

Servizio Sanitario
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ATS - AREA SOCIO SANITARIA LOCALE di OLBIA

DETERMINAZIONE DIRETTORE ASSL

N. 441 DEL 24/10/2017

OGGETTO: Procedure per la prescrizione secondo priorità clinica - utilizzo del codice di priorità clinica per le prestazioni di Specialistica Ambulatoriale Distretto di Olbia

IL DIRETTORE

PIERPAOLO PANI

(firma digitale apposta)

La presente Determinazione	
è soggetta al controllo preventivo di cui al comma 1 dell'art. 29 della L. R. 10 / 2006	
viene comunicata al competente Assessorato regionale, ai sensi del comma 2 dell'art. 29 della L. R. 10 / 2006, qualora comportante impegno di spesa inferiore a euro 5.000.000	
STRUTTURA PROPONENTE DISTRETTO SANITARIO OLBIA-LA MADDALENA	

Si attesta che la presente determinazione viene pubblicata nell'Albo Pretorio on-line della ASSSL di Olbia	
Dal 24/10/2017	Al 08/11/2017
Area Affari Generali, Affari Legali, Comunicazione	

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO S.S. DI OLBIA
Dr. Liliana Pascucci

RICHIAMATA la Legge Regionale 27 luglio 2016, n. 17, "Istituzione dell'Azienda per la tutela della salute (ATS) e disposizioni di adeguamento dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale; Modifiche alla legge regionale 28 luglio 2006, n. 10 (Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5) e alla legge regionale 17 novembre 2014, n. 23 (Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale)";

VISTA la Deliberazione del Direttore Generale dell'ATS Sardegna n.137 del 29/12/2016 di nomina del Direttore dell'Area Socio Sanitaria di OLBIA dr. Pier Paolo Pani

VISTA la Deliberazione del Direttore Generale dell'ATS Sardegna n. 11 del 18/01/2017 recante oggetto "Individuazione delle funzioni/attività attribuite ai Direttori delle Aree Socio Sanitarie e ai Dirigenti dell'Azienda per la Tutela della Salute";

PREMESSO che agli atti della Direzione ASSL di Olbia e della Direzione del Distretto S.S. di Olbia è depositato il documento integrale di cui in oggetto

DATO ATTO che il soggetto che propone il presente atto non incorre in alcuna delle cause di incompatibilità previste dalla normativa vigente, con particolare riferimento al Codice di Comportamento dei Pubblici Dipendenti e alla Normativa Anticorruzione e che non sussistono, in capo allo stesso, situazioni di conflitto di interesse in relazione all'oggetto dell'atto, ai sensi della Legge 190 del 06/11/2012 e norme collegate;

RICHIAMATO il Decreto Legislativo del 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i. di (Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, (G.U. n.80 del 05/04/2013), in materia di trattamento dei dati personali;

RICHIAMATO il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012 PRGLA 2010 / 2012 reg. Sardegna: Art. 1 – Individuazione dei tempi massimi di attesa per le prestazioni ambulatoriali di cui al punto 3.1 del PNGLA -Tabella 1- fissati in base alle classi di priorità:

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

DATO ATTO che **a)** le strategie per la gestione delle liste d'attesa fanno riferimento alle indicazioni regionali dando la massima attenzione alle necessità di urgenza clinica appropriatezza diagnostica e prescrittiva mirando a favorire la collaborazione fra chi prescrive e chi eroga le prestazioni **b)** le liste ed i tempi di attesa sono importanti indicatori percepiti dal cittadino come correlati alla efficienza del sistema sanitario e di fatto una gestione razionale standardizzata e monitorabile delle liste può consentire risposte più adeguate ai reali bisogni di salute con riduzione di inapproprietezze e maggior capacità di garantire i LEA

PREMESSO che l'assistenza specialistica ambulatoriale distrettuale necessita di un continuo adeguamento ai bisogni assistenziali tale da garantire

- Miglioramento continuo dell'appropriatezza prescrittiva
- Maggior efficienza nel governo delle liste da parte del CUP
- Riduzione al minimo degli scostamenti delle attese dai tempi previsti
- Riduzione della spesa sanitaria attraverso un miglior monitoraggio della appropriatezza prescrittiva

CONSIDERATO che sono previste dal Piano di Intervento sulle liste d'attesa e sulla appropriatezza prescrittiva

- Azioni di controllo della domanda condivise da MMG, Specialisti ospedalieri e territoriali
- Accordi su obiettivi e indicatori di appropriatezza nella gestione delle cronicità
- Azioni formative e informative indirizzate a tutti gli attori coinvolti
- Definizione delle competenze degli specialisti ai quali demandare l'atto di prescrizione di prestazioni di proprio interesse diagnostico (evitando di reinviare ai MMG la compilazione dell'impegnativa per prestazione specialistica)
- Monitoraggio degli indicatori
- Valutazione degli indici di fabbisogno di specifiche prestazioni

DATO ATTO che il documento in oggetto è stato regolarmente redatto da un gruppo di lavoro, organizzato previa formale comunicazione via e-mail/ protocollo **n.p. 6230/16** - Olbia- 28.10.2016- a tutte le parti interessate ivi comprese le rappresentanze sindacali dei MMG e C.A., coordinato dal Dirigente medico Dr. Marialuisa Arras incaricato dal Direttore del Distretto con atto formale n.Prot. 2016 / 6206 del 28.10.2016

PROPONE L'ADOZIONE DELLA DETERMINAZIONE

- Di approvare il documento : "**Procedure per la prescrizione secondo priorità clinica - Utilizzo del codice di priorità clinica per le prestazioni di Specialistica Ambulatoriale del Distretto di Olbia**" "per la cui implementazione è già stata autorizzata dalla Direzione ASSL la programmazione delle attività formative (piano formativo aziendale 2017)
- Di autorizzare l' avvio della fase pilota della durata di un anno delle procedure definite nel documento dal momento della pubblicazione formale dello stesso (albo pretorio- Intranet – sito internet ATS) stabilendo che è possibile una revisione a 6 mesi salvo eventuali condizioni che dovessero richiederne un anticipo
- Di trasmettere copia del presente atto agli Affari Generali, Legali e Comunicazione per gli adempimenti di competenza

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI OLBIA

Dott. Liliana Pascucci
(firma digitale apposta se presente)

IL DIRETTORE DELL'AREA SOCIO-SANITARIA LOCALE DI OLBIA
Dr. Pier Paolo Pani

VISTA la su estesa proposta, che si richiama integralmente;

DATO ATTO che il soggetto che adotta il presente atto non incorre in alcuna delle cause di incompatibilità previste dalla normativa vigente, con particolare riferimento al Codice di Comportamento dei Pubblici Dipendenti e alla Normativa Anticorruzione e che non sussistono, in capo allo stesso, situazioni di conflitto di interesse in relazione all'oggetto dell'atto, ai sensi della Legge 190 del 06/11/2012 e norme collegate;

DETERMINA

Articolo I. Di approvare il Documento ***“Procedure per la prescrizione secondo priorità clinica - Utilizzo del codice di priorità clinica per le prestazioni di specialistica ambulatoriale del Distretto di Olbia - “***

- Di dare atto che la fase pilota di implementazione avrà durata di mesi 12 e che in tale fase sarà possibile, ove necessario, una revisione a 6 mesi del documento per gli eventuali interventi di miglioramento
- Di dare atto che il documento è costituito:
 - da una parte introduttiva che descrive il contesto territoriale e regionale tenendo conto anche del riassetto sanitario in corso nella Regione Sardegna;
 - da una parte dedicata alla definizione del concetto di appropriatezza prescrittiva e alla definizione dei codici U,B,D,P cui è stata aggiunta la categoria delle urgenze non differibili (Emergenze cliniche) al fine di garantire maggior sicurezza e tempestività d'azione per i casi di massima gravità;
 - da un insieme di 16 schede specialistiche nelle quali sono indicate le condizioni cliniche e i relativi gradi di priorità;
 - da una parte che riassume un set di indicatori per il monitoraggio delle liste d'attesa e delle prestazioni erogate
- Di dare atto che il documento procedurale concerne le prestazioni specialistiche erogate ed erogabili nel Poliambulatorio e negli ambulatori periferici del Distretto di Olbia
- Di dare avvio alla implementazione della fase pilota delle procedure di cui in oggetto dal momento della pubblicazione formale del documento (albo pretorio- Intranet – sito internet ATS)
- Di dare atto che è in capo al coordinatore del Gruppo di Lavoro dr. Marialuisa Arras la gestione del progetto e delle successive fasi di sviluppo
- Di trasmettere copia del presente atto agli organi aziendali di competenza per il completamento delle procedure di controllo preventivo e pubblicazione del documento

IL DIRETTORE DELLA ASSSL DI OLBIA

Dott. Pier Paolo Pani

(firma digitale apposta)

Data redazione e revisioni	Gruppo di Lavoro (Coordinatore e Componenti)	Promotore	Committente	Approvazione	Autorizzazione a pubblicazione e diffusione
15.10.16	<p>Coordinatore Gruppo di Lavoro: dr. Marialuisa Arras Dirig. Medico</p> <p>Dr. M. Beccu: Pediatra PLS</p> <p>Dr. S. Bobbi: Neurologa P.A.Distr.</p> <p>Dr. A. Bua: Dirett. U.O. di Medic.e Chir. d'Accett. e d'Urg.</p> <p>Dr. M. Cireddu : Ortopedico P.A. Distr.</p> <p>Dr. M. Doneddu : Dermat. P.A.Distr.</p> <p>Dr. M.Serena Fenu : Direzione Medica ASSL Olbia</p> <p>Dr. V. Ledda: C.A.</p> <p>Dr. G. Manunta: Odontoiatra P.A.Distr.</p> <p>Dr. R. Mellino: C.A.</p> <p>Dr. P. Panedda : MMG</p> <p>Dr. P. Paschino: Pneumologo P.A. Distr.</p> <p>Dr. S. Ruiu :Oculista P.A.Distr.</p> <p>Dr. A.M. Sanna: Resp. Poliambul. Distretto</p> <p>G.M. Sciretti: Resp. CUP</p> <p>Dr. L. Selis: Cardiologa P.A. Distr.</p> <p>Dr. A. Susini : ORL P.A.Distr.</p> <p>Dr. P. Zappadu: Cardiologo Resp.U. Sincope</p>		Dr. L.Pascucci	Dr. P. Pani	Dr. P. Pani
Il documento è depositato / pubblicato presso :		Direz. ASSL Olbia, Direz. Distretto, Intranet Aziendale			

Sommario

1. Premessa.....	4
2. Terminologia e abbreviazioni.....	6
3. Il documento.....	6
3.1 Obiettivi.....	7
3.2 Ambiti di applicazione e relativi criteri di inclusione ed esclusione.....	9
3.3 Destinatari.....	11
3.4 Periodo di validità e revisioni.....	11
3.5 Strumenti e modalità di gestione del documento.....	11
3.6 Implementazione delle procedure.....	14
4. Appropriata prescrizione.....	14
4.1 Criteri di priorità clinica per l'accesso alle prestazioni.....	15
4.2 Identificazione di " Primi accessi " e " Controlli ".....	16
4.3 Le classi di priorità clinica.....	16
5. Schede di sintesi e di applicazione dei criteri di priorità clinica.....	18
Visita Cardiologica.....	19
Visita Cardiologica in ambito Pediatrico.....	20
Visita Dermatologica.....	21
Visita Dermatologica in ambito Pediatrico (Fino a 14 anni).....	22
Visita Endocrinologica.....	23
Visita Endocrinologica in ambito pediatrico (Fino a 14 anni).....	24
Visita Neurologica.....	25

Visita Oculistica.....	26
Visita Oculistica in ambito Pediatrico (Fino a 14 anni).....	27
Visita Odontoiatrica.....	28
Visita Ortopedica	29
Visita Ortopedica in ambito Pediatrico (Fino a 14 anni).....	30
Visita Otorinolaringoiatrica.....	31
Visita Otorinolaringoiatrica in ambito Pediatrico (fino a 14 anni)	32
Visita Pneumologica.....	33
Visita Reumatologica	34
6. Monitoraggio	35
6.1 Indicatori	36
6.2 AUDIT	40
7. Bibliografia, Fonti e Riferimenti Normativi	43

1. Premessa

Le liste di attesa così come la spesa sanitaria e, dunque, la disponibilità di risorse, risentono di molteplici fattori fra cui il governo della domanda di prestazioni, il governo dell'offerta di assistenza e i sistemi di prenotazione ed erogazione delle prestazioni. Nel SSN italiano le liste di attesa sono spesso causa di criticità percepite dai cittadini come lesione del diritto alla salute laddove sia compromessa l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni da erogare in tempi e modalità rispondenti alle reali esigenze. L'abbattimento dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie è uno degli obiettivi prioritari del SSN e l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, rappresenta una componente strutturale dei LEA, così come previsto dal DPCM del 29 novembre 2001 (v. allegato: CONFERENZA STATO-REGIONI - SEDUTA DEL 14 FEBBRAIO 2002 -).

Nel documento di Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n.131 è prevista inoltre ... " in applicazione della lettera e) del comma 280 dell'articolo della legge finanziaria 2006, l'attivazione nel nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) di uno specifico flusso informativo per il monitoraggio delle liste di attesa, che costituisca obbligo informativo ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della citata intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005". Sono cioè previsti : un monitoraggio di sistema del fenomeno liste di attesa, un monitoraggio specifico delle prestazioni ed un monitoraggio/regolamentazione delle eventuali sospensioni delle attività di prenotazione. Per il 2017 il nuovo Piano Sanitario prevede l'aggiornamento dei LEA.

Di seguito sono indicate le 43 prestazioni con relativi codici di diagnosi/prestazione, che sino al momento della redazione del documento sono state soggette a monitoraggio dei tempi di attesa e delle attività prescrittive per la regione Sardegna: v. prestazioni di cui al paragrafo 3 del PNGLA (si veda tra gli allegati lo specifico "Allegato 1 alla Delib. G.R. n. 4/7 del 30.1.2007").

Fig. 1 Elenco prestazioni ambulatoriali di cui al punto 3.1 del PNGLA

VISITE SPECIALISTICHE			
Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Disciplina
1	Visita cardiologica	89.7	8
2	Visita chirurgia vascolare	89.7	14
3	Visita endocrinologica	89.7	19
4	Visita neurologica	89.13	32
5	Visita oculistica	95.02	34
6	Visita ortopedica	89.7	36
7	Visita ginecologica	89.26	37
8	Visita otorinolaringoiatrica	89.7	38
9	Visita urologica	89.7	43
10	Visita dermatologica	89.7	52
11	Visita fisiatrica	89.7	56
12	Visita gastroenterologica	89.7	58
13	Visita oncologica	89.7	64
14	Visita pneumologica	89.7	68

Report 6 Statistiche RAS complessivo APR2016 allegato 1

Fig. 2 Elenco prestazioni ambulatoriali di cui al punto 3.1 del PNGLA

PRESTAZIONI STRUMENTALI – DIAGNOSTICA PER IMMAGINI		
Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore
15	Mammografia	87.37.1; 87.37.2
16	TC senza e con contrasto Torace	87.41; 87.41.1
17	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2; 88.01.1
18	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4; 88.01.3
19	TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6; 88.01.5
20	TC senza e con contrasto Capo	87.03; 87.03.1
21	TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	88.38.2; 88.38.1
22	TC senza e con contrasto Bacino	88.38.5
23	RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1; 88.91.2
24	RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4; 88.95.5
25	RMN Muscoloscheletrica	88.94.1; 88.94.2
26	RMN Colonna vertebrale	88.93; 88.93.1
27	Ecografia Capo e collo	88.71.4
28	Ecocolordoppler cardiaca	88.72.3
29	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73.5
30	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77.2
31	Ecografia Addome	88.74.1; 88.75.1; 88.76.1
32	Ecografia Mammella	88.73.1; 88.73.2
33	Ecografia Ostetrica - Ginecologica	88.78; 88.78.2
PRESTAZIONI STRUMENTALI – ALTRI ESAMI SPECIALISTICI		
Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore
34	Colonscopia	45.23; 45.25; 45.42
35	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24
36	Esofagogastroduodenoscopia	45.13; 45.16
37	Elettrocardiogramma	89.52
38	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50
39	Elettrocardiogramma da sforzo	89.41; 89.43
40	Audiometria	95.41.1
41	Spirometria	89.37.1; 89.37.2
42	Fondo Oculare	95.09.1
43	Elettromiografia	93.08.1

Report 6 Statistiche RAS complessivo APR2016 allegato 1

2. Terminologia e abbreviazioni

- Delib.G.R : delibera della giunta regionale
- DPCM : decreto del Presidente del Consiglio dei ministri
- ICT: Information, Communications, Technology
- LEA : Livelli essenziali di assistenza
- MCA : medico di continuità assistenziale
- MMG: medico di medicina generale
- NSIS : nuovo sistema informativo sanitario
- PLS: Pediatra di libera scelta
- PNGLA : piano nazionale di governo delle liste d'attesa
- Prestazione : U : urgente, B : a breve, D : differibile, P : programmata
- P.A.Distr. : Poliambulatorio di distretto

3. Il documento

Il presente documento è uno strumento di informazione e guida alla prescrizione delle prestazioni sanitarie secondo codici di priorità d'accesso standardizzati e condivisi dalle diverse categorie professionali le cui rappresentanze hanno partecipato ai tavoli di lavoro. **Per semplicità si è scelto di inserire nel documento i principi prescrittivi orientativi relativi esclusivamente alle sole specialità presenti nel Distretto di Olbia. Per le modalità di gestione delle emergenze/urgenze che richiedono il ricorso a specialità o reparti di degenza non presenti nella ASSL di Olbia (per esempio: Neurochirurgia, Chirurgia Vascolare, Odontoiatria/Chirurgia Maxillo Facciale, Oculistica ecc...), si rimanda agli specifici documenti aziendali sui percorsi di Medicina e Chirurgia d'Urgenza.**

Il doc. viene redatto per la prima volta in risposta alle emergenti richieste di contenimento e ottimizzazione delle liste d'attesa e dell'appropriatezza prescrittiva. Definisce le procedure per l' utilizzo dei codici di priorità per la prescrizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale da parte dei MMG,MCA, PLS e medici della specialistica ambulatoriale. **Il documento raccoglie procedure per la cui corretta ed efficace implementazione è imprescindibile la disponibilità di risorse (tecnologiche, professionali, logistiche e organizzative) e di percorsi che, specificamente definiti, progettati e programmati, siano interconnessi e condivisi da tutte le parti interessate.** Al termine della sua redazione il documento è sottoposto a validazione e approvazione da parte delle autorità sanitarie di competenza per essere pubblicato e diffuso a tutti gli operatori sanitari coinvolti nei processi assistenziali. Con l'applicazione delle procedure indicate e stabilite sulla base di linee guida e protocolli nazionali ed internazionali, si intende favorire l'appropriatezza diagnostico-terapeutica, congrui tempi di attesa, una

ottimale gestione delle risorse ed un più agevole accesso del paziente alle prestazioni sanitarie. La redazione delle procedure ha richiesto il coinvolgimento di MMG, MCA, PLS, Specialisti degli ambulatori del Distretto, Pronto Soccorso e CUP della ASSL di OLBIA che si sono resi disponibili ad una fattiva partecipazione ai tavoli di lavoro. Il progetto è stato commissionato dalla Direzione del Distretto che con atto formale, nota prot. N° 2016/6300 del 03.11.2016, preceduto da comunicazione verbale e e-mail, ha nominato il dirigente Medico di Distretto per la progettazione dei lavori, la definizione ed il coordinamento dei G.di L.

3.1 Obiettivi

In considerazione di quanto in premessa, appare evidente la necessità di programmi e strategie utili a favorire :

- procedure prescrittive in appropriatezza e qualità attraverso l'uso di codici di priorità condivisi e standardizzati a livello regionale e /o nazionale
- erogazione tempestiva e appropriata delle prestazioni definendo e rendendo chiari a tutti gli attori del sistema gli obiettivi aziendali, i risultati attesi con definizione degli indicatori, le strategie, le azioni e gli interventi da attuare, di base e di miglioramento
- trasparente e costante monitoraggio periodico dei tempi d'attesa e delle eventuali interruzioni delle attività di prenotazione, rendendo disponibili e aggiornati i dati mensili sul sito aziendale
- informazione e conoscenza adeguata per operatori e utenti dei propri doveri e diritti in caso di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni o di interruzione delle prenotazioni.

In sintesi il presente documento si prefigge di diffondere, rendere agevoli, accessibili e standardizzabili i **criteri per la prescrizione, secondo priorità, di visite e prestazioni ambulatoriali indicando** le linee di indirizzo utili al medico di medicina di base, al pediatra di libera scelta, al MCA e agli specialisti per attuare prescrizioni specialistiche ambulatoriali sulla base dei principi di appropriatezza e priorità clinica.

Fig.3: Schema sintetizzante gli obiettivi aziendali perseguiti dal presente progetto, gli indicatori ed i risultati attesi.

Linee di indirizzo aziendali per MMG, PLS, MCA, Medici Specialisti ambulatoriali, per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e l'ottimizzazione delle liste d'attesa delle visite e indagini specialistiche		
Obiettivi aziendali	Indicatori	Risultati attesi
Garantire il Governo delle Liste d'Attesa per le prestazioni ambulatoriali attraverso percorsi di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di gestione delle priorità cliniche al fine di fornire risposte sollecite ed efficaci oltreché la tempestiva esecuzione della prestazione	• Definizione di una procedura per l'utilizzo del codice di priorità della prestazione di specialistica ambulatoriale	proposta alla direzione aziendale
	• N°riunioni per la verifica della appropriatezza prescrittiva	6
	• Analisi report con profilo prescrittivo dei MMG/PLS e governo scostamenti (per la cui realizzazione sono tuttavia richiesti strumenti informatici dedicati)	100%
Strategie, Azioni ed Interventi proposti <ul style="list-style-type: none"> • Coinvolgimento delle figure mediche di MG, PLS, C.A, Specialistica ambulatoriale del Distretto e Ospedaliera, nei processi di recepimento e adattamento alle realtà e alle necessità contingenti degli obiettivi Aziendali/regionali/nazionali • Formazione medica finalizzata sia alla diffusione delle procedure che all'aggiornamento continuo delle conoscenze per lo sviluppo della appropriatezza clinica e prescrittiva con focus sulla cultura della creazione e implementazione di procedure e PDTA quali strumenti principali di governance in sanità. • Elaborazione, introduzione e dotazione capillare, nei diversi settori operativi, di nuove metodologie basate sulla riorganizzazione dei flussi informativi in recepimento alle più recenti normative SISN, ICT, e sull'utilizzo di programmi informatici in grado di consentire la facilitazione e tracciabilità informatica sia di tutte le fasi prescrittive che dei processi di verifica, monitoraggio ed elaborazione statistica. 		

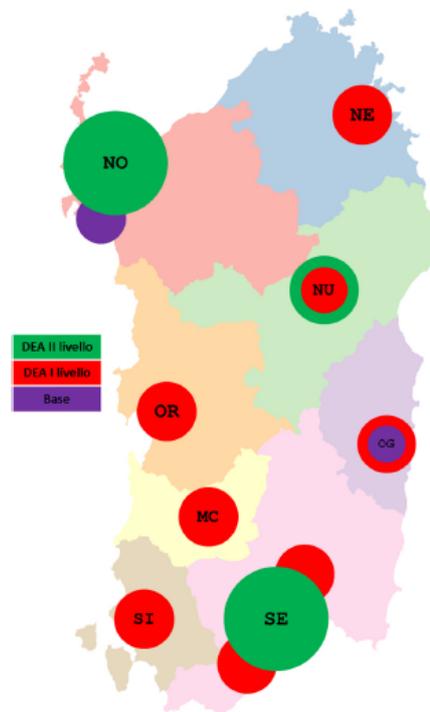
3.2 Ambiti di applicazione e relativi criteri di inclusione ed esclusione

Le procedure contenute nel documento sono destinate agli ambiti operativi medico-sanitari multidisciplinari ed amministrativi del Distretto di Olbia la cui area di riferimento geo-demografica, definita dal recente riassetto del SSR, è quella NE, come evidenziato nella fig. 4

Fig. 4: La Nuova Rete Ospedaliera Regionale (da: La riorganizzazione della Rete Ospedaliera della Regione Autonoma della Sardegna - Assessorato dell' Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale - Reg. Aut. della Sardegna)

Aree di riferimento geo-demografico di attivazione dei nodi della rete

Nord Ovest	Presidio di II livello (HUB) multi-stabilimento Presidio di base multi-stabilimento
Nord Est	Presidio I livello multi-stabilimento
Nuorese	Presidio I livello multi-stabilimento
Oristanese	Presidio I livello multi-stabilimento
Sulcis Iglesiente	Presidio I livello multi-stabilimento
Medio Campidano	Presidio I livello mono-stabilimento
Ogliastra	Presidio di base
Sud Est	Presidio di II livello (HUB) multi-stabilimento Presidio I livello ASL multi-stabilimento Presidio I livello AOU



La scelta delle discipline da includere o escludere dalla lista delle procedure del presente documento ha tenuto conto della necessità sia di favorire l'appropriatezza delle attività prescrittive che di ottimizzare le liste d'attesa relative unicamente a specialità mediche e chirurgiche presenti nel Distretto facendo proprio l'obiettivo di garantire ai bisogni dell'utenza una **risposta multidisciplinare omogenea** e ad ampio spettro in una correlazione positiva e sinergica tra le diverse discipline e strutture operative.

A proposito di omogeneità e standardizzazione della fruibilità di prestazioni sanitarie, con particolare riferimento a quelle di alta complessità occorrenti in condizioni di emergenza-urgenza, appare evidente la necessità di individuare quanto prima, anche in considerazione del riassetto sanitario regionale, strategie utili a definire ed implementare reti e snodi decisionali tra il Distretto, le Strutture Ospedaliere dell'Area NE e i diversi Presidi Ospedalieri della Rete Regionale. È infatti necessario garantire l'ottimale fruibilità di quelle prestazioni diagnostiche e terapeutiche che pur appartenenti ai LEA non sono erogabili nell'Area NE della Sardegna. L'assenza ad Olbia di risorse e reparti specialistici (UU.OO semplici o complesse) quali per esempio l'Oculistica, l'Odontoiatria o la Neurochirurgia, non compensata da percorsi prestabiliti e condivisi per un rapido accesso 24H a Strutture Sanitarie presenti solo a Nuoro, Sassari o Cagliari, rende difficile garantire il rispetto delle tempistiche diagnostico-terapeutiche previste da linee guida, protocolli e procedure nazionali ed internazionali a cui anche questo documento fa riferimento.

L'applicazione dei codici nelle condizioni di emergenza – urgenza (caselle indicate in rosso) richiede infatti la contestuale disponibilità di PDTA e protocolli sia intra-aziendali (tra distretto-118 e Ospedale) che interaziendali (tra P.O. di Olbia / Tempio o La Maddalena e i presidi delle aree NO, Nu e SE) in grado di “agganciare” il presente documento nel rispetto delle linee guida, dei protocolli clinici e delle evidenze scientifiche condivisi a livello nazionale e internazionale.

Ciò premesso si indica di seguito la lista delle discipline sottoposte ai criteri prescrittivi con codice di priorità.

Visite (primo accesso) erogate negli ambulatori afferenti al Distretto di Olbia (in ordine alfabetico)

- Visita Cardiologica
- Visita Dermatologica
- Visita Endocrinologica
- Visita Neurologica
- Visita Oculistica
- Visita Odontoiatrica
- Visita Ortopedica
- Visita Otorinolaringoiatrica
- Visita Pneumologica
- Visita Reumatologica

3.3 Destinatari

Le procedure indicate sono destinate a :

- Medici di medicina generale, Pediatri di L.S., Medici di Continuità assistenziale
- Medici specialisti e convenzionati con il SSR
- Responsabili CUP
- Responsabili URP
- Strutture sanitarie eroganti prestazioni sanitarie soggette ai criteri in questione

3.4 Periodo di validità e revisioni

A partire dalla data di autorizzazione da parte delle istituzioni competenti della ASL di pertinenza il documento ha :

- validità **3 anni**, salvo nuove disposizioni locali e/o regionali (di cui 1 anno per la fase pilota)
- con prima revisione a **sei mesi** dalla pubblicazione sul sito intranet e successive revisioni annuali eventualmente precedute da **AUDIT** da programmare/concordare con gli attori interessati e coinvolti nell'implementazione delle procedure.

3.5 Strumenti e modalità di gestione del documento

È fondamentale che le procedure finalizzate alla best practice del presente documento siano diffuse, apprese e condivise ad ogni livello di operatività dagli attori coinvolti. Sono pertanto parte integrante della gestione del documento :

- La corretta redazione del documento, che deve essere inoltre, per quanto possibile, di facile utilizzo e comprensione. (V. check list di seguito riportata).
- La diffusione (attraverso intranet e tutti gli strumenti stabiliti a livello aziendale)
- La messa a disposizione e acquisizione degli strumenti operativi attraverso seminari, riunioni, corsi formativi, specifici per disciplina e target, progettati e programmati dalla Direzione di Distretto anche su eventuale richiesta da parte degli operatori interessati.
- La **Revisione del documento**, che prevede momenti formali ed informali
- La valutazione sistematica dei processi implementati, condotta secondo uno specifico modello di lavoro, quale quello dell'**AUDIT**, concordabile ogni 6/12 mesi o, in caso di necessità, in tempi differenti rispondenti a specifiche contingenze o esigenze da parte di uno o più attori.

Fig. 5 : Scheda Check list per la redazione del Documento

Promotore	E' stato identificato il soggetto dal quale è derivata la decisione di attuare il PDTA/PIC (Direzione Generale d'Azienda, Direzione Sanitaria di Presidio o Direzione di Distretto, ecc.). E' necessario indicare il livello di formalizzazione del progetto (comunicazione interna, delibera ecc.).
Committente	E' stato identificato il soggetto che assume la responsabilità e definisce la modalità con cui intende recepire il PDTA/PIC da attuare
Criteri di eleggibilità	Sono state definite le motivazioni che sostengono la scelta della patologia o della problematica clinica su cui costruire il PDTA o PIC secondo specifiche priorità
Gruppo di lavoro	Sono state definite le professionalità, disciplina e ruoli dei partecipanti al gruppo di lavoro identificato per la costruzione del PDTA/PIC
Letteratura di riferimento e linee guida	E' stata definita la principale bibliografia di riferimento e le linee guida di riferimento
Criteri di inclusione	Sono stati definiti i criteri di inclusione ed esclusione adottati e modalità di classificazione
Approccio al profilo	Sono state definite le modalità di approccio al profilo (es. progettazione completa, riorganizzazione, introduzione di nuove fasi o figure professionali, etc....)
Analisi e rappresentazione	Sono state definite le modalità di rappresentazione grafica in relazione alle attività snodi decisionali e responsabilità

Categorie assistenziali	Sono state definite le categorie assistenziali prese in considerazione nella costruzione del profilo
Valutazioni del profilo	Sono stati definiti gli indicatori di struttura, processo, esito, equilibrio economico, ecc. Effettuazione di audit.
Modalità di diffusione interna	Sono state definite le modalità di diffusione in azienda (es. invio a tutte le S.C., riunioni di presentazione, consegna a tutto il personale, MMG, ecc.)
Modalità di diffusione esterna	Sono state definite le modalità di diffusione all'esterno dell'azienda (es. Carta dei Servizi, Internet, coinvolgimento associazioni, ecc.). N.B. la diffusione ai medici di base non va considerata diffusione esterna
Governo del profilo	E' stato definito il soggetto che mantiene sotto controllo l'applicazione e manutenzione del profilo. Se SI indicare la/le figura/e professionale/i
Manutenzione del profilo	E' stata definita la fase di manutenzione/aggiornamento del profilo. Se SI ogni quanto tempo espresso in mesi/anno
Livello di implementazione	Stato dei lavori (es. progettazione, definizione operativa, già applicato, etc.....)
Data di stesura e revisione	E' indicata la data della stesura definitiva del documento, la data dell'ultima revisione ed il numero delle eventuali revisioni

3.6 Implementazione delle procedure

L'implementazione delle procedure indicate nel documento prevede, oltre alle preliminari fasi di validazione, approvazione e diffusione, una o più fasi di informazione e formazione; allo scopo sono state programmate 4 sessioni formative con ECM per il 2017 oltre allo studio di sistemi informatici a supporto del documento stesso.

Si ribadisce che il documento fa riferimento esclusivamente alle specialità ambulatoriali afferenti al Distretto di Olbia.

4. Appropriately prescrivibile

Una prescrizione è da intendere appropriata quando, sia sulla base delle evidenze scientifiche, sia sotto il profilo deontologico e formale che nel rispetto delle normative vigenti, risulti adatta, pertinente, coerente e conveniente per lo scopo per cui è erogata. Una buona prescrizione deve, inoltre, tendere sia alla massimizzazione dell'efficacia che alla contemporanea minimizzazione di rischi e costi, anche nel rispetto delle scelte dell'utente.

Per la prescrizione di una prestazione soggetta alle norme prescrittive in questione il medico è tenuto a specificare la classe di priorità che definisce il tempo massimo di attesa secondo la normativa vigente, tenendo conto dei criteri clinici di seguito specificati e sintetizzati con le sigle U,B,D,P.

L'introduzione di metodologie operative informatizzate, così come suggerito in questo documento, potrebbe consentire la semplificazione, velocizzazione e implementazione automatica delle procedure di prenotazione eseguibili già dal Medico prescrittore in rete con CUP e specialista di destinazione. Tale sistema organizzativo limiterebbe i disagi all'utente e consentirebbe al M. Prescrittore una gestione più congrua delle tempistiche del caso clinico.

Per quanto attiene all'atto prescrittivo concreto, la compilazione della richiesta di visita o indagine specialistica dovrà sempre contenere diagnosi o sospetto diagnostico **a meno che il paziente neghi il consenso**. In tal caso, nel rispetto della normativa sulla privacy, il medico scriverà sulla ricetta che la diagnosi o il quesito clinico sono indicati in un documento allegato consegnato al paziente in busta chiusa e indirizzato allo specialista. Una cartella clinica elettronica a gestione e di proprietà del paziente potrebbe, in alternativa, garantire che, attraverso password tracciabili l'utente possa decidere a chi (MMg, Specialista), come e quando (in occasione di visita o altra prestazione, ambulatoriale o ospedaliera) consentire l'accesso ai propri dati personali.

Figura 6 : Modello concettuale del NSIS: gli otto obiettivi strategici



http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3029&area=sistemaInformativo&menu=obiettivi

4.1 Criteri di priorità clinica per l'accesso alle prestazioni

Si intende per Priorità Clinica la definizione del grado di urgenza stabilito e codificato entro limiti dettati da linee guida e protocolli diagnostico-terapeutici nazionali ed internazionali. **Premesso che il documento intende essere una guida finalizzata ad agevolare l'atto prescrittivo e non una imposizione di criteri rigidi nei confronti del medico,** è implicito principio che, in casi di dubbi, sia diagnostico-terapeutici che prescrittivi, il prescrivente può ricorrere, anche telefonicamente, a chiarimenti dello specialista a cui la richiesta è indirizzata.

4.2 Identificazione di “ Primi accessi “ e “ Controlli “

Nell'ambito delle prestazioni ambulatoriali è possibile distinguere fra primi accessi e visite/esami di controllo:

1° accesso/esame /visita : occasione nella quale per la prima volta si pone diagnosi o sospetto diagnostico per lo specifico problema. Rientra nella fattispecie anche l'accesso/visita / esame per riacutizzazione di un sintomo o la variazione del quadro clinico correlati o meno alla patologia cronica nota tali da rendere necessaria la rivalutazione dello stato del paziente e della terapia.

Visita o esame di controllo (follow up): sono le Visite o accertamenti diagnostici strumentali successivi al primo accesso e programmate dallo specialista e/o che necessitano di approfondimento; in linea generale inoltre le prestazioni richieste con l'indicazione sulla ricetta del codice di esenzione per patologia presuppongono che per quella patologia la visita sia di grado successivo alla prima.

4.3 Le classi di priorità clinica

È a cura del medico prescrittore l'attribuzione del grado di priorità della richiesta in ricetta.

Le classi di priorità sono definite sulla base di criteri ed evidenze scientifiche fondanti protocolli, linee guida e normative nazionali e internazionali e, in linea generale, sono condivise a livello nazionale ed internazionale.

Tuttavia si è inteso in questa trattazione definire anche una categoria aggiuntiva di condizioni e/o patologie che, per la loro gravità richiedono un intervento immediato per cui persino la prescrizione su ricetta appare non obbligatoria. **Tale categoria è descritta nelle caselle contrassegnate in rosso, non è rappresentata nelle ricette come le altre 4 categorie e contempla le condizioni (descritte nelle caselle rosse del documento) per le quali si richiede l'invio e la gestione immediata in pronto soccorso e/o nei reparti specialistici di competenza.**

Le **Classi di priorità U e B** sono attribuite a prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona, in un arco di tempo molto breve la prognosi del paziente o influenza sintomi quali in particolare il dolore, la disfunzione o la disabilità.

La Classe D riguarda prestazioni la cui tempestiva esecuzione non condiziona in un arco di tempo molto breve la prognosi.

Il grado di priorità P contempla quelle prestazioni che possono essere programmate in un maggiore arco di tempo poiché non influenzano in tempi brevi **prognosi, dolore, disfunzione, disabilità**; rappresentano spesso un accesso di follow-up o di indagine o terapia con esito non condizionato da tempi di attesa definibili entro 180 gg. In Fig. 7 è rappresentata in sintesi la definizione dei codici di Priorità siglati nell'attuale modello di ricetta.

Fig. 7: Le Classi di Priorità Clinica

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 , <u>entro 24 ore max 72 s.c.i</u>
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. <u>Da eseguirsi entro 10 giorni</u>
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 <u>entro 30 giorni per le visite e entro 60 giorni per le prestazioni strumentali</u>
P (programmata)	Prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità. <u>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.</u>

5. Schede di sintesi e di applicazione dei criteri di priorità clinica

L'applicazione dei criteri generali di priorità previsti dalla normativa ha comportato il confronto professionale tra Specialisti, Medici di Pronto Soccorso, Medici di Medicina Generale, di CA, PLS per la definizione di linee condivise di prescrizione attraverso l'attribuzione di codici di priorità. Si riportano di seguito le schede di sintesi elaborate col gruppo di lavoro e successivamente sottoposte ad approvazione e validazione delle Direzioni Distrettuale e Aziendale.

Giova ripetere che le presenti linee guida non intendono costituire in alcun caso un vincolo o una limitazione all'atto medico svolto secondo scienza e coscienza. Intendono semmai fornire uno strumento pratico di orientamento alla prescrizione finalizzato al miglioramento dell'appropriatezza e dell'accessibilità ai servizi. Infine si specifica che per l'accesso al Pronto Soccorso, laddove indicato nelle schede di seguito rappresentate, pur non essendo obbligatoria la prescrizione su ricetta è comunque utile inviare il paziente con informazioni, scritte o telefoniche, indirizzate al medico di PS al fine di agevolare l'inquadramento diagnostico.

Visita Cardiologica

- Dolore toracico in atto o nelle ultime 72 ore (dolore da ischemia miocardica*? Da Embolia Polmonare? Disseccaz, Aortica? PNx? Rottura esofago)
- Dolore toracico di sospetta natura anginosa, ricorrente o protratto o ingravescente, recente (giorni) o algie atipiche correlabili a evento cardiologico in atto
- Sospetta angina instabile
- Dispnea severa a riposo (CF III e IV NYHA) di 1° insorgenza con eventuali altri segni di scompenso o cardiopatia
- Cardiopalmo persistente / protratto, recente (mal tollerato)
- Sincope vera recente (< di 24 ore) / sincope sospetta cardiogena < 72 h.
- Crisi ipertensiva in atto con segni cardiologici o neurologici associati
- Sospetta F.A. o altra aritmia di nuova insorgenza

PS
INVIO
IMMEDIATO

- Incapacità ad eseguire attività fisica, facile affaticamento, palpitazioni, dispnea e almeno un segno compatibile con SC (es. edemi)
- Riscontro di Bradiaritmie (non < 40/min) o tachicardie (non > 120/min)
- Sincope di sosp. natura cardiogena da oltre 72 h. (clinicamente stabile)
- Dolore toracico sospetto anginoso, ricorrente, non recente (settimane o mesi) in pz. con rischio medio-elevato

U
Entro 24 h.
max 72 h. se il
caso lo
consente

- Dispnea da sforzo, lieve – moderata (CF II NYHA) di 1° insorgenza, con event. segni di scompenso e/o soffi cardiaci
- Sincope vera sospetta ortostatica (da oltre 10 gg)
- Dolore toracico sospetto anginoso breve e non recente

B
Entro 10 gg

- Dispnea da sforzo senza cause evidenti
- Necessità di adeguamento terapeutico in : scompenso cardiaco congest. cardiopatia ischemica, aritmie
- **Lieve** limitazione dell'attività fisica consueta con affaticamento, palpitazioni e dispnea in presenza di non significative variazioni di ECG, Rx torace, BNP (brain natriuretic peptide) o NT-proBNP (frazione N-terminale del pro-BNP) compatibili con SC cronico noto e in terapia
- Angina atipica con **rischio cardiovascolare < 10%**
- Sincope di sosp. natura neuro mediata
- Dolore toracico sicuramente non riferibile a cause cardio-polmonari

D
<= 30 gg visite
<= 60 gg esami

- Soffio cardiaco isolato 1° rilievo in assenza di sintomi
- Ipertensione arteriosa di recente rilievo con crisi ipertensiva risolta e controllata in terapia avviata
- Fattori di Rischio Cardiovascolare multipli, specie con familiarità per cardiopatia
- Tutte quelle non incluse nelle categorie precedenti i cui parametri di base (param. vitali, ecg e obiettività del pz) sono sicuramente indicativi di **non** urgenza.

P
Programmabile

* **Valutazione Sintomi:** **1.** È correlato allo sforzo fisico? **2.** durata 2-20 minuti? **3.** È alleviato dal riposo e dalla nitroglicerina sublinguale entro 30 s- pochi minuti? **4.** È precordiale? **5.** Si irradia (in modo centrifugo) alla gola, al collo, alle braccia o all'epigastrio? **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 associato al dolore

(Diamon GA, Forrester J.S. – New England J Medicine 1979; 300:1350-8) ; (G Ital Cardiol 2006; 7 (8): 535-583) (allegato)

Visita Cardiologica in ambito Pediatrico

- Dolore toracico \geq 5 minuti
- Dispnea severa a riposo (CF III e IV NYHA) di 1° insorg. con eventuali altri segni di scompenso o cardiopatia
- Cardiopalmo persistente / protratto, recente mal tollerato
- Sincope vera recente, specie se con bradicardia di genesi sconosciuta
- Ipertensione in atto
- Sospetta F.A.
- Sincope o pre-sincope negli ultimi 7 gg
- Riscontro di Bradiaritmie (\leq 40/min) o tachicardie (\geq 120/min)

PS
INVIO
IMMEDIATO

- Dispnea a riposo
- Incapacità di eseguire alcuna attività fisica senza sintomi, affaticamento, palpitazioni, dispnea
- Dispnea da sforzo, lieve – moderata (CF II NYHA) di 1° insorgenza, con event. segni di scompenso e/o soffi cardiaci

U
Entro 24 h.
max 72h. se il
caso lo
consente

- Sincope vera, o presincope senza bradicardia non recente (settimane - mese)

B
Entro 10 gg

- Soffio cardiaco isolato 1° rilievo in assenza di sintomi
- Ipertensione arteriosa di recente rilievo con crisi ipertensiva risolta e controllata in terapia avviata

D
 \leq 30 gg visite
 \leq 60 gg esami

- Fattori di Rischio Cardiovascolare multipli, specie con familiarità per cardiopatia
- Tutte quelle non incluse nelle categorie precedenti i cui parametri di base (p. vitali, ecg e obiettività del pz) sono sicuramente indicativi di non urgenza.

P
Programmabile

Visita Dermatologica

- Eruzioni cutanee **a rapida insorgenza ed estensione** : reazioni allergiche da farmaci, vasculiti necrotizzanti, orticaria/angioedema associati a sintomi respiratori;
- Malattie bollose acute : pemfigo, pemfigoidi, necrolisi epidermica tossica, sindrome di Steven-Johnson eritrodermie;
- Eruzioni cutanee **GRAVI** da cause ambientali: dopo foto-esposizione, fito-foto-dermatiti, dermatiti da fauna marina (p. es. da meduse), reazioni a rapida progressione dopo puntura di Imenotteri o altri insetti/artropodi;
- Infezioni cutanee acute estese (erisipela, cellulite, fascite, herpes zoster) ;
- Ustioni di grado ed estensione > 10% della s.c. in adulto, > 5% in bambino e anziano o con rischio per le condizioni generali o organi o apparati o interessanti **solo** viso o mani o genitali

→ **PS
INVIO
IMMEDIATO**

- Casi che non presentino estensione critica o compromissione dello stato generale tale da dover essere subito inviati in ps come da lista sopraindicata
- Complicanze di ferite post-intervento chirurgico (da indirizzare presso la struttura che ha effettuato l'intervento)
- Eruzione cutanea estesa ad ampia superficie del corpo: orticaria acuta, eritema polimorfo, sub-eritrodermia, reazione da farmaci subacuta, eczema acuto essudante
- Ustioni di 2° <= 10% nell'adulto, <= 5% nel bambino – anziano, senza interessamento viso, mani o genitali (se già protetto contro il tetano)

→ **U
Entro 72h.**

- Ustioni 1° < 10% nell'adulto, < 5% in bambino –anziano **senza** interess. genitali
- Neoformazioni cutanee sanguinanti: sospetto melanoma o altre neoplasie cutanee.
- Eruzione cutanea estesa ad ampia superficie del corpo: orticaria acuta, eritema polimorfo, sub-eritrodermia, reazione subacuta da farmaci, eczema acuto essudante.
- Malattie bollose ad insorgenza progressiva (pemfigo, pemfigoidi, porfira cutanea tarda)
- Porpora vasculitica• Eritema nodoso
- Dermatiti pustolose che interessino almeno il 20% della superficie corporea
- Infezioni cutanee da batteri (impetigine estesa, favo, ascesso), micosi gravi, da virus (escluse verruche e molluschi).
- Infestazione da parassiti (scabbia, acariasi animali, acaro della farina, cheyletiellosi, neotrombicula, pediculosi del pube)
- Eritemi anulari (malattia di Lyme inclusa).
- Idrosadenite suppurativa (malattia di Verneuil), acne fulminans.
- Dermatite insorta dopo un viaggio in Paesi Tropicali.
- Prurito intenso e diffuso di natura non allergica
- Eritemi delle pieghe cutanee che non rispondono alla terapia.

→ **B
Entro 10 gg**

- Orticaria cronica
- Connettiviti note (Lupus, sclerodermia, dermatomiosite ...).
- Patologia cutanea a diagnosi incerta presente da più di 1 mese o resistente alle terapie
- Acne grave nodulo-cistica.
- Dermatite cronica riacutizzata in fase di aggravamento (da contatto, seborroica, atopica, psoriasi...).
- Ulcere non complicate
- Condilomi acuminati, Verruca plantare iperalgica, Molluschi contagiosi plurimi.

→ **D
<= 30 gg visite
<= 60 gg esami**

Le condizioni non elencate nelle liste precedenti prive di ogni carattere d'urgenza

→ **P
Programmabile**

Visita Dermatologica in ambito Pediatrico

Condizioni estese e/o con compromissione dello stato generale, fra cui :

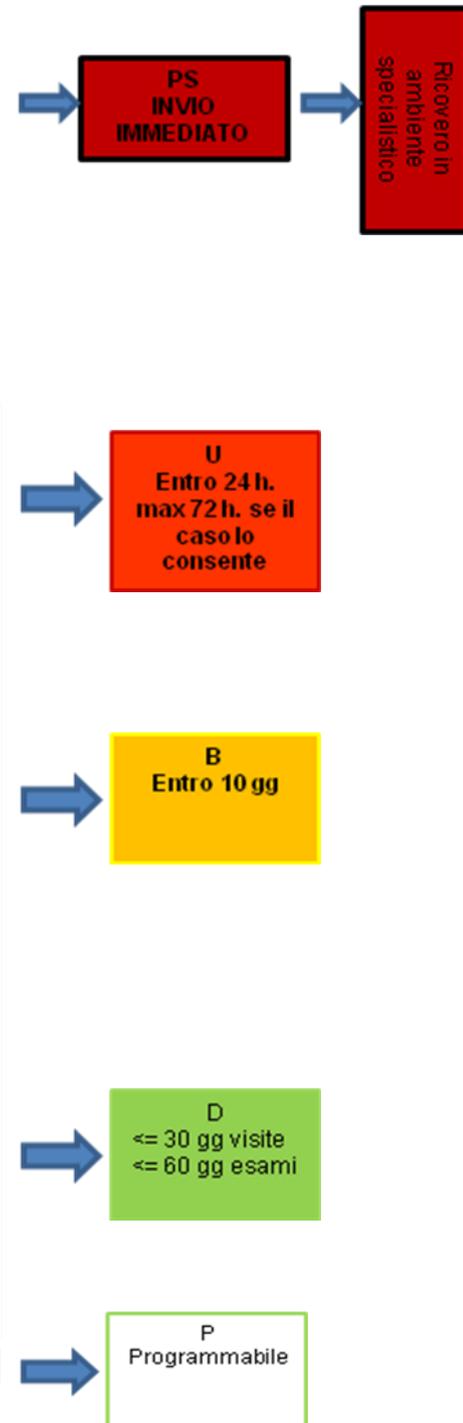
- Eruzioni cutanee a rapida insorgenza ed estensione (p.e. reazioni allergiche da farmaci, vasculiti necrotizzanti), Orticaria/angioedema associati a sintomi respiratori
- Malattie bollose acute (pemfigo, pemfigoidi, necrolisi epidermica tossica, sindrome di Steven-Johnson, Staphylococcal Scalded Skin Syndrome = SSSS dermatite esfoliativa neonatale o malattia di Ritter, Eritrodermie.
- Eruzioni cutanee gravi dopo foto-esposizione, fito-foto-dermatiti, dermatiti da fauna marina, reazioni a rapida progressione dopo puntura di Imenotteri o altri insetti/artropodi.
- Infezioni cutanee acute (erisipela, cellulite, fascite, herpes zoster)
- Complicanze di ferite post-intervento chirurgico da re-indirizzare presso la struttura che ha effettuato l'intervento.
- Ustioni > = 5% o con rischio per le condizioni generali o organi o apparati o ustioni solo di viso o mani o genitali

- Le patologie sopra descritte da invio al PS ma prive di estensione e compromissione dello s.g.
- Dermatiti del neonato, Psoriasi molto estesa ed Eczema grave e infetto
- Angioma lobulare eruttivo sanguinante
- Sospetta scabbia o parassitosi contagiosa, Tinea capitis.
- Infezioni erpetiche gravi, Eritema multiforme.
- Malattie bollose (dermatite IgA lineare, dermatite erpetiforme, pemfigo, fitofotodermatite)
- Ustioni di 2° < = 5% senza interessamento viso, mani o genitali in pz già protetto contro tetano

- Eruzione cutanea estesa ad ampia superficie del corpo: orticaria acuta, eritema polimorfo, sub-eritrodermia, reazione da farmaci subacuta, eczema acuto essudante.
- Malattie bollose ad insorgenza progressiva (pemfigo, pemfigoidi, malattia IgA lineare, dermatite erpetiforme)
- Abrasioni ed ulcere del cavo orale estese
- Dermatiti pustolose diffuse che interessino almeno il 20% della superficie corporea.
- Eritema nodoso. Eritemi anulari (malattia di Lyme inclusa)
- Infezioni cutanee da batteri (impetigine estesa, favo, ascesso), da funghi, da virus (escluse verruche e molluschi)
- Emangiomi capillari, Angiomi piani
- Dermatiti papulari infantili (APEC, Crosti Giannotti)
- Pitiriasi rosea, altre micosi al di fuori della tinea capitis, Alopecia areata estesa
- Eritemi anulari e a bersaglio, compreso il sospetto Lyme e l'eritema multiforme
- Eruzioni esantematiche da probabile causa virale , Acne cistica grave

- Orticaria cronica
- Connettiviti già note (Lupus, sclerodermia, dermatomiosite ...).
- Patologia cutanea a diagnosi incerta presente da più di 1 mese già trattata e resistente alle terapie.
- Dermatite cronica riacutizzata
- Condilomi acuminati, Molluschi contagiosi, Eczema, Lichen (qualsiasi tipo), Psoriasi.
- Lesione delle unghie, verruche, • Vitiligine, Tumefazioni stabili (cisti dermoidi, pilomatricomi, cisti sebacee, Connettiviti (in sclerodermia, LES, dermatomiosite), Chiazze iper o ipo pigmentate. Acne.

Le condizioni non elencate nelle liste precedenti prive di ogni carattere d'urgenza



Visita Endocrinologica

- Insufficienza surrenalica primitiva scompensata con : astenia marcata, iperpiressia, segni di disidratazione, anoressia, nausea, vomito, calo peso, aritmie, calo Na, aumento K in M. di Addison già diagnosticato
- Ipercalcemia severa da sospetto iper paratiroidismo primitivo con tachicardia, astenia, stato di coscienza alterato , aumento di calcemia, PTH, dimin. P, , poliuria
- Crisi tireotossica : ipertermia, alterazioni coscienza, disturbi gastrointestinali, tachicardia, aritmie, scompenso cardiaco, astenia, tremori, calo peso
- Ipertiroidismo in cardiopatico con elevati FT4, FT3

→ **PS
INVIO
IMMEDIATO**

- Iper / Ipotiroidismo anche subclinici in gravidanza.
- Ipertiroidismo severo all'esordio sintomatico (eretismo psichico, disturbi gastrointestinali, tachiaritmie, astenia, tremori, calo peso e TSH, aumento FT3 3 FT4
- Ipotiroidismo severo all'esordio sintomatico (apatia, letargia, astenia, bradicardia, diminuz. FT3 3 FT4, stipsi severa
- Oftalmopatia Basedowiana di grado medio-severo sintomatica (dolore retrobulb. arrossamento congiuntivale, diplopia, fotofobia, lacrimazione, esoftalmo, strabismo d.ndd).

→ **U
Entro 24 h.
max 72 h. se il
caso lo
consente**

- Patologia tiroidea indotta da amiodarone (ipo e ipertiroidismo da amiodarone
- tumefazione tiroidea dolente di recente insorgenza
- Sospetta tiroidite subacuta (dolore in loggia tiroidea con otalgia riflessa e / o febbricola, alterazione VES ,PCR ,FT4, FT3,TSH
- Diabete insipido di nuova insorgenza
- Ipocalcemia (Ca: < 7 mg/dl) con comparsa di parestesie al viso e arti, crisi tetanica dopo chirurgia della tiroide o paratiroidi.
- Ipoglicemia a digiuno (<50) o crisi ipoglicemiche da sospetto insulinoma.
- Ipertensioni arteriose di origine secondaria endocrinologica

→ **B
Entro 10 gg**

- Sospetto iperparatiroidismo primitivo (Ca↑, ↑PTH, ↓P)
- Ipertiroidismo subclinico (TSH ↓ 0.1)
- Ipertiroidismo non complicato all'esordio.
- Ipotiroidismo non complicato all'esordio (TSH↑, FT4↓. FT3↓).
- Nodulo tiroideo sospetto
- Ginecomastia sintomatica.
- Ipercortisolismo
- Iperprolattinemia (> 2,5 rispetto al limite superiore del laboratorio).
- Macroadenoma ipofisario (adenoma ipofisario di dimensioni > a 1 cm).
- Adenomi ipofisari associati a sindrome endocrina.

→ **D
≤ 30 gg visite
≤ 60 gg esami**

- Le condizioni non elencate nelle liste precedenti prive di ogni carattere d'urgenza 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, Gozzo uni-multinodulare normofunzionante
 - Sospetto iperparatiroidismo secondario

→ **P
Programmabile**

Visita Endocrinologica in ambito pediatrico

- Sospetto diabete insipido con o senza poliuria o polidipsia
- Sospetto diabete tipo 1
- Tireotossicosi
- Ipoglicemia sintomatica.
- Ipercalcemia o ipocalcemia gravi

PS
INVIO
IMMEDIATO

- Sospetto di insufficienza surrenalica, in paziente non noto o crisi acuta in paziente cronico già seguito.
- Sospetto di ipotiroidismo congenito o acquisito grave
- Iperglicemia anche se occasionale
- Dolori addominali acuti in pre pubertà
- Sospetta patologia neurologica cranio encefalica

U
Entro 24 h.
max 72 h. se il
caso lo
consente

- Sospette endocrinopatie paucisintomatiche (ipotiroidismo, diabete insipido, pubertà precoce ecc...)
- Sospetta tiroidite subacuta.
- Sospetto iperandrogenismo con virilizzazione
- Ginecomastia precoce (non puberale)
- Amenorrea secondaria

B
Entro 10 gg

- Gozzo, nodulo tiroideo palpabile o di riscontro casuale in sospetto di patologia tiroidea
- Iperandrogenismo cronico senza segni di virilizzazione.
- Oligomenorrea.
- Irsutismo.
- Acne grave
- Oligomenorrea

D
≤ 30 gg visite
≤ 60 gg esami

- Le condizioni non elencate nelle liste precedenti prive di ogni carattere d'urgenza
- Obesità
- Ipertricosi a lenta evoluzione

P
Programmabile

Visita Neurologica

- Sintomi ingravescenti acuti (ore o pochi giorni) del SNC /periferico e, in particolare, cefalee acute di ndd ingravescenti, **segni di irritazione meningea, vomito a getto, disturbi acuti della coscienza e del sensorio,**
- **Tetraplegie acute o subacute,**
- **S.di Guillain Barré**
- **Crisi miastenica**
- **Tetano**
- **Botulismo**
- **Sospetta emorragia o ischemia cerebrale o meningiti**
- Sospetta crisi comiziale di ndd
- **Scompensi acuti di patologie neurologiche centrali o periferiche a rischio imminente per la vita**
- Traumi cranici recenti (< 24 h) che hanno prodotto perdita di coscienza o altro sintomo
- Episodio sincopale di 1° insorgenza recente (< 12 h)
- Sindrome neurolettica maligna
- Recidiva di sint. Neurologica oculare o sistemica in miastenia nota

→ **PS
INVIO
IMMEDIATO**

- Ricomparsa di crisi epilettiche in pz già in terapia
- Cefalea recidiva resistente in pz noto
- Riacutizzazione disturbi cognitivi comportamentali (anche fughe) in demenza in trattamento
- Sintomi focali di nuova insorgenza in pz in trattamento per patologie croniche (Sclerosi Multipla, Sindr. di Guillain Barré, Miastenia Gravis,, Distrofie ecc...)
- Sindrome vertiginosa già valutata dall' ORL
- Deficit neurol. Focali da meno di 10 gg

→ **U
Entro 24 h.
max 72 h. se il
caso lo
consente**

- rapida riduzione delle capacità cognitive o deterioramento mentale
- alterazione ad esordio sub-acute o lento e progressivo delle funzioni sensitivo motorie
- 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 rapida evoluzione
- Mononeuropatia acuta
- Diplopia in diabetico, in miastenico o altre forme già valutate dall'oculista
- Nevralgia del trigemino o facciale

→ **B
Entro 10 gg**

- 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.
- Algie facciali ad insorg. Cronica
- Dolore neuropatico cranio facciale o periferico

→ **D
≤ 30 gg visite
≤ 60 gg esami**

- Altre patologie neurologiche croniche stabilizzate (es. ictus o encefaliti) o a lenta evoluzione (Es. cefalea cronica, lento deterioramento mentale, perdita della memoria ecc...; neuropatie croniche diabetiche e di altra genesi)
- Visita di controllo se non già prenotata al momento della richiesta dallo specialista
- Richiesta di certificazioni e relazioni cliniche
- Controlli in epilessia o altre cronicità già in trattamento
- Le condizioni non elencate nelle liste precedenti prive di ogni carattere d'urgenza

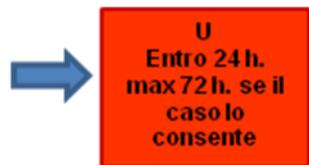
→ **P
Programmabile**

Visita Oculistica

- **Grave trauma con sospetta rottura del bulbo**
- **Amaurosi monolaterale ad insorgenza acuta (anche intermittente) in sospetto di M. di Horton (GCA)**
- **Diplopia, paralisi oculari acute.** Anisocoria non dovuta a farmaci. Modificazione improvvisa del campo visivo;
- **Corpi estranei; Dolore oculare acuto e persistente**
- **Flash luminosi (fosfeni) di recente insorgenza, comparsa acuta di: scotomi, deficit campimetrici e mosche volanti**
- **Deficit visivo improvviso, annebbiamenti visivi di recente insorgenza con o senza arrossamento oculare e dolore**
- **Esoftalmo acuto ed edema marcato dei tessuti orbitari (cellulite orbitaria)**
- **Occhio rosso dolente da sospetto glaucoma acuto (escluse congiuntiviti purulente ed emorragia sottocongiuntivale)**



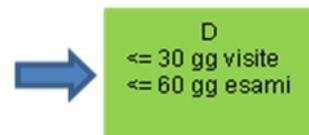
- Sospetta recidiva di cheratite erpetica in paziente noto , Sospetta recidiva di uveite in paziente noto
- Grave ipovisus in paziente noto per cheratocono
- Leucocoria nel bambino piccolo
- Riduzione del visus in pazienti sottoposti a cheratoplastica corneale o altri interventi chirurgici oculistici recenti
- Grave ed improvviso ipovisus associato a fosfeni e/o miodesopsie
- Deficit visivo e dolore in patologie oculari note (es. in patologie spesso diagnosticate da altri specialisti quale es. M. Behcet, M. di Coats, M. di Eales, crisi glaucomatocicliche di Possner Schlossmann, M. di Fuchs)



- Paziente sottoposto a terapia chirurgica, sintomatico dopo conclusione dei controlli di follow-up del 1° mese post intervento 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.



- Valutazione specialistica conclusiva dopo accertamenti specifici prescritti da altro specialista o dal medico curante (es. retinite ipertensiva dopo accertamenti di altri specialista) Ambliopia nel bambino, Sospetto strabismo nel bambino
- Valutazione per laser terapia nel glaucoma acuto



- Controllo visus (anche dopo interventi chirurgici) e follow up vari
- Cefalea senza sintomi neurologici
- Difetti refrattivi
- Leucocoria nell'anziano
- Esame del fundus nel diabetico e iperteso;
- Epifora
- Malposizione delle palpebre (entropion, ectropion, ptosi)
- Le condizioni non elencate nelle liste precedenti prive di ogni carattere d'urgenza

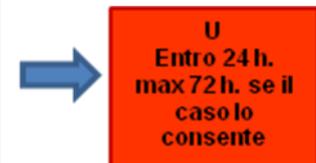


Visita Oculistica in ambito Pediatrico

- **Grave trauma con deficit visus e/o sospetta rottura del bulbo**
- **Amaurosi**
- **Diplopia, paralisi oculari acute, strabismo o ptosi palpebrale acuti**
- **Anisocoria o nistagmo**
- **Corpi estranei**
- **Occhio rosso dolente acuto / Dolore oculare acuto persistente**
- **Deficit visivo improvviso, annebbiamenti visivi di recente insorgenza con o senza arrossamento oculare e dolore**
- **Esoftalmo acuto ed edema marcato dei tessuti orbitari (cellulite orbitaria)**
- **Sospetta cellulite orbitaria, sosp. Dacriocistite**
- **Uveite, cheratite erpetica o altre gravi infezioni di prima insorgenza**



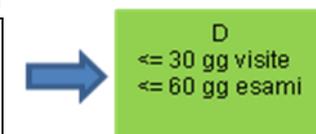
- Flash luminosi (fosfeni) di recente insorgenza, comparsa acuta di: scotomi, deficit campimetrici e mosche volanti
- Edemi palpebrali recenti
- Riacutizzazione di patologie note : cheratite erpetica, uveite ecc...



- Occhio rosso non dolente ad esordio subacuto
- Neoformazioni sospette
- Calazio o orzaiolo acuti, che non risolvono con la terapia
- Congiuntivite acuta resistente alle comuni terapie
- Ricadute di patologie note dell'età pediatrica (cheratite erpetica, Vernal, uveite);
- Leucocoria in età pediatrica
- Metamorfopsia
- Torcicollo o nistagmo in età pediatrica



- Congiuntiviti ricorrenti
- Sospetto difetto visivo grave (o deficit visivo riscontrato dal pediatra)
- Sospetto strabismo
- Dacriostenosi congenita che non risolve nel 1° anno,
- Sospetta cecità o ritardata maturazione visiva
- Accertamenti pre terapie sistemiche.



- Le condizioni non elencate nelle liste precedenti prive di ogni carattere d'urgenza
- Difetti rifrattivi o rinnovo occhiali
- Blefariti recidivanti, miodesopsie non recenti
- Controlli post terapie programmati



Visita Odontoiatrica

Condizioni per le quali è in generale necessario un trattamento specialistico odontoiatrico urgente :

- Dolore acuto del distretto cervico facciale di ndd
- Odontalgia importante di qualunque genesi
- Ascesso odontogeno
- Fistole
- Alveolite post estrattiva
- Sanguinamento anomalo post estrattivo
- Frattura corono-radicolare o Fratture coronali con esposizione pulpare
- Lussazione o sublussazione dentaria
- Traumi del distretto maxillo facciale con o senza coinvolgimento dentale
- Lussazione di mandibola

→ **PS
INVIO
IMMEDIATO**

- Fratture dentali non interessanti la zona pulpare
- Sospetta infezione in diabetici o cardiopatici (per valulopatie, aneurismi ecc...)
- Traumi recenti anche paucisintomatico in emofilici o pz con patologie della coagulazione

→ **U
Entro 24 h.
max 72 h. se il
caso lo
consente**

- Visita e trattamenti odontoiatrici per preparazione a interventi chirurgici, terapie oncologiche, immunosoppressive, trapianti ecc...
- Visita e trattamenti post radioterapia o a rischio osteonecrosi mascellare
- Condizioni di rischio infettivologico in pz oncologici, diabetici, immunosoppressi, cardiopatici, cerebrovascolari, Immunodeficienti gravi da HIV o altro, ecc... (carie, odontalgie di ndd, cisti odontogene ecc...)
- Sospette Patologie neoplastiche di ndd del cavo orale
- Patologie croniche odontoiatriche o del c.o. limitanti la funzione masticatoria in psichiatrici, anziani e bambini
- Patologie a rischio infettivo in gravidanza

→ **B
Entro 10 gg**

- Carie asintomatiche
- Controllo in pz in post trapianto d'organo
- Controlli in gravidanza
- Controlli in soggetti con vulnerabilità
- Studio / valutazione trattamento protesico in adentulia in anzian, pz oncologici e altre fasce vulnerabili
- Parodontopatie

→ **D
<= 30 gg visite
<= 60 gg esami**

- Abrasioni colletto
- Carie superficiali
- Detartrasi in pz asintomatico
- Patologie dell'occlusione non limitanti la fisiologia masticatoria
- Le condizioni non elencate nelle liste precedenti prive di ogni carattere d'urgenza

→ **P
Programmabile**

Visita Ortopedica

- **Fratture scomposte e/o esposte**
- **Lussazione di capo articolare**
- **Complicanze (febbre, dolore, etc) post trattamento di frattura o intervento chirurgico**
- **Sospetta lesione dei legamenti, rotture tendinee o muscolari**

**PS
INVIO
IMMEDIATO**

- Traumatismo osteoarticolare acuto
- Ematoma suscettibile di aspirazione
- Blocco articolare (ginocchio, spalla, anca, etc.) con deficit funzionale
- Versamento articolare (idarto) importante
- Stati dolorosi acuti del rachide o di altre articolazioni, resistenti al trattamento
- Sospetti crolli vertebrali acuti

**U
Entro 24 h.
max 72 h. se il
caso lo
consente**

- Riacutizzazione di patologie croniche osteoarticolari resistenti al trattamento
- Tendinite acuta e/o entesite acuta
- Sospetto di patologia neoplastica (fratture spontanee , tumefazioni di ndd ecc)

**B
Entro 10 gg**

- Patologie degenerative croniche (osteoarticolari, tendinee, etc.)
- Sindromi canalicolari (sindrome del tunnel carpale, tenosinovite stenosante).

**D
≤ 30 gg visite
≤ 60 gg esami**

Le condizioni non elencate nelle liste precedenti prive di ogni carattere d'urgenza

**P
Programmabile**

Visita Ortopedica in ambito Pediatrico

- Fratture scomposte e/o esposte
- Lussazioni
- Segni di intolleranza ad apparecchi gessati di immobilizzazione (dolore persistente, sensazione urente, tumefazione, cianosi o ipotermia dell'arto o sue estremità distali (es. dita del piede o della mano); disturbi della sensibilità o della motilità
- Rottura di apparecchi gessati dopo riduzione di frattura
- Coxalgia, gonalgia, torcicollo in assenza di traumi
- Complicanza in recente intervento chirurgico (febbre, ferita chirurgica secernente)
- Esiti di Traumi ostetrici (torcicollo, lesione del plesso brachiale)
- Rachide rigido

→ **PS
INVIO
IMMEDIATO**

- Tumefazione ad insorgenza rapida non traumatica di natura da determinare
- Improvvisa alterazione motoria e/o sensitiva e/o del colore e/o della temperatura di un arto o sua parte
- Sospetta frattura spontanea
- Comparsa improvvisa di tumefazioni articolari

→ **U
Entro 24 h.
max 72 h. se il
caso lo
consente**

- Piede torto congenito
- Positività segni clinici di displasia dell'anca (DCA1 o LCA2 Ortolani, asimmetrie arti inferiori e/o dell'articolari delle anche)
- Coxalgia, gonalgia, torcicollo non traumatici non risolti (con riposo, terapia antinfiammatoria,...)
- Zoppia senza anamnesi di trauma

→ **B
Entro 10 gg**

- Piede piatto o pronato dopo i 10 anni di età
- Osteocondrosi /osteocondriti dell'adolescente
- Tallonite, gonalgia dello sportivo
- Ginocchio valgo o varo, mal allineamento dell'arto inferiore oltre i 10 anni di età
- Scoliosi, cifosi, deformità del rachide
- Dito a scatto, cisti articolari di sicura natura benigna
- Visita ortopedica di controllo post riabilitazione

→ **D
≤ 30 gg visite
≤ 60 gg esami**

- Piede piatto, piede pronato entro i 10 anni di età
- Deambulazione a punte in dentro
- Ginocchio valgo o varo, mal allineamento dell'arto inferiore paziente entro 10 anni di età
- Le condizioni non elencate nelle liste precedenti prive di ogni carattere d'urgenza

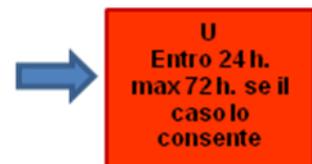
→ **P
Programmabile**

Visita Otorinolaringoiatrica

- Otorragia in trauma cranico
- Dispnea inspiratoria acuta
- Disfagia acuta
- Corpi estranei nelle vie aero-digestive superiori o cervico- facciali.
- Reazioni allergiche con edema delle vie aeree digestive superiori o cervico -facciali.
- Emorragia o ematoma importante in atto in distretto orl (comprese vie aero-digestive superiori o cervico facciali)
- Emorragia post intervento ORL
- Epistassi profusa
- Traumi e ferite di testa, collo, massiccio facciale
- Ascesso peri-tonsillare
- Sindrome vertiginosa acuta con sintomi neurologici
- Otorrea e/o otalgia complicata (purulenta con febbre e/o cefalea e/o vertigine e/o paralisi facciale e/o segni di mastoidite)
- Rinorrea complicata (purulenta, con febbre e/o cefalea e/o sintomi oculari e/o tumefazione frontale e/o segni di meningite o neurologici)
- Ipoacusia monolaterale insorta improvvisamente



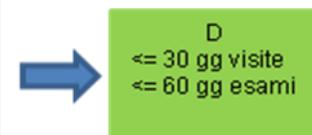
- Otite acuta
- Escreato striato di sangue
- Otorragia sine trauma cranico.
- Tumefazione flogistica senza sintomi alla respirazione e deglutizione
- Sindrome vertiginosa acuta senza segni neurologici
- Paralisi acuta del facciale
- Tappo di cerume con otalgia



- Disfonia persistente
- Disfagia persistente.
- Tumefazioni del collo in assenza di cause evidenti
- Lesioni vegetanti,ulcerate, infiltranti le vie aero-digestive superiori e/o i tegumenti cervico-facciali
- Fistole



- Ostruzione nasale bilaterale recente e persistente
- Ipertrofia tonsillare con sintomi funzionali
- Sindrome vertiginosa subacuta in atto senza sintomi e/o segni neurologici



Le condizioni non elencate nelle liste precedenti prive di ogni carattere d'urgenza



Visita Otorinolaringoiatrica in ambito Pediatrico

- Epistassi di ndd
- Epistassi importante anche se di origine nota
- Mastoidite / otite acuta o cronica complicata
- Sinusite complicata
- Dispnea inspiratoria acuta da ostruzione laringea, disfagia acuta
- Frattura laringo-tracheale.
- Corpo estraneo delle vie aero-digestive superiori
- Ascessi o ematoma (es. ascesso peritonsillare, ematoma del setto o auricolare, ascesso del collo).
- Trauma ORL auricolare o nasale con esposizione della cartilagine.
- Reazioni allergiche con edema delle vie aeree digestive superiori o cervico facciali.
- Emorragia post chirurgia ORL

**PS
INVIO
IMMEDIATO**

- Danno funzionale maggiore, Infezioni o dolore incontrollabili dei distretti ORL
- Paralisi acuta del nervo facciale
- Ipoacusia improvvisa
- Vertigine severa.
- Peggioramento di apnee notturne già note di grado severo > 4 episodi di almeno 10 secondi
- Peggioramento di laringomalacia nota.
- Stridor con distress respiratorio di entità moderata
- Frattura non esposta della cartilagine nasale
- Vertigine e/o otite media acuta in recente impianto cocleare (3-6 mesi)

**U
Entro 24 h.
max 72 h. se il
caso lo
consente**

- Infezione o dolore poco controllabili, rischio moderato di danno permanente a tessuti o parti
- Sospetta neoplasia (dolore e/o disfonia e/o disfagia o altri sintomi da più di 4 settimane
- Linfoadenopatia cervicale in sospetta neoplasia/massa testa/collo.
- Sinusite o otorrea già documentate non responsive a terapia.

**B
Entro 10 gg**

- Danno funzionale o restrizione di attività (anche comunicativa) moderati , infezioni e /o dolore ricorrenti controllati da farmaci
- Dolore post-traumatico
- Otite media effusiva > 3 mesi.
- Mal di gola persistente o Disfonia senza rischio documentato
- Sospetta ipoacusia¹.
- Ritardo di linguaggio o ritardo dell'apprendimento.
- Patologia ORL correlata a palatoschisi
- Insufficienza velare
- Russamento notturno.
- Vertigine episodica
- Tonsillite ricorrente e /o Riniti

**D
<= 30 gg visite
<= 60 gg esami**

Le condizioni non elencate nelle liste precedenti prive di ogni carattere d'urgenza come ad esempio:

- Anomalie auricolari / nasali anche a solo carattere estetico
- Anchiloglossia senza disturbi di suzione

**P
Programmabile**

Visita Pneumologica

- Emotisi moderato-severo (per tbc in forma attiva invio diretto in U.O. specialistica)
- Dispnea acuta anche a riposo (ad es. sospetto PNX, embolia polmonare, edema polmonare acuto).
- Dolore toracico acuto
- Crisi acuta di broncospasmo non risolta dall'impiego ripetuto di Beta2 stimolanti short-acting
- Altre condizioni : traumi toracici acuti con lesioni anatomiche e/o funzionali

PS
INVIO
IMMEDIATO

- Valutazione di anomalia radiologica del torace espressione di patologia pleuro-parench. in atto.
- Emottisi lieve
- Peggioramento della dispnea come espressione di:
- Asma bronchiale non controllata da terapia standard
- Polmonite non risolta dalla prima linea di terapia
- Dispnea ingravescente di n.d.d.

U
Entro 24 h.
max 72 h. se il
caso lo
consente

- Controllo di patologia acuta o comunque grave ma già in trattamento a 7-10 gg dall'inizio terapia
- Patologie croniche in monitoraggio per le quali è in particolari casi richiesto un controllo a breve termine
- Riacutizzazione di BPCO
- Riacutizzazione di malattia polmonare cronica già nota

B
Entro 10 gg

- Sospetto di BPCO
- Sospetto di asma bronchiale
- Tosse cronica (> 3mesi) di n.d.d.
- Prima valutazione pneumologica di paziente con patologia neuromuscolare.
- Valutazione paziente in ossigenoterapia a lungo termine (OTLT)
- Valutazione paziente in ventilazione meccanica domiciliare non invasiva o invasiva

D
<= 30 gg visite
<= 60 gg esami

- Sospetto di apnee durante sonno
- Controlli programmati di patologie croniche note (BPCO, sindrome di apnea durante il sonno-OSA, ecc)
- Altri casi di insufficienza d'organo conclamata per aggiustamenti terapeutici (posologia O2 , setting ventilatore)
- Sospetto di asma e rinite allergica
- Visite di controllo programmabili sc

P
Programmabile

Visita Reumatologica

Livello di priorità non previsto



PS
INVIO
IMMEDIATO

- Artrite acuta di nuova insorgenza che necessita di artrocentesi
- Importanti alterazioni ematologiche o gravi reazioni avverse con impegno generalizzato in pz in trattamento con farmaci biologici e/ o immunosoppressori
- Lesioni ischemiche digitali di recente insorgenza in pazienti con Fenomeno di Raynaud
- Cefalea di recente insorgenza in soggetto di età avanzata con indici di flogosi notevolmente alterati



U
Entro 72 h.

- Dolore acuto da frattura vertebrale spontanea già diagnosticata con RX
- Poliartrite acuta con alterazione ematochimici di flogosi
- Dolore e ipostenia articolari con alterazione ematochimici di flogosi
- Eritema nodoso



B
Entro 10 gg

- Lombalgia in pz noto da oltre 3 mesi parzialmente responsiva a FANS
- ANA significativamente aumentati in verosimile malattia autoimmune (febbre, artralgie, rash cutaneo, F. di Raynaud ecc...)



D
<= 30 gg visite
<= 60 gg esami

Le condizioni non elencate nelle liste precedenti prive di ogni carattere d'urgenza



P
Programmabile

 ATSSardegna Azienda Tutela Salute ASSL Olbia	PROCEDURE PER LA PRESCRIZIONE SECONDO PRIORITÀ CLINICA Utilizzo del codice di priorità clinica per le prestazioni di Specialistica Ambulatoriale del Distretto di Olbia	Rev. 00	Distretto Socio Sanitario Direttore Dr. Liliana Pascucci Complesso S. Giovanni di Dio V.le A. Moro Olbia tel. 0789 552649 - 662 fax 0789 552663
---	--	---------	--

6. Monitoraggio

Le procedure precedentemente indicate nel documento sono sottoposte a monitoraggio.

Il monitoraggio prevede la definizione preliminare di indicatori, il loro rilievo statistico, l'elaborazione dei dati raccolti secondo procedure prestabilite e programmate, la trasmissione regolamentata dei dati di monitoraggio alle competenti istituzioni (ASL, Regione, Ministero, ISS).

Il piano nazionale di governo delle liste d'attesa 2010-2012 – prevedeva Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero. Di seguito si rappresentano in sintesi i contenuti informativi rilevanti per le finalità connesse al monitoraggio.

Fig. 8: Punti di Attenzione per il monitoraggio delle liste d'attesa

Codice prestazione nomenclatore regionale		Descrizione prestazione nomenclatore regionale		Codice prestazione nomenclatore nazionale		Descrizione prestazione nomenclatore nazionale	
Codice Asl	Codice struttura art. 50	Codice Asl	Codice struttura	Codice SIS	Codice struttura	Descrizione struttura SIS	Descrizione struttura

Sino al 2016 il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex post, si effettuava attraverso la trasmissione, da parte delle Regioni e Province Autonome, del flusso di specialistica ambulatoriale ex art. 50 L. 326/2003 al Ministero dell'Economia e Finanze, con cadenza mensile entro 10 gg del mese successivo a quello di rilevazione. Successivamente il Ministero dell'Economia e Finanze provvedeva a trasferire il suddetto flusso al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute entro la fine del mese successivo a quello di rilevazione (v. allegato su PNGLA 2010-2012 : Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa)

6.1 Indicatori

Il monitoraggio dovrebbe consentire quanto più oggettivamente possibile una valutazione della qualità e della quantità delle prestazioni erogate al fine di ottimizzare risorse e liste d'attesa. Potrebbe pertanto essere di utilità adottare criteri di standardizzazione di alcuni parametri (come per esempio la durata della visita o di altra prestazione/attività) facendo riferimento agli standard nazionali.

Premessi pertanto gli obiettivi facenti riferimento a standard nazionali si possono ipotizzare i seguenti indicatori:

- N° tot di prestazioni/die/mese/anno per la specifica disciplina
- Valutazione % di prestazioni con complessità di grado minimo, medio, massimo (per le quali è richiesto differente tempo, come per es. i trattamenti odontoiatrici, le visite che comportano l'esecuzione di più test rispetto a visite che non comportano l'esecuzione di test diagnostici ecc...)
- Numero prenotazioni con classe di priorità B
- % copertura entro termine della classe B
- Numero prenotazioni con classe D
- % copertura entro termine della classe D
- Grado di soddisfazione dell'utenza definibile, per esempio, da 0 a 10 e rilevabile con l'utilizzo di schede di gradimento anonime da consegnare al paziente ad ogni fine visita, con la raccomandazione di compilarlo in separata sede e spedirlo attraverso apposita cassetta annessa ad ogni ambulatorio

I servizi di competenza di P.O. / Distretto provvederebbero al rilievo e al trattamento dei dati raccolti in apposite schede.

Fig. 10: Contenuti informativi del monitoraggio

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

Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
Progressivo	Numero progressivo che identifica la prestazione come definito nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12	Inserire numero progressivo
Codice prestazione	Indica il codice nomenclatore identificativo delle prestazioni indicate nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12	Inserire il codice prestazione, selezionandolo tra i valori predefiniti indicati nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12
Numero totale di prenotazioni	Indica il numero totale di prenotazioni per ciascuna prestazione nella settimana indice	Inserire il numero totale di prenotazioni per ciascuna prestazione nella settimana indice
Numero prenotazioni da garantire	Indica il numero di prenotazioni <u>che devono essere garantite dal SSR</u> per ciascuna prestazione nella settimana indice	Inserire il numero di prenotazioni per ciascuna prestazione nella settimana indice (è un di cui del valore precedente)
Numero prenotazioni con classe di priorità B	Indica, tra tutte le prenotazioni <u>che devono essere garantite dal SSR</u> , il numero di prenotazioni con classe di priorità B, per ciascuna prestazione nella settimana indice	Inserire il numero di prenotazioni con classe di priorità B per ciascuna prestazione nella settimana indice
N. di prenotazioni garantite entro i tempi della classe di priorità B	Indica il numero di prenotazioni della classe di priorità B garantite nei tempi previsti (entro 10 gg)	Numero delle prestazioni con classe di priorità B garantite entro 10 gg
Numero prenotazioni con classe di priorità D	Indica, tra tutte le prenotazioni <u>che devono essere garantite dal SSR</u> , quella quota di prenotazioni con classe di priorità D, per ciascuna prestazione nella settimana indice	Inserire il numero di prenotazioni con classe di priorità D per ciascuna prestazione nella settimana indice
N. di prenotazioni garantite entro i tempi della classe di priorità D	Indica il numero di prenotazioni della classe di priorità D garantite nei tempi previsti (entro 30/60gg)	Numero delle prenotazioni con classe di priorità D garantite entro 30 gg per le visite e 60 gg per gli esami diagnostici.

Fig. 11: Esempio di rilevazione Tempi medi di attesa (gg) relativi alle prestazioni prenotate nella “ settimana indice “di aprile 2016 indicati per azienda sanitaria della Reg. Sardegna (report 5 Statistiche RAS per Azienda APR 2016)

	Prestazione	Azienda Sanitaria											RAS
		ASL1	ASL2	ASL3	ASL4	ASL5	ASL6	ASL7	ASL8	Brotzu	AOU SS	AOU CA	
1	Visita cardiologica	57	45	130	49	119	79	144	55	27	47	15	73
2	Visita chirurgia vascolare		7	218	40	45				78		48	103
3	Visita endocrinologica	127	184	106	123	30	138	172	110	145	67	204	120
4	Visita neurologica	148	31	70	12	31	71	48	19	93	219	161	62
5	Visita oculistica	221	92	138	77	86	56	154	104	116	118	153	118
6	Visita ortopedica	46	86	32	20	23	111	38	44		91		45
7	Visita ginecologica	16	109	17	30	31	32	10	39	28	29	96	37
8	Visita otorinolaringoiatrica	29	120	52	39	15	39	30	36		188	282	45
9	Visita urologica	162	138	195	67	72	96	58	129	57	17	92	126
10	Visita dermatologica	60	42	75	16	23	42	63	26	251	96	62	58
11	Visita fisiatrica	47	34	73	20	31	34	68	21	2	60		39
12	Visita gastroenterologica	127		122	144	81	59	183	71	63		76	100
13	Visita oncologica	33		5	19	15	17		54			28	28
14	Visita pneumologica	122	37	90	79	103	100	66	48	12	171		76
15	Mammografia (no screening)	75	40	391	235	89	70	147	42	362	212	120	171
16	TAC Torace (s/c contrasto)	30	4	94	89	60	60	65	48		99	161	65
17	TAC Addome superiore (s/c contr)	12			61	67	52		67			156	61
18	TAC Addome inferiore (s/c contrasto)	64					52		24				43
19	TAC Addome completo (s/c contr)	26	4	90	89	70	46	73	50		166	161	68
20	TAC Capo (s/c contrasto)	13	4	30	107	32	46	28	42		65	45	34
21	TAC Rachide e speco vertebrale (s/c contrasto)	20		21		54	49		15		36	14	31
22	TAC Bacino (s/c contrasto)					25		163					94
23	RMN Cervello e tronco encefalico			39		158		103	56		381	99	93
24	RMN Pelvi, prostata e vescica			38					94				62
25	RMN Muscoloscheletrica	7		29	22	36		26	17		111		20
26	RMN Colonna vertebrale	16		40	19	156		55	30		259	116	49
27	Ecografia Capo e collo	114	57	133	113	87	119	61	59	248	34	77	98
28	Ecocolordoppler cardiaca	77	35	74	28	102	76	67	45	23	36	20	58
29	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	72	72	44	12	61	59	16	29	152		100	47
30	Ecocolordoppler dei vasi periferici	28	70	49	18	53	60	16	15	243		121	41
31	Ecografia Addome	123	48	60	100	99	44	68	21	133	124	92	71
32	Ecografia Mammella	113	65	125	201	107	113	136	48	268	48	102	109
33	Ecografia Ostetrica - Ginecologica	60	35	28	34	26	39	27	52	15	60	14	40
34	Colonscopia (no screening)		173	325		208	75	119	88	217	188	226	179
35	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	10				196			108		23		88
36	Esofagogastroduodenoscopia	246	140	155	84	107	34	103	51	66	235	136	100
37	Elettrocardiogramma	61	45	128	45	115	76	144	54	27	47	15	72
38	Elettrocardiogramma dinamico	31	119	212	114	104		199	14	21			76
39	Elettrocardiogramma da sforzo		44	149	28	74		128	46				77
40	Audiometria	13	50	46	57	12	43	42	49		26		33
41	Spirometria	128	38	161	95	97	103	69	57	7	182		102
42	Fondo Oculare	137	109	71	83	84		31	84		201		113
43	Elettromiografia	177		194	21			84	66	2		109	105

Fonte: CUPWEB regionale

6.2 AUDIT

L'implementazione delle procedure indicate è il momento nel quale possono evidenziarsi inadeguatezze operative che richiedono la revisione del documento o la risoluzione di problemi non previsti. È in tal caso possibile la programmazione di AUDIT secondo procedure sintetizzate nella fig. 12.

L'AUDIT può essere programmato su iniziativa delle Direzioni anche a seguito di richieste da parte degli attori coinvolti.

L' AUDIT è “ volto a determinare se le attività svolte ed i risultati ottenuti sono in accordo con quanto pianificato e se quanto stabilito venga attuato efficacemente e mantenuto aggiornato”.

Consiste in uno o più incontri fra operatori per valutare :

- la progettazione e revisione metodologica generale del percorso
- gli indicatori attivati con l'analisi degli scostamenti
- i casi relativi ai percorsi attivati.

Di seguito a scopo orientativo si riporta un esempio di modulo check list per la progettazione-programmazione – attuazione dell'AUDIT.

Fig. 12: Esempio di Modulo Check List Attività AUDIT

CHECK-LIST PER LA VALUTAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI AUDIT

Titolo dell'audit:

FASE 1- Proposta dell'audit

1. **Domanda:** Sono definite e documentate le ragioni per realizzare l'audit?
2. **Domanda:** Sono definiti i risultati attesi?
3. **Domanda:** Gli obiettivi sono chiaramente specificati?
4. **Domanda:** E' definito chiaramente l'oggetto della verifica?
5. **Domanda:** Sono definiti i motivi di criticità dello stesso?
6. **Domanda:** E' dichiarato lo standard di riferimento, attraverso:
 - una appropriata ricerca della letteratura
 - utilizzo di un metodo esplicito per la costruzione del consenso tra gli esperti
 - individuazione di una linea guida/percorso
 - assunzione di indicatori

FASE 2- Sviluppo dell'audit

7. **Domanda:** L'audit è stato pianificato (previsione di fasi ed attività)?
Fase1: Costruzione e validazione della scheda raccolta dati che servono per verificare l'appropriatezza prescrittiva
Fase 2: Definizione del campione di dati di interesse nell'audit
Fase 3: Individuazione del medico rilevatore e programmazione dei tempi di raccolta dati
Fase 4: raccolta dati ed elaborazione
Fase 5: diffusione dei risultati con riunioni

8. **Domanda:** Sono state assegnate le responsabilità?
9. **Domanda:** Sono stati definiti i tempi?
10. **Domanda:** Sono state reperite le risorse: economiche (costi diretti) e le competenze
Risposta: Si: medico per la raccolta dati e lo statistico del Servizio Sviluppo Organizzativo

Aspetti metodologici

11. **Domanda:** E' definita la popolazione/campione di riferimento?
Risposta: Si, mediante l'aiuto della consulente statistica.
12. **Domanda:** Sono stati costruiti gli strumenti/procedure per la raccolta/estrazione dati?
Risposta: Si, mediante l'aiuto del consulente di statistica.
13. **Domanda:** Sono stati validati e gestiti questi strumenti?
14. **Domanda:** E' chiaro il criterio di espressione del giudizio di conformità allo standard?
Risposta: Si, sono state costruite tabelle bivariate che hanno permesso di identificare chiaramente gli indicatori di appropriatezza o non appropriatezza
15. **Domanda:** I metodi di elaborazione sono stati identificati?
Risposta: Si, oltre alle statistiche descrittive dei dati generali e delle principali variabili della scheda (calcolate sia a livello di U.O. che di dipartimento), si possono calcolare N° indicatori di appropriatezza:

16. Domanda: E' prevista una modalità di presentazione dei dati che favorisce la valutazione dei risultati (es. intervalli di confidenza, prove di significatività, ecc.)?

FASE 3- Realizzazione dell'audit

17. Domanda: Esistono evidenze della consultazione/coinvolgimento di coloro che partecipano in fase preventiva e in particolare esiste evidenza che lo standard è sottoposto in via preventiva all'esame dei partecipanti?

Risposta: In fase preventiva sono stati coinvolti tutti i partecipanti al gruppo per la stesura della LG, definendo gli indicatori e le modalità di esecuzione dell'audit.

18. Domanda: In caso di valutazione fra pari il gruppo è chiaramente identificabile?

Risposta: E' stato sensibilizzato il gruppo dei referenti di U.O. per la qualità clinica appartenenti al dipartimento coinvolto nell'audit

19. Domanda: Gli step e il metodo previsti dalla programmazione sono stati rispettati?

Risposta: In linea di massima si, i ritardi verificatisi sono da attribuire principalmente a problemi tecnici

Le fasi 4, 5 e 6

FASE 4 - Produzione dei risultati

20. Domanda: E' stato realizzato un report scritto sui primi risultati?

21. Domanda: I risultati sono stati discussi con i partecipanti all'audit?

22. Domanda: I risultati sono stati discussi con altre parti interessate?

Risposta:

FASE 5 - Realizzazione del cambiamento

23. Domanda: E' stato costruito un progetto di miglioramento?

24. Domanda: E' stato realizzato?

25. Domanda: E' documentato?

FASE 6 – Valutazione dell'impatto del cambiamento

26. Domanda: Esiste evidenza della verifica messa in atto per rilevare l'eventuale cambiamento?

27. Domanda: E' documentato?

FASE 7 – Validazione dell'audit

28. Domanda: E' stata verificata l'adeguatezza della progettazione rispetto alle condizioni di effettiva realizzazione dell'audit?

29. Domanda: E' stata verificata l'efficacia dell'audit ai fini del raggiungimento degli obiettivi dichiarati?

30. Domanda: E' documentata?

Data di compilazione: _____

Chi ha compilato: _____

7. Bibliografia, Fonti e Riferimenti Normativi

- **PDTA Standard per le Patologie croniche. 11 ASL a confronto nella gestione della rete dei servizi per BPCO, Tumore polmonare, ictus, scompenso cardiaco e artrite reumatoide . V.D. Tozzi, F.Longo, G. Pacileo, D. Salvatore, N.Pinelli, V. Morando <http://www.cergas.unibocconi.it/wps/wcm/connect/72064c0b-017f-4682-b36d-d651681d246f/PDTA.pdf?MOD=AJPERES>**
- **Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012 PRGLA 2010-2012 reg. Sardegna - Allegato 1 alla Delib.G.R. n. 30/62 del 12.7.2011**
- L. 27 dicembre 2002 n° 289, art. 52, comma 4, le tt. c);
- Accordo Stato-Regioni e P.A. di Trento e Bolzano 11 luglio 2002;
- Piano Regionale di Contenimento dei Tempi e delle Liste di Attesa per il triennio 2006-2008 (Deliberazione di Giunta Regionale 4/7 del 30.01.2007);
- Sistema CUP - Linee guida nazionali (Intesa Stato-Regioni 29 Aprile 2010);
- Piano Nazionale di Governo Liste d'Attesa 2010-2012 - PNLGA (Intesa Stato-Regioni 28 ottobre 2010);
- Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa (Circolare DG-PROG Ministero Salute n° 42754 del 30 dicembre 2010);
- Linee guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali sui tempi d'attesa, di cui al punto 9 dell'Intesa Stato-Regioni sul PNGLA 2010-2012;
- Deliberazione di Giunta Regionale 46/44 del 27.12.2010;
- L.R. n. 1 del 19 gennaio 2011 (art. 13, comma 1);
- Deliberazione di Giunta Regionale 20/3 del 26.4.2011.
- Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2010-2012. Schema di intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n.266. 28 Ottobre 2010
- Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa 2006-2008 di cui all'art.1 comma 280 della l.23\12\2005,n266;
- **Piano Sanitario Nazionale 2003/2005 DPR 23/05/2003 (Piano Sanitario Nazionale 2003-2005) (G.U. s.o. n. 95 al n. 139 della serie generale del 18 giugno 2003). Il piano prevede al p. 2.1 di "Attuare, monitorare ed aggiornare l'accordo sui livelli essenziali ed appropriati di assistenza e ridurre le liste d'attesa" . Si è convenuto di aggiornare la precedente linea-guida, che deve tenere conto del grado di coerenza dei Piani regionali con il Piano nazionale, con particolare attenzione alle parti riguardanti l'individuazione dei seguenti punti: interventi per la fissazione dei tempi di attesa; **monitoraggio sull'uso sistematico delle classi di priorità.****
- Decreto legislativo 229/99 "norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n° 419";
- Intesa Stato-Regioni 18 ottobre 2010 sul Piano Nazionale di Contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2010/2012, di cui all'art. 1, comma 280, della legge 266/2005
- Accordo Stato Regioni del 28/03/2006 "Piano Nazionale per il contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008"
- Comunicazioni Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia (prot. 13030/P del 14/7/14, prot. 14121/P del 31/7/14) per trasmissione decreti di adozione dei criteri di priorità regionali per visita oculistica e visita urologica in età adulta e pediatrica.
- Comunicazione Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia (prot. 11118/P del gg 11/6/14) per trasmissione decreto 540 ASAO "Indicazioni operative per l'accesso alla visita specialistica di chirurgia vertebro-midollare per mal di schiena o sospetto di ernia discale"
- **D.P.C.M. del 16/04/2002 Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa. G.U. n. 122 del 27/05/02**
- **D.C.P.C.M. del 09/05/2001 Circolazione dei dati all'interno del sistema statistico nazionale. G.U. n. 133 del 11-06-2001**
- D.M. del 30/05/2000 Trattamento dei dati sensibili di competenza del Ministero del commercio con l'estero. G.U. n. 152 del 01-07-2000
- Legge Finanziaria 2006, L. n. 266/05 ; art. 1, comma 282, della l. 266/2005 che stabilisce che "è vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni.

Bibliografia Specialistica

- Occhi e urgenze : AO Fatebenefratelli e Oftalmico – Milano
- AVNO (area vasta nord ovest)GRUPPO DI LAVORO PRIORITÀ D'ACCESSO - 2011 oculistica
www.usl5.toscana.it;
http://www.usl5.toscana.it/index.php?option=com_content&view=article&id=13218:classi-di-priorita-per-le-visite-specialistiche-per-tutti-i-medici-prescrittori&catid=165:frontpage
- AVNO GRUPPO DI LAVORO PRIORITÀ D'ACCESSO – 2012 ORTOPEDIA AVNO
www.usl5.toscana.it;http://www.usl5.toscana.it/index.php?option=com_content&view=article&id=13218:cl assi-di-priorita-per-le-visite-specialistiche-per-tutti-i-medici-prescrittori&catid=165:frontpage
- Otorino - Gruppo Di Lavoro Priorità D'accesso AVNO –www.usl5.toscana.it
- DERMATOLOGIA AVNO – linee guida criteri di accesso a liste differenziate www.usl5.toscana.it ;
- Cardiologia - Gruppo Di Lavoro Priorità D'accesso www.usl5.toscana.it ;
- AVNO gruppo di lavoro priorità d'accesso Neurologia www.usl5.toscana.it ;
- Protocollo per la prescrizione secondo prioritá'. Raccolta dei criteri per visite e prestazioni ambulatoriali : Azienda per i Servizi Sanitari n. 3 “Alto Friuli”, Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 “Medio Friuli”, Azienda per i Servizi Sanitari n. 5 “Bassa Friulana”, Azienda Ospedaliero Universitaria “Santa Maria della Misericordia” di Udine. https://www.google.it/url?url=https://aou.udine.it/curarsi/prestazioni/tempi/avud-raccolta-criteri-ago-14.pdf/at_download/file&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ved=0ahUKEwi7z_vIroDRAhXLWBoKHZ_UChcQFggUMA&usq=AFQjCNGkbUW9NKu3sNvhHwJND_zlk0GdA
- La prescrizione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali secondo criteri di appropriatezza e priorità clinica : Tavolo Tecnico interaziendale ASL della Provincia di Lecco, Medici di Medicina Generale dell'ASL della Provincia di Lecco, Azienda Ospedaliera della Provincia di Lecco.
https://www.asl.lecco.it/intranet/docs_file/La_prescrizione_delle_prestazioni_specialistiche_ambulatoriali_secondo_criteri_di_appropriatezza_e_priorit%C3%A0_clinica_-_Linee_guida_ASL_-_AO_Lecco.pdf
- Sistema di accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale organizzato per **Priorità Clinica - Visita Cardiologica** AGENZIA REGIONALE DELLA SANITÀ – PROGRAMMA LISTE DI ATTESA – Reg.Autonoma Friuli Venezia Giulia

Data redazione e revisioni	Gruppo di Lavoro (Coordinatore e Componenti)	Promotore	Committente	Approvazione	Autorizzazione a pubblicazione e diffusione
15.10.16	<p>Coordinatore Gruppo di Lavoro: <i>M. Beccu</i> dr. Marialisa Arras Dirig. Medico C. Primarie</p> <p>Dr. M. Beccu: Pediatra PLS <i>Maver Beccu</i></p> <p>Dr. S. Bobbi: Neurologa P.A. Distr. <i>Juanita Bobbi</i></p> <p>Dr. A. Bua: Dirett. U.O. di Medic.e Chir. d'Accett. e d'Urg. <i>A. Bua</i></p> <p>Dr. M. Cireddu: Ortopedico P.A. Distr. <i>M. Cireddu</i></p> <p>Dr. M. Doneddu: Dermat. P.A. Distr. <i>M. Doneddu</i></p> <p>Dr. V. Ledda: C.A. <i>V. Ledda</i></p> <p>Dr. G. Manunta: Odontoiatra P.A. Distr. <i>G. Manunta</i></p> <p>Dr. R. Mellino: C.A. <i>R. Mellino</i></p> <p>Dr. P. Panedda: MMG <i>P. Panedda</i></p> <p>Dr. P. Paschino: Pneumologo P.A. Distr. <i>P. Paschino</i></p> <p>Dr. S. Ruiu: Opulista P.A. Distr. <i>S. Ruiu</i></p> <p>Dr. A.M. Sanna: Resp. Poliambul. Distretto <i>A.M. Sanna</i></p> <p>G.M. Sciretti: Resp. CUP <i>G.M. Sciretti</i></p> <p>Dr. L. Selis: Cardiologa P.A. Distr. <i>L. Selis</i></p> <p>Dr. A. Susini: ORL P.A. Distr. <i>A. Susini</i></p> <p>Dr. P. Zappadu: Cardiologo Resp.U. Sincope <i>P. Zappadu</i></p>	<i>M. Beccu</i>	<i>M. Beccu</i>		
Il documento è depositato presso :		Direz. ASL Olbia, Direz. Distretto Olbia, Intranet Aziendale			