

Oggetto: DCA 28 ottobre 2013, n°437 “Piano Regionale per il governo delle liste di attesa 2013 - 15”. Approvazione delle “Linee guida per l’attribuzione della classe di priorità nelle prescrizioni di specialistica ambulatoriale”

IL PRESIDENTE IN QUALITA’ DI COMMISSARIO AD ACTA

VISTI

- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 “Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale” e successive modifiche ed integrazioni;
- il Regolamento Regionale del 6 settembre 2002, n. 1, “Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale” e successive modifiche ed integrazioni;
- la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013 con la quale è stato conferito al Presidente pro-tempore della Giunta della Regione Lazio, dr. Nicola Zingaretti, l’incarico di Commissario ad acta per la prosecuzione del vigente piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della regione Lazio, secondo i Programmi operativi di cui all’articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modifiche ed integrazioni;
- la delibera del Consiglio dei Ministri del 01.12.2014 con la quale è stato nominato l’arch. Giovanni Bissoni subcommissario per l’attuazione del Piano di Rientro della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell’incarico commissariale di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013;
- la Delibera di Giunta regionale del 14.12.2015, n. 721 concernente: “Modifica del regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 (Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale) e successive modificazioni nonché del relativo allegato B
- la Delibera di Giunta regionale del 14.12.2015 n. 723 di conferimento incarico di Direttore della Direzione Regionale “Salute e politiche sociali”;

VISTO il Decreto legislativo del 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm.ii. concernente: “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della Legge 23.10.1992, n. 421”,

VISTO il Decreto del presidente del Consiglio dei Ministri 16 aprile 2002 “*Linee guida sui criteri di priorità per l’accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa*”;

VISTO il Decreto del Ministero dell’Economia e delle Finanze 18 marzo 2008 di revisione del DM 27 luglio 2005 che, nel ridefinire le modalità di trasmissione telematica, le frequenze temporali e le modalità operative di invio e gestione dei dati da trasmettere, prevede nel tracciato record relativo alle ricette per prestazioni specialistiche, gli elementi “*Tipoaccesso*”, “*GaranziaTempiMassimi*”, “*ClassiPriorità*” e “*CodiceDiagnosi*”;

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale del Lazio 431 del 14.7.2006 “*Piano regionale sulle liste di attesa: recepimento delle indicazioni contenute nell’intesa tra governo, le regioni e le*

province autonome di Trento e di Bolzano del 28 marzo 2006, relativa al Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'articolo 1";

VISTA l'Intesa del 28 ottobre 2010, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n.131 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n . 266;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale del Lazio 28 giugno 2012, n. 314, avente ad oggetto: "Verifica degli adempimenti per l'anno 2010. Recepimento degli Accordi Stato-Regioni e Conferenza Unificata, più rilevanti ai fini dell'erogazione dei LEA, intervenuti nell'anno 2010" che ha provveduto a recepire la citata intesa per il triennio 2010-2012;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta 28 ottobre 2013, n°437 "Piano Regionale per il governo delle liste di attesa 2013 -15" che, prevede, tra l'altro:

- al punto 3.1, di condividere, per quanto riguarda la determinazione della classe di priorità il sistema unico nazionale e di individuare i seguenti codici di priorità per le prestazioni erogate in ambito ambulatoriale, da utilizzare nella compilazione del campo 26 della ricetta:
 - U (Urgente), da eseguire nel più breve tempo possibile e comunque entro le 72 ore;
 - B (Urgenza Breve) da eseguire entro 10 giorni;
 - D (Differibile) da eseguire entro 30 giorni per le visite e 60 giorni per le prestazioni strumentali;
 - P (senza Priorità), prestazione programmata;
- al punto 3.2, la produzione e la diffusione presso tutti i medici prescrittori di un documento d'indirizzo che individui le caratteristiche cliniche associate alle diverse priorità di accesso per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero oggetto del Piano, con la possibilità di avvalersi, per la stesura di tale documento, del supporto metodologico del Dipartimento di Epidemiologia del SSR e della collaborazione delle Società scientifiche interessate e delle associazioni della medicina generale;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta 25 luglio 2014, n. 247 "Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013-2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio" che, nell'ambito dell'Azione 4 "Altri interventi sulla Rete Territoriale" dell'intervento 1 "Cure primarie e Rete Territoriale" prevede la realizzazione di quanto previsto dal "Piano Regionale per il governo delle liste di attesa 2013 -15";

VISTA la DGR 22 luglio 2014, n. 482 "Approvazione dello schema tipo di Protocollo tra la Regione Lazio e la Regione Lombardia in ambito sanitario ed istituzione della "Task Force Liste di Attesa", nell'ambito della quale viene istituita la "Task Force Liste di Attesa", coordinata dalla Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-Sanitaria con il compito di monitorare lo stato di attuazione del "Piano Regionale per il governo delle liste di attesa 2013-15";

VISTA la Determinazione del Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G18397 del 19 dicembre 2014 recante "Prescrizione, prenotazione ed erogazione

delle prestazioni specialistiche di primo accesso per classe di priorità. Indicazioni regionali” con cui, tra l’altro:

- viene approvato il documento di riferimento “Criteri per l’attribuzione della classe di priorità nelle prescrizioni di specialistica ambulatoriale”, elaborato dalla Task Force regionale e contenente una prima proposta dei criteri clinici da utilizzare per l’attribuzione della classe di priorità ad un primo insieme di prestazioni.
- viene istituito un tavolo di coordinamento tecnico scientifico sulla prioritizzazione delle prestazioni specialistiche di primo accesso, di supporto alle attività della Task Force, con i seguenti compiti:
 - o definire le linee guida alle quali dovranno attenersi le Aziende ed altri eventuali soggetti interessati nel proporre le modifiche al suddetto documento di riferimento
 - o raccogliere e valutare tali proposte di modifica;
 - o produrre e diffondere il documento finale;
 - o monitorarne l’applicazione.

PRESA VISIONE del documento “Governo delle liste di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali. Prime linee programmatiche per l’anno 2016” predisposto dalla Task Force Liste di Attesa, ed in particolare dell’allegato 1 “Linee guida regionali per l’attribuzione della classe di priorità” in cui viene accuratamente descritta la metodologia utilizzata dal tavolo di coordinamento tecnico scientifico per la consultazione dei medici prescrittori e la stesura del documento finale di Linee guida regionali;

CONSIDERATO che il tavolo di coordinamento tecnico scientifico ha coinvolto nella stesura delle linee guida numerose Società scientifiche, sottoponendo alla valutazione di ciascuna di esse gli estratti del documento di sintesi di sua competenza ed ottenendo, in tal modo, una versione finale condivisa delle linee guida;

RITENUTO pertanto opportuno:

- approvare il documento “Linee guida per l’attribuzione della classe di priorità nelle prescrizioni di specialistica ambulatoriale” allegato alla presente Determinazione, di cui costituisce parte integrante;
- affidare alla Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali il compito di provvedere, tramite la Task Force Liste di Attesa e in collaborazione con i referenti unici aziendali nominati in tutte le aziende Sanitarie pubbliche, alla diffusione delle linee guida regionali e al monitoraggio della loro applicazione nella pratica clinica;
- prevedere l’aggiornamento delle linee guida e la loro eventuale estensione ad altre tipologie di prestazioni con cadenza approssimativamente annuale;

DECRETA

per le motivazioni richiamate in premessa che si intendono integralmente accolte,

- di approvare il documento “Linee guida per l’attribuzione della classe di priorità nelle prescrizioni di specialistica ambulatoriale” allegato alla presente Determinazione, di cui costituisce parte integrante;

- di affidare alla Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali il compito di provvedere, tramite la Task Force Liste di Attesa e in collaborazione con i referenti unici aziendali nominati in tutte le aziende Sanitarie pubbliche, alla diffusione delle linee guida regionali e al monitoraggio della loro applicazione nella pratica clinica
- di prevedere l'aggiornamento delle linee guida e la loro eventuale estensione ad altre tipologie di prestazioni con cadenza approssimativamente annuale.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) dalla sua pubblicazione, ovvero, ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) dalla sua pubblicazione.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul B. U. R. L.

Il Commissario ad Acta

Nicola Zingaretti



LINEE GUIDA PER L'ATTRIBUZIONE DELLA CLASSE DI PRIORITÀ NELLE PRESCRIZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Documento elaborato attraverso la collaborazione tra :

- *la Task force Regionale Liste Attesa*
- *il Tavolo Tecnico di Coordinamento*
- *i Referenti Aziendali Liste Attesa*
- *i Medici del SSR*
- *le Società Scientifiche*
- *le Associazioni dei Medici*

INDICE

PREMESSA	pag. 4
SCOPO DEL DOCUMENTO	pag. 5
CAMPO DI APPLICAZIONE	pag. 5
LIMITI DEL DOCUMENTO	pag. 5
CONTRIBUTI	pag. 6
RINGRAZIAMENTI	pag. 7
DOCUMENTI E LETTERATURA CONSULTATA	pag. 7

I RAO

ANGIOLOGIA

89.7 %Visita Chirurgica Vascolare/Angiologica+	pag. 10
88.73.5 %Ecocolor Doppler dei Tronchi sovraortici+	pag. 11
88.77.2 %Ecocolor Doppler dei Vasi periferici	pag. 11

CARDIOLOGIA

89.7 %Visita Cardiologica+	pag. 12
88.72.3 %Ecocolor Dopplergrafia cardiaca +	pag. 13
88.50 %Elettrocardiogramma dinamico (Holter)+	pag. 14
89.41; 89.43 %Elettrocardiografia sotto sforzo+	pag. 14

DIAGNOSTICA IMMAGINI

87.37.1; 87.37.2 %Mammografia+	pag. 15
87.41; 87.41.1 %TC senza e con contrasto Torace+	pag. 15
88.01.1-88.01.2; %TC senza e con contrasto Addome superiore+	pag. 16
88.01.3; 88.01.4 %TC senza e con contrasto Addome inferiore+	pag. 16
88.01.5; 88.01.6 %TC senza e con contrasto Addome completo+	pag. 16
87.03; 87.03.1. %TC senza e con contrasto del Capo+	pag. 16
88.38.1 %TC Rachide e Speco vertebrale+	pag. 17
88.38.2 %TC senza e con contrasto Rachide e Speco vertebrale+	pag. 17
88.38.5 %TC senza e con contrasto Bacino+	pag. 17
88.91.1; 88.91.2 %RM Cervello e Tronco encefalico senza e con contrasto+	pag. 18
88.95.4; 88.95.5 %RM Pelvi, Prostata e Vescica senza e con contrasto+	pag. 18
88.94.1 %RM Muscoloscheletrica+	pag. 19
88.94.1; 88.94.2 %RM Muscoloscheletrica senza e con contrasto+	pag. 19
88.93 %RM Colonna vertebrale+	pag. 20
88.93.1 %RM Colonna vertebrale senza e con contrasto+	pag. 20
88.71.4 %Ecografia Capo e Collo+	pag. 21

88.74.1; 88.75.1; 88.76.1 %Ecografia Addome superiore, inferiore e completo+	pag.	21
88.73.1; 88.73.2 %Ecografia Mammella+	pag.	22
DERMATOLOGIA		
89.7 %Visita Dermatologica	pag.	23
ENDOCRINOLOGIA		
89.7 %Visita Endocrinologica+	pag.	24
FISIATRIA		
89.7 Visita Fisiatrica+	pag.	25
GASTROENTEROLOGIA		
89.7 %Visita Gastroenterologica +	pag.	26
45.13 %Esosofagogastroduodenoscopia+	pag.	26
45.23 %Colonoscopia+	pag.	27
GINECOLOGIA		
89.26 %Visita Ginecologica+	pag.	28
88.78; 88.78.2 %Ecografia Ostetrica - Ginecologica+	pag.	28
NEUROLOGIA		
89.13 %Visita Neurologica+	pag.	39
93.08.1 %lettromiografia+	pag.	30
OCULISTICA		
95.02. %Visita Oculistica+	pag.	31
ORTOPEDIA		
89.7 %Visita Ortopedica+	pag.	32
OTORINOLARNGOIATRIA		
89.7 %Visita Otorinolaringoiatrica+	pag.	33
95.41.1 %audiometria+	pag.	34
PNEUMOLOGIA		
89.7 %Visita Pneumologica+	pag.	35
UROLOGIA		
89.7 %Visita Urologica++	pag.	36
ALLEGATO 1	pag.	37

PREMESSA

È noto che, per ragioni di natura diversa, la domanda espressa di prestazioni specialistiche ambulatoriali supera oggi la potenzialità dell'offerta delle stesse prestazioni e che, quindi, viene inevitabilmente a crearsi una coda di pazienti che attendono di essere serviti.

Se, da una parte, è necessario fare il possibile perché la domanda espressa di prestazioni corrisponda all'effettivo bisogno di assistenza, perseguendo l'appropriatezza prescrittiva e, dall'altra, occorre provvedere a potenziare la rete dell'offerta laddove essa sia effettivamente inadeguata ai bisogni della popolazione, c'è ampio consenso nel ritenere che la strada più efficiente per gestire le code (liste di attesa) sia quella di servire i pazienti in base alla urgenza determinata dalla condizione clinica e dai sintomi che presentano: è la cosiddetta prioritarizzazione della domanda.

Dal punto di vista pratico, si tratta di:

- individuare delle classi di priorità, immaginate come contenitori in cui sono raggruppate tutte quelle condizioni cliniche per le quali il tempo che il paziente può aspettare senza che ne sia ritardata la diagnosi o pregiudicata la cura (c.d. *tempo massimo di attesa accettabile*) sia, approssimativamente, lo stesso;
- utilizzare, da parte dei medici prescrittori, le classi così individuate per indicare il grado di urgenza della prestazione richiesta;
- strutturare adeguatamente le agende di prenotazione dei soggetti erogatori, riservando il necessario numero di slot alle prestazioni richieste con priorità più elevata.

Questo approccio, conosciuto come metodologia R.A.O. (Raggruppamenti di Attesa Omogenei), è stato introdotto per la prima volta a Rovereto (TN), dal suo ideatore dott. Giuliano Mariotti, alla fine degli anni 90 ed è attualmente in uso in molte aziende sanitarie del territorio nazionale.

La metodologia R.A.O. viene ripresa nel presente documento, in funzione delle 4 classi di priorità individuate dalla Regione Lazio con il Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2013-2015+, approvato con DCA 437/2013:

- classe **U** = urgente, prestazione da assicurare entro le 72 ore;
- classe **B** = breve, prestazione da assicurare entro 10 giorni;
- classe **D** = differibile, prestazione da assicurarsi entro 30 giorni se visita o entro 60 giorni se indagine strumentale;
- classe **P** = programmata, prestazione non prioritarizzata, ma da assicurarsi comunque entro 180 giorni.

Come specificato nel citato PRGLA 2013-2015 e nei successivi documenti attuativi, l'indicazione della classe di priorità, e quindi l'uso dei R.A.O., è prevista solo per le prestazioni di Primo Accesso+, definite nel modo seguente:

Le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche, sono quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto. Sono prestazioni di primo accesso anche quelle che lo specialista che osserva per primo il paziente richiede ad un altro specialista, poiché necessarie per l'approfondimento del quesito diagnostico. Per i pazienti con diagnosi già definita, ovvero affetti da malattie croniche, si considera lo stesso come primo accesso la prestazione richiesta nel caso di insorgenza di un nuovo problema o di una riacutizzazione tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva.

Va considerata come prestazione di primo accesso anche quella richiesta dal Medico di MG conseguente ad un precedente esame o visita e finalizzata alla conclusione del percorso diagnostico in un tempo definito.+

Le prestazioni per Controlli Successivi+ possono essere definite per differenza e vengono, generalmente, erogate nell'ambito di percorsi di cura e presa in carico per patologie croniche. Alla prenotazione di tali prestazioni dovrebbe provvedere, attraverso gli appositi canali definiti e resi operativi a livello aziendale, la struttura che ha in carico il paziente.

SCOPO DEL DOCUMENTO

Il presente documento, attraverso la metodologia descritta nell'allegato 1, individua, per alcune prestazioni, i sintomi e/o le condizioni cliniche a cui associare le diverse classi di priorità. Ai raggruppamenti così definiti è quindi associato, per quanto detto sopra, lo stesso tempo massimo di attesa accettabile.

Il documento pertanto, a partire dalla condizione del paziente, suggerisce al medico che deve prescrivere una prestazione specialistica di primo accesso la classe di priorità da indicare nella ricetta.

Le condizioni cliniche che, nel presente documento, sono state associate alle diverse classi di priorità non esauriscono quelle potenzialmente associabili. Altre potranno essere individuate dal medico prescrittore in base alla propria esperienza clinica.

CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente documento individua le condizioni associate alle classi di priorità per 38 delle 43 prestazioni indicate come critiche nel Piano Nazionale per il Governo Liste Attesa (PNGLA) 2010-12. Vengono considerate 13 visite specialistiche e 26 prestazioni di diagnostica strumentale, appartenenti a 14 branche specialistiche.

Per ragioni diverse, non sono state prese in considerazione, in questa versione delle linee guida:

- la sigmoidoscopia;
- il fondo oculare;
- la visita oncologica;
- l'elettrocardiogramma.
- spirometria

Tuttavia, essendo l'indicazione della classe di priorità richiesta per tutte le prestazioni di primo accesso previste dal Nomenclatore Tariffario Regionale, per quelle non incluse in questo documento il medico prescrittore attribuirà la classe di priorità in base all'evidenza clinica e alle condizioni del paziente.

A tale proposito, si richiama quanto contenuto nel documento *Linee generali di intervento regionale per il contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche. Indicazioni alle aziende sanitarie* approvato con Deliberazione della Giunta Regionale 14 luglio 2006, n. 431:

Gli elementi da tenere in considerazione per l'individuazione di priorità cliniche sono:

1. *severità del quadro clinico (incluso il sospetto diagnostico)*
2. *prognosi (quoad vitam et quoad valetudinem)*
3. *tendenza al peggioramento a breve*
4. *presenza di dolore e/o deficit funzionale*
5. *implicazioni sulla qualità della vita*
6. *casi particolari che richiedono di essere trattati in un tempo prefissato*
7. *speciali caratteristiche del paziente che possono configurare delle eccezioni, purché esplicitamente dichiarate dal medico prescrittore*

LIMITI DEL DOCUMENTO

Riguardo alle classi di priorità e alle condizioni cliniche ad esse associate è importante sottolineare:

- che quelli associati a ciascuna classe di priorità devono essere considerati *range di attesa massima accettabile*, non essendo possibile, per ovvi motivi, assegnare un singolo tempo massimo di attesa ad ogni singola patologia/condizione clinica;
- che l'associazione di sintomi e/o condizioni cliniche alle classi di priorità si basa su criteri di ragionevolezza clinica che - ancorché rivisti alla luce dell'applicazione sul campo nel corso degli anni, e validati dal *consensus scientifico* - sono pur sempre *teorici*;
- che, pertanto, l'indicazione finale di una classe di priorità piuttosto che di un'altra è responsabilità esclusiva del medico prescrittore, che deciderà in base alla reale situazione clinica dell'assistito, specie per alcune prestazioni dove i limiti tra le classi sono sfumati;

- che il documento si riferisce esclusivamente a prestazioni da erogare, in tempi più o meno lunghi, nel *setting* ambulatoriale. Pertanto, in esso non sono state mai considerate le condizioni cliniche che impongono l'immediato invio del paziente al Pronto Soccorso. L'eventuale decisione in merito è interamente a carico del medico che ha in cura il paziente.

CONTRIBUTI

I contributi alla stesura del documento sono così riassunti:

- LA TASK FORCE - istituita con Deliberazione della Giunta Regionale 482/2014 e composta da: **Massimo Arcà, Paolo Papini, Ernesto Petti, Giulio De Michelis, Tiziana Fatato, Marco Bosio, Giuseppe Casolaro e Lorenzo Sornaga** - ha contribuito a delineare la strategia per la produzione del documento, a monitorarne la sua attuazione, nonché a fissare le regole di applicazione;
- IL TAVOLO DI COORDINAMENTO TECNICO SCIENTIFICO SULLA PRIORITARIZZAZIONE - istituito con Determinazione 22069/2014, coordinato da **Massimo Arcà**, e composto da: **Assunta Mammarella, Domenica Comerci, Giulio De Michelis, Daniela Sgroi e Loredana Accardi** - ha contribuito ad creare gli strumenti operativi, individuare gli attori da consultare e definire la procedura per l'adozione dei RAO; **Giulio De Michelis** ha inoltre effettuato, per conto del tavolo, il conteggio finale dei dati dei questionari trasmessi dalle Aziende, e curato la redazione del documento;
- I REFERENTI AZIENDALI LISTE DI ATTESA - **Loredana Accardi** (ex ASI RMH), **Salvatore Caruso** (ex ASL RMB) **Elisa Busi Rizzo** (IMI Spallanzani), **Costanza Cavuto** (IFO), **Domenica Comerci** (AO S. Giovanni Addolorata), **Giulio De Michelis** (ex ASL RMA), **Roberto De Virgillis** (A.O. S.Camillo Forlanini), **Vincenza Diana** (ASL FR), **Sabrina Ferri** (Policlinico Tor Vergata), **Elisabetta Fusconi** (ex ASL RMC), **Raffaele Gallocurcio** (Policlinico Umberto I) **Domenico Lucani** (ASL VT), **Assunta Mammarella** (ex ASL RME), **Carmela Matera** (ex ASL RMF); **Sergio Parrocchia** (ASL LT), **Paolo Sodano** (AO S.Andrea), **Daniela Sgroi** (ex ASL RMD), **Angelo Tinghino** (ex ASL RMG), **Domenica Tomassoni** (ASL RI) - hanno diffuso, raccolto e conteggiato, ciascuno per la propria Azienda, le risposte dei questionari inviati ai medici del SSR, svolgendo un lavoro proattivo nella diffusione della metodica di prioritizzazione;
- I MEDICI DEL SSR . 2.000 tra Dirigenti del SSR, Specialisti convenzionati interni e Medici di medicina generale - hanno partecipato alla individuazione delle condizioni da associare alla classi di priorità, rispondendo al questionario predisposto dal Tavolo di coordinamento e diffuso dai Referenti aziendali delle liste di attesa;
- LE SOCIETÀ SCIENTIFICHE E LE ASSOCIAZIONI DEI MEDICI - coordinate da **Giulio De Michelis**, e rappresentate da:
Gianluca Bellocchi, SIOeCHF (*Società Italiana di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-Facciale*);
Enzo Berardesca, SIDeMAST (*Società Italiana di Dermatologia e Malattie Sessualmente Trasmesse*);
Marcantonio G.Bevilacqua, SNAMID (*Società Nazionale per l'Aggiornamento per il MMG, per la pneumologia*);
Franco Cicerchia, SNAMID (*Società Nazionale per l'Aggiornamento per il MMG, per l'opculistica*);
Angelo Camaioni, AOOI (*Associazione Otorinolaringologi Ospedalieri Italiani*);
Furio Colivicchi, ANMCO (*Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri*);
Enrico Cotroneo, SNO (*Società dei Neurologi, Neurochirurghi e Neuroradiologi Ospedalieri*);
Alberto Chiriatti, SIMG (*Società Italiana di Medicina Generale, per la gastroenterologia*);
Orazio De Lellis, SIMG (*Società Italiana di Medicina Generale, per l'otorinolaringoiatria*);
Andrea Fabbri, SIE (*Società Italiana di Endocrinologia*);
Giovanni Galluccio, AIPO (*Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri*);
Antonio Gasbarrini, SIGE (*Società Italiana di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva*);
Giuseppe Grasso, SIMG (*Società Italiana di Medicina Generale, per la dermatologia*);
Rinaldo Guglielmi, AME (*Associazione Medici Endocrinologi*);
Annamaria Izzo, SIAPAV (*Società Italiana di Angiologia e Patologia Vascolare*);
Massimo Mazzilli, SIMG (*Società Italiana di Medicina Generale, per la cardiologia*);
Francesco Miraglia, SIMG (*Società Italiana di Medicina Generale, per l'urologia*);
Filomena Modarelli, SNAMID (*Società Nazionale per l'Aggiornamento per il MMG, per la neurologia*);

Anna Mussi, ADOI (Associazione Dermatologi Ospedalieri Italiani);
Giulio Nati, SIMG (Società Italiana di Medicina Generale, per l'endocrinologia);
Cristina Patrizi, ASSIFEMAC (Associazione Società Scientifica interdisciplinare e di Medicina di Famiglia e di Comunità) e , SIAMEG (Società Italiana per l'aggiornamento dei MMG per l'ortopedia e la medicina fisica);
Andrea Piccioli, SIOT (Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia);
Enrico Pofi, SIRM (Società Italiana Radiologia Medica);
Marco Pulcini, SIMFER (Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa);
Antonio Rizzotto, SIU (Società Italiana Urologia);
Piersevero Rossi, SIMG (Società Italiana di Medicina Generale, per l'angiologia);
Massimo Sabatini, SIMG (Società Italiana di Medicina Generale, per la diagnostica d'immagini);
Salvatore Venosi, SIFCS (Società Italiana di Flebologia Clinica e Sperimentale);
Carlo Maria Villani, SOI (Società Oftalmologia Italiana);
Laura Viotto, ASSIFEMAC (Associazione Società Scientifica interdisciplinare e di Medicina di Famiglia e di Comunità), per la ginecologia);
Enrico Vizza, AOGOI (Associazione Ostetrici Ospedalieri Italiani), SIGO (Società Italiana Ginecologia e Ostetricia);
Gerardo Zirizzotti, AIGO (Associazione Italiana Gastroenterologi ed Endoscopisti Digestivi Ospedalieri)
. hanno revisionato e validato le indicazioni pervenute dai questionari dei Medici del SSR, producendo i RAO finali.

RINGRAZIAMENTI

Fabrizio Di Vona, per il monitoraggio dei tempi di attesa, e **Alessandro Valentini**, per il funzionamento dei sistemi di prenotazione (ReCUP), hanno fornito dati, informazioni e suggerimenti, utili all'individuazione e alla comprensione delle liste di attesa;

Veronica Caruso ha collaborato al conteggio dei dati provenienti da questionari e alla correzione delle bozze del documento finale;

Alberto Chiriatti e **Giulio Nati** (per la SIMG), **Mariolucio Saltarocchi** (per lo SNAMID) e **Antonio Bertolini** (per la SIAMEG e l'ASSIFEMAC), hanno partecipato al tavolo di coordinamento per l'individuazione dei referenti delle Società Scientifiche dei MMG;

Un ringraziamento particolare va a **Giuliano Mariotti**, per aver fornito i documenti base e la letteratura sui RAO e, soprattutto, per i consigli che ci ha fornito durante tutta la stesura del documento.

DOCUMENTI E LETTERATURA CONSULTATA

- **DPCM 16 aprile 2002**,
Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi d'attesa
Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 122 del 27.5.2002.
- **Regione Lazio**
Indicazioni regionali sulle modalità di accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero e indirizzi applicativi sui tempi e sulle liste di attesa . Attuazione del PSR 2002-2004
DGR 20 dicembre 2002, n. 1725
- **Regione Lazio**
Piano regionale sulle liste di attesa: Recepimento delle indicazioni contenute nell'attesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 28 marzo 2006, relativa al piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008
DGR Lazio 14 luglio 2006, n. 431
- **Regione Abruzzo**
Piano Regionale per il governo delle liste di attesa (PRGLA)
DGR 11 agosto 2011 n.575
- **Regione Umbria**
[www.ospedale.perugia.it/resouces/5_/GRIGLIE _ RAO_ 2012 pdf](http://www.ospedale.perugia.it/resouces/5_/GRIGLIE_%20RAO_2012.pdf)
- **Regione Siciliana, ASP Bacino Orientale**
RAO
Tavolo Tecnico interaziendale per applicazione Decreto 12-08-2010

- **Regione Lazio**
Piano Regionale per il governo delle liste di attesa 2013-2015+
DCA Regione Lazio 28 ottobre 2013 n. U00437
- **Provincia autonoma di Trento**
Azienda Provinciale per i Servizi sanitari,
Manuale RAO 2014+
6° edizione 2014
- **Regione Friuli Venezia Giulia**
Azienda per i Servizi Sanitari n. 3 Alto Friuli, n. 4 Medio Friuli, n. 5 Bassa Friulana
Azienda Ospedaliero Universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine
Protocollo per la prescrizione secondo priorità: raccolta dei criteri per visite e prestazioni ambulatoriali+
Ottobre 2012, Aggiornamento: agosto 2014
- **Giuliano Mariotti**
Tempi di attesa e Priorità in Sanità_ La selezione della domanda come strategia per la qualità+
Franco Angeli 1999
- **Giuliano Mariotti**
Modelli di gestione dei tempi di attesa, i raggruppamenti di attesa omogenei (RAO) ed il coinvolgimento partecipativo+
in *Tempi di attesa e priorità cliniche esperienze a confronto.*
Rovereto maggio 2003
- **Giuliano Mariotti**
Priorità cliniche in Sanità _ Come governare i tempi di attesa con il coinvolgimento dei professionisti+
Franco Angeli 2006
- **Giuliano Mariotti e altri**
Waiting time prioritisation for specialist services in Italy: The homogeneous waiting time groups approach+
Health Policy, 117(2014) 54-63
- **SNR Fondazione Radiologica**
Stato di Attuazione dei RAO: Bilanci e revisione critica _ Attualità e prospettive+
Trevi (PG) 27-28 Febbraio 2015

R. A. O.

RAO ANGIOLOGIA

89.7 Í Visita Chirurgica Vascolare/Angiologicaî

Cl.	T.A. da garantire	CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (<i>PAROLE CHIAVE</i>)
U	72 ore	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sospetta trombosi venosa profonda [<i>indicato solo con ecocolordoppler venoso del distretto interessato</i>] ▪ Sospetta tromboflebite superficiale [<i>indicato con ecocolordoppler venoso del distretto interessato</i>] ▪ Ischemia critica (dolore a riposo ad 1 o più dita o al piede ed, eventualmente, lesioni trofiche, ulcere, o gangrena) (<i>indicato con ecocolordoppler arterioso degli arti inferiori</i>) ▪ Microembolia periferica (<i>dito blu</i>)
B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sospetto piede diabetico con ischemia grave (<i>Urgente o Breve in base al quadro clinico</i>) [<i>indicato con ecocolordoppler arterioso</i>] ▪ Tumefazione pulsante palpabile ad un arto [<i>indicato con ecocolordoppler arterioso</i>] ▪ Segni di peggioramento di arteriopia nota con dolore a riposo e/o lesioni trofiche distali ▪ Claudicatio intermittens in rapido peggioramento ▪ Ulcere arti inferiori di n.d.d. di recente insorgenza o in peggioramento ▪ Stenosi carotidea critica in paziente asintomatico
D	30 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reperto di soffio carotideo in paziente neurologicamente asintomatico per disturbi di tipo ischemico cerebrale [<i>indicato solo con ecocolordoppler TSA</i>] ▪ Pazienti operandi per patologia aneurismatica, arteriopia obliterante periferica o coronaropatia [<i>indicato con ecocolordoppler TSA</i>] ▪ Sospetto furto di succlavia (gradiente pressorio > 30 mmHg tra i due arti superiori) ▪ Sospetta patologia aneurismatica addominale e degli arti inferiori, non complicata [<i>indicato con ecocolordoppler arterioso</i>] ▪ Arteriopia obliterante cronica periferica II stadio (ovvero claudicatio intermittens) di nuova insorgenza o in peggioramento ▪ Acrocianosi . f. di Raynaud ▪ Sindrome post-trombotica [<i>indicato con ecocolordoppler venoso arti inferiori</i>]
P	180 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presenza di gradiente pressorio >30 mm Hg tra i due arti superiori [<i>indicato con ecocolordoppler arterioso arti superiori</i>] ▪ Claudicatio intermittens cronica stabile ▪ Aneurisma aorta addominale sino a 50 mm ▪ Varicocele ▪ Varici arti inferiori

88.73.5 Í Ecocolordoppler Tronchi sovraorticî

Cl.	T.A. da garantire	CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (<i>PAROLE CHIAVE</i>)
U	72 ore	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sospetti segni e/o sintomi di TIA, regredito da oltre 48 ore in paziente a basso rischio di recidiva
B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Segni neurologici di attacco ischemico acuto (TIA, ictus) con insorgenza compresa tra i 7 ed i 30gg
D	60 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soffio carotideo isolato (non aortico) anche se asintomatico ▪ Sospetto di furto di succlavia (gradiente pressorio > 30 mmHg tra i due arti superiori)
P	180 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pazienti diabetici, ipertesi, coronaropatici sintomatici, nefropatici cronici

88.77.2 Í Ecocolordoppler Vasi perifericî (e Aorta Addominale)

Cl.	T.A. da garantire	CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (<i>PAROLE CHIAVE</i>)
U	72 ore	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ischemia critica (dolore a riposo ad 1 o piú dita o al piede ed, eventualmente, lesioni trofiche, ulcere, o gangrena) ▪ Microembolia periferica (%dito blu+) ▪ Sospetta trombosi venosa profonda ▪ Segni clinici di trombosi venosa
B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sospetto piede diabetico con polsi periferici assenti (classe U, B, D in base a quadro clinico) ▪ Segni di peggioramento di arteriopatia nota con dolore a riposo e/o lesioni trofiche distali. ▪ Improvvisa riduzione autonomia di marcia in assenza di polsi tibiali palpabili ▪ Ulcere arti inferiori di ndd, di recente insorgenza o in peggioramento
D	60 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sospetta patologia aneurismatica addominale e degli arti inferiori, non complicata ▪ Insufficienza venosa cronica in rapido peggioramento ▪ Arteriopatía obliterante cronica periferica II stadio (ovvero claudicatio intermittens) di nuova insorgenza o in peggioramento ▪ Sindrome post trombotica (esiti di trombosi venosa profonde ad insorgenza inferiore ad 1 anno)
P	180 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soffio vascolare addominale di primo riscontro senza altri sintomi ▪ Insufficienza venosa cronica nei vari stadi in progressivo peggioramento clinico ▪ Sindrome post trombotica (esiti di trombosi venosa profonde <i>non recente</i>) ▪ Varici arti inferiori con programma chirurgico ▪ Aneurisma aorta addominale sino a 50 mm ▪ Varicocele subclinico ▪ Arteriopatía obliterante cronica II stadio B

RAO CARDIOLOGIA

89.7 Í Visita cardiologicaî

Cl.	T.A. da garantire	CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (<i>PAROLE CHIAVE</i>)
U	72 ore	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recente episodio di dolore toracico isolato >72 ore, di sospetta origine Ischemica ▪ Pazienti con scompenso cardiaco cronico con destabilizzazione del quadro clinico non rispondenti agli aggiustamenti terapeutici già messi in atto ▪ Recente insorgenza di dispnea da sforzo e/o a riposo e/o edemi declivi di sospetta origine cardiaca ▪ Turbe del ritmo di nuova insorgenza ipocinetiche o ipercinetiche in assenza di sintomi [NB : in ogni caso sulla base di valutazioni clinico/ anamnestiche/ logistiche considerare anche o invio PS o B]
B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sospetta angina stabile (angina presente da >30 gg) ▪ Presincope di natura incerta con caratteristiche situazionali, dopo valutazioni che escludano l'origine non cardiaca ▪ Scadimento funzionale di grado lieve-moderato in soggetto con cardiopatia nota ▪ Cardiopalmo, extrasistoli sintomatico da sforzo in cardiopatico noto/ non noto ▪ Turbe del ritmo che non comportino una compromissione dell'emodinamica del paziente ▪ Soffi cardiaci: primo riscontro in assenza di sintomi nel neonato ▪ Compromissione o perdita di coscienza di natura da definire dopo esclusione di altre cause ▪ TIA verificatosi da oltre 48 ore con ABCD2<4 già valutato radiologicamente e dal neurologo, se sospetto cardioembolismo ▪ Pazienti con scompenso cardiaco cr. in fase di riacutizzazione non rispondenti agli aggiustamenti terapeutici già messi in atto ▪ Neoplasie in trattamento chemioterapico
D	30 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cardiopalmo extrasistolico non noto in precedenza ▪ Soffi cardiaci: primo riscontro in assenza di sintomi (escluso neonato) ▪ Prima visita in pregressa crisi ipertensiva ▪ Prima visita in pazienti con pregresso disturbo acuto del ritmo dopo ricovero ▪ Indagini diagnostiche con mezzo di contrasto ▪ Instabilità e necessità di adeguamento terapeutico in : scompenso cardiaco congestizio, cardiopatia ischemica, aritmie ▪ Ipertensione arteriosa sisto e/o diastolica già in trattamento politerapico e <i>non responder</i>
P	180 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Connettivopatie ▪ Endocrinopatie ▪ Malattie cronico degenerative ▪ 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

88.72.3 Í Ecocolordopplergrafia cardiacaí

Cl.	T.A. da garantire	CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (<i>PAROLE CHIAVE</i>)
U	72 ore	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sospetto versamento pericardio ▪ Sospetta endocardite in paziente con iperpiressia persistente (> 10 gg) anche sotto terapia antibiotica ▪ Non cardiopatia nota scadimento funzionale rapido ▪ Cardiopatia dilatativa o ipocinetica nota, scadimento della classe funzionale rapido ▪ Attacchi ischemici cerebrali documentati in pazienti < 45 anni ▪ Recente insorgenza di dispnea in soggetto senza cardiopatia o pneumopatia nota (considerare in alternativa , secondo condizioni cliniche , la consulenza cardiologica e/o invio in PS)
B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cardiopatia valvolare nota, scadimento della classe funzionale ▪ Post operati portatori di protesi valvolare o vascolare aortica, scadimento della classe funzionale o recente episodio settico ▪ Cardiopatia ischemica nota (post bypass, post angioplastica, scadimento della classe funzionale) ▪ Non cardiopatia nota scadimento funzionale rapido ▪ Comparsa di aritmia ventricolare non sporadica o fibrillazione atriale documentata in soggetto senza cardiopatia nota ▪ IMA, entro 6 mesi, complicato da disfunzione ventricolare sinistra ▪ Aritmie maggiori documentate (ECG, Holter) ▪ Sospetto di cardiopatia in pazienti in trattamento emodialitico ▪ Pazienti che assumono o che devono iniziare terapia con farmaci cardiotossici ▪ Non cardiopatia nota, ma pazienti ad alto rischio di episodi trombotici (ad es neoplasie, varici) ▪ Cardiopatia dilatativa o ipocinetica nota, scadimento della classe funzionale
D	60 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edemi declivi e/o epatomegalia a lenta evoluzione (> 30 gg) ▪ Aritmie maggiori documentate (ECG, Holter) ▪ Blocco di branca sinistro di nuovo riscontro asintomatico ▪ Iperpiressia persistente (> 10 gg) anche sotto terapia antibiotica ▪ Familiarità cardiopatia a trasmissione genetica (Marfan, cardiopatia ipertrofica, cardiopatia dilatativa idiopatica) ▪ Pazienti con fondato sospetto di cardiopatia o valvulopatia ▪ Valutazione cardiopatia per modifica/efficacia terapia ▪ Cardiopatie ischemiche
P	180 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Follow-up pazienti ipertesi, con scompenso cardiaco, diabete , cardiopatia. ischemica ▪ Familiarità per cardiopatia a trasmissione genetica ▪ Familiarità per CM dilatative ▪ Familiarità per malattie congenite

88.50 Í Elettrocardiogramma dinamico (Holter)Î

Cl.	T.A. da garantire	CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (<i>PAROLE CHIAVE</i>)
U	72 ore	
B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> Sintomatologia di sospetta origine aritmica cardiogena ad incidenza frequente (quotidiana o quasi quotidiana) in cardiopatia nota o non nota
D	60 gg	<ul style="list-style-type: none"> Verifica della frequenza ventricolare media in fibrillazione atriale scarsamente controllata o valutazione della frequenza ventricolare media in fibrillazione atriale nel sospetto di scarso controllo della stessa Studio di aritmie ventricolari frequenti sintomatiche e non Angina pectoris, per la valutazione del carico ischemico (è raccomandata la consulenza cardiologia) Valutazione del rischio aritmico in pazienti con cardiopatia nota, se finalizzato alla modificazione della terapia farmacologia o indicazione a trattamento interventistico
P	180 gg	<ul style="list-style-type: none"> Follow-up e valutazione trattamento farmacologico e/o ablazione di aritmie ipo/ipercinetiche, sopraventricolari e ventricolari

89.41; 89.43 Í Elettrocardiografia sotto sforzoÎ

Cl.	T.A. da garantire	CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (<i>PAROLE CHIAVE</i>)
U	72 ore	<ul style="list-style-type: none"> Nel caso di dolore toracico tipico da sforzo con soglia in riduzione e/o recente insorgenza (<1 mese); oppure dolore toracico di nuova insorgenza in paziente con cardiopatia ischemica nota: chiedere "visita cardiologia priorità "U" con ECG da sforzo"
B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> Dolore toracico tipico da sforzo stabile (<1 mese) non precedentemente studiato
D	60 gg	<ul style="list-style-type: none"> Paziente con cardiopatia nota e sintomi di sospetta origine cardiaca
P	180 gg	<ul style="list-style-type: none"> Valutazione di pazienti asintomatico con elevato rischio cardiovascolare Valutazione clinico/funzionale soggetti sportivi agonisti con /senza patologia cardiovascolare

RAO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

87.37.1; 87.37.2 Í Mammografiaî

Cl.	T.A. da garantire	CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (<i>PAROLE CHIAVE</i>)
U	72 ore	
B	10 gg	<ul style="list-style-type: none">▪ Nuova comparsa con sospetto di neoplasia in donne ≥ 40 anni di uno dei seguenti segni:<ul style="list-style-type: none">- tumefazione (nodulo, addensamento) della mammella di recente insorgenza- alterazioni della cute (edema, retrazione, ulcerazione) o del capezzolo- secrezione ematica- linfonodi ascellari ingranditi e sospetti alla palpazione▪ Accertamenti in pazienti oncologi con neoplasia primitiva misconosciuta
D	60 gg	<ul style="list-style-type: none">▪ Nuova comparsa con giudizio di probabile benignità in donne ≥ 40 anni di uno dei seguenti segni:<ul style="list-style-type: none">- tumefazione (nodulo, addensamento) della mammella- alterazioni della cute o del capezzolo- secrezione sierosa o lattescente- linfonodi ascellari a carattere reattivo
P	180 gg	<ul style="list-style-type: none">▪ Prima richiesta in paziente in fascia di età compresa tra 40 e 49 anni e > 70 asintomatiche con l'obiettivo di prevenzione secondaria (1° accesso)▪ Prima richiesta in paziente ad elevato rischio eredo/familiare in donne con età ≥ 40 anni

87.41 Í TC senza contrasto Toraceî 87.41.1 Í TC senza e con contrasto Toraceî

Cl.	T.A. da garantire	CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (<i>PAROLE CHIAVE</i>)
U	72 ore	
B	10 gg	<ul style="list-style-type: none">▪ Evidenza clinica o strumentale (RX) di patologia oncologica mediastinica, polmonare o pleurica▪ Evidenza clinica o strumentale (RX) di patologia vascolare mediastinica (allargamento mediastinico)▪ Versamento pleurico persistente o recidivante
D	60 gg	
P	180 gg	

88.01.1; 88.01.3; 88.01.5 ÍTC senza contrasto Addome superiore, inferiore, completo
88.01.2; 88.01.4; 88.01.6 ÍTC senza e con contrasto Addome superiore, inferiore, completo

Cl.	T.A. da garantire	CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (<i>PAROLE CHIAVE</i>)
U	72 ore	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Calcolosi renale complicata con ecografia non dirimente (solo su richiesta specialistica urologica)
B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evidenza clinica o strumentale (ecografia) di patologia oncologica addomino-pelvica ▪ Primo riscontro ecografico di aneurisma dell'arteria addominale, superiore a 4 cm ▪ Riscontro a seguito di follow up ecografico di aumento maggiore di cm 1 di diametro di aneurisma dell'arteria addominale
D	60 gg	
P	180 gg	

87.03 ÍTC senza contrasto capô ; 87.03.1 ÍTC senza e con contrasto capô

Cl.	T.A. da garantire	CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (<i>PAROLE CHIAVE</i>)
U	72 ore	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sospetti segni e/o sintomi di TIA, verificatosi da oltre 48 ore in paziente a basso rischio di recidiva (ABCD2<4) ▪ Processo occupante spazio (RM in seconda istanza) ▪ Sospetto ematoma durale subacuto
B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esiti di trauma con tendenza (a distanza di 30 gg o piú dal trauma) a deterioramento neurologico (rallentamento cognitivo, disturbi della parola movimenti lenti e impacciati con alterazioni dell'equilibrio, sonnolenza) ▪ Sospetto ematoma sottodurale cronico o idrocefalo normoteso
D	60 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cefalea semplice persistente con esame neurologico negativo ▪ Demenza o deterioramento mentale a lenta evoluzione (prima diagnosi) ▪ Patologia dell'orecchio medio (otiti croniche e colosteatomi)
P	180 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patologia sinusale infiammatoria e polipoide

88.38.1 ÍTC Rachide e speco Vertebraleî

(soggetta a D.M. 9 dicembre 2015)

Cl.	T.A. da garantire	CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (<i>PAROLE CHIAVE</i>)
U	72 ore	
B	10 gg	<ul style="list-style-type: none">▪ Patologia traumatica▪ Complicanze post-chirurgica
D	60 gg	
P	180 gg	

88.38.2 ÍTC senza e con contrasto Rachide e speco Vertebrale

(soggetta a D.M. 9 dicembre 2015)

Cl.	T.A. da garantire	CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (<i>PAROLE CHIAVE</i>)
U	72 ore	
B	10 gg	<ul style="list-style-type: none">▪ Patologia oncologica<ul style="list-style-type: none">- per la valutazione delle strutture scheletriche- in caso di deficit neurologici anche in assenza di dolore▪ Sospetto oncologico<ul style="list-style-type: none">- In caso di RM dubbia o positiva: per la migliore valutazione della componente scheletrica con dolore ingravescente continuo anche a riposo e con persistenza notturna. Anche in assenza di dolore in presenza di deficit neurologici agli arti inferiori▪ Complicanze post-chirurgiche in pazienti in cui è controindicata la RM
D	60 gg	
P	180 gg	

88.38.5 ÍTC senza contrasto Bacinoî

Cl.	T.A. da garantire	CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (<i>PAROLE CHIAVE</i>)
U	72 ore	
B	10 gg	<ul style="list-style-type: none">▪ Sospetto di neoplasia maligna dopo esame radiologico di 1° livello
D	60 gg	
P	180 gg	

88.91.1 ÍRM Cervello e Tronco encefalico senza contrastoÎ
88.91.2 ÍRM Cervello e Tronco encefalico senza e con contrastoÎ

Cl.	T.A. da garantire	CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (<i>PAROLE CHIAVE</i>)
U	72 ore	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Processo occupante spazio a livello intracranico (esame di secondo livello da eseguire solo dopo esame TC)
B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sclerosi multipla o altre malattie demielinizzanti (prima diagnosi . TC negativa) ▪ Epilessia (prima diagnosi . TC negativa) ▪ Idrocefalo (TC non dirimente) ▪ Patologia espansiva orbitaria
D	60 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Morbo di Parkinson (prima diagnosi) ▪ Patologia espansiva ipofisaria ▪ Controllo in esiti di lesione traumatica con crisi epilettiche
P	180 gg	

88.95.4 ÍRM Pelvi, Prostata e Vescica senza contrastoÎ ;
88.95.5 ÍRM Pelvi, Prostata e Vescica senza e con contrastoÎ

Cl.	T.A. da garantire	CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (<i>PAROLE CHIAVE</i>)
U	72 ore	
B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sospetto di neoplasia maligna in sede pelvica dopo esame diagnostico di 1° livello o prima stadiazione
D	60 gg	
P	180 gg	

88.94.1 Í RM Muscoloscheletricaî

(soggetta a D.M. 9 dicembre 2015)

Cl.	T.A. da garantire	CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (<i>PAROLE CHIAVE</i>)
U	72 ore	
B	10 gg	<ul style="list-style-type: none">▪ Patologia traumatica nel caso di lesione osteocondrale post traumatica dubbia allRX. In caso di dolore persistente con sospetta lesione legamentosa (fibrocartilaginea) ed ecografia negativa o dubbia▪ Sospette complicanze post chirurgiche▪ Sospetta infiammazione ma solo dopo Rx negativa, ecografia positiva e test di laboratorio probanti per la malattia artritica per la valutazione dell'estensione del processo flogistico articolare alla componente cartilaginea e scheletrica (early arthritis).
D	60 gg	
P	180 gg	

88.94.2 Í RM Muscoloscheletrica senza e con contrastoî

(soggetta a D.M. 9 dicembre 2015)

Cl.	T.A. da garantire	CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (<i>PAROLE CHIAVE</i>)
U	72 ore	
B	10 gg	<ul style="list-style-type: none">▪ Sospetta patologia oncologica
D	60 gg	<ul style="list-style-type: none">▪ Sospetta infiammazione se test laboratorio probanti per malattia artritica
P	180 gg	<ul style="list-style-type: none">▪ Sindrome da conflitto articolare

88.93 Í RM Colonna vertebralei

(soggetta a D.M. 9 dicembre 2015)

Cl.	T.A. da garantire	CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (<i>PAROLE CHIAVE</i>)
U	72 ore	
B	10 gg	<ul style="list-style-type: none">▪ Condizione di dolore rachideo in assenza di coesistenti sindromi gravi di tipo neurologico o sistemico, resistente alla terapia, della durata di almeno 4 settimane;▪ Sintomatologia neurologica da compressione radicolare, anche senza dolore;▪ Traumi recenti e fratture da compressione
D	60 gg	
P	180 gg	

88.93.1 Í RM Colonna vertebrale senza e con contrastoì

(soggetta a D.M. 9 dicembre 2015)

Cl.	T.A. da garantire	CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (<i>PAROLE CHIAVE</i>)
U	72 ore	
B	10 gg	<ul style="list-style-type: none">▪ Patologia oncologica: dolore violento, recente, ingravescente. In presenza di deficit motori o sensitivi degli arti superiori o rigidità piramidale degli arti inferiori anche in assenza di dolore.▪ Sospetto oncologico: dolore ingravescente continuo anche a riposo e con persistenza notturna. Anche in assenza di dolore in presenza di deficit motori e sensitivi degli arti superiori o rigidità piramidale degli arti inferiori;▪ Sospetta infezione: dolore ingravescente continuo anche a riposo e con persistenza notturna. In presenza di febbre, recenti infezioni batteriche, terapie immunosoppressive, HIV;▪ Complicanze post-traumatiche▪ Complicanze post chirurgiche
D	60 gg	
P	180 gg	

88.71.4 Í Ecografia capo e colloÎ

Cl.	T.A. da garantire	CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (<i>PAROLE CHIAVE</i>)
U	72 ore	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Massa collo fissa in età pediatrica
B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tumefazione ad insorgenza improvvisa nella regione del collo, delle logge parotide (ghiandole salivari) e delle regioni sovraclaverari non dolenti ▪ Adenopatia localizzata nel bambino persistente dopo terapia ▪ Sospetta tiroidite
D	60 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Struma nodulare con o senza disfunzioni tiroidee
P	180 gg	

88.74.1; 88.75.1; 88.76.1 Í Ecografia addome superiore, inferiore e completoÎ

Cl.	T.A. da garantire	CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (<i>PAROLE CHIAVE</i>)
U	72 ore	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colica reno-ureterale recente ▪ Febbre uro-settica ▪ Colica biliare persistente ▪ Ittero asintomatico ▪ Massa addominale in età pediatrica ▪ Macroematuria
B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolori non acuti compatibili con colica reno-ureterale non ancora indagata ecograficamente ▪ Reperto clinico di massa endoaddominale ▪ Sospetta ascite ▪ Tumefazioni testicolari non dolorose di recente riscontro ▪ Alterazioni significative dei valori di PSA in pazienti senza patologia prostatica nota ▪ Infezioni acute urinarie febbrili resistenti alla terapia antibiotica e forme ricorrenti ▪ Ecografia renale nel bambino in pielonefrite acuta
D	60 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Neoformazioni palpabili dei tessuti molli di recente insorgenza ▪ I° riscontro di alterazione dei test di funzionalità epatica e/o renale ▪ Dolenzia scrotale persistente ▪ Reflusso gastro-esofageo nel lattante ▪ Microematuria ▪ IVU ▪ Aumento volumetrico dello scroto non dolente ▪ Masse scrotali non recenti
P	180 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolori addominali acuti ricorrenti, qualora si siano escluse patologie gastriche o intestinali con specifiche indagini preventive (endoscopiche)

88.73.1; 88.73.2 Í Ecografia mammellaî

Cl.	T.A. da garantire	CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (<i>PAROLE CHIAVE</i>)
U	72 ore	
B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nuova comparsa con sospetto di neoplasia in donne < 40 anni di uno dei seguenti segni: <ul style="list-style-type: none"> - tumefazione (nodulo, addensamento) della mammella; - alterazioni della cute (edema, retrazione, ulcerazione) o del capezzolo; - secrezione ematica; - linfonodi ascellari ▪ Linfonodi sopraclaveari
D	60 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nuova comparsa con giudizio di probabile benignità in donne < 40 anni di uno dei seguenti segni: <ul style="list-style-type: none"> - tumefazione (nodulo, addensamento) della mammella; - alterazioni della cute o del capezzolo; - secrezione sierosa o lattescente; - linfonodi ascellari a carattere %eattivo+
P	180 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esame consigliato a completamento di mammografia sostanzialmente negativa

RAO DERMATOLOGIA

89.7 Í Visita DermatologicaĀ

Cl.	T.A. da garantire	CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (<i>PAROLE CHIAVE</i>)
U	72 ore	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Neoformazioni sanguinanti e/o suppurate (ad es.: melanoma, carcinoma spinocellulare, cisti suppurata, granuloma piogenico) ▪ Lesioni nodulari a rapida insorgenza (< 3 mesi) ▪ Orticaria acuta ▪ Reazione da farmaci ▪ Eritemi febbrili ▪ Stati eritrodermici ▪ Infezioni virali acute ▪ Ulcere/Vasculiti di recente insorgenza
B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patologie infettive acute (ad es.: impetigine, flemmone) ▪ Paziente trapiantato con insorgenza di lesioni cutanee sospette ▪ Lesioni persistenti > 1 cm dure alla palpazione generalmente sul viso, cuoio capelluto, dorso della mano e con un incremento delle dimensioni negli ultimi 2 mesi ▪ Patologie eruttive a rapida comparsa (ad es.: psoriasi eruttiva, eczema acuto, pitiriasi rosea) ▪ Dermatite moderata mal tollerata o peggiorata (età <15 anni) (in base al quadro clinico) ▪ Malattie bollose ad insorgenza progressiva (pemfigo, pemfigoidi, porfiria cutanea tarda) ▪ Infezioni cutanee da batteri (impetigine estesa, favo, ascesso), da funghi, da virus (escluse verruche) ▪ Infestazione da parassiti (scabbia, acariasi animali, acaro della farina, cheyletielosi, neotrombicula, pediculosi del pube, ect.) ▪ Dermatite insorta dopo un viaggio in Paesi Tropicali ▪ Nevo traumatizzato ▪ Condilomi acuminati. ▪ Verruca plantare iperalgica
D	60 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orticaria cronica. ▪ Connettiviti (Lupus, sclerodermia, dermatomiosite ò) ▪ Patologia cutanea a diagnosi incerta presente da più di 1 mese già trattata e resistente alle terapie ▪ Acne grave nodulo cistica. ▪ Dermatite cronica riacutizzata in fase di aggravamento (da contatto, seborroica, atopica, psoriasi ò) ▪ Ulcere non complicate
P	180 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nevi melanocitici e di lesioni pigmentate riferite stabili (primo accesso nella struttura) ▪ Neoformazioni verrucose (verruche volgari) ▪ Indicazioni cosmetiche (cheratosi seborroiche, fibromi penduli, angiomi, couperose, macchie ipercromiche, macchie ipo-acromiche, smagliature) ▪ Onicopatie ▪ Caduta dei capelli

RAO ENDOCRINOLOGIA

1 Visita Endocrinologica

Cl.	T.A. da garantire	CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (<i>PAROLE CHIAVE</i>)
U	72 ore	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insufficienza surrenalica primitiva scompensata in paziente con Addison già diagnosticato ed in terapia ▪ Ipopcalcemia severa in trattamento con crisi tetaniche recidivanti (calcemia <7 g/dl) ▪ Ipercalcemia severa sintomatica >12.5 mg/dl ▪ Ipertiroidismo in cardiopatico (TSH, Ft4 , FT3) ▪ Crisi tireotossica (ipertermia, alterazione dello stato coscienza, disturbi gastrointestinali, tachicardia, aritmie, scompenso cardiaco, astenia, tremori.).
B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tutte le endocrinopatie in gravidanza ▪ Ipo-iptiroidismo severo all'esordio ▪ Oftalmopatia Basedowiana di grado medio-severo ▪ Neoplasie endocrine di nuovo riscontro ▪ Tumefazione tiroidea insorta acutamente ▪ Diabete insipido ▪ Tiroidite subacuta ▪ Iper-iposurrenalismo all'esordio ▪ Ipoglicemia a digiuno (<50) o crisi ipoglicemiche da sospetto insulinoma)
D	30 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incidentaloma surrenalico ▪ Incidentaloma ipofisario ▪ Iper-tensioni arteriose di origine secondaria endocrinologia ▪ Nodulo tiroideo sospetto ▪ Ginecomastia sintomatica. ▪ Sospetto iperparatiroidismo primitivo (Ca , PTH, P) / (≠/ < Ca, PTH). ▪ Disfunzione tiroidea con esami di laboratorio discordanti o per persistenza o peggioramento del quadro clinico dopo trattamento
P	180 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prima visita per pazienti con sospetta o accertata patologia endocrina non rientranti nelle categorie precedenti tra cui: <ul style="list-style-type: none"> - Tiroidite linfocitaria di Hashimoto con eutiroidismo o ipotiroidismo subclinico (anticorpi anti tiroide, anti TPO , ab anti Tg , FT4, FT3, TSH normali) - Gozzo uni-multinodulare normofunzionante; - Sospetto iperparatiroidismo secondario.

89.7 Í Visita FisiatricaĀ

Cl.	T.A. da garantire	CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (PAROLE CHIAVE)
U	72 ore	
B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esiti di fratture o trauma trattato con gesso o immobilizzazione o chirurgia ▪ Esiti di intervento chirurgico ricostruttivo (capsula-tendini-legamenti) ▪ Lesione nervosa periferica recente . entro 3 mesi all'evento comprese radicolopatie (es. lombosciatalgia) ▪ Patologia post-traumatica recente ▪ Patologie neurologiche post-acute recenti (ictus cerebri, Guillain Barrè, etc.) ▪ Interventi artroprotesi ▪ Interventi neurochirurgici ▪ Interventi per fratture ▪ Esiti intervento ortopedico non classe B
D	30 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colpo di frusta entro 1 mese dall'evento ▪ Patologia articolare sub-acuta entro 2 mesi dall'evento (es.: periartrite, epicondilita, tendinite, cervico-lombalgia acuta) ▪ Linfedema post-mastectomia entro 3 mesi dall'insorgenza ▪ Gonalgia acuta senza trauma di probabile eziologia degenerativa ▪ Prima valutazione nel bambino in scoliosi ▪ Lombalgia acuta senza trauma di probabile eziologia degenerativa ▪ Patologie dell'età evolutiva
P	180 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gonalgia cronica o sub-acuta di probabile eziologia degenerativa ▪ Lombalgia cronica senza trauma di probabile eziologia degenerativa ▪ Patologie post-traumatiche non recenti ▪ Patologie neurologiche non recenti e degenerative croniche

RAO GASTROENTEROLOGIA

89.7 Í Visita Gastroenterologica Î

Cl.	T.A. da garantire	CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (<i>PAROLE CHIAVE</i>)
U	72 ore	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ittero di ndd senza colica in corso né colangite (<i>valutazione ricovero</i>) ▪ Ipertransaminasemia (> 10 vv UNV senza segni di scompenso epatico (ittero, ascite, encefalopatia) ▪ Sospetta pancreatite acuta ▪ Segni di epatite acuta ▪ Nuovo caso e/o riacutizzazione di Malattia Infiammatoria cronica intestinale (IBD)
B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nuovo caso e/o riacutizzazione di Malattia infiammatoria cronica intestinale (IBD) ▪ Ascite di nuova insorgenza ▪ Sospetto strumentale di neoplasia dell'apparato digerente ▪ Ipertransaminasemia ▪ Sintomi e/o segni sospetti per patologie neoplastica a carico dell'apparato gastroenterico ▪ Vomito ripetuto/disfagia persistenti e ingravescenti ▪ 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)
D	30 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolore addominale cronico recente insorgenza
P	180 gg	

45.16 Í Esofagogastroduodenoscopiaî

Cl.	T.A. da garantire	CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (<i>PAROLE CHIAVE</i>)
U	72 ore	
B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anemia sideropenia di primo riscontro con Hb < 10 g/dl nella donna e < 11g/dl nell'uomo ▪ Sintomi di allarme: vomito significativo e persistente, disfagia, odinofagia, calo di peso importante con sintomi digestivi, massa addominale ▪ Necessità di escludere lesioni per terapie cardiologiche urgenti ▪ Sospetta neoplasia rilevata radiologicamente
D	60 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sindrome dispeptica dolorosa in pazienti >45 aa (non già indagata con endoscopia negli ultimi 3 anni) ▪ Biopsie per sospetta celiachia malassorbimento
P	180 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sindrome dispeptico dolorosa in pazienti < 45 aa (E) in assenza di sintomi di allarme ▪ Ricerca di varici esofagee

45.23 Í Colonscopiaî

Cl.	T.A. da garantire	CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (<i>PAROLE CHIAVE</i>)
U	72 ore	
B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sanguinamento non compendiato come %urgente% rettorragia persistente con sospetto di patologia sovra anale, diarrea muco-sanguinolenta non infettiva ▪ Anemia sideropenia di primo riscontro con Hb < 10 g/dl nella donna e <11 g/dl nell'uomo ▪ Sintomi di allarme: vomito significativo e persistente, disfagia, odinofagia, calo di peso importante con sintomi digestivi, massa addominale ▪ Sospetta neoplasia rilevata radiologicamente
D	60 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anemia sideropenia cronica ▪ Perdite ematiche minori (ematochezia) ▪ Diarrea cronica, stipsi recente ▪ Riscontro radiologico di polipi ▪ Positività test sangue occulto in asintomatico
P	180 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sintomatologia tipo colon irritabile (non già indagata con colonscopia)

RAO GINECOLOGIA

89.26 Í Visita GinecologicaÍ

Cl.	T.A. da garantire	CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (<i>PAROLE CHIAVE</i>)
U	72 ore	<ul style="list-style-type: none">▪ Dolore pelvico acuto▪ Perdite ematiche atipiche (esclusa emorragia)▪ Bartolinite
B	10 gg	<ul style="list-style-type: none">▪ Vaginiti acute sintomatiche▪ Tumefazione pelvica ndd▪ Sospetta neoplasia ginecologica▪ MST
D	30 gg	<ul style="list-style-type: none">▪ Fibromi uterini▪ Disturbi del ciclo
P	180 gg	

88.78; 88.78.2 Í Ecografia Ostetrica - GinecologicaÍ

Cl.	T.A. da garantire	CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (<i>PAROLE CHIAVE</i>)
U	72 ore	<ul style="list-style-type: none">▪ Masse endopelviche,sintomatiche, metrorragia, dolore pelvico acuto di sospetta origine ginecologica
B	10 gg	<ul style="list-style-type: none">▪ Sospetta gravidanza iniziale▪ Sospetta patologia neoplastica pelvica
D	60 gg	<ul style="list-style-type: none">▪ Dolore pelvico cronico▪ Sanguinamenti irregolari intermestruali▪ Fibromi uterini
P	180 gg	

RAO NEUROLOGIA

89.13 Í Visita Neurologicalâ

Cl.	T.A. da garantire	CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (<i>PAROLE CHIAVE</i>)
U	72 ore	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cefalea continuativa, senza altri sintomi, da pi di 7 giorni, in soggetto precedentemente asintomatic in soggetto con anamnesi negativa per cefalea ▪ Cefalea da recente trauma cranico non oltre 60 gg (gi indagata con Tac encefalo negativo) ▪ Sospetti segni e/o sintomi di TIA, verificatosi da oltre 48 ore in paziente a basso rischio di recidiva in base alla <i>scala abcd</i> ▪ Compromissione o perdita di coscienza di natura non sincopale ▪ Recidiva in sclerosi multipla ▪ Effetti collaterali importanti di terapia in atto ▪ Compromissione o perdita di coscienza di natura non sincopale
B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Scopenso in trattamento antiparkinsoniano ▪ Morbo di Parkinson (primo inquadramento diagnostico) ▪ Ricomparsa di crisi in trattamento antiepilettico ▪ Scopenso in demenza ▪ Deficit motorio periferico di recente insorgenza
D	30 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sindrome vertiginosa cronica ▪ Eemicrania accessionale
P	180 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deterioramento mentale ▪ Cefalea cronica

93.08.1 Í ElettromiografiaÍ

Cl.	T.A. da garantire	CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (<i>PAROLE CHIAVE</i>)
U	72 ore	
B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolore irradiato all'arto superiore o inferiore con deficit motorio oggettivo, focale, presente da più di 2 settimane, ed insorto da non più di 40 giorni ▪ Lesioni nervose post traumatiche con deficit sensitivi obiettivi e/o motori, insorti da almeno 3 settimane e da non più di 60 giorni ▪ Deficit muscolare ad esordio acuto correlabile a posture prolungate o in fase post-chirurgica da sospetta compressione acuta di tronchi nervosi ▪ Sospetta miastenia gravis ▪ Neuropatia da infiltrazione neoplastica o effetti di radio e chemioterapia
D	60 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sospetta patologia del motoneurone ▪ Sospetta malattia muscolare primitiva o secondaria ▪ Paralisi periferica del Nervo facciale a lenta risoluzione ▪ Sindrome del Tunnel carpale /altre neuropatie da intrappolamento
P	180 gg	

RAO OCULISTICA

95.02 Í Visita oculisticaÍ

Cl.	T.A. da garantire	CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (<i>PAROLE CHIAVE</i>)
U	72 ore	<ul style="list-style-type: none">▪ Calo improvviso ed importante del visus e/o evidente amputazione del campo visivo . scotomi fissi▪ Occhio rosso dolente associato o non associato a riduzione del visus▪ Fosfeni associati a miodesopsie ad insorgenza improvvisa▪ Aggravamento di pazienti sottoposti a recente intervento chirurgico
B	10 gg	<ul style="list-style-type: none">▪ Metamorfopsia di recente insorgenza▪ Flemmone del sacco▪ Anisocoria di recente insorgenza▪ Diplopie improvvise▪ Insorgenza improvvisa di scotoma relativo▪ Leucocoria del bambino
D	30 gg	<ul style="list-style-type: none">▪ Fundus per diabetici di nuova diagnosi▪ Fundus per ipertesi di nuova diagnosi
P	180 gg	<ul style="list-style-type: none">▪ Ambliopia in età pediatrica

89.7 Í Visita ortopedicaĀ

Cl.	T.A. da garantire	CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (<i>PAROLE CHIAVE</i>)
U	72 ore	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Blocco meccanico e/o antalgico grosse articolazioni (spalla, gomito, anca, ginocchio,) con impossibilit di movimento ▪ Lombosciatalgie acute con insufficienza rachide + Lasegu vivace + Valsalva positiva ▪ Cervicalgie acute con blocco vertebrale ▪ Gonalgia acuta senza trauma di probabile tipologia chirurgica ▪ Sospetto strumentale radiologico consistente di patologia tumorale ▪ Episodi di versamento articolare non traumatici, non cronici con segni chiari di flogosi, in particolare se accompagnati a febbre o in bambini ▪ Sospetto clinico di frattura scheletrica degli arti con dolore ed impotenza funzionale ▪ Artralgie da oltre tre giorni nel bambino ▪ Tumefazione dolente e/o arrossata in sede articolare o para-articolare in assenza di trauma in paziente pediatrico ▪ Dolore dorsale acuto in paziente osteoporotico
B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patologie acute di media gravit poco rispondenti al trattamento antalgico (es.: epicondiliti, periartriti, patologie reumatiche del polso e della mano) ▪ Patologia tumorale o sospetta tumorale non inquadrata (es.: osteolisi di ndd) ▪ Versamenti endoarticolari non cronici senza chiari segni di flogosi ▪ Riacutizzazione di patologie croniche osteoarticolari resistenti al trattamento ▪ Patologia osteoarticolare acuta (es. emartro, idrarto, blocco articolare) ▪ Pazienti operati da almeno una settimana con comparsa di segni clinici di flogosi locale e/o generale ▪ Cervicobrachialgie e/o lombosciatalgie acute di non competenza chirurgica o resistenti a trattamento medico da almeno 7 giorni ▪ Tendiniti e tenosinoviti acute ▪ Patologie pediatriche neonatali (piede torto, paralisi ostetrica, displasia dell'anca, torcicollo miogeno) che necessitino di diagnosi e terapia in breve tempo ▪ Patologie pediatriche dell'infanzia (sospetta osteocondrosi dell'anca, epifisiolisi, distacchi epifisari) e altre patologie malformative del rachide e degli arti
D	30	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tutte le sindromi canalicolari (es.: dito a scatto, tunnel carpale) ▪ Gonalgia cronica o sub-acuta di probabile tipologia chirurgica ▪ Patologie degenerative croniche (osteoarticolari, tendinee, etc.) ▪ Bambini con paramorfismi articolari (piede piatto, ginocchio valgo, scoliosi, cifosi)
P	180	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prima visita o controlli in terapia di osteoporosi postmenopausale o in corso di terapia antitumorale con antiestrogeni cronica

RAO OTORINOLARINGOIATRIA

89.7 Í Visita OtorinolarigoiatricaÎ

Cl.	T.A. da garantire	CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (<i>PAROLE CHIAVE</i>)
U	72 ore	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Epistassi recidivante nelle ultime 48 h ▪ Massa cervicale ad insorgenza improvvisa o in progressione da > 2 settimane ▪ Odinofagia ▪ Otaglia ▪ Faringotonsillite acuta (con trisma e/o disfagia) ▪ Ipoacusia improvvisa ▪ Cefalea con sospetto di sinusite acuta
B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disfagia e/o disfonia presente da almeno 20 giorni ▪ Otaglia resistente alla terapia (adulto) ▪ Sospette neoplasie cutanee, tiroidee, salivari ▪ Sospetta neoplasia maligna del distretto ORL ▪ Disfagia e/o disfonia presente da almeno 20 giorni ▪ Epistassi recidivanti ▪ Tumefazione ghiandola salivare ▪ Sindrome Menière o menieriformi ▪ Qualsiasi dei segni/sintomi seguenti di ndd non di origine oftalmica e di sospetta natura espansiva: <ul style="list-style-type: none"> - distopia progressiva del bulbo oculare - diplopia - ptosi palpebrale ▪ Lesioni vegetanti, ulcerate, infiltranti le vie respiratorie e/o digestive sup e/o i tegumenti cervico-facciali ▪ Ipoacusia ed acufene recente ▪ Sinusite ingravescente ▪ Tappo di cerume ▪ Otite ricorrente con otorrea ▪ Rinorrea mucopurulenta ▪ Tumefazione cervico-facciale di recente insorgenza ▪ Patologie dei nervi cranici di recente insorgenza ▪ Vertigini acute di tipo periferico ▪ Sospette neoplasie cutanee, tiroidee, salivari ▪ Tappo di cerume
D	30 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ipertrofia adeno-tonsillare nel bambino con importante ostruzione respiratoria alta (classe B o D in base al quadro clinico) ▪ Prestazioni la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di : <ul style="list-style-type: none"> - dolore o di disfunzione o disabilità: - ostruzione respiratoria nasale bilaterale di recente insorgenza persistente - ipertrofia tonsillare con importante ostruzione respiratoria ▪ Sindrome vertiginosa subacute, in atto, senza segni sintomi e/o segni neurologici ▪ Epistassi non in atto ▪ Processi flogistici cronici (otite, sinusite, faringotonsill., etc)

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sleep apnea nei bambini ▪ Ostruzione nasale persistente ▪ Vertigini ricorrenti ▪ Flogosi ricorrenti o recidivanti delle vie aeree superiori ▪ Rinofibroscopia ▪ Laringofibroscopia ▪ Sindrome delle apnee ostruttive del sonno (OSAS)
P	180 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ipertrofia adeno-tonsillare ▪ Sospetto Lichen Planus orale ▪ Patologia adeno-tonsillare del bambino o tonsillare dell'adulto ▪ Sindrome delle apnee ostruttive del sonno (OSAS) ▪ Acufeni cronici ▪ Disturbi della voce e del linguaggio (dislalie etc) ▪ Ipoacusia cronica ▪ Vertigini croniche ▪ Cefalea cronica ▪ Patologia malformativa (naso, orecchie, etc) ▪ Noduli tiroidei cronici (valutati ecograficam.) ▪ Esami strumentali audio vestibolari ▪ Visita foniatrica ▪ Patologia ostruttiva per malformazioni del setto nasale e/o ipertrofia dei bambini ▪ Patologia adeno-tonsillare del bambino o tonsillare dell'adulto ▪ Patologia ostruttiva per malformazioni del setto nasale e/o ipertrofia dei bambini

95.41.1 Audiometria

Cl.	T.A. da garantire	CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (<i>PAROLE CHIAVE</i>)
U	72 ore	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ipoacusia improvvisa
B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ipoacusia in età pediatrica di riscontro recente
D	60 gg	
P	180 gg	

RAO PNEUMOLOGIA

89.7 Í Visita Pneumologica

P	T.A. da garantire	CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (<i>PAROLE CHIAVE</i>)
U	72 ore	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Emofteo ▪ Rx torace indicativo di lesione sospetta, anche se non evidentemente neoplastica ▪ Dispnea ingravescente ▪ Asma bronchiale riacutizzata ▪ Sospetta TBC ▪ Sospetta polmonite ▪ Riacutizzazione di insufficienza respiratoria con compromissione dell'Emogasanalisi o desaturazione ossiemoglobinica
B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolore toracico (escluso quello acuto, di pertinenza P.S.) ▪ Asma bronchiale non controllata sufficientemente dalla terapia ▪ BPCO riacutizzata senza compromissione emogasanalitica ▪ Tosse di nnd ▪ Rivalutazione di insufficienza respiratoria cronica già accertata e documentata ▪ Dispnea di nnd (non cardiogena) ▪ Diagnosi sospetta o accertata di versamento pleurico
D	30 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnosi differenziale per sospetta BPCO ▪ Sospetta OSAS (Sindrome delle Apnee Ostruttive) ▪ Sospetta asma bronchiale ▪ Sospetta interstiziopatia senza dispnea o ipossiemia ▪ Valutazione pneumologica di pazienti con patologia neuromuscolare
P	180 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Controlli programmati di patologie croniche note (BPCO, sindrome di apnea durante il sonno-OSA, etc.)

*

RAO UROLOGIA

89.7 Í Visita Urological

Cl.	T.A. da garantire	CONDIZIONI CLINICHE DA RIPORTARE SULLA RICETTA (<i>PAROLE CHIAVE</i>)
U	72 ore	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Macroematuria persistente ▪ Nodulo testicolo ▪ Massa testicolare non trans illuminabile ▪ Ritenzione cronica di urine con insufficienza renale ▪ Macroematuria di recente insorgenza non accompagnata da sintomatologia dolorosa
B	10 gg	<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 ▪ Nodulo epididimo o pene ▪ Calcolosi ureterale ▪ Massa renale accertata ecograficamente ▪ PSA aumentato con relativa ridotta quota del PSA libero ▪ Pielo-ureterectasia asintomatica
D	30 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Microematuria ▪ Colica renale risolta ▪ Emospermia ▪ Calcolosi asintomatica ▪ Colica renale o ureterale già valutate ecograficamente senza stasi urinaria ▪ Calcolosi renale ▪ Infezione vie urinarie nel maschio ▪ Nodulo prostatico ▪ Cistiti recidivanti ▪ Microematuria ▪ PSA aumentato (esclusi casi di tipo a2) ▪ Emospermia ▪ Incontinenza urinaria
P	180 gg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Varicocele ▪ Idrocele ▪ Cisti epididimo ▪ Fimosi ▪ Cisti renali ▪ Calcolosi renale asintomatica ▪ Cistocele ▪ Disfunzioni sessuali

ALLEGATO 1

METODOLOGIA UTILIZZATA

Per l'individuazione delle patologie associate alle classi di priorità (nella logica dei RAO *«Raggruppamenti Omogenei di Attesa»*) è stato proposto un metodo improntato al coinvolgimento diretto dei medici che avrebbero utilizzato nella pratica quotidiana (c.d. *medici prescrittori*), la prescrizione prioritizzata.

Pertanto, a differenza di quanto accade normalmente - documento elaborato da un gruppo di esperti e poi diffuso agli utilizzatori (*modello top down*) - si è partiti dall'opinione espressa dai potenziali utilizzatori per coinvolgere, poi, in seconda battuta, gli esperti (*modello bottom up*).

Il razionale di questa scelta si è basato su tre considerazioni:

1. identificare, come esperti sul campo, i medici prescrittori - termine con il quale intendiamo tutti i medici che utilizzano un ricettario del SSR - i quali, quotidianamente, si confrontano con i pazienti;
2. far partecipare alla costruzione del documento, chi poi sarà chiamato ad utilizzarlo, con evidente aumento della *compliance* di adesione (chi riconosce il documento come proprio, più facilmente è portato ad utilizzarlo);
3. diffondere tra i medici, fin da subito, i concetti di prioritizzazione ed aprire con loro una discussione.

Due i problemi che si sono presentati: cosa chiedere ai medici prescrittori e come chiederlo, tenendo presente che la platea dei medici in possesso di un ricettario regionale (e dunque potenzialmente interessati) era stimabile in circa 15.000 unità.

Cosa chiedere

Abbiamo ritenuto opportuno proporre ai medici non una *libera esternazione* delle proprie opinioni - perché in tal modo si sarebbe generata una quantità di informazioni impossibile da gestire, valutare e incorporare in un documento di facile consultazione - ma chiedere loro, di condividere (o rigettare) le scelte già fatte in Regioni dove il sistema di prioritizzazione era in uso da tempo.

In sostanza, abbiamo proposto, sotto forma di quadro sinottico (chiamato perciò *«Sinossi»*), il contenuto dei documenti sulla prioritizzazione adottati da alcune Regioni (Friuli, Umbria, Abruzzo, Sicilia e Prov. Autonoma di Trento), chiedendo loro di esprimere un giudizio di concordanza rispetto alle condizioni che erano state individuate in quei documenti, consentendo, anche, di fare piccole aggiunte.

Come chiederlo

Per l'invio di questa *Sinossi* ai medici prescrittori, abbiamo sfruttato la rete dei *Referenti delle liste di attesa*, presenti in tutte le Aziende Pubbliche della Regione Lazio, attraverso i quali è stato innescato un *sistema a cascata* (Direzioni Sanitarie > UOC > UOS ospedaliere e UOS territorio > UCP), che avrebbe dovuto consentire, almeno teoricamente, il raggiungimento di tutti i medici.

Con lo stesso sistema, questa volta a ritroso, i referenti hanno poi raccolto e conteggiato le risposte (cioè le singole *concordanze*) e inviato i risultati al Tavolo di coordinamento regionale.

Questo ha ricevuto, perciò, 19 documenti, quante erano le Aziende consultate.

RISULTATI

La consultazione ha riguardato le 43 prestazioni individuate come *«critiche»* nel PNGLA 2010-2012 e come tali recepite nel PRGLA del Lazio 2013-2015.

I referenti hanno comunicato al Tavolo di coordinamento regionale di aver attivato il sistema a cascata così come era stato previsto.

Non sappiamo, però, quanti medici abbiano effettivamente ricevuto il questionario (la *Sinossi*), potendosi il flusso essersi interrotto in un punto qualsiasi della cascata; né sappiamo quanti tra quelli che lo hanno ricevuto, hanno poi deciso di rispondere.

Quello che sappiamo è che i 19 documenti riassuntivi, prodotti dalle Aziende e ritornati al Tavolo di coordinamento, contengono i risultati di circa 2.000 questionari individuali, cioè elaborati dal 13-14 % dei potenziali medici interessati (tabella 1).

TAB.1 *Numero di questionari (Sinossi) compilati dai medici
Suddivisione per Azienda e tipologia di prescrittore*

AZIENDE	MM.GG.	OSPED.	TERRIT	TUTTI
ASL RMA	27	12	123	162
ASL RMB	12	120	30	162
ASL RMC	10	21	18	49
ASL RMD	3	0	28	31
ASL RME	115	58	13	186
ASL RMF	9	53	30	92
ASL RMG	3		370	373
ASL RMH	0	0	0	0
ASL VT	44	100	16	160
ASL RI	14	182	50	246
ASL FR	4	6	6	16
ASL LT	0	0	0	0
A.O.S.GIOVANNI		40		40
A.O.S.CAMILLO		102		102
A.O.SPALLANZANI			35	35
POL.. UMBERTO I		218		218
POL. TOR VERGATA		43		43
A.O.S.ANDREA		90		90
IFO		0	0	0
TOTALE	241	1.045	719	2.005

il Tavolo di coordinamento regionale ha poi sommato, per ognuna delle 43 prestazioni, il numero di concordanze (cioè scelta delle condizioni cliniche da associare), risultate nei documenti riassuntivi aziendali, in ciascuna classe di priorità.

Alla fine si è ottenuto, per ognuna delle 43 prestazioni, una sorta di *graduatoria regionale* delle condizioni cliniche più *gettonate*, ritenute da doversi associare, secondo i medici prescrittori, alle classi di priorità previste.

A questo punto, il Tavolo di coordinamento ha chiesto il contributo delle Società Scientifiche, sottoponendo alla loro valutazione, le risultanze di questa consultazione, ognuna per la branca di competenza.

Sono stati pertanto costituiti 14 sottogruppi (tante erano le branche specialistiche interessate), aventi il compito di validare le scelte fatte dai medici prescrittori, apportando, eventualmente correzioni o aggiunte in base alla EBM (*Evidence Based Medicine*).

Ad ogni sottogruppo è stato invitato un rappresentante delle Società scientifiche nazionali (di specialità), un rappresentante delle Associazioni dei medici ospedalieri e un rappresentante delle Società scientifiche dei medici di medicina generale.

Il lavoro di revisione operato dai sottogruppi ha prodotto la versione definitiva del documento *Linee guida per l'attribuzione della classe di priorità nelle prescrizioni di specialistica ambulatoriale*