con SC * Bradiaritmie ($\leq 40/\text{min}$) o tachicardie ($\geq 120/\text{min}$) obiettivamente sintomatiche per dispnea e/o angina pectoris, sincope o presincope* (se asintomatiche, invio per solo ECG) 	Entro 24 ore	Gestione attraverso Pronto Soccorso
B (breve)	<ul style="list-style-type: none"> Dolore toracico di sospetta origine ischemica (vedi pagina successiva) ripetuto nell'ultimo mese Dispnea, palpitazioni, affaticamento per sforzo lieve di recente insorgenza * Sincopi o presincopi ripetute nell'ultimo mese 	Entro 10 giorni	Far afferire le richieste al CUP/Call center o direttamente al servizio di Cardiologia per una prima valutazione e/o teleconsulto, sulla base dell'organizzazione locale.
D (differita)	<ul style="list-style-type: none"> Instabilità e necessità di adeguamento terapeutico in: scompenso cardiaco congestizio, cardiopatia ischemica, aritmie Lieve limitazione dell'attività fisica consueta con comparsa di affaticamento, palpitazioni e dispnea, previa esecuzione di ECG, Rx torace, BNP (brain natriuretic peptide) o NT-proBNP (frazione Nterminale del proBNP) compatibili per SC * Angina atipica con rischi cardiovascolare $> 10\%$ ** 	Entro 30 giorni	Far afferire le richieste al CUP/Call center o direttamente al servizio di Cardiologia per una prima valutazione e/o teleconsulto, sulla base dell'organizzazione locale.
P (programmata)	Tutte le prime visite motivate (dispnea, sincope, dolore toracico, cardiopalmo, ipertensione resistente a 3 farmaci di cui uno diuretico***, stadio A e B classe AHA/ACC sullo SC)* che non rientrano nelle classi precedenti	Entro 180 giorni	Prenotabile al CUP

SUGGERIMENTI PER L'INQUADRAMENTO DEL PAZIENTE CON DOLORE TORACICO

Valutare la presenza di criteri di dolore ischemico:

1. È correlato allo sforzo fisico?
2. È di breve durata (2-20 minuti)?
3. È alleviato dal riposo e dalla nitroglicerina sublinguale (entro 30 s _pochi minuti)?
4. È retrosternale?
5. Si irradia (in modo centrifugo) alla gola, al collo o al braccio sinistro?
6. Sono assenti altre evidenti cause di dolore toracico?

Classificazione:

ANGINA TIPICA

- Presenza dei criteri 1,2,3 oppure
- Presenza di almeno 4 criteri

ANGINA ATIPICA

- Presenza di due criteri oppure
- Positività solo dei criteri 4 e 6

DOLORE PROBABILMENTE NON ANGINOSO

- Presenza di un solo criterio o di nessun criterio

Criteri clinici di priorità per l'accesso all'ecografia addominale

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa	Note
U (urgente)		Entro 24 ore	Gestione attraverso Pronto Soccorso
B (breve)	<ul style="list-style-type: none">• Tumefazione addominale pulsante• Macroematuria non flogistica• Febbre urosettica• Colestasi di recente insorgenza• Tumefazione/massa di recente insorgenza (escluse parti molli)• Rilevante e recente calo ponderale di ndd ev. accompagnato da dolore addominale	Entro 10 giorni	Far afferire le richieste al CUP/Call center
D (differita)	<ul style="list-style-type: none">• Parametri di laboratorio indicativi per patologia addominale (di primo riscontro)• Colica biliare/renale recente e recidivante• Dolore lombare con	Entro 30 giorni	Prenotabile a CUP

	microematuria <ul style="list-style-type: none"> Epatomegalia di recente insorgenza con alterazione dei parametri di laboratorio Febbre di origine sconosciuta 		
P (programmata)	Tutte le altre alterazioni a carico degli organi sottodiaframmatici per le quali sia indicata la ricerca di lesioni localizzate o diffuse, in articolare: colica risolta, disuria (specificare se RPM), insufficienza renale cronica	Entro 180 giorni	Prenotabile a CUP

Criteri clinici di priorità per l'accesso alle prestazioni di endoscopia digestiva

Condizioni cliniche	Percorso
<ul style="list-style-type: none"> Emorragia digestiva in atto: ematemesi, melena, enterorragia massiva. Ingestione di caustici. Disfagia assoluta. Ingestione corpo estraneo vulnerante. Sindromi occlusive (E-C)* 	<p>La presenza di questi sintomi indicativi di particolare gravità consiglia l'opportunità di invio per "valutazione in Pronto Soccorso". Compete al medico di Pronto Soccorso che gestisce il paziente, l'eventuale richiesta delle opportune consulenze / approfondimenti diagnostici.</p> <p>L'invio in Pronto Soccorso non richiede la compilazione dell'impegnativa, ma si raccomanda sempre di inviare il paziente in Pronto Soccorso con la descrizione del sintomo o sospetto diagnostico.</p>

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa	Note
U (urgente)	Non previsto: le condizioni di urgenza non sono compatibili con il regime di erogazione delle prestazioni in ambito ambulatoriale programmato	Entro 24 ore	Gestione attraverso Pronto Soccorso
B (breve)	<ul style="list-style-type: none"> Sanguinamento che non rientra nell'urgenza: rapida anemia da perdita del tratto digestivo, rettorragia non grave, diarrea muco-sanguinolenta non infettiva (E-C). Presenza di sintomi di allarme: vomito significativo e persistente, disfagia, odinofagia, calo ponderale rilevante 	Entro 10 giorni	Si tratta di condizioni in cui è necessario un arco di tempo breve per la diagnosi e/o terapia al fine di controllare in maniera significativa il dolore, la disfunzione o la disabilità.

	(>10% negli ultimi 4-6 mesi), massa addominale (E-C). Necessità di escludere lesioni per eseguire terapie cardiologiche urgenti (per esempio: <ul style="list-style-type: none"> • anticoagulanti in pazienti con precedenti importanti di patologia gastrica o sintomi in atto) (E). • Riscontro Rx di neoplasie (E-C). 		
D (differita)	<ul style="list-style-type: none"> • Sindrome doloroso-dispeptica che non risponde a trial terapeutico (definizione del tipo di terapia somministrata) o in corso di trattamento con FANS (E). • Diarrea cronica (più di 4 settimane), stipsi recente (C). • Ricerca di varici esofagee in soggetti non seguiti in follow-up (E). • Conferma di diagnosi di celiachia (E). • Diagnosi radiografica di poliposi (E-C). • Per valutare sintomi di reflusso ricorrenti o persistenti al trattamento (definizione del tipo di terapia somministrata) (E). • Per valutare affezioni a carico di altri apparati in cui la presenza di una patologia del tratto digestivo superiore può modificare il trattamento (E). • Sangue occulto positivo nelle feci (senza rapida anemia). 	Entro 30 giorni	Casi in cui la tempestiva diagnosi non condiziona la prognosi a breve termine ma è comunque richiesta per il persistere dei sintomi, della disfunzione o della disabilità.
P (programmata)	Condizioni in cui l'esame può essere programmato in un maggior arco di tempo in quanto l'attesa non influenza l'esito (E-C).	Entro 180 giorni	
L'indicazione all'esecuzione di endoscopia digestiva pediatrica viene concordata tra il gastroenterologo e il pediatra ospedaliero. I centri che eseguono endoscopia digestiva pediatrica devono offrire l'endoscopia in sedazione profonda a tutte le età pediatriche, obbligatoriamente in bambini di età < 14 anni.			

Legenda

*E = Indicazioni alla esofago-gastro-duodenoscopia

*C = Indicazioni alla colonscopia

Criteri clinici di priorità per l'accesso all'ecocolordoppler dei Tronchi sovraortici

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa	Note

U (urgente)	<p>Segni neurologici di attacco ischemico acuto in atto (TIA, Ictus) con insorgenza da meno di 7 giorni.</p> <p>Non è prevista la prescrizione su ricettario regionale di ecocolordoppler TSA in urgenza.</p>	Invio in PS	La presenza di questi sintomi si associa all'invio in PS. Non sono considerati segni neurologici di attacco ischemico acuto in atto la presenza isolata di: perdita di coscienza, sensazione di instabilità, astenia generalizzata, confusione mentale, diplopia, calo del visus con o senza ridotto livello di coscienza, incontinenza di feci ed urine.
B (breve)	Segni neurologici di attacco ischemico acuto (TIA, Ictus) con insorgenza compresa tra i 7 ed i 30 giorni. Non è prevista la prescrizione su ricettario regionale di ecocolordoppler TSA in queste condizioni.	Invio per visita neurologica, chirurgica vascolare o angiologica (entro 10 gg)	Si tratta di condizioni in cui è necessario un arco di tempo breve per la formulazione della diagnosi e la instaurazione di una terapia che ha dimostrata efficacia. In questi casi l'Ecocolordoppler può venire richiesto dallo specialista
D (differita)	<ul style="list-style-type: none"> Soffio carotideo isolato (non aortico) anche se asintomatico. Sospetto di furto di succlavia (gradiente pressorio <ul style="list-style-type: none"> ➤ 30 mmHg tra i due arti superiori). Richieste provenienti da ORL nell'ambito dello studio di vertigini. Richieste di specialisti in pazienti con Aterosclerosi polidistrettuale prima di chirurgia maggiore (es. cardiocirurgia). 	Entro 60 giorni	Casi in cui la cui la tempestiva diagnosi e l'avvio di una terapia specifica ed efficace non condizionano la prognosi a breve termine ma sono comunque richieste per il persistere dei sintomi, della disfunzione o della disabilità.
P (programmata)	<ul style="list-style-type: none"> Valutazione in aterosclerosi polidistrettuale con fattori di rischio. Controllo evolutivo di placca carotidea in terapia farmacologica. Altro, salvo contatto con lo specialista per casi particolari. 	Entro 180 giorni	Condizioni in cui l'esame può essere programmato in un maggior arco di tempo in quanto l'attesa non influenza l'esito.

N.B.

per TIA si intende l'improvvisa comparsa di segni e/o sintomi riferibili a deficit focale cerebrale o visivo attribuibile ad insufficiente apporto di sangue, di durata inferiore alle 24 ore (studio Spread). Controlli appropriati: Dopo endoarteriectomia o angioplastica carotidea: controllo a tre mesi, a sei mesi e poi annuale salvo complicazioni. Pazienti con stenosi carotidea >50% con placca stabile nota: controllo a 6 mesi, poi annuale. Pazienti con occlusione controlaterale di carotide: controllo annuale.

Criteri clinici di priorità per l'accesso all'ecocolordoppler dei vasi periferici venosi

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa	Note
U (urgente)	<ul style="list-style-type: none"> Segni clinici di embolia polmonare. Forte probabilità di trombosi venosa periferica in base all'utilizzo della scala di Wells (vedi pagina successiva). Sospetto di trombosi venosa superficiale di coscia. 	Invio in PS	La presenza di questi sintomi si associa all'invio in PS.
B (breve)	<ul style="list-style-type: none"> Flebite superficiale di gamba (presenza di cordone duro ed esteso, superficiale, dolente alla palpazione, arrossato, ipertermico) non migliorata dopo 10 giorni di terapia. <p>Non è prevista la prescrizione su ricettario regionale di ecocolordoppler venoso in queste condizioni.</p>	Invio per Visita chirurgica vascolare o angiologica urgente	Si tratta di condizioni in cui è necessario un arco di tempo breve per la formulazione della diagnosi e la instaurazione di una più corretta terapia che ha dimostrata efficacia. Casi clinici particolari potranno essere discussi con lo specialista per una maggior celerità d'accesso. Nel frattempo adeguata terapia a discrezione del curante.
D (differita)	<ul style="list-style-type: none"> Linfedema e/o edema distale cronici agli arti a sospetta genesi venosa. Insufficienza venosa cronica nei vari stadi. Sospetta sindrome dell'egresso toracico. <p>Per i controlli dopo trombosi venosa profonda: vedi sotto.</p>	Entro 60 giorni	Casi in cui la cui la tempestiva diagnosi non condiziona la prognosi a breve termine ma è comunque richiesta per il persistere dei sintomi, della disfunzione o della disabilità.
P (programmata)	<ul style="list-style-type: none"> Valutazione dell'indicazione alla chirurgia in sindrome varicosa cronica (non per teleangectasie o varici reticolari). Monitoraggio della malattia varicosa in presenza di sintomi aspecifici. Altro, salvo contatto con lo specialista per casi particolari. 	Entro 180 giorni	Condizioni in cui l'esame può essere programmato in un maggior arco di tempo in quanto l'attesa non influenza l'esito.

Controlli in pazienti con TVP recente: primo controllo a tre mesi, poi ogni sei mesi fino al termine della terapia anticoagulante, infine annuale per i successivi due anni. I pazienti con insufficienza venosa cronica, sindrome post flebitica, varici, ecc., una volta studiati ed in assenza di eventi specifici, non necessitano di ulteriori controlli nel tempo.

Criteri clinici di priorità per l'accesso all'ecocolordoppler arterioso agli arti ed aorta addominale

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa	Note
U (urgente)	<ul style="list-style-type: none"> Segni di ischemia acuta degli arti (dolore, pallore, impotenza funzionale, ipotermia di recente insorgenza con assenza di polsi arteriosi). Ischemia critica (dolore a riposo, specie la notte ad 1 o più dita o al piede ed, eventualmente, lesioni trofiche, ulcere, o gangrena). Sospetta patologia aneurismatica sintomatica acuta. Microembolia periferica ("dito blu"). 	Invio in PS	La presenza di questi sintomi si associa all'invio in PS.
B (breve)	<ul style="list-style-type: none"> Riduzione improvvisa della marcia (claudicatio improvvisa). Tumefazione pulsante palpabile ad un arto. Segni di peggioramento di arteriopatía nota con dolore a riposo e/o lesioni trofiche distali. Sospetta patologia aneurismatica in paziente asintomatico. 	Invio per Visita chirurgica vascolare o angiologica urgente	Si tratta di condizioni in cui è necessario un arco di tempo breve per la formulazione della diagnosi e la instaurazione di una terapia che ha dimostrata efficacia. Casi clinici particolari potranno essere discussi con lo specialista per una maggior celerità d'accesso.
D (differita)	<ul style="list-style-type: none"> Arteriopatía periferica nota con notevole riduzione dell'intervallo di marcia (meno di 50 metri). Arteriopatía periferica ostruttiva in cui si preveda un trattamento chirurgico o endovascolare. Acrocianosi. Assenza di polso 	Entro 60 giorni	Casi in cui la cui la tempestiva diagnosi e l'avvio di una terapia specifica ed efficace non condizionano la prognosi a breve termine ma sono comunque richieste per il persistere dei sintomi, della disfunzione o della disabilità.

	arterioso distale senza sintomi.		
P (programmata)	<ul style="list-style-type: none"> Soffio vascolare addominale di primo riscontro senza altri sintomi. Valutazione in aterosclerosi poli distrettuale con fattori di rischio. Altro, salvo contatto con lo specialista per casi particolari. 	Entro 180 giorni	In queste condizioni l'esame può essere programmato in un maggior arco di tempo in quanto l'attesa non influenza l'esito.

Controlli appropriati:

Arteriopatia cronica ostruttiva periferica: controlli da decidere in base all'evoluzione delle condizioni cliniche.

Precedente intervento di rivascolarizzazione arteriosa femoro-distale: controllo a tre/sei mesi poi annuale.

Diabetici con arteriopatia periferica: controllo ogni 12 mesi.

Criteri clinici di priorità per l'accesso alla densitometria ossea

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa	Note
U (urgente)	Non prevista	Invio in PS	La presenza di questi sintomi si associa all'invio in PS.
B (breve)	Non prevista	Entro 10 giorni	
D (differita)	<ul style="list-style-type: none"> Recente frattura da fragilità ossea, terapia corticosteroidica sistemica cronica iniziata da almeno 4\6 mesi con posologia > 10 mgr/die di equivalente prednisonico con almeno un fattore di rischio per osteoporosi maggiore associato 	Entro 60 giorni	Per quanto riguarda i pazienti candidati al trapianto d'organo, la densitometria viene inserita nei programmi di accertamenti per lo studio e la preparazione all'intervento.
P (programmata)	Tutta la casistica non ricompresa nella classe precedente.	Entro 180 giorni	

Criteri di appropriatezza

La densitometria ha come finalità principale la valutazione del rischio di frattura e la sua esecuzione è considerata appropriata quando il risultato serve per prendere delle decisioni riguardo la terapia e la gestione clinica del paziente (dieta, attività fisica, abitudini di vita). La densitometria non è un esame prescrivibile con caratteristiche di urgenza.

La ripetizione di esami densitometrici è giustificata di regola non prima di 18 mesi e solo se la conoscenza delle variazioni di massa ossea serve a modificare le decisioni cliniche sul singolo paziente. L'intervallo di tempo può essere più breve, comunque non inferiore a 12 mesi, in determinate condizioni fortemente osteo-penizzanti (ad esempio, terapia corticosteroidica ad alte dosi, iperparatiroidismi primitivi e secondari, allettamento e immobilizzazioni prolungate superiori a 3 mesi nei pazienti con preesistenti fattori di rischio). Non vi sono evidenze né stime del rapporto costo/beneficio che giustifichino l'impiego della densitometria ossea come screening generalizzato.

Criteri di priorità per l'accesso alla risonanza magnetica dell'encefalo, tronco encefalico e colonna vertebrale

I criteri di priorità per l'accesso in regime ambulatoriale alla RMN dell'encefalo e del tronco encefalico e della colonna vertebrale riportati dal presente documento, fanno riferimento alle sotto riportate prestazioni del Nomenclatore Tariffario della Specialistica ambulatoriale:

- 88.91.1 RM DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO
- 88.91.2 RM DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO
- 88.91.3 RM DEL MASSICCIO FACCIALE
- 88.91.4 RM DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO
- 88.91.5 ANGIO RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO
- 88.93 RM DELLA COLONNA
- 88.93.1 RM DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO

Tali prestazioni permettono sia lo studio del Sistema Nervoso Centrale e/o del midollo, che può essere interessato direttamente da una patologia (patologia del "contenuto endocanale") o indirettamente (patologia del "contenente", ovvero del comparto rachideo osteoarticolare-ligamentoso), sia lo studio delle strutture osteoarticolari-ligamentose del rachide senza compromissione delle strutture nervose.

Si precisa che le prestazioni di RM del rachide (contrassegnate dai codici 88.93 e 88.93.1) comprendono sia lo studio delle strutture endocanalari, sia lo studio di quelle osteoarticolari-ligamentose.

Le caratteristiche dei distretti anatomici interessati, la rilevanza della componente specialistica nei percorsi diagnostici, la complessità assistenziale multi professionale, l'evoluzione tecnologica dello studio del sistema nervoso centrale, del midollo e del rachide determinano l'esigenza che:

- il medico prescrittore richieda l'indagine radiologica, riportando la descrizione dei segni/sintomi e/o del quesito clinico, per una corretta esecuzione del test e della sua interpretazione;
- il medico radiologo scelga la metodologia diagnostica in grado di fornire informazioni con standard qualitativi che assicurino un'ipotesi diagnostica ed evitino la ripetizione dell'indagine (utilizzo del mdc inizialmente non previsto, estensione dell'esame ad altri distretti anatomici, integrazione con apparecchiature che consentano una maggiore definizione);
- il medico radiologo riporti nel referto un'obiettiva descrizione dei reperti e la loro interpretazione, per permettere al medico curante la diagnosi definitiva e l'adozione di appropriate condotte terapeutiche.

In base a queste considerazioni, pertanto, spetta al medico radiologo:

- decidere, prima di procedere all'esecuzione dell'esame, se l'apparecchiatura a disposizione possieda le caratteristiche tecniche adeguate e se le modalità di esecuzione dell'esame stabilite siano quelle idonee ad ottenere le informazioni necessarie;
- completare l'iter diagnostico con RM per formulare una risposta al quesito posto dal medico prescrittore;
- evitare, per quanto possa essere prevedibile, che il prescrittore, a causa della non ottimale accuratezza dell'indagine eseguita (sia per limitazioni tecniche dell'attrezzatura, sia per l'incompletezza della metodica impiegata), debba richiedere la ripetizione dell'esame con attrezzatura radiologica più appropriata.

La mancata adozione nella pratica clinica di queste indicazioni compromette l'efficacia dei sistemi per ordinare l'accesso dei pazienti per severità clinica. Tali sistemi sono determinanti, in modo particolare, per quelle prestazioni diagnostiche, come la risonanza magnetica, che registrano una domanda in forte crescita, sia per l'evoluzione e la diffusione delle tecnologie, che per i bisogni di salute correlati all'epidemiologia e ai cambiamenti demografici.

Criteri di priorità per l'accesso alla risonanza magnetica dell'encefalo

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa	Note
U (urgente)	NON sono previste richieste di prestazioni ambulatoriali urgenti da parte dei medici prescrittori (MMG, PLS, medici specialisti): la diagnostica RM in urgenza riguarda condizioni cliniche che richiedono l'invio in PS.	Entro 24 ore	In questi casi NON richiedere l'esame, ma inviare in PS con la descrizione del sintomo e/o del sospetto diagnostico.
B (breve)	<ul style="list-style-type: none"> Sintomatologia neurologica ad esordio < 4 settimane, caratterizzata da deficit obiettivi motori e non solo sensitivi, a carattere ingravescente. In particolare nel sospetto clinico di: <ul style="list-style-type: none"> lesione espansiva (di secondo livello dopo esame TC) sclerosi multipla o altre malattie demielinizzanti (prima diagnosi) 	Entro 10 giorni	Quesiti che sottintendono una elevata probabilità di ricovero e/o trattamento.
D (differita)	Sintomatologia neurologica ad esordio < 4 settimane, con sintomi solo sensitivi e senza deficit motori, senza carattere evolutivo, che non ha trovato diagnosi sufficiente in corso di TC. Completamento diagnostico a fini di planning neurochirurgico.	Entro 60 giorni	
P (programmata)	Tutte le altre richieste non rientranti nelle precedenti categorie	Entro 180 giorni	

NOTE ai criteri clinici di priorità per l'accesso alla RM dell'encefalo

Il 90% delle indagini richiede l'impiego del mdc che viene deciso dallo specialista radiologo dopo l'acquisizione dell'esame RM "diretto"; pertanto la prescrizione deve prevedere sempre l'utilizzo del mdc.

Criteri di priorità per l'accesso alla risonanza magnetica della colonna cervicale e dorsale

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa	Note
U (urgente)	NON sono previste richieste di prestazioni ambulatoriali urgenti da parte dei medici prescrittori (MMG, PLS, medici specialisti): la diagnostica RM in urgenza riguarda condizioni cliniche che richiedono l'invio in PS.	Entro 24 ore	In questi casi NON richiedere l'esame, ma inviare in PS con la descrizione del sintomo e/o del sospetto diagnostico
B (breve)	Sintomatologia neurologica di compromissione midollare e/o radicolare motoria, con insorgenza < 4 settimane e rapidamente ingravescente. In particolare nel sospetto di: <ul style="list-style-type: none"> • patologia neoplastica espansiva • patologia demielinizzante. • Quadro clinico e di laboratorio indicativi per infezione vertebrodiscale, all'esordio. • Quadro clinico indicativo di localizzazione vertebrale in paziente con patologia oncologica. 	Entro 10 giorni	Quesiti che sottintendono una elevata probabilità di ricovero e/o trattamento.
D (differita)	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomatologia neurologica ad insorgenza < 8 settimane, senza carattere evolutivo. • Dolore al rachide, recidivante e/o perdurante da > 4 settimane nonostante terapia (anche non associato al rilievo di deficit neurologici motori/sensitivi) settimanali. 	Entro 60 giorni	

P (programmata)	Tutte le altre richieste non rientranti nelle precedenti categorie	Entro 180 giorni	
--------------------	--	---------------------	--

Criteri di priorità per l'accesso alla risonanza magnetica della colonna lombare

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa	Note
U (urgente)	NON sono previste richieste di prestazioni ambulatoriali urgenti da parte dei medici prescrittori (MMG, PLS, medici specialisti): la diagnostica RM in urgenza riguarda condizioni cliniche che richiedono l'invio in PS.	Entro 24 ore	In questi casi NON richiedere l'esame, ma inviare in PS con la descrizione del sintomo e/o del sospetto diagnostico.
B (breve)	<ul style="list-style-type: none"> Sintomatologia neurologica di compromissione radicolare motoria lombo-sacrale con insorgenza < 4 settimane e rapidamente ingravescente. Quadro clinico e di laboratorio indicativi per infezione vertebro-discale, all'esordio. Quadro clinico indicativo per localizzazione vertebrale in paziente con patologia oncologica. 	Entro 10 giorni	Quesiti che sottintendono una elevata probabilità di ricovero e/o trattamento.
D (differita)	Lombo-sciatalgia persistente (senza deficit o con deficit solo sensitivi), insorta > 4 settimane e resistente alla terapia.	Entro 60 giorni	
P (programmata)	Tutte le altre richieste non rientranti nelle precedenti categorie	Entro 180 giorni	

Criteri clinici di priorità per il primo accesso alla diagnostica ecografica del capo e del collo

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa	Note
U (urgente)	<ul style="list-style-type: none"> Tumefazione pulsante nella regione del collo Tumefazione laterocervicale o della regione tiroidea con segni di flogosi / sepsi 	Entro 24 ore	In questi casi NON richiedere la prestazione in classe U (urgente), ma inviare il paziente in Pronto Soccorso con la descrizione del sintomo o del sospetto diagnostico.
B (breve)	<ul style="list-style-type: none"> Nodulo tiroideo dolente, a comparsa improvvisa (da 24- 48 ore) Tumefazione laterocervicale o delle ghiandole salivari di natura sospetta Stadiazione di neoplasia all'esordio 	Entro 10 giorni	Per nodulo tiroideo: vedi anche note ai criteri di priorità della visita endocrinologica
D (differita)	<ul style="list-style-type: none"> Nodulo tiroideo Tumefazione laterocervicale o delle ghiandole salivari Iperparatiroidismo non severo (Ca<12 mg/dl e PTH aumentato) 	Entro 60 giorni	Per nodulo tiroideo: vedi anche note ai criteri di priorità della visita endocrinologica
P (programmata)	<ul style="list-style-type: none"> Sospetta tiroidite di Hashimoto Gozzo 	Entro 180 giorni	

– I criteri di priorità sono da riferirsi al primo accesso alla prestazione.

– L'ecografia di controllo non è indicata di routine e comunque con intervallo non inferiore a 18 mesi, salvo diversa indicazione del clinico specialista.

Criteri di priorità clinica per l'accesso alla visita endocrinologica nell'adulto

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa
U (urgente)	<ul style="list-style-type: none"> Insufficienza surrenalica primitiva scompensata (astenia marcata, iperpiressia, segni di disidratazione, anoressia, nausea, vomito, ↓ peso, aritmie, ↓ Na, K↑,) in paziente con M. di Addison già diagnosticato. Ipercalcemia severa da sospetto iperparatiroidismo primitivo (tachicardia, astenia, alterazioni stato conoscenza, calcemia ↑ 14 mg/dl, ↑ PTH, ↓ P, poliuria). Crisi tireotossica (ipertermia, alterazione dello stato conoscenza, disturbi gastrointestinali, tachicardia, aritmie, scompenso cardiaco, astenia, tremori, < peso). Ipertiroidismo in cardiopatico (↓ TSH, Ft4↑↑, FT3↑↑). 	Entro 24 ore
B (breve)	<ul style="list-style-type: none"> Tireopatie (Iper o Ipotiroidismo, anche subclinico) in gravidanza. 	Entro 10

	<ul style="list-style-type: none"> • Ipertiroidismo severo all'esordio sintomatico (eretismo psichico, disturbi gastrointestinali, tachiaritmie, astenia, tremori, ↓ peso, ↓ TSH, Ft4 ↑ ↑, FT3 ↑ ↑). • Ipotiroidismo severo all'esordio sintomatico (apatia, letargia, astenia, bradicardia, stipsi severa, TSH ↑ ↑, FT4 ↓ ↓, FT3 ↓ ↓). • Patologia tiroidea indotta da amiodarone (ipo e ipertiroidismo da amiodarone). • Oftalmopatia Basedowiana di grado medio-severo sintomatica (dolore retrobulbare, arrossamento congiuntivale, diplopia, fotofobia, lacrimazione, esoftalmo, strabismo). • Cisti tiroidea di recente insorgenza (tumefazione dolente in loggia tiroidea). • Sospetta tiroidite subacuta (dolore in loggia tiroidea con otalgia riflessa e / o febbricola, VES / PCR ↑ ↑, FT4 ↑, FT3 ↑, ↓ TSH). • Diabete insipido di nuova insorgenza (v. nota1) • Ipocalcemia (Ca: ↓ 7 mg/dl) con comparsa di parestesie al viso e arti, crisi tetanica in paziente sottoposto a chirurgia della tiroide o paratiroidi. • Ipoglicemia a digiuno (<50) o crisi ipoglicemiche da sospetto insulinoma. • Ipertensioni arteriose di origine secondaria endocrinologica (v. nota2) 	giorni
D (differita)	<ul style="list-style-type: none"> • Sospetto iperparatiroidismo primitivo (Ca ↑, ↑ PTH, ↓ P) / (=/< Ca, ↑ PTH). • Ipertiroidismo subclinico (TSH ↓ 0.1 con FT3 e FT4 =). • Ipertiroidismo non complicato all'esordio. • Ipotiroidismo non complicato all'esordio (TSH ↑, FT4 ↓, FT3 ↓). • Nodulo tiroideo sospetto (v. nota3) • Ginecomastia sintomatica. • Ipercortisolismo (v. nota4) • Iperprolattinemia (> 2,5 rispetto al limite superiore del laboratorio). • Macroadenoma ipofisario (adenoma ipofisario di dimensioni > a 1 cm). • Adenomi ipofisari associati a sindrome endocrina. 	Entro 60 giorni
P (programmata)	<ul style="list-style-type: none"> • Le altre condizioni / patologie endocrinologiche non contemplate nell'elenco precedente, tra cui: • Tiroidite linfocitaria di Hashimoto con eutiroidismo o ipotiroidismo subclinico (anticorpi anti tiroide (anti TPO ↑, ab anti Tg ↑ FT4, FT3, TSH normali). • Nodulo tiroideo (v. nota3) • Gozzo uni-multinodulare normofunzionante (v. nota3) • Sospetto iperparatiroidismo secondario 	Entro 180 giorni

Legenda: ↓ Diminuzione, ↑ Aumento, = Normale

Criteri di priorità clinica per l'accesso alla visita endocrinologica in età pediatrica (fino al 14° anno)

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa
U (urgente)	<ul style="list-style-type: none"> • Sospetto di insufficienza surrenalica, in paziente non noto o crisi acuta in paziente cronico già, seguito. 	Entro 24

	<ul style="list-style-type: none"> Ipercalcemia grave o ipocalcemia grave. Tireotossicosi. Sospetto di ipotiroidismo congenito o acquisito grave. Ipoglicemia sintomatica. Iperglicemia anche se occasionale. Dolorabilità acuta addominale in fase di avvio puberale o dolorabilità acuta al menarca. Sospetto diabete insipido (poliuria nicturia polidipsia) (v. nota1) Sospetto di diabete tipo 1 all'esordio, indipendentemente dalla situazione clinica del paziente. 	ore
B (breve)	<ul style="list-style-type: none"> Polimenorrea. Pubertà precoce. Sospetto di ipotiroidismo clinico. Sospetta tiroidite subacuta. Segni di iperandrogenismo ingravescente con virilizzazione. Sospetto di patologia intracranica espansiva (NOTA AIFA 39). Sospetto diabete insipido (v. nota1) Ginecomastia precoce (non puberale). 	Entro 10 giorni
D (differita)	<ul style="list-style-type: none"> Pubarca precoce. Amenorrea secondaria. Ipotiroidismo subclinico. Gozzo, nodulo tiroideo sospetto (v. nota3) Iperandrogenismo cronico senza segni di virilizzazione. Oligomenorrea. Irsutismo. Acne grave. Nodulo tiroideo palpabile o di riscontro casuale in sospetto di patologia tiroidea (v. nota3) 	Entro 60 giorni
P (programmata)	<p>Le altre condizioni / patologie endocrinologiche non contemplate nell'elenco precedente, tra cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> Obesità. 	Entro 180 giorni

NOTE AI CRITERI DI PRIORITA' PER LA VISITA ENDOCRINOLOGICA IN ETA' ADULTA E PEDIATRICA

1 DIABETE INSIPIDO

Generalmente si manifesta all'improvviso con tre sintomi fondamentali:

- aumento della diuresi (poliuria): da 3 litri a 5 10 litri di urina prodotta giornalmente;
- aumento della sete (polidipsia): per compensare la grande quantità di liquidi persi con le urine;
- disidratazione, che è un aspetto particolarmente serio di questa malattia: si manifesta con secchezza e perdita di elasticità della pelle, aridità della lingua e delle mucose e perdita di tonicità dei bulbi oculari, che risultano infossati. Uno stato di disidratazione avanzato comporta sofferenza cerebrale (difficoltà di coordinamento, rallentamento psicomotorio, modificazioni nel comportamento), oltre che una situazione di sofferenza a carico di tutti gli organi).

2 IPERTENSIONI ARTERIOSE DI ORIGINE SECONDARIA ENDOCRINOLOGICA.

Si deve sospettare una causa secondaria dell'ipertensione in caso di:

- ipertensione severa o refrattaria (PA \uparrow 140/90 mm/Hg con 3 farmaci a dose piena, incluso diuretico);
- improvviso incremento della pressione in un paziente iperteso precedentemente ben controllato;
- comparsa in età pediatrica o prima dei 30 anni, specie in pazienti non obesi e senza familiarità per ipertensione;
- presenza di valori elevati di catecolamine urinarie;

- valori di potassiemia \downarrow 3.5 mEq/l;
- elevati valori di aldosterone con renina soppressa.

3 NODULO TIROIDEO

Il nodulo tiroideo costituisce la più frequente patologia tiroidea e come tutte le malattie della Tiroide, incide più frequentemente nella donna rispetto all'uomo colpendo circa il 6,4 % di quelle con età tra i 30 ed i 59 anni. In realtà probabilmente la sua incidenza è ancor più alta (nei riscontri ecografico si arriva quasi al 50% dei casi) ma non diagnosticata per assenza di sintomatologia. La sua prevalenza nella popolazione generale aumenta progressivamente con l'età e talvolta si accompagna ad un ingrandimento della ghiandola (gozzo). Il MMG si trova a gestire due situazioni:

- nodulo tiroideo palpabile;
- nodulo tiroideo non palpabile, di riscontro casuale in corso di indagini ultrasonografiche ed in particolare Ecocolordoppler dei TSA

Nodulo tiroideo: elementi di sospetto (priorità D)

<p>Fattori di rischio clinici:</p> <ul style="list-style-type: none"> • precedente irradiazione del collo; • familiarità per neoplasia tiroidea; • incremento volumetrico dei linfonodi laterocervicali; • rapida crescita e aumento della consistenza; • disturbi da compressione (disfonia, disfagia); 	<p>e/o la presenza dei seguenti elementi ecografici:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ipoecogeno; • microcalcificazioni; • vascolarizzazione intra-lesionale; • margini mal definiti; • presenza di adenopatia latero-cervicale sospetta.
<p>Indagini di laboratorio di 1° livello, consigliata e sufficiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dosaggio TSH. 	

4 IPERCORTISOLISMO

Il riscontro occasionale di ipercortisolismo nella stragrande maggioranza dei casi non corrisponde ad una diagnosi di Sindrome di Cushing considerato che studi di popolazione hanno riportato per tale sindrome un'incidenza variabile fra 0.7 e 2.4 per milione per anno.

Schematicamente si può distinguere:

- a) Ipercortisolismo da attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, e falsi positivi, senza sindrome di Cushing come si può osservare nelle seguenti condizioni:

- Gravidanza;
- Assunzione di estro-progestinici;
- Patologie psichiatriche;
- Alcolismo;
- Obesità grave;
- Condizioni di stress (ospedalizzazione, interventi chirurgici, dolore intenso);
- Malnutrizione e anoressia;
- Esercizio fisico intenso e cronico;
- Amenorrea ipotalamica;
- Aumento della CBG (Corticotrophin binding globulin).

b) Ipercortisolismo con sindrome di Cushing caratterizzato da un complesso di segni e sintomi (obesità centripeta, facies lunare, gibbo dorsale, accumulo del grasso in regione sovra-claveare, ipotrofia muscolare, ecchimosi, strie rubre, iperpigmentazione nella forma ACTH-dipendente, acne, irsutismo, oligo-amenorrea, edemi, astenia, labilità emotiva/depressione/psicosi, ipertensione arteriosa, intolleranza glicidica o diabete mellito, osteoporosi, trombofilia,

immuno-soppressione) determinato da un eccesso cronico di glucocorticoidi. La forma più comune di sindrome di Cushing è quella secondaria al trattamento cronico con glicocorticoidi.

Al contrario l'ipercortisolismo endogeno è classicamente considerato una malattia rara.

La sindrome di Cushing endogena è più comune nelle donne rispetto agli uomini. Da un punto di vista patogenetico si divide classicamente in due varianti: ACTH dipendente

(80% dei casi) e ACTH-indipendente (20%). Fra le forme ACTH dipendenti l'80% ha un'origine ipofisaria (Malattia di Cushing) e il 20% dipende da una produzione ectopica di ACTH. Le forme ACTH indipendenti sono dovute alla presenza di un adenoma o adenocarcinoma surrenalico.

La diagnosi di sindrome di Cushing è spesso difficoltosa e dovrebbe essere riservata allo specialista endocrinologo. Il test di soppressione con desametasone (1 mg overnight) è molto utile al fine di distinguere le forme da attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene dalle forme di ipercortisolismo con sindrome di Cushing e può essere anche programmato dal medico di base prima di inviare il paziente dallo specialista. La risposta al test viene considerata positiva quando si raggiungono valori di cortisolo postdesametasone di 5 g/dl (138 nmol/L).

Criteri di priorità clinica per l'accesso alla visita gastroenterologica in età adulta

<ul style="list-style-type: none"> • Dolore addominale acuto di recente insorgenza (colica addominale) / addome acuto/ sospetta colangite. • Ingestione di corpo estraneo. • Vomito incoercibile. • Disfagia assoluta. • Diarrea profusa > 3 giorni con disidratazione/diarrea ematica profusa > 3 giorni. • Riacutizzazione di IBD1 severa (> 6 scariche/die con sangue e febbre ed eventuali altri sintomi). • Dislocazione PEG2. 	<p>La presenza di questi sintomi indicativi di particolare gravità consiglia l'opportunità di invio per "valutazione in Pronto Soccorso".</p> <p>Compete al medico di Pronto Soccorso che gestisce il paziente, l'eventuale richiesta delle opportune consulenze / approfondimenti diagnostici. L'invio in Pronto Soccorso non richiede la compilazione dell'impegnativa, ma si raccomanda sempre di inviare il paziente in Pronto Soccorso con la descrizione del sintomo o sospetto diagnostico.</p>
---	--

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa
U (urgente)	Non previsto: le condizioni di urgenza non sono compatibili con il regime di erogazione delle prestazioni in ambito ambulatoriale programmato.	Entro 24 ore
B (breve)	<ul style="list-style-type: none"> • Riacutizzazione moderata di IBD1 nota. • Sintomatologia gastroenterica con segni e sintomi di allarme (calo ponderale, anemia a rapida insorgenza, riscontro di massa addominale all'esame obiettivo confermata con tecniche di imaging). • Ittero di ndd senza colica in atto né colangite (previa esecuzione di esami bioumorali ed ecografia). • Vomito ripetuto/disfagia persistenti e ingravescenti. • Valutazione per posizionamento PEG2 (previo contatto telefonico con il prescrittore). • Valutazione digestiva di terapie cardiologiche o vascolari urgenti. • Ipertransaminasemia (> 10 vv UNV) senza segni di scompenso epatico (ittero, ascite, encefalopatia). 	Entro 10 giorni

D (differita)	<ul style="list-style-type: none"> • Riaccutizzazione lieve di IBD1 nota, non responsiva a iniziale terapia domiciliare. • Sintomi gastrointestinali di recente insorgenza non risolti dopo terapia domiciliare senza segni/sintomi di allarme (ad es. stipsi, diarrea non ematica, dolore addominale,...). • Sindrome dispeptico-dolorosa di recente insorgenza in soggetti > 50 anni. • Anemia sideropenica ad elevato indice di sospetto per origine dal tratto digerente. • Diarrea cronica (almeno 3 scariche liquide al giorno per più di 4 settimane) non ematica senza segni di scompenso (IRC1, etc). • Dolore toracico persistente di origine non cardiaca (valutazioni cardiologiche negative). • Ipertransaminasemia (< 10 vv UNV). 	Entro 60 giorni
P (programmata)	Le altre condizioni / patologie gastroenterologiche non contemplate nell'elenco precedente.	Entro 180 giorni

1 Inflammatory bowel disease (malattie infiammatorie intestinali)

2 Percutaneous endoscopic gastrostomy (Gastrostomia Endoscopica Percutanea)

Criteri di priorità clinica per l'accesso alla visita gastroenterologica in età pediatrica (fino al 14° anno)

			La presenza di questi sintomi indicativi di particolare gravità consiglia l'opportunità di invio per "valutazione in Pronto Soccorso".
			Compete al medico di Pronto Soccorso che gestisce il paziente, l'eventuale richiesta delle opportune consulenze / approfondimenti diagnostici.
			L'invio in Pronto Soccorso non richiede la compilazione dell'impegnativa, ma si raccomanda sempre di inviare il paziente in
Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa	
U (urgente)	Non previsto: le condizioni di urgenza non sono compatibili con il regime di erogazione delle prestazioni in ambito ambulatoriale programmato (ricetta).	Entro 24 ore	
B (breve)	<ul style="list-style-type: none"> • sospetta malattia infiammatoria cronica intestinale; • diarrea cronica (> 15 giorni); • emorragia digestiva non acuta; • vomito ricorrente; • calo ponderale (età > 1 anno); • disfagia; 	Entro 10 giorni	

	<ul style="list-style-type: none"> • ittero subacuto; • complicanze in paziente in nutrizione artificiale domiciliare (febbre, occlusione catetere, ecc.) 		Pronto Soccorso con la descrizione del sintomo o sospetto diagnostico.
D (differita)	<ul style="list-style-type: none"> • sospetta celiachia; • encopresi; • sospetto reflusso gastroesofageo; • epatite cronica; • Dolore toracico persistente di origine non cardiaca (valutazioni cardiologiche negative). • Ipertransaminasemia (< 10 vv UNV). • scarsa crescita; • anemia cronica da perdite gastrointestinali; • anoressia; • problematiche gastroenterologiche in paralisi cerebrale infantile (malnutrizione, disfagia) epatite subacuta, stipsi, dolori addominali ricorrenti 	Entro 60 giorni	
P (programmata)	Le altre condizioni / patologie gastroenterologiche non contemplate nell'elenco precedente.	Entro 180 giorni	
<ul style="list-style-type: none"> • Ingestione di corpo estraneo; • emorragia digestiva in atto; • sindrome occlusiva; • vomito biliare; • addome acuto; • calo ponderale in lattante; • vomito incoercibile; • dolore addominale acuto • disfagia assoluta; • ittero acuto; • epatite acuta. 			

Criteri di priorità clinica per l'accesso alla visita ortopedica in età adulta

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa
U (urgente)	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatismo osteoarticolare acuto • Sospetta lesione dei legamenti, rotture tendinee o muscolari • Ematoma suscettibile di aspirazione • Blocco articolare (ginocchio, spalla, anca, etc.) con deficit funzionale • Versamento articolare (idarto) importante • Complicanze (febbre, dolore, etc) dopo trattamento di frattura o intervento chirurgico • Stati dolorosi acuti del rachide o di altre articolazioni, resistenti al trattamento • Sospetti crolli vertebrali acuti 	Entro 24 ore
B (breve)	<ul style="list-style-type: none"> • Riacutizzazione di patologie croniche osteoarticolari resistenti al trattamento • Tendinite acuta e/o entesite acuta • Patologia tumorale o sospetto di patologia tumorale non inquadrata (ad esempio, osteolisi di ndd) 	Entro 10 giorni

D (differita)	<ul style="list-style-type: none"> • Patologie degenerative croniche (osteoarticolari, tendinee, etc.) • Sindromi canalicolari (sindrome del tunnel carpale, tenosinovite stenosante). 	Entro 60 giorni
P (programmata)	Le altre condizioni / patologie ortopediche non contemplate nell'elenco precedente.	Entro 180 giorni

Criteri di priorità clinica per l'accesso alla visita ortopedica in età pediatrica (fino al 14° anno)

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa
U (urgente)	<ul style="list-style-type: none"> • Segni di intolleranza apparecchi gessati di immobilizzazione (per esempio bruciore alla pianta del piede; dita del piede o della mano tumefatte; disturbi di sensibilità o della motilità,...) • Rottura di apparecchi gessati confezionati dopo riduzione di frattura • Coxalgia (anche epifisiolisi), gonalgia, torcicollo senza anamnesi di traumi • Tumefazione di natura da determinare • Complicanza in esito di recente intervento chirurgico (febbre, secrezioni dalla ferita chirurgica,...) 	Entro 24 ore
B (breve)	<ul style="list-style-type: none"> • Piede torto congenito • Positività segni clinici di DCA1 o LCA2 (Ortolani, asimmetrie arti inferiori e/o dell'articolari delle anche) • Ecografia positiva per DCA o LCA • Traumi ostetrici (torcicollo, lesione del plesso brachiale) • Zoppia senza anamnesi di trauma • Coxalgia, gonalgia, torcicollo non traumatici non risolti (con riposo, terapia antinfiammatoria,...) • Rachide rigido 	Entro 10 giorni
D (differita)	<ul style="list-style-type: none"> • Piede piatto, piede pronato dopo i 10 anni di età • Osteocondrosi /osteocondriti dell'adolescente; tallonite, gonalgia dello sportivo • Ginocchio valgo o varo, mal allineamento dell'arto inferiore in paziente dopo i 10 anni di età • Scoliosi, cifosi, deformità del rachide • Dito a scatto, cisti sinoviale della mano, del polso, del ginocchio con esame ecografico che ne attesti la benignità • Visita ortopedica di controllo dopo ciclo di terapia riabilitativa 	Entro 60 giorni
P (programmata)	<ul style="list-style-type: none"> • Piede piatto, piede pronato fino a 10 anni di età • Deambulazione a punte in dentro • Ginocchio valgo o varo, mal allineamento dell'arto inferiore paziente fino a 10 anni di età 	Entro 180 giorni

Criteri di priorità clinica per l'accesso alla mammografia

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa	Indicazioni
U (urgente)	Livello di priorità non previsto	Entro 24 ore	
B (breve)	<ul style="list-style-type: none"> • Pazienti con sospetto clinico di neoplasia: • nodulo o placca di recente 	Entro 10 giorni	N.B. la mastodinia non

	<p>insorgenza</p> <ul style="list-style-type: none"> • nodulo già noto con segni di rapido accrescimento • retrazioni cutanee e/o del capezzolo, cute a buccia d'arancia, anche senza tumefazione sottostante, erosione/ulcerazione del capezzolo • mastite al di fuori dell'allattamento (dopo periodo di terapia antibiotica) • secrezione ematica o siero-ematica dal capezzolo • linfadenomegalia ascellare 		<p>rappresenta indicazione a prescrizione con priorità B e D</p>
D (differita)	<ul style="list-style-type: none"> • Pazienti asintomatiche di età <50 o >74 anni, inviate per la prima volta per diagnosi precoce di neoplasia. • Secrezioni bilaterali pluriorificali non ematiche • Esame richiesto dallo specialista prima di stimolazioni ormonali in donna > 35 anni 	<p>Entro 60 giorni</p> <p><i>Gli intervalli per i controlli successivi sono stabiliti dal radiologo (*)</i></p>	
P (programmata)	<ul style="list-style-type: none"> • Pazienti con mastodinia mono e/o bilaterale non associata ad alcun altro rilievo clinico • Pazienti che non aderiscono allo screening sull'unità mobile. • Primo accesso dopo intervento chirurgico per ca mammario. 	<p>Entro 180 Giorni</p> <p><i>Gli intervalli per i controlli successivi sono stabiliti dal radiologo (*)</i></p>	<p>N.B. Per le donne di età inferiore ai 40 anni non sintomatiche la mammografia non è appropriata come primo approccio diagnostico.</p>

(*) Si raccomanda agli specialisti radiologi delle strutture pubbliche di stabilire l'intervallo di tempo per l'esame successivo, prescrivere e prenotare la prestazione (secondo le modalità organizzative delle diverse strutture), dandone opportuna informazione all'utente, anche attraverso il referto dell'esame e/ o la consegna del promemoria allegato al referto.

Criteri di priorità clinica per l'accesso all'ECOGRAFIA MAMMARIA non associata alla mammografia

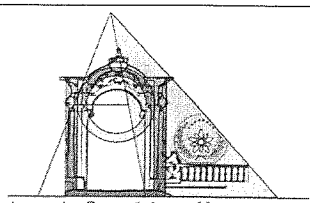
Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa	Indicazioni
U (urgente)	<ul style="list-style-type: none"> • Livello di priorità non previsto 	Entro 24	

		ore	
B (breve)	<ul style="list-style-type: none"> • Nodulo di recente riscontro clinicamente sospetto in donna <40 anni • Nodulo di recente insorgenza in gravidanza o allattamento • Nodulo di recente riscontro in donna >40 anni che abbia eseguito una mammografia negativa nell'ultimo anno • Sospetto ascesso o cisti infetta • Sospetto ematoma post-traumatico • Secrezione ematica o siero-ematica mono o bilaterale in donna <40 anni. 	Entro 10 giorni	Nel caso di mastite al di fuori dell'allattamento è necessario periodo di antibioticoterapia (10-15 gg) per "raffreddamento"
D (differita)	<ul style="list-style-type: none"> • Nodulo di recente riscontro in donna <40 anni clinicamente benigno. • Esame richiesto dallo specialista prima di stimolazioni ormonali in donna <35 anni • Accrescimento di nodulo "benigno" noto (fibroadenoma). 	Entro 60 giorni	
P (programmata)	<ul style="list-style-type: none"> • Esame consigliato a completamento di mammografia sostanzialmente negativa (vedi indicazioni). • Secrezioni non siero-ematiche monolaterali in donna <40 anni 	Entro 180 Giorni	Lo specialista radiologo che consiglia il completamento ecografico post-mammografia deve assumersi anche l'onere di organizzarne l'esecuzione, contestuale o differita.

Si raccomanda agli specialisti radiologi delle strutture pubbliche di stabilire l'intervallo di tempo per l'esame successivo, prescrivere e prenotare la prestazione (secondo le modalità organizzative delle diverse strutture), dandone opportuna informazione all'utente, anche attraverso il referto dell'esame e/ o la consegna del promemoria allegato al referto.

74

ALLEGATO 2

 <p>Azienda Ospedaliera Universitaria Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli</p>	<p>Azienda Ospedaliera Universitaria</p> <p>"Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli"</p> <p>Via S.M. di Costantinopoli n. 104 – 80138 - NAPOLI</p>
---	---

MODULO PRENOTAZIONE RICOVERO – PARTE PRIMA

AMBULATORIO DI _____

RESPONSABILE _____

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

COGNOME _____ NOME _____ SESSO _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____ ASL DI RESIDENZA _____

RESIDENZA VIA _____ CITTA' _____

DATI CLINICI

DIAGNOSI _____

Ev. NOTE _____

BRANCA DI RICOVERO _____

MODALITA' DI RICOVERO

ORDINARIO

DIURNO

(segnare con una X la modalità prescelta)

CLASSE DI PRIORITA'

A

B

C

D

(segnare con una X la classe prescelta)

PER RICOVERI CHIRURGICI IN REGIME ORDINARIO

SI RICHIEDE PREOSPEDALIZZAZIONE?

SI

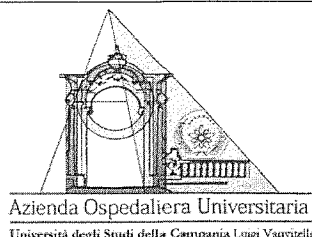
NO

(segnare con una X la risposta prescelta)

In caso affermativo, indicare qui di seguito le indagini da effettuare in regime di pericovero:

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO



Azienda Ospedaliera Universitaria

"Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli"

Via S.M. di Costantinopoli n. 104 – 80138 - NAPOLI

MODULO PRENOTAZIONE RICOVERO – PARTE SECONDA

(da compilare solo a cura dell'Ambulatorio di Valutazione)

AMBULATORIO DI VALUTAZIONE

RESPONSABILE _____

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

COGNOME _____ NOME _____ SESSO _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____ ASL DI RESIDENZA _____

RESIDENZA VIA _____ CITTA' _____

DATI RELATIVI ALLA PROPOSTA DI RICOVERO

NOMINATIVO DEL MEDICO PROPONENTE: _____

CODICE DEL MEDICO PROPONENTE _____

DIAGNOSI FORMULATA DAL MEDICO PROPONENTE _____

MODALITA' DI RICOVERO PROPOSTA

ORDINARIO

DIURNO

(segnare con una X la modalità proposta)

CLASSE DI PRIORITA' PROPOSTA

A

B

C

D

(segnare con una X la classe proposta)

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO