



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° XII / 511

Seduta del 26/06/2023

Presidente

**ATTILIO FONTANA**

Assessori regionali

MARCO ALPARONE *Vicepresidente*

ALESSANDRO BEDUSCHI

GUIDO BERTOLASO

FRANCESCA CARUSO

GIANLUCA COMAZZI

ALESSANDRO FERMI

PAOLO FRANCO

GUIDO GUIDESI

ROMANO MARIA LA RUSSA

ELENA LUCCHINI

FRANCO LUCENTE

GIORGIO MAIONE

BARBARA MAZZALI

MASSIMO SERTORI

CLAUDIA MARIA TERZI

SIMONA TIRONI

Con l'assistenza del Segretario Enrico Gasparini

Su proposta dell'Assessore Guido Bertolaso

Oggetto

APPROVAZIONE DEL PIANO OPERATIVO REGIONALE PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E DI RICOVERO PREVISTE NEL PNGLA E ULTERIORI AZIONI SULL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

Il Direttore Generale Giovanni Pavese

I Dirigenti Marco Cozzoli Giuseppina Maria Rita Valenti Danilo Cereda

L'atto si compone di 214 pagine

di cui 196 pagine di allegati

parte integrante



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

**VISTA** la seguente normativa nazionale:

- il decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della L. 23 ottobre 1992 n. 421”*;
- il DPCM 29 novembre 2001 *“Definizione dei livelli essenziali di assistenza”*;
- la legge 23 dicembre 2005 n. 266, che prevede la stipula di una intesa tra Stato e Regioni, ai sensi dell’art. 8 comma 6, della legge del 5 giugno 2003 n. 131 in merito alla realizzazione da parte delle Regioni degli interventi previsti dal Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa;
- il DPCM 12 gennaio 2017 *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all’articolo 1 comma 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502”*, in particolare l’allegato 5, in cui l’abbattimento dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie è uno degli obiettivi prioritari del Sistema Sanitario Nazionale e l’erogazione dei servizi entro i tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, rappresenta una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza;
- il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021, approvato in sede di Intesa del 21 febbraio 2019 stipulata, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (rep. Atti 28/CSR);
- il Decreto del Ministero della Salute 20 giugno 2019 che ha istituito l’Osservatorio Nazionale sulle Liste d’Attesa - composto da rappresentanti del Ministero della Salute, di AGE.NA.S., di tutte le Regioni e Province Autonome, dell’Istituto Superiore di Sanità e dalle Organizzazioni civiche di tutela del diritto alla salute - con il compito di supportare le Regioni e le Province Autonome nell’implementazione delle disposizioni contenute nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa PNGLA 2019-2021 e di svolgere il monitoraggio dell’effettiva applicazione delle disposizioni contenute nel citato Piano Nazionale;
- il decreto legge 14 agosto 2020, n. 104 *“Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell’economia”*, convertito in legge, con modificazioni, dall’art. 1, comma 1, L. 13 ottobre 2020, n. 126, con particolare riferimento all’art. 29 (Disposizioni urgenti in materia di liste di attesa) e il decreto legge 25 maggio 2021, n. 73 convertito, con modificazioni, dalla L. 23 luglio 2021, n. 106 con particolare riferimento all’art. 26 (Disposizioni in materia di liste di attesa e utilizzo flessibile delle risorse);
- il decreto legge 25 maggio 2021 n. 73 ad oggetto *“Misure urgenti connesse all’emergenza da Covid-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali”*, così come convertito dalla Legge n. 106 del 23 luglio 2021;
- la legge 30 dicembre 2021, n. 234 *Bilancio di previsione dello Stato per*



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

- l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024*", con particolare riferimento all'art. 1, commi 268, 276, 277, 278, 279;
- la legge 29 dicembre 2022, n. 197 "*Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025*";
  - il decreto legge 29 dicembre 2022, n. 198 "*Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi*", convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 24 febbraio 2023, n. 14, con particolare riferimento all'art. 4, comma 9-octies, che dispone che per l'attuazione delle finalità di cui al comma sopraindicato le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano possono utilizzare una quota non superiore allo 0,3 per cento del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2023 e che per Regione Lombardia tale quota può essere quantificata in via previsionale in 61 milioni di euro;

**VISTA** la seguente normativa regionale:

- la l.r. 30 dicembre 2009 n. 33 "*Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità*" così come da ultimo modificata dalla l.r. 14 dicembre 2021, n. 22;
- la Legge Regionale n. 34 del 29 dicembre 2022 "*Legge di stabilità 2023 2025*" che all'art. 5, in via eccezionale ed al fine di garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza con riferimento alla continuità dell'attività di recupero delle liste d'attesa, ha prorogato al 31.3.2023 l'utilizzo delle prestazioni aggiuntive a tariffa maggiorata del personale dipendente prevedendo delle risorse specifiche;

**RICHIAMATA** la DGR n. XI/1865 del 9 luglio 2019 con la quale si é provveduto al recepimento dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 21 febbraio 2019 (rep. atti 28/csr) sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019 – 2021 ed all'approvazione della proposta di Piano regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA);

**RICHIAMATO** quanto disposto con la DGR n. XI/2672 del 16/12/2019 avente oggetto: "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e sociosanitario per l'esercizio 2020*" e con la DGR n. XI/7819/2023 più oltre richiamata, ovvero che qualora sul territorio dell'ATS, a seguito di verifica da parte del Responsabile Unico Aziendale per i tempi di attesa/referenti CUP aziendali, non fossero presenti le disponibilità richieste, la struttura scelta é tenuta ad erogare la prestazione con oneri a proprio carico, chiedendo al cittadino di riconoscere il solo valore relativo al ticket, se non esente. Tale opzione non é prevista nel caso in cui il cittadino non dovesse accettare la prestazione offerta dal Responsabile



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

Unico Aziendale presso altra struttura nei tempi previsti dalla classe di priorità;

**RICHIAMATI** altresì i provvedimenti adottati dalla Giunta Regionale in ordine alle liste di attesa tra i quali, in particolare:

- la DGR n. VIII/9173 del 30.3.2009 avente oggetto "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio Socio-Sanitario Regionale per l'esercizio 2009 – III Provvedimento*" che ha disciplinato le modalità di rendicontazione delle prestazioni di screening nei flussi ambulatoriali;
- la DGR n. IX/1775 del 2011 con oggetto "*Recepimento dell'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*" con cui è stato approvato il Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA);
- la DGR n. X/2313 del 1 agosto 2014 "*Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2014*" con particolare riferimento all'allegato n. 12 contenente "*Raccomandazioni per la prescrizione di RM e TC per la diagnostica delle patologie del ginocchio, spalla e rachide*";
- la DGR n. XI/6002 del 21 febbraio 2022 "*Determinazioni in merito al Piano per le liste di attesa 2022*" con la quale il piano di cui all'articolo 26, comma 2 del decreto legge n. 73/2021 è stato rimodulato e adottato formalmente per l'anno 2022 per Regione Lombardia nei limiti massimi degli importi stabiliti dalla Legge n. 234/2021; inoltre è stata individuata quale prioritaria, oltre alle prestazioni già previste nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa, l'attività afferente alle seguenti macroaree: chirurgia programmata, con particolare riferimento all'area oncologica; diagnostica strumentale; screening;
- la DGR n. XI/7475 del 30 novembre 2022 "*Primo provvedimento urgente per il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale*" con la quale sono state individuate un gruppo di prime dieci prestazioni ritenute, a livello regionale, maggiormente rilevanti al miglioramento della gestione dei tempi di attesa e rispetto alle quali porre in essere azioni mirate, ed è stato conferito mandato alla Direzione Generale Welfare di definire le azioni di indirizzo sull'appropriatezza prescrittiva e sull'accessibilità finalizzate a contribuire al contenimento dei tempi di attesa;
- la DGR n. XI/7758 del 28 dicembre 2022 "*Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023*" con particolare riferimento all'allegato 1 (Inquadramento Economico: Quadro del sistema per l'anno 2023), all'allegato 3 (Azioni per il contenimento delle liste di attesa) e all'allegato 5



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

(Negoziazione sanitaria) che, tra l'altro, ha stabilito di estendere le disposizioni contenute nella DGR n. XI/7475/2022 ad ulteriori prestazioni di specialistica ambulatoriale, focalizzando l'intervento prioritariamente sulle prestazioni strumentali di diagnostica per immagini, quali ad esempio mammografie, TAC ed RMN;

- la DGR n. XI/7818 del 23 gennaio 2023 ad oggetto *“Adempimenti di cui all'articolo 1, commi 276 e 279, della legge 30 dicembre 2021, n. 234. Adozione del Piano di recupero per le liste di attesa, rimodulato ai sensi della vigente normativa e ai provvedimenti successivi alla DGR n. XI/6002/2022”*;
- la DGR n. XI/7819 del 23 gennaio 2023 *“Secondo provvedimento urgente per il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale in attuazione della DGR n. XI/7758 del 28 dicembre 2022 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023” con la quale sono state individuate ulteriori prestazioni previste nel PNGLA (diagnostica per immagini) alle quali estendere le azioni e gli obiettivi di breve e medio/lungo termine già definiti con la DGR n. XI/7475/22;*
- la DGR n. XII/61 del 27 marzo 2023 *“Prime determinazioni in merito al Piano per le liste di attesa dell'anno 2023”* con la quale sono state individuate le risorse previste dal comma 9-octies dell'art. 4 della Legge 24 febbraio 2023, n. 14 per garantire la completa attuazione del Piano operativo per il recupero delle liste d'attesa, pari a euro 61 milioni;
- la DGR n. XII/88 del 3 aprile 2023 *“Determinazioni in ordine al contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale previste nel PNGLA e per i ricoveri in attuazione del piano per le liste di attesa dell'anno 2023 di cui alla dgr. n. XII/61 del 27 marzo 2023”* con la quale sono state disposte ulteriori azioni finalizzate al contenimento dei tempi di attesa, tra le quali uno specifico monitoraggio dei volumi complessivi, validati dalle ATS, che gli erogatori pubblici afferenti al territorio dovranno garantire nel periodo aprile - dicembre 2023 e che costituiranno il livello obiettivo da raggiungere entro il 31/12/2023, nonché i volumi che le ATS dovranno negoziare con gli erogatori privati accreditati nel periodo aprile-dicembre 2023;

**DATO ATTO** che con il cruscotto di monitoraggio già a disposizione delle ATS le stesse dovranno monitorare il raggiungimento del target individuato nei Piani operativi delle ATS;

**PRECISATO** che tale strumento consente alla Direzione Generale Welfare e alle ATS



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

di intervenire in tempi rapidi, direttamente sul singolo Ente, ove si presentassero criticità nell'erogazione delle prestazioni;

**CONSIDERATO** che la Direzione Generale Welfare intende integrare il sistema informatico come definito dalla DGR n. XII/88/23, che consenta, nel rispetto delle normative in materia di privacy e in modalità sicura, automatica e in tempo reale, l'accesso diretto ai dati relativi alle prestazioni erogate e programmate dai singoli Enti erogatori in favore di utenti interni (ricoverati) nel periodo temporale di osservazione definito;

**STABILITO** di dare mandato alla Direzione Generale Welfare, d'intesa con le Direzioni Generali degli Enti erogatori, di avviare immediatamente le attività per le indispensabili integrazioni tecniche finalizzate ad estendere il monitoraggio e il controllo dei volumi di erogazione in tempo reale ai pazienti interni, agli appuntamenti pianificati in modalità "overbooking" e a quelli pianificati che non sono stati erogati per indisponibilità dell'utente "no show";

**STABILITO** che, fino al completamento degli interventi di adeguamento dei propri sistemi informativi, gli Enti erogatori dovranno fornire con frequenza periodica alla Direzione Generale Welfare l'aggiornamento dei dati relativi alle prestazioni programmate ed erogate in favore di utenti interni (ricoverati) nelle modalità tecniche che saranno successivamente comunicate dalla Direzione Generale Welfare;

**DATO ATTO** inoltre che, in attuazione di quanto disposto dalla soprarichiamata DGR n. XII/88/23 con nota della Direzione Generale Welfare ad oggetto: "*Indicazioni operative per l'attuazione della DGR n. XII/88 del 03/04/2023*" del 6 aprile 2023 a ciascuna ATS é stato trasmesso il piano di dettaglio indicativo dei volumi che ciascun erogatore pubblico dovrà garantire - per validazione e successiva trasmissione da parte delle stesse alla Direzione Generale - ed il tracciato da compilare e trasmettere due volte alla settimana tramite l'applicativo della Rete Regionale di prenotazione, ai fini del predetto monitoraggio del raggiungimento dei volumi;

**DATO ATTO** che le ATS:

- hanno proceduto all'interlocazione con gli Erogatori pubblici e privati al fine di verificare le eventuali criticità esistenti in merito all'erogazione delle prestazioni ambulatoriali ordinarie e aggiuntive e al recupero di ricoveri secondo le indicazioni regionali;



## Regione Lombardia

### LA GIUNTA

---

- hanno condiviso con le ASST del territorio il piano di dettaglio indicativo dei volumi di prestazioni ordinarie e aggiuntive trasmesso dalla Direzione Generale Welfare per la validazione e la formalizzazione dell'offerta complessiva, sia in termini di prestazioni ordinarie sia in termini di prestazioni aggiuntive;
- hanno indetto avvisi per le manifestazioni di interesse da parte degli enti privati accreditati erogatori di prestazioni di specialistica ambulatoriale interessati a stipulare accordi/addendum contrattuali per l'acquisizione di prestazioni aggiuntive finalizzate al recupero delle liste di attesa per l'anno 2023;

**RICHIAMATA** altresì la successiva nota della Direzione Generale Welfare del 28 aprile 2023 con la quale è stato prorogato il termine di trasmissione dei Piani operativi di dettaglio dal 28 aprile al 12 maggio 2023;

**PRESO ATTO** quindi dei Piani operativi di dettaglio per il contenimento dei tempi di attesa trasmessi dalle ATS alla Direzione Generale Welfare in attuazione della citata DGR n. XII/88/23, riportanti i livelli erogativi garantiti dagli erogatori pubblici e privati o previsionalmente attribuiti dalle ATS, ripartiti per prestazioni "ordinarie" e "aggiuntive", per tipologia, per singolo erogatore e per area territoriale di competenza di ciascun Ente;

**VISTA** la nota della Direzione Generale Welfare prot. n. G1.2023.0019803 del 25/05/2023 concernente il processo di prenotazione attiva della mammografia attraverso agenda della Rete Regionale di Prenotazione;

**PRECISATO** altresì che i Piani operativi di dettaglio delle ATS contengono:

- la rimodulazione, definita a seguito di interlocuzioni con gli enti erogatori, del dettaglio dei volumi di prestazioni ambulatoriali oggetto del PNGLA ordinarie ed aggiuntive che ciascuna ATS dovrà garantire per il periodo aprile/ dicembre 2023, comprensive anche dei volumi riferiti agli screening (allegato n. 1 "*Piano operativo regionale*");
- il volume delle prestazioni aggiuntive identificate da ciascun erogatore, concernente i ricoveri chirurgici programmati di cui al PNGLA o altri al di fuori del PNGLA rilevati critici a livello locale, che consenta di offrire un case mix in grado di garantire l'erogazione di prestazioni di area oncologica, ma anche ortopedica, cardiovascolare e di altri interventi minori;



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

**PRESO ATTO** delle richieste di dettaglio inviate dalle ATS che riportano i volumi aggiuntivi di screening concordati tra ATS ed erogatori, riportati in dettaglio nel sub allegato n. 1A "Screening";

**RITENUTO** quindi di approvare il Piano operativo regionale per il contenimento dei tempi di attesa in attuazione della DGR n. XII/88/23, allegato n. 1 "Piano operativo regionale" e il sub allegato n. 1A "Screening", parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;

**CONSIDERATO** che con la richiamata DGR n. XII/88/23 è stato stabilito di destinare inizialmente, per la copertura delle azioni previste dal provvedimento relativamente all'attività aggiuntiva di ricovero, ambulatoriale e di screening, l'importo di euro 43 milioni, pari a circa il 70% delle risorse previste con la DGR n. XII/61/2023;

**DATO ATTO** che i piani operativi presentati dalle ATS, come da tabelle contenute nell'allegato n. 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, richiedono risorse economiche complessive pari a euro 81 milioni, importo maggiore rispetto a quello assegnato con la citata DGR n. XII/61/23 (euro 61 milioni);

**RITENUTO** pertanto necessario, al fine di garantire la completa attuazione del Piano operativo regionale per il contenimento dei tempi di attesa di cui allegato n. 1, di integrare le risorse economiche stanziare con la citata DGR n. XII/61/23 pari a 61 milioni di euro, con ulteriori risorse pari a 20 milioni di euro;

**STABILITO** pertanto che l'ammontare complessivo delle risorse messe a disposizione per garantire la completa attuazione del Piano operativo regionale di cui sopra, è pari a complessivi 81 milioni di euro, così suddiviso:

- 46.372.000 euro agli erogatori pubblici;
- 34.628.000 euro agli erogatori privati accreditati aggiuntivi all'attività di negoziazione per i cittadini lombardi;

**DATO ATTO** che la necessaria copertura finanziaria è garantita per euro 61 milioni a valere sulle disponibilità di cui al capitolo 8374 del bilancio regionale per l'esercizio 2023 (già previste con D.G.R. n. XII/61/23) e per euro 20 milioni a valere sull'accantonamento della GSA 2020 FSR indistinto finalizzato COVID registrato nella contabilità finanziaria sull'impegno 2020/19801 di cui al capitolo 14493;





# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

**PRESO ATTO** della proficua partecipazione degli enti, fin dai primi mesi del 2023, all'attuazione delle direttive regionali in materia di contenimento dei tempi di attesa che ha determinato un incremento delle prestazioni erogate;

**RITENUTO** quindi opportuno, ad integrazione di quanto stabilito dalla DGR n. XII/88/23, assegnare il 100% delle risorse sopra quantificate;

**PRECISATO** che, con nota della Direzione Generale Welfare sarà trasmesso alle ATS il dettaglio indicativo dei volumi che ciascun ente erogatore pubblico dovrà garantire;

**RITENUTO** di demandare ad un successivo decreto della Direzione Generale Welfare l'assegnazione alle ASST/IRCCS di diritto pubblico delle risorse di parte corrente per il finanziamento delle prestazioni aggiuntive di cui al presente provvedimento;

**STABILITO** di riconoscere il riparto del finanziamento per le ATS per l'anno 2023, ex art. 4, comma 9- octies DL 198/2022, al fine del coinvolgimento delle strutture private accreditate, come da importi sotto riportati:

ATS	IMPORTO MASSIMO EURO
MILANO	9.365.000
INSUBRIA	3.232.000
MONTAGNA	966.900
BRIANZA	3.729.500
BERGAMO	4.334.600
BRESCIA	6.827.500
VALPADANA	5.431.000
PAVIA	741.500
<b>TOTALE</b>	<b>34.628.000</b>

**RICHIAMATO** altresì il decreto a firma del Direttore Generale della Direzione Generale Welfare n. 6337 del 2 maggio 2023 con il quale, in attuazione della DGR n. XII/88/23 sopra richiamata, è stato istituito un gruppo di lavoro che, tra i



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

suoi principali obiettivi, ha:

- il coordinamento degli Enti coinvolti (ATS ed Enti erogatori pubblici e privati) nell'attuazione delle azioni definite dai provvedimenti regionali richiamati in premessa;
- il monitoraggio periodico dell'andamento delle prestazioni erogate sul territorio lombardo dagli erogatori, al fine di verificare il progressivo raggiungimento da parte degli stessi dei volumi validati e definiti entro il termine stabilito del 31/12/2023;
- la definizione delle azioni di indirizzo sull'appropriatezza prescrittiva e sull'accessibilità finalizzate alla predisposizione delle indicazioni cliniche utili alla prescrizione delle prestazioni a carico del SSN;

**DATO ATTO** che il gruppo di cui sopra è stato suddiviso in diversi sottogruppi per alcuni dei quali, con il coordinamento della Direzione Generale Welfare, è stata prevista la realizzazione di una serie di primi obiettivi a breve termine da realizzare entro il mese di giugno 2023, come illustrato di seguito:

- Sottogruppo appropriatezza con il seguente obiettivo di breve termine:
  - definizione delle azioni di indirizzo sull'appropriatezza prescrittiva con particolare riferimento alla predisposizione di un documento contenente i criteri di appropriatezza delle prestazioni di RM e TAC: allegato n. 2;
- Sottogruppo "Definizione di linee guida e best practices tese ad omogeneizzare i comportamenti sul territorio" con il seguente obiettivo di breve termine:
  - predisposizione di un documento contenente indicazioni in merito alla "*Riorganizzazione agende*" (allegato 3) contenente le caratteristiche per la configurazione delle agende delle prestazioni ambulatoriali;

**PRESO ATTO** degli esiti dei lavori dei sottogruppi sopra richiamati;



## Regione Lombardia

### LA GIUNTA

---

**RITENUTO** pertanto di approvare i seguenti allegati, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento:

- allegato n. 2 *“Linee di intervento per il governo delle liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali - strategia di contenimento dei tempi di attesa”*;
- allegato n. 3 *“Riorganizzazione agende”*;

**DATO ATTO** che la DGR n. XI/1865/19 sopra richiamata ha, tra l'altro, disposto la promozione, facendo seguito alle sperimentazioni in atto in diverse Regioni, del modello dei “Raggruppamenti di Attesa Omogenei” (RAO) di cui all'allegato C del PNGLA 2019 – 2021 *“Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO”*, per le prestazioni specialistiche ambulatoriali come ulteriore strumento di governo della domanda;

**VISTA** la nota del Ministero della Salute – Direzione Generale della Programmazione Sanitaria – prot. n. 0018678-30/05/2023-DGPROGS-MDS-P, sopra richiamata, nella quale al paragrafo n. 3 (Aggiornamento dei Piani Operativi regionali e debito informativo) si raccomanda quanto segue: *“Contestualmente alle attività di aggiornamento delle liste, allo scopo di migliorare le strategie di governo delle liste d'attesa, si raccomanda che le Regioni e PP.AA. adottino e/o implementino attività di verifica dell'appropriatezza prescrittiva, utilizzando strumenti quali il Manuale RAO ovvero altri strumenti indirizzati alla corretta prescrizione delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero, nonché percorsi di tutela previsti dal PNGLA 2019-2021”*;

**RITENUTO** che il modello RAO costituisce una efficace strategia di governo delle liste di attesa in quanto:

- indica i criteri clinici per l'accesso appropriato e prioritario alle prestazioni, definendo linee di indirizzo comuni per tutti i soggetti prescrittori, al fine di uniformare i comportamenti prescrittivi e conseguentemente le modalità di erogazione delle prestazioni, nel rispetto del principio di equità, omogeneità e di appropriatezza prescrittiva;
- ha l'obiettivo di differenziare i tempi di attesa per i cittadini/pazienti che accedono alle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate direttamente dal SSN o per conto del SSN, in base a criteri clinici espliciti;



## Regione Lombardia

### LA GIUNTA

---

- è uno strumento fondamentale per la gestione della domanda e prevede il coinvolgimento partecipativo di medici prescrittori (MMG, PLS e Specialisti) e di soggetti erogatori;
- è basato sull'identificazione di precise situazioni cliniche e del relativo tempo massimo d'attesa per ognuna delle quattro classi di priorità riprese dal Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) (Urgente, Breve, Differita, Programmata) in relazione alle oggettive condizioni cliniche del paziente, già diagnosticate o sospette, in modo da poter assicurare la prestazione sanitaria in tempi congrui;

**STABILITO** pertanto di adottare il modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei" (RAO) di cui all'allegato C del PNGLA 2019 – 2021 "*Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO*", riportato nell'allegato n. 4, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

**RITENUTO** di dare mandato alle ATS di attivare specifici tavoli con gli MMG/PLS e con le ASST per gli specialisti ambulatoriali del territorio di competenza, per l'applicazione del metodo RAO prevista dal presente provvedimento e per l'applicazione delle indicazioni contenute nell'allegato n. 2 relative all'appropriatezza prescrittiva;

**RITENUTO** altresì fondamentale, per le finalità di contenimento delle liste di attesa di cui al presente provvedimento, che gli Enti erogatori pongano in essere le seguenti azioni:

- Pubblicazione tempestiva dei referti sul FSE:
  - gli Enti dovranno impegnarsi, per le attività di competenza, ai fini della completezza del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), a pubblicare almeno l'80% dei documenti clinici elettronici (DCE) relativi a referti di laboratorio (LIS), referti di radiologia (RIS), altri referti ambulatoriali (AMB), verbali di PS e lettere di dimissione (LDM); la percentuale indicata si intende totale documenti elettronici prodotti per tipologia di documento, indipendentemente dal formato (es.pdf, pdfa3) e calcolata rispetto ai totali eventi comunicati in flusso di rendicontazione corrispondente (28/SAN, SDO);
  - si richiede inoltre il rispetto della tempestività di pubblicazione per tutte le tipologie di referto entro 24 ore dalla loro produzione in



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

almeno il 95% dei referti pubblicati;

- Gestione ricetta dematerializzata: gli Enti dovranno impegnarsi nella corretta gestione della ricetta elettronica dematerializzata (DEM): la percentuale di prescrizioni DEM in stato di "blocco", associate alle prestazioni rendicontate in 28/SAN, dovrà essere in misura pari ad almeno il 98% e, di queste, la percentuale di prescrizioni DEM in stato "erogato" pari ad almeno l'80%;
- Prescrizione dematerializzata: considerato che i dati del prescritto 2022 evidenziano uno scarso utilizzo della ricetta DEM di circa 11 milioni di ricette su un totale di circa 18 milioni di ricette rendicontate nel flusso 28SAN, ossia il 62%. Pertanto, si ritiene necessario che gli Enti si impegnino a raggiungere un valore almeno pari all'80% delle prescrizioni ambulatoriali effettuate da parte dei propri specialisti in forma dematerializzata entro la fine dell'anno 2023;

**RITENUTO** di stabilire per gli erogatori pubblici che le azioni di cui al presente provvedimento rappresentano obiettivo prioritario dei Direttori Generali ai sensi del vigente contratto;

**RITENUTO** infine di dare mandato alla Direzione Generale Welfare di trasmettere il presente provvedimento alle ATS per l'invio agli erogatori privati, alle ASST e agli IRCCS di diritto pubblico per l'applicazione nei territori di rispettiva competenza;

**DATO ATTO** che il presente provvedimento non é soggetto agli obblighi di pubblicazione di cui agli artt. 26 e 27 del D.Lgs. n. 33/2013;

**VISTA** la l.r. 7 luglio 2008, n. 20 nonché i provvedimenti organizzativi della XII legislatura;

**VAGLIATE** e fatte proprie le predette considerazioni;

**ALL'UNANIMITA'** dei voti, espressi nelle forme di legge;

**DELIBERA**



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

1. di approvare il Piano operativo regionale per il contenimento dei tempi di attesa in attuazione della DGR n. XII/88/23, allegato n. 1 "Piano operativo regionale" e il sub allegato n. 1A "Screening", parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;
2. di dare atto che i piani operativi presentati dalle ATS, come da tabelle contenute nell'allegato n. 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, richiedono risorse economiche complessive pari a euro 81 milioni, importo maggiore rispetto a quello assegnato con la citata DGR n. XII/61/23 (euro 61 milioni);
3. di ritenere pertanto necessario, al fine di garantire la completa attuazione del Piano operativo regionale per il contenimento dei tempi di attesa di cui all'allegato n. 1, di integrare le risorse economiche stanziare con la citata DGR n. XII/61/23 pari a 61 milioni di euro, con ulteriori risorse pari a 20 milioni di euro;
4. di stabilire pertanto che l'ammontare complessivo delle risorse messe a disposizione per garantire la completa attuazione del Piano operativo regionale di cui sopra, è pari a complessivi 81 milioni di euro, così suddiviso:
  - 46.372.000 euro agli erogatori pubblici;
  - 34.628.000 euro agli erogatori privati accreditati aggiuntivi all'attività di negoziazione per i cittadini lombardi;
5. di dare atto che la necessaria copertura finanziaria è garantita per euro 61 milioni a valere sulle disponibilità di cui al capitolo 8374 del bilancio regionale per l'esercizio 2023 (già previste con D.G.R. n. XII/61/23) e per euro 20 milioni a valere sull'accantonamento della GSA 2020 FSR indistinto finalizzato COVID registrato nella contabilità finanziaria sull'impegno 2020/19801 di cui al capitolo 14493;
6. di stabilire, ad integrazione di quanto stabilito dalla DGR n. XII/88/23, l'assegnazione del 100% delle risorse sopra quantificate, considerata la proficua partecipazione degli enti, fin dai primi mesi del 2023, all'attuazione delle direttive regionali in materia di contenimento dei tempi di attesa che ha determinato un incremento delle prestazioni erogate;
7. di precisare che con nota della Direzione Generale Welfare sarà trasmesso alle ATS il dettaglio indicativo dei volumi che ciascun ente erogatore



## Regione Lombardia

### LA GIUNTA

pubblico dovrà garantire;

8. di demandare ad un successivo decreto della Direzione Generale Welfare l'assegnazione alle ASST/IRCCS di diritto pubblico delle risorse di parte corrente per il finanziamento delle prestazioni aggiuntive di cui al presente provvedimento;
9. di stabilire di riconoscere il riparto del finanziamento per le ATS per l'anno 2023, ex art. 4, comma 9- octies DL 198/2022, al fine del coinvolgimento delle strutture private accreditate, come da importi sotto riportati:

<b>ATS</b>	<b>IMPORTO MASSIMO EURO</b>
MILANO	9.365.000
INSUBRIA	3.232.000
MONTAGNA	966.900
BRIANZA	3.729.500
BERGAMO	4.334.600
BRESCIA	6.827.500
VALPADANA	5.431.000
PAVIA	741.500
<b>TOTALE</b>	<b>34.628.000</b>

10. di prendere atto degli esiti dei lavori dei sottogruppi del Gruppo istituito con il citato decreto n. 6337/23, richiamati nelle premesse del presente provvedimento;
11. di approvare i seguenti allegati, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento:
  - allegato n. 2 "*Linee di intervento per il governo delle liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali - strategia di contenimento dei tempi di attesa*";
  - allegato n. 3 "*Riorganizzazione agende*";



## Regione Lombardia

### LA GIUNTA

---

12. di adottare il modello dei “Raggruppamenti di Attesa Omogenei” (RAO) di cui all'allegato C del PNGLA 2019 – 2021 “*Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO*”, riportato nell'allegato n. 4, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
13. di dare mandato alle ATS di attivare specifici tavoli con gli MMG/PLS e con le ASST per gli specialisti ambulatoriali del territorio di competenza, per l'applicazione del metodo RAO prevista dal presente provvedimento e per l'applicazione delle indicazioni contenute nell'allegato n. 2 relative all'appropriatezza prescrittiva;
14. di stabilire, per le finalità di contenimento delle liste di attesa di cui al presente provvedimento, che gli Enti erogatori pongano in essere le seguenti azioni:
  - Pubblicazione tempestiva dei referti sul FSE:
    - gli Enti dovranno impegnarsi, per le attività di competenza, ai fini della completezza del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), a pubblicare almeno l'80% dei documenti clinici elettronici (DCE) relativi a referti di laboratorio (LIS), referti di radiologia (RIS), altri referti ambulatoriali (AMB), verbali di PS e lettere di dimissione (LDM); la percentuale indicata si intende totale documenti elettronici prodotti per tipologia di documento, indipendentemente dal formato (es.pdf, pdfa3) e calcolata rispetto ai totali eventi comunicati in flusso di rendicontazione corrispondente (28/SAN, SDO);
    - si richiede inoltre il rispetto della tempestività di pubblicazione per tutte le tipologie di referto entro 24 ore dalla loro produzione in almeno il 95% dei referti pubblicati.
  - Gestione ricetta dematerializzata: gli Enti dovranno impegnarsi nella corretta gestione della ricetta elettronica dematerializzata (DEM): la percentuale di prescrizioni DEM in stato di “blocco”, associate alle prestazioni rendicontate nel flusso 28/SAN, dovrà essere in misura pari ad almeno il 98% e, di queste, la percentuale di prescrizioni DEM in stato “erogato” pari ad almeno l'80%;
  - Prescrizione dematerializzata: considerato che i dati del prescritto 2022





## Regione Lombardia

### LA GIUNTA

---

evidenziano uno scarso utilizzo della ricetta DEM di circa 11 milioni di ricette su un totale di circa 18 milioni di ricette rendicontate nel flusso 28SAN, ossia il 62%. Pertanto, si ritiene necessario che gli Enti si impegnino a raggiungere un valore almeno pari all'80% delle prescrizioni ambulatoriali effettuate da parte dei propri specialisti in forma dematerializzata entro la fine dell'anno 2023;

15. di stabilire per gli erogatori pubblici che le azioni di cui al presente provvedimento rappresentano obiettivo prioritario dei Direttori Generali che sarà pertanto suscettibile di essere valutato ai sensi del vigente contratto;
16. di integrare, al fine di analizzare e migliorare i flussi informatici, il sistema informatico come definito dalla DGR n. XII/88/23, al fine di consentire nel rispetto delle normative in materia di privacy e in modalità sicura, automatica e in tempo reale, l'accesso diretto ai dati relativi alle prestazioni erogate e programmate dai singoli Enti erogatori in favore di utenti interni (ricoverati) nel periodo temporale di osservazione definito;
17. di dare mandato alla Direzione Generale Welfare, d'intesa con le Direzioni Generali degli Enti erogatori, di avviare immediatamente le attività per le indispensabili integrazioni tecniche finalizzate ad estendere il monitoraggio e il controllo dei volumi di erogazione in tempo reale ai pazienti interni, agli appuntamenti pianificati in modalità "overbooking" e a quelli pianificati che non sono stati erogati per indisponibilità dell'utente "no-show";
18. di stabilire che, fino al completamento degli interventi di adeguamento dei propri sistemi informativi, gli Enti erogatori dovranno fornire con frequenza periodica alla Direzione Generale Welfare l'aggiornamento dei dati relativi alle prestazioni programmate ed erogate in favore di utenti interni (ricoverati) nelle modalità tecniche che saranno successivamente comunicate dalla Direzione Generale Welfare;
19. di dare mandato altresì alla Direzione Generale Welfare di trasmettere il presente provvedimento alle ATS per l'invio agli erogatori privati, alle ASST e agli IRCCS di diritto pubblico per l'applicazione nei territori di rispettiva competenza;
20. di dare atto che il presente provvedimento non è soggetto agli obblighi di



**Regione Lombardia**  
LA GIUNTA

---

pubblicazione di cui agli artt. 26 e 27 del D.Lgs. n. 33/2013;

21. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul B.U.R.L. e sul sito web della Regione Lombardia: [www.regione.lombardia.it](http://www.regione.lombardia.it).

IL SEGRETARIO  
ENRICO GASPARINI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

**ALLEGATO 1**

**PIANO OPERATIVO REGIONALE  
DETTAGLIO VOLUMI RIMODULATI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE SPECIALISTICA AMBULATORIALE  
PERIODO APRILE – DICEMBRE 2023**

## VOLUME DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI ORDINARIE ED AGGIUNTIVE

VOLUME DELLE PRIME VISITE				
ATS	Volume prestazioni ordinarie (aprile – dicembre 2023)		Volume prestazioni aggiuntive (aprile – dicembre 2023)	
ATS	EEP	EEPA	EEP	EEPA
MILANO	496.607	339.911	59.672	33.991
INSUBRIA	133.591	112.743	9.604	8.848
MONTAGNA	43.954	8.935	3.311	3.267
BRIANZA	127.283	80.431	7.504	3.575
BERGAMO	93.016	68.737	8.880	6.760
BRESCIA	139.996	99.804	7.614	1.717
VAL PADANA	96.817	99.889	8.103	10.773
PAVIA	84.333	42.973	6.867	5.594
<b>TOTALE</b>	<b>1.215.597</b>	<b>853.423</b>	<b>111.555</b>	<b>74.525</b>

VOLUME PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E STRUMENTALE				
ATS	Volume prestazioni ordinarie (aprile – dicembre 2023)		Volume prestazioni aggiuntive (aprile – dicembre 2023)	
ATS	EEP	EEPA	EEP	EEPA
MILANO	545.840	1.034.573	93.251	61.558
INSUBRIA	127.816	283.996	10.732	27.921
MONTAGNA	45.171	20.616	6.504	9.030
BRIANZA	150.798	157.368	13.740	18.538
BERGAMO	132.304	199.204	11.689	19.997
BRESCIA	130.855	160.750	12.581	16.042
VAL PADANA	115.784	186.865	10.863	17.980
PAVIA	91.281	72.744	9.639	10.420
<b>TOTALE</b>	<b>1.339.849</b>	<b>2.116.116</b>	<b>168.999</b>	<b>181.486</b>

VOLUME COMPLESSIVO				
ATS	Volume prestazioni ordinarie (aprile – dicembre 2023)		Volume prestazioni aggiuntive (aprile – dicembre 2023)	
ATS	EEP	EEPA	EEP	EEPA
MILANO	1.042.447	1.374.484	152.923	95.549
INSUBRIA	261.407	396.739	20.336	36.769
MONTAGNA	89.125	29.551	9.815	12.297
BRIANZA	278.081	237.799	21.244	22.113
BERGAMO	225.320	267.941	20.569	26.757
BRESCIA	270.851	260.554	20.195	17.759
VAL PADANA	212.601	286.754	18.966	28.753
PAVIA	175.614	115.716	16.506	16.014
<b>TOTALE</b>	<b>2.555.446</b>	<b>2.969.538</b>	<b>280.554</b>	<b>256.011</b>

**VOLUME PRESTAZIONI AMBULATORIALI ORDINARIE ED AGGIUNTIVE - ENTI EROGATORI PUBBLICI  
(periodo aprile – dicembre 2023)**

### 321 - ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

VOLUME PRESTAZIONI	ORDINARIE	AGGIUNTIVE
	Tot. a livello di ATS	Tot. a livello di ATS
Prima visita cardiologica (897a3)	45.206	6.014
Prima visita chirurgica vascolare (897a6)	6.445	903
Prima visita dermatologica (897a7)	70.051	4.966
Prima visita di medicina fisica e riabilitazione (897b2)	29.431	2.880
Prima visita endocrinologica/diabetologica (897a8)	27.789	3.778
Prima visita gastroenterologica (897a9)	12.455	1.720
Prima visita ginecologica (89261)	29.637	3.863
Prima visita neurologica [neurochirurgica] (8913)	30.794	3.851
Prima visita oculistica (9502)	65.904	9.718
Prima visita oncologica (897b6)	11.751	1.491
Prima visita orl (897b8)	61.939	6.525
Prima visita ortopedica (897b7)	60.021	6.724
Prima visita pneumologica (897b9)	21.021	2.409
Prima visita urologica/andrologica (897c2)	24.163	4.830
<b>Totale prime visite</b>	<b>496.607</b>	<b>59.672</b>
Colonscopia con endoscopio flessibile. (4525)	15.519	1.714
Diagnostica ecografica del capo e del collo (88714)	17.002	3.641
Diagnostica ecografica del cuore (88721 e 8872A)	720	72
Diagnostica ecografica mammella (88731, 88732)	24.707	5.013
Eco(color)doppler dei tronchi sovraaortici (88735)	24.405	5.835
Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo (non associabile a 88.72.1, 88.72.3 e 88.72.A) (88722)	44.779	5.776
Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo e dopo prova fisica o farmacologica (non associabile a 88.72.1, 88.72.2 e 88.72.A) (88723)	754	78
Eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, arteriosa o venosa (88772)	18.295	3.112
Ecografia addome (88761, 88751, 88741)	44.868	14.232
Ecografia ostetrico - ginecologica (8878, 88782)	30.050	2.630
Elettrocardiogramma (8952)	98.007	5.371
Elettrocardiogramma dinamico (8950)	18.005	974
Elettromiografia semplice [emg] (93081)	17.666	2.163
Esame audiometrico tonale (95411)	22.440	2.005
Esofagogastroduodenoscopia [egd] (4516)	19.025	3.113
Fotografia del fundus (9511)	4.764	986
Mammografia (878371,87372)	29.876	4.935
Polipectomia endoscopica dell' intestino crasso (4542)	1.265	159
Risonanza magnetica nucleare (rm) (88954, 88912, 8893, 88955, 88931, 88911)	24.844	9.067
Spirometria (89372,89371)	28.828	2.414
Test da sforzo (8944, 8941)	2.628	458
Tomografica computerizzata (tc) (88381, 88382, 88016, 8703, 88012, 88385, 88011, 87411, 8741, 88013, 87031, 88014, 88015)	57.393	19.503
<b>Totale diagnostica e strumentale</b>	<b>545.840</b>	<b>93.251</b>
<b>TOTALE<sup>1</sup></b>	<b>1.042.447</b>	<b>152.923</b>

<sup>1</sup>Al valore totale complessivo di queste prestazioni si aggiungono 6.083 prestazioni extra PNGLA.

### 322 - ATS DELL'INSUBRIA

VOLUME PRESTAZIONI	ORDINARIE	AGGIUNTIVE
	Tot. a livello di ATS	Tot. a livello di ATS
Prima visita cardiologica (897a3)	10.917	813
Prima visita chirurgica vascolare (897a6)	2.136	224
Prima visita dermatologica (897a7)	16.362	180
Prima visita di medicina fisica e riabilitazione (897b2)	11.442	505
Prima visita endocrinologica/diabetologica (897a8)	9.557	1.011
Prima visita gastroenterologica (897a9)	3.234	100
Prima visita ginecologica (89261)	6.744	780
Prima visita neurologica [neurochirurgica] (8913)	9.367	811
Prima visita oculistica (9502)	19.562	775
Prima visita oncologica (897b6)	1.663	109
Prima visita orl (897b8)	17.270	1.584
Prima visita ortopedica (897b7)	10.655	1.659
Prima visita pneumologica (897b9)	6.737	733
Prima visita urologica/androgica (897c2)	7.945	320
<b>Totale prime visite</b>	<b>133.591</b>	<b>9.604</b>
Colonscopia con endoscopio flessibile. (4525)	6.187	315
Diagnostica ecografica del capo e del collo (88714)	4.463	515
Diagnostica ecografica del cuore (88721 e 8872A)	85	4
Diagnostica ecografica mammella (88731, 88732)	6.524	843
Eco(color)doppler dei tronchi sovraortici (88735)	5.333	631
Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo (non associabile a 88.72.1, 88.72.3 e 88.72.A) (88722)	11.151	925
Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo e dopo prova fisica o farmacologica (non associabile a 88.72.1, 88.72.2 e 88.72.A) (88723)	140	10
Eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, arteriosa o venosa (88772)	3.189	298
Ecografia addome (88761, 88751, 88741)	8.739	1.044
Ecografia ostetrico - ginecologica (8878, 88782)	7.734	611
Elettrocardiogramma (8952)	22.974	786
Elettrocardiogramma dinamico (8950)	4.694	62
Elettromiografia semplice [emg] (93081)	1.858	132
Esame audiometrico tonale (95411)	6.201	192
Esofagogastroduodenoscopia [egd] (4516)	7.070	400
Fotografia del fundus (9511)	25	3
Mammografia (878371,87372)	6.756	792
Polipectomia endoscopica dell' intestino crasso (4542)	372	33
Risonanza magnetica nucleare (rm) (88954, 88912, 8893, 88955, 88931, 88911)	5.456	756
Spirometria (89372,89371)	4.546	407
Test da sforzo (8944, 8941)	23	2
Tomografica computerizzata (tc) (88381, 88382, 88016, 8703, 88012, 88385, 88011, 87411, 8741, 88013, 87031, 88014, 88015)	14.296	1.971
<b>Totale diagnostica e strumentale</b>	<b>127.816</b>	<b>10.732</b>
<b>TOTALE</b>	<b>261.407</b>	<b>20.336</b>

### 323 - ATS MONTAGNA

VOLUME PRESTAZIONI	ORDINARIE	AGGIUNTIVE
	Tot. a livello di ATS	Tot. a livello di ATS
Prima visita cardiologica (897a3)	4.765	135
Prima visita chirurgica vascolare (897a6)	582	-
Prima visita dermatologica (897a7)	4.425	106
Prima visita di medicina fisica e riabilitazione (897b2)	3.946	143
Prima visita endocrinologica/diabetologica (897a8)	2.275	259
Prima visita gastroenterologica (897a9)	734	60
Prima visita ginecologica (89261)	1.904	-
Prima visita neurologica [neurochirurgica] (8913)	3.639	372
Prima visita oculistica (9502)	6.000	700
Prima visita oncologica (897b6)	437	4
Prima visita orl (897b8)	5.574	700
Prima visita ortopedica (897b7)	4.720	780
Prima visita pneumologica (897b9)	2.030	52
Prima visita urologica/andrologica (897c2)	2.923	-
<b>Totale prime visite</b>	<b>43.954</b>	<b>3.311</b>
Colonscopia con endoscopio flessibile. (4525)	1.735	273
Diagnostica ecografica del capo e del collo (88714)	1.998	228
Diagnostica ecografica del cuore (88721 e 8872A)	-	-
Diagnostica ecografica mammella (88731, 88732)	1.112	139
Eco(color)doppler dei tronchi sovraortici (88735)	2.450	342
Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo (non associabile a 88.72.1, 88.72.3 e 88.72.A) (88722)	3.378	286
Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo e dopo prova fisica o farmacologica (non associabile a 88.72.1, 88.72.2 e 88.72.A) (88723)	41	-
Eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, arteriosa o venosa (88772)	1.833	248
Ecografia addome (88761, 88751, 88741)	5.899	873
Ecografia ostetrico - ginecologica (8878, 88782)	702	20
Elettrocardiogramma (8952)	8.680	-
Elettrocardiogramma dinamico (8950)	2.132	75
Elettromiografia semplice [emg] (93081)	274	30
Esame audiometrico tonale (95411)	2.353	-
Esofagogastroduodenoscopia [egd] (4516)	2.534	199
Fotografia del fundus (9511)	7	-
Mammografia (878371,87372)	690	26
Polipectomia endoscopica dell' intestino crasso (4542)	221	9
Risonanza magnetica nucleare (rm) (88954, 88912, 8893, 88955, 88931, 88911)	2.148	2.372
Spirometria (89372,89371)	1.121	47
Test da sforzo (8944, 8941)	-	-
Tomografica computerizzata (tc) (88381, 88382, 88016, 8703, 88012, 88385, 88011, 87411, 8741, 88013, 87031, 88014, 88015)	5.863	1.337
<b>Totale diagnostica e strumentale</b>	<b>45.171</b>	<b>6.504</b>
<b>TOTALE</b>	<b>89.125</b>	<b>9.815</b>



## 324 - ATS BRIANZA

VOLUME PRESTAZIONI	ORDINARIE	AGGIUNTIVE
	Tot. a livello di ATS	Tot. a livello di ATS
Prima visita cardiologica (897a3)	11.141	1.128
Prima visita chirurgica vascolare (897a6)	2.023	319
Prima visita dermatologica (897a7)	11.182	200
Prima visita di medicina fisica e riabilitazione (897b2)	6.770	445
Prima visita endocrinologica/diabetologica (897a8)	6.264	671
Prima visita gastroenterologica (897a9)	2.589	262
Prima visita ginecologica (89261)	7.665	460
Prima visita neurologica [neurochirurgica] (8913)	11.369	1.141
Prima visita oculistica (9502)	17.297	-
Prima visita oncologica (897b6)	3.257	326
Prima visita orl (897b8)	20.488	651
Prima visita ortopedica (897b7)	12.780	482
Prima visita pneumologica (897b9)	7.012	667
Prima visita urologica/andrologica (897c2)	7.446	752
<b>Totale prime visite</b>	<b>127.283</b>	<b>7.504</b>
Colonscopia con endoscopio flessibile. (4525)	4.824	293
Diagnostica ecografica del capo e del collo (88714)	4.536	538
Diagnostica ecografica del cuore (88721 e 8872A)	94	11
Diagnostica ecografica mammella (88731, 88732)	6.933	654
Eco(color)doppler dei tronchi sovraortici (88735)	7.247	796
Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo (non associabile a 88.72.1, 88.72.3 e 88.72.A) (88722)	12.910	1.292
Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo e dopo prova fisica o farmacologica (non associabile a 88.72.1, 88.72.2 e 88.72.A) (88723)	343	36
Eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, arteriosa o venosa (88772)	5.526	607
Ecografia addome (88761, 88751, 88741)	13.216	1.498
Ecografia ostetrico - ginecologica (8878, 88782)	10.391	1.037
Elettrocardiogramma (8952)	20.995	2.128
Elettrocardiogramma dinamico (8950)	6.162	674
Elettromiografia semplice [emg] (93081)	7.473	327
Esame audiometrico tonale (95411)	3.749	420
Esofagogastroduodenoscopia [egd] (4516)	6.364	130
Fotografia del fundus (9511)	12	5
Mammografia (878371,87372)	8.701	979
Polipectomia endoscopica dell' intestino crasso (4542)	966	33
Risonanza magnetica nucleare (rm) (88954, 88912, 8893, 88955, 88931, 88911)	9.031	560
Spirometria (89372,89371)	4.808	530
Test da sforzo (8944, 8941)	46	4
Tomografica computerizzata (tc) (88381, 88382, 88016, 8703, 88012, 88385, 88011, 87411, 8741, 88013, 87031, 88014, 88015)	16.471	1.188
<b>Totale diagnostica e strumentale</b>	<b>150.798</b>	<b>13.740</b>
<b>TOTALE</b>	<b>278.081</b>	<b>21.244</b>

## 325 - ATS BERGAMO

VOLUME PRESTAZIONI	ORDINARIE	AGGIUNTIVE
	Tot. a livello di ATS	Tot. a livello di ATS
Prima visita cardiologica (897a3)	6.920	1.173
Prima visita chirurgica vascolare (897a6)	1.050	105
Prima visita dermatologica (897a7)	12.440	803
Prima visita di medicina fisica e riabilitazione (897b2)	5.900	590
Prima visita endocrinologica/diabetologica (897a8)	7.370	737
Prima visita gastroenterologica (897a9)	3.140	314
Prima visita ginecologica (89261)	3.606	223
Prima visita neurologica [neurochirurgica] (8913)	6.760	676
Prima visita oculistica (9502)	10.080	875
Prima visita oncologica (897b6)	2.730	273
Prima visita orl (897b8)	15.090	1.509
Prima visita ortopedica (897b7)	10.690	1.069
Prima visita pneumologica (897b9)	1.470	117
Prima visita urologica/andrologica (897c2)	5.770	416
<b>Totale prime visite</b>	<b>93.016</b>	<b>8.880</b>
Colonscopia con endoscopio flessibile. (4525)	5.390	360
Diagnostica ecografica del capo e del collo (88714)	3.970	397
Diagnostica ecografica del cuore (88721 e 8872A)	10	1
Diagnostica ecografica mammella (88731, 88732)	5.410	541
Eco(color)doppler dei tronchi sovraaortici (88735)	4.590	459
Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo (non associabile a 88.72.1, 88.72.3 e 88.72.A) (88722)	8.260	826
Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo e dopo prova fisica o farmacologica (non associabile a 88.72.1, 88.72.2 e 88.72.A) (88723)	520	52
Eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, arteriosa o venosa (88772)	4.730	473
Ecografia addome (88761, 88751, 88741)	14.530	1.369
Ecografia ostetrico - ginecologica (8878, 88782)	8.100	472
Elettrocardiogramma (8952)	15.860	1.586
Elettrocardiogramma dinamico (8950)	4.460	446
Elettromiografia semplice [emg] (93081)	5.370	537
Esame audiometrico tonale (95411)	5.570	557
Esofagogastroduodenoscopia [egd] (4516)	7.790	407
Fotografia del fundus (9511)	30	3
Mammografia (878371,87372)	7.030	337
Polipectomia endoscopica dell' intestino crasso (4542)	680	68
Risonanza magnetica nucleare (rm) (88954, 88912, 8893, 88955, 88931, 88911)	6.600	660
Spirometria (89372,89371)	3.680	325
Test da sforzo (8944, 8941) <sup>2</sup>	2.384	79
Tomografica computerizzata (tc) (88381, 88382, 88016, 8703, 88012, 88385, 88011, 87411, 8741, 88013, 87031, 88014, 88015)	17.340	1.734
<b>Totale diagnostica e strumentale</b>	<b>132.304</b>	<b>11.689</b>
<b>TOTALE</b>	<b>225.320</b>	<b>20.569</b>

<sup>2</sup> I valori includono anche i volumi relativi alla prestazione 8943.

## 326 -ATS BRESCIA

VOLUME PRESTAZIONI	ORDINARIE	AGGIUNTIVE
	Tot. a livello di ATS	Tot. a livello di ATS
Prima visita cardiologica (897a3)	13.350	1.335
Prima visita chirurgica vascolare (897a6)	1.120	112
Prima visita dermatologica (897a7)	22.041	0
Prima visita di medicina fisica e riabilitazione (897b2)	10.800	855
Prima visita endocrinologica/diabetologica (897a8)	8.980	898
Prima visita gastroenterologica (897a9)	2.190	114
Prima visita ginecologica (89261)	6.480	435
Prima visita neurologica [neurochirurgica] (8913)	7.720	772
Prima visita oculistica (9502)	20.275	604
Prima visita oncologica (897b6)	1.590	69
Prima visita orl (897b8)	18.280	653
Prima visita ortopedica (897b7)	14.480	788
Prima visita pneumologica (897b9)	6.200	620
Prima visita urologica/andrologica (897c2)	6.490	359
<b>Totale prime visite</b>	<b>139.996</b>	<b>7.614</b>
Colonscopia con endoscopio flessibile. (4525)	3.870	387
Diagnostica ecografica del capo e del collo (88714)	4.660	466
Diagnostica ecografica del cuore (88721 e 8872A)	860	86
Diagnostica ecografica mammella (88731, 88732)	4.490	449
Eco(color)doppler dei tronchi sovraaortici (88735)	4.790	398
Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo (non associabile a 88.72.1, 88.72.3 e 88.72.A) (88722)	15.790	1.579
Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo e dopo prova fisica o farmacologica (non associabile a 88.72.1, 88.72.2 e 88.72.A) (88723)	790	79
Eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, arteriosa o venosa (88772)	4.160	416
Ecografia addome (88761, 88751, 88741)	19.690	1.969
Ecografia ostetrico - ginecologica (8878, 88782)	4.990	349
Elettrocardiogramma (8952)	13.720	1.372
Elettrocardiogramma dinamico (8950)	7.600	760
Elettromiografia semplice [emg] (93081)	1.190	80
Esame audiometrico tonale (95411)	4.700	470
Esofagogastroduodenoscopia [egd] (4516)	5.620	562
Fotografia del fundus (9511)	20	2
Mammografia (878371,87372)	4.830	492
Polipectomia endoscopica dell' intestino crasso (4542)	780	78
Risonanza magnetica nucleare (rm) (88954, 88912, 8893, 88955, 88931, 88911)	6.675	593
Spirometria (89372,89371)	4.640	464
Test da sforzo (8944, 8941)	120	14
Tomografica computerizzata (tc) (88381, 88382, 88016, 8703, 88012, 88385, 88011, 87411, 8741, 88013, 87031, 88014, 88015)	16.870	1.516
<b>Totale diagnostica e strumentale</b>	<b>130.855</b>	<b>12.581</b>
<b>TOTALE</b>	<b>270.851</b>	<b>20.195</b>

### 327 – ATS VAL PADANA

VOLUME PRESTAZIONI	ORDINARIE	AGGIUNTIVE
	Tot. a livello di ATS	Tot. a livello di ATS
Prima visita cardiologica (897a3)	9.097	628
Prima visita chirurgica vascolare (897a6)	1.587	175
Prima visita dermatologica (897a7)	14.927	633
Prima visita di medicina fisica e riabilitazione (897b2)	8.859	522
Prima visita endocrinologica/diabetologica (897a8)	5.352	381
Prima visita gastroenterologica (897a9)	3.266	383
Prima visita ginecologica (89261)	4.151	473
Prima visita neurologica [neurochirurgica] (8913)	5.595	623
Prima visita oculistica (9502)	14.970	1.052
Prima visita oncologica (897b6)	1.626	170
Prima visita orl (897b8)	11.626	1.205
Prima visita ortopedica (897b7)	8.108	862
Prima visita pneumologica (897b9)	3.189	538
Prima visita urologica/andrologica (897c2)	4.464	458
<b>Totale prime visite</b>	<b>96.817</b>	<b>8.103</b>
Colonscopia con endoscopio flessibile. (4525)	3.080	265
Diagnostica ecografica del capo e del collo (88714)	4.593	428
Diagnostica ecografica del cuore (88721 e 8872A)	1.215	91
Diagnostica ecografica mammella (88731, 88732)	5.413	580
Eco(color)doppler dei tronchi sovraaortici (88735)	5.205	526
Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo (non associabile a 88.72.1, 88.72.3 e 88.72.A) (88722)	10.279	836
Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo e dopo prova fisica o farmacologica (non associabile a 88.72.1, 88.72.2 e 88.72.A) (88723)	575	52
Eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, arteriosa o venosa (88772)	3.837	387
Ecografia addome (88761, 88751, 88741)	12.477	1.077
Ecografia ostetrico - ginecologica (8878, 88782)	5.803	719
Elettrocardiogramma (8952)	16.112	1.703
Elettrocardiogramma dinamico (8950)	5.490	404
Elettromiografia semplice [emg] (93081)	1.401	145
Esame audiometrico tonale (95411)	2.897	293
Esofagogastroduodenoscopia [egd] (4516)	4.493	348
Fotografia del fundus (9511)	59	6
Mammografia (878371,87372)	5.580	446
Polipectomia endoscopica dell' intestino crasso (4542)	550	26
Risonanza magnetica nucleare (rm) (88954, 88912, 8893, 88955, 88931, 88911)	7.027	685
Spirometria (89372,89371)	4.115	421
Test da sforzo (8944, 8941)	3	0
Tomografica computerizzata (tc) (88381, 88382, 88016, 8703, 88012, 88385, 88011, 87411, 8741, 88013, 87031, 88014, 88015)	15.580	1.425
<b>Totale diagnostica e strumentale</b>	<b>115.784</b>	<b>10.863</b>
<b>TOTALE</b>	<b>212.601</b>	<b>18.966</b>

**328 – ATS PAVIA**

VOLUME PRESTAZIONI	ORDINARIE	AGGIUNTIVE
	Tot. a livello di ATS	Tot. a livello di ATS
Prima visita cardiologica (897a3)	10.168	990
Prima visita chirurgica vascolare (897a6)	1.247	131
Prima visita dermatologica (897a7)	10.018	273
Prima visita di medicina fisica e riabilitazione (897b2)	7.823	492
Prima visita endocrinologica/diabetologica (897a8)	6.162	570
Prima visita gastroenterologica (897a9)	2.057	245
Prima visita ginecologica (89261)	4.736	180
Prima visita neurologica [neurochirurgica] (8913)	4.397	300
Prima visita oculistica (9502)	10.743	182
Prima visita oncologica (897b6)	1.341	300
Prima visita orl (897b8)	7.802	295
Prima visita ortopedica (897b7)	9.006	2.220
Prima visita pneumologica (897b9)	4.706	194
Prima visita urologica/andrologica (897c2)	4.127	495
<b>Totale prime visite</b>	<b>84.333</b>	<b>6.867</b>
Colonscopia con endoscopio flessibile. (4525)	1.130	101
Diagnostica ecografica del capo e del collo (88714)	4.909	753
Diagnostica ecografica del cuore (88721 e 8872A)	217	7
Diagnostica ecografica mammella (88731, 88732)	4.245	166
Eco(color)doppler dei tronchi sovraaortici (88735)	4.273	1.090
Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo (non associabile a 88.72.1, 88.72.3 e 88.72.A) (88722)	7.622	2.179
Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo e dopo prova fisica o farmacologica (non associabile a 88.72.1, 88.72.2 e 88.72.A) (88723)	0	1
Eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, arteriosa o venosa (88772)	3.280	559
Ecografia addome (88761, 88751, 88741)	13.844	902
Ecografia ostetrico - ginecologica (8878, 88782)	2.786	88
Elettrocardiogramma (8952)	16.707	1.339
Elettrocardiogramma dinamico (8950)	4.039	211
Elettromiografia semplice [emg] (93081)	952	94
Esame audiometrico tonale (95411)	4.212	96
Esofagogastroduodenoscopia [egd] (4516)	2.273	193
Fotografia del fundus (9511)	11	1
Mammografia (878371,87372)	3.456	433
Polipectomia endoscopica dell' intestino crasso (4542)	419	19
Risonanza magnetica nucleare (rm) (88954, 88912, 8893, 88955, 88931, 88911)	2.974	404
Spirometria (89372,89371)	4.284	289
Test da sforzo (8944, 8941)	85	0
Tomografica computerizzata (tc) (88381, 88382, 88016, 8703, 88012, 88385, 88011, 87411, 8741, 88013, 87031, 88014, 88015)	9.563	715
<b>Totale diagnostica e strumentale</b>	<b>91.281</b>	<b>9.639</b>
<b>TOTALE</b>	<b>175.614</b>	<b>16.506</b>

**VOLUME PRESTAZIONI ORDINARIE ED AGGIUNTIVE - ENTI EROGATORI PRIVATI ACCREDITATI  
(periodo aprile – dicembre 2023)**

VOLUME PRESTAZIONI	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO <sup>3</sup>		ATS DELL'INSUBRIA	
	ORDINARIE	AGGIUNTIVE	ORDINARIE	AGGIUNTIVE
Prima visita cardiologica (897a3)	44.384	4.438	13.470	1.347
Prima visita chirurgica vascolare (897a6)	3.732	373	1.231	110
Prima visita dermatologica (897a7)	30.982	3.098	7.692	330
Prima visita di medicina fisica e riabilitazione (897b2)	49.955	4.996	23.541	2.354
Prima visita endocrinologica/diabetologica (897a8)	18.998	1.900	2.743	274
Prima visita gastroenterologica (897a9)	6.877	688	2.039	150
Prima visita ginecologica (89261)	15.850	1.585	3.232	200
Prima visita neurologica [neurochirurgica] (8913)	17.831	1.783	4.835	484
Prima visita oculistica (9502)	41.205	4.121	18.299	640
Prima visita oncologica (897b6)	5.656	566	792	0
Prima visita orl (897b8)	29.124	2.912	7.570	260
Prima visita ortopedica (897b7)	55.102	5.510	20.425	2.043
Prima visita pneumologica (897b9)	5.993	599	2.756	276
Prima visita urologica/andrologica (897c2)	14.222	1.422	4.118	380
<b>Totale prime visite</b>	<b>339.911</b>	<b>33.991</b>	<b>112.743</b>	<b>8.848</b>
Colonscopia con endoscopio flessibile. (4525)	10.302	613	3.046	305
Diagnostica ecografica del capo e del collo (88714)	51.587	3.069	17.589	1.759
Diagnostica ecografica del cuore (88721 e 8872A)	1.712	102	1.573	130
Diagnostica ecografica mammella (88731, 88732)	79.060	4.704	29.782	2.978
Eco(color)doppler dei tronchi sovraaortici (88735)	69.730	4.149	19.609	1.961
Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo (non associabile a 88.72.1, 88.72.3 e 88.72.A) (88722)	88.919	5.291	22.662	2.266
Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo e dopo prova fisica o farmacologica (non associabile a 88.72.1, 88.72.2 e 88.72.A) (88723)	2.617	156	288	0
Eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, arteriosa o venosa (88772)	43.333	2.578	13.101	1.310
Ecografia addome (88761, 88751, 88741)	131.981	7.853	40.085	4.009
Ecografia ostetrico - ginecologica (8878, 88782)	8.067	480	3.879	181
Elettrocardiogramma (8952)	124.118	7.385	21.441	2.144
Elettrocardiogramma dinamico (8950)	44.314	2.637	9.581	958
Elettromiografia semplice [emg] (93081)	77.960	4.639	17.111	1.711
Esame audiometrico tonale (95411)	10.232	609	1.904	190
Esofagogastroduodenoscopia [egd] (4516)	13.489	803	4.247	240
Fotografia del fundus (9511)	863	51	10	0
Mammografia (878371,87372)	64.737	3.852	27.363	2.736
Polipectomia endoscopica dell' intestino crasso (4542)	2.760	164	999	100
Risonanza magnetica nucleare (rm) (88954, 88912, 8893, 88955, 88931, 88911)	86.368	5.139	20.909	2.091
Spirometria (89372,89371)	11.940	710	1.858	186
Test da sforzo (8944, 8941)	4.145	247	299	0
Tomografica computerizzata (tc) (88381, 88382, 88016, 8703, 88012, 88385, 88011, 87411, 8741, 88013, 87031, 88014, 88015)	106.339	6.327	26.660	2.666
<b>Totale diagnostica e strumentale</b>	<b>1.034.573</b>	<b>61.558</b>	<b>283.996</b>	<b>27.921</b>
<b>TOTALE</b>	<b>1.374.484</b>	<b>95.549</b>	<b>396.739</b>	<b>36.769</b>

<sup>3</sup> I volumi sono comprensivi delle prestazioni con tipo prescrizione 'Z' (controlli programmati)

VOLUME PRESTAZIONI	ATS DELLA MONTAGNA		ATS BRIANZA	
	ORDINARIE	AGGIUNTIVE	ORDINARIE	AGGIUNTIVE
Prima visita cardiologica (897a3)	991	506	8.464	170
Prima visita chirurgica vascolare (897a6)	210	31	1.015	80
Prima visita dermatologica (897a7)	372	365	4.077	40
Prima visita di medicina fisica e riabilitazione (897b2)	581	89	20.567	990
Prima visita endocrinologica/diabetologica (897a8)	253	119	3.028	268
Prima visita gastroenterologica (897a9)	51	9	991	0
Prima visita ginecologica (89261)	796	80	5.349	260
Prima visita neurologica [neurochirurgica] (8913)	855	82	4.353	147
Prima visita oculistica (9502)	2.025	634	8.993	200
Prima visita oncologica (897b6)	216	35	479	0
Prima visita orl (897b8)	1.102	313	6.568	250
Prima visita ortopedica (897b7)	875	883	12.925	930
Prima visita pneumologica (897b9)	57	57	856	20
Prima visita urologica/andrologica (897c2)	551	64	2.766	220
<b>Totale prime visite</b>	<b>8.935</b>	<b>3.267</b>	<b>80.431</b>	<b>3.575</b>
Colonscopia con endoscopio flessibile. (4525)	677	98	1.793	60
Diagnostica ecografica del capo e del collo (88714)	800	76	8.179	818
Diagnostica ecografica del cuore (88721 e 8872A)	57	10	178	0
Diagnostica ecografica mammella (88731, 88732)	958	388	14.631	3.353
Eco(color)doppler dei tronchi sovraaortici (88735)	1.972	809	9.477	948
Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo (non associabile a 88.72.1, 88.72.3 e 88.72.A) (88722)	1.333	577	11.313	1.131
Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo e dopo prova fisica o farmacologica (non associabile a 88.72.1, 88.72.2 e 88.72.A) (88723)	0	0	158	0
Eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, arteriosa o venosa (88772)	1.359	940	6.857	686
Ecografia addome (88761, 88751, 88741)	1.500	105	19.309	1.931
Ecografia ostetrico - ginecologica (8878, 88782)	579	878	221	6
Elettrocardiogramma (8952)	1.629	268	12.985	1.508
Elettrocardiogramma dinamico (8950)	978	201	5.160	516
Elettromiografia semplice [emg] (93081)	500	226	3.901	810
Esame audiometrico tonale (95411)	219	48	1.293	0
Esofagogastroduodenoscopia [egd] (4516)	649	516	1.828	40
Fotografia del fundus (9511)	25	10	11	1
Mammografia (878371,87372)	1.180	155	18.639	1.864
Polipectomia endoscopica dell'intestino crasso (4542)	138	21	344	10
Risonanza magnetica nucleare (rm) (88954, 88912, 8893, 88955, 88931, 88911)	2.685	1.387	20.569	2.399
Spirometria (89372,89371)	48	522	615	10
Test da sforzo (8944, 8941)	0	1	20	0
Tomografica computerizzata (tc) (88381, 88382, 88016, 8703, 88012, 88385, 88011, 87411, 8741, 88013, 87031, 88014, 88015)	3.330	1.794	19.887	2.447
<b>Totale diagnostica e strumentale</b>	<b>20.616</b>	<b>9.030</b>	<b>157.368</b>	<b>18.538</b>
<b>TOTALE</b>	<b>29.551</b>	<b>12.297</b>	<b>237.799</b>	<b>22.113</b>



VOLUME PRESTAZIONI	ATS BERGAMO		ATS BRESCIA	
	ORDINARIE	AGGIUNTIVE	ORDINARIE	AGGIUNTIVE
Prima visita cardiologica (897a3)	9.010	901	11.346	274
Prima visita chirurgica vascolare (897a6)	1.497	150	1.154	60
Prima visita dermatologica (897a7)	6.595	613	12.107	284
Prima visita di medicina fisica e riabilitazione (897b2)	10.322	1.032	13.072	20
Prima visita endocrinologica/diabetologica (897a8)	3.578	358	1.012	20
Prima visita gastroenterologica (897a9)	1.376	168	1.587	0
Prima visita ginecologica (89261)	1.497	150	3.213	30
Prima visita neurologica [neurochirurgica] (8913)	3.216	322	5.125	200
Prima visita oculistica (9502)	9.636	887	17.350	255
Prima visita oncologica (897b6)	407	41	681	44
Prima visita orl (897b8)	5.417	519	8.967	35
Prima visita ortopedica (897b7)	10.446	1.045	18.515	232
Prima visita pneumologica (897b9)	2.971	297	2.141	46
Prima visita urologica/andrologica (897c2)	2.769	277	3.534	217
<b>Totale prime visite</b>	<b>68.737</b>	<b>6.760</b>	<b>99.804</b>	<b>1.717</b>
Colonscopia con endoscopio flessibile. (4525)	2.380	328	2.502	50
Diagnostica ecografica del capo e del collo (88714)	10.206	937	8.404	1.525
Diagnostica ecografica del cuore (88721 e 8872A)	115	12	846	37
Diagnostica ecografica mammella (88731, 88732)	15.602	1.484	9.684	1.788
Eco(color)doppler dei tronchi sovraaortici (88735)	8.009	804	8.141	817
Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo (non associabile a 88.72.1, 88.72.3 e 88.72.A) (88722)	13.855	1.386	11.153	593
Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo e dopo prova fisica o farmacologica (non associabile a 88.72.1, 88.72.2 e 88.72.A) (88723)	109	11	1.004	10
Eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, arteriosa o venosa (88772)	8.341	816	7.808	566
Ecografia addome (88761, 88751, 88741)	30.761	3.076	25.348	2.436
Ecografia ostetrico - ginecologica (8878, 88782)	1.312	132	1.378	193
Elettrocardiogramma (8952)	14.346	1.439	13.341	520
Elettrocardiogramma dinamico (8950)	7.520	753	5.846	318
Elettromiografia semplice [emg] (93081)	15.567	1.557	13.085	1.240
Esame audiometrico tonale (95411)	1.346	135	1.396	14
Esofagogastroduodenoscopia [egd] (4516)	5.234	623	3.439	100
Fotografia del fundus (9511)	78	8	39	0
Mammografia (878371,87372)	16.521	1.587	7.984	1.000
Polipectomia endoscopica dell'intestino crasso (4542)	672	67	382	0
Risonanza magnetica nucleare (rm) (88954, 88912, 8893, 88955, 88931, 88911)	22.779	2.349	22.601	3.122
Spirometria (89372,89371)	2.278	228	1.513	28
Test da sforzo (8944, 8941) <sup>4</sup>	3.735	374	2	0
Tomografica computerizzata (tc) (88381, 88382, 88016, 8703, 88012, 88385, 88011, 87411, 8741, 88013, 87031, 88014, 88015)	18.438	1.891	14.854	1.685
<b>Totale diagnostica e strumentale</b>	<b>199.204</b>	<b>19.997</b>	<b>160.750</b>	<b>16.042</b>
<b>TOTALE</b>	<b>267.941</b>	<b>26.757</b>	<b>260.554</b>	<b>17.759</b>

<sup>4</sup> I valori includono anche i volumi relativi alla prestazione 8943.

VOLUME PRESTAZIONI	ATS DELLA VAL PADANA		ATS PAVIA	
	ORDINARIE	AGGIUNTIVE	ORDINARIE	AGGIUNTIVE
Prima visita cardiologica (897a3)	11.723	1.348	4.678	835
Prima visita chirurgica vascolare (897a6)	1.169	106	655	69
Prima visita dermatologica (897a7)	11.411	1.484	2.768	241
Prima visita di medicina fisica e riabilitazione (897b2)	11.414	1.402	10.428	1.184
Prima visita endocrinologica/diabetologica (897a8)	4.304	545	2.712	100
Prima visita gastroenterologica (897a9)	1.282	117	596	122
Prima visita ginecologica (89261)	1.649	150	381	62
Prima visita neurologica [neurochirurgica] (8913)	3.890	354	5.175	804
Prima visita oculistica (9502)	17.612	2.046	5.167	730
Prima visita oncologica (897b6)	377	34	558	0
Prima visita orl (897b8)	8.964	815	1.187	179
Prima visita ortopedica (897b7)	20.332	1.848	6.156	839
Prima visita pneumologica (897b9)	1.669	152	1.078	154
Prima visita urologica/andrologica (897c2)	4.093	372	1.434	275
<b>Totale prime visite</b>	<b>99.889</b>	<b>10.773</b>	<b>42.972</b>	<b>5.594</b>
Colonscopia con endoscopio flessibile. (4525)	1.317	163	868	0
Diagnostica ecografica del capo e del collo (88714)	10.621	997	4.382	394
Diagnostica ecografica del cuore (88721 e 8872A)	758	100	101	0
Diagnostica ecografica mammella (88731, 88732)	12.524	1.139	3.046	289
Eco(color)doppler dei tronchi sovraaortici (88735)	13.639	1.240	4.466	542
Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo (non associabile a 88.72.1, 88.72.3 e 88.72.A) (88722) <sup>5</sup>	14.746	1.533	6.339	721
Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo e dopo prova fisica o farmacologica (non associabile a 88.72.1, 88.72.2 e 88.72.A) (88723)	0		29	0
Eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, arteriosa o venosa (88772)	11.084	1.008	3.630	1.113
Ecografia addome (88761, 88751, 88741)	24.476	2.396	10.944	1.010
Ecografia ostetrico - ginecologica (8878, 88782)	293	27	5	0
Elettrocardiogramma (8952)	17.301	1.573	6.463	686
Elettrocardiogramma dinamico (8950)	7.031	784	3.843	439
Elettromiografia semplice [emg] (93081)	11.803	1.073	6.358	695
Esame audiometrico tonale (95411)	1.581	144	110	0
Esofagogastroduodenoscopia [egd] (4516)	2.374	300	1.384	0
Fotografia del fundus (9511)	6	1	2	0
Mammografia (878371,87372)	12.587	1.256	2.242	522
Polipectomia endoscopica dell'intestino crasso (4542)	341	60	183	0
Risonanza magnetica nucleare (rm) (88954, 88912, 8893, 88955, 88931, 88911)	26.105	2.391	5.644	1.757
Spirometria (89372,89371)	1.251	114	487	92
Test da sforzo (8944, 8941)	4		187	29
Tomografica computerizzata (tc) (88381, 88382, 88016, 8703, 88012, 88385, 88011, 87411, 8741, 88013, 87031, 88014, 88015)	17.023	1.681	12.030	2.131
<b>Totale diagnostica e strumentale</b>	<b>186.865</b>	<b>17.980</b>	<b>72.744</b>	<b>10.420</b>
<b>TOTALE</b>	<b>286.754</b>	<b>28.753</b>	<b>115.716</b>	<b>16.014</b>

<sup>5</sup> Per ATS Val Padana, i volumi includono anche quelli relativi a "Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo e dopo prova fisica o farmacologica (non associabile a 88.72.1, 88.72.2 e 88.72.A) (88723)".

**VOLUME PRESTAZIONI DI RICOVERO AGGIUNTIVE - ENTI EROGATORI PUBBLICI  
(periodo aprile – dicembre 2023)**

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE DI RICOVERO	ATS MILANO	ATS INSUBRIA	ATS MONTAGNA	ATS BRIANZA
1 Int.Chir. Tumore maligno mammella	104	103	-	22
2 Int.Chir. Tumore maligno prostata	24	58	-	8
3 Int.Chir. Tumore maligno colon	46	40	-	-
4 Int.Chir. Tumore maligno retto	2	2	-	-
5 Int.Chir. Tumore maligno utero	68	9	-	-
6 Int.Chir. Melanoma	14	-	-	-
7 Int.Chir. Tumore maligno tiroide	59	39	-	4
8 By pass aortocoronarico	10	7	-	8
9/14 Coronarografia e/o Angioplastica Coronarica (PTCA)	195	34	-	107
10 Endoarteriectomia carotidea	13	39	-	13
11 Intervento protesi anca	84	47	-	9
12 Int.Chir. Tumore polmone	4	8	-	-
13 Colectomia laparoscopica	179	139	-	26
15 Biopsia percutanea del fegato	-	-	-	-
16 emorroidectomia	94	18	-	16
17 Riparazione ernia inguinale	498	84	-	58
Asportazione o demolizione di disco vertebrale	-	-	-	-
Esplorazione e decompressione di strutture del canale vertebrale	-	-	-	-
Discectomia-laminectomia	-	-	-	-
Asportazione o demolizione transuretrale di tessuto vescicale	-	-	-	-
TURBK (Resezione trans uretrale di neof ormazione vescicale)	-	-	-	-
Interventi per via transuretrale	-	15	-	-
Intervento protesi ginocchio	-	-	-	-
Protesi ginocchio	-	-	-	-
Riparazione artroscopica legamenti ginocchio	-	-	-	-
Interventi sul ginocchio	-	9	-	-
Asportazione menisco	-	-	-	-
Interventi sul piede	-	12	-	-
Tavi	-	-	-	-
Tumore maligno nch	-	-	-	-
Tumore maligno orl	-	-	-	-
Varicocele	-	-	-	-
Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale	-	31	-	-
Interventi su rene e uretere per neoplasia e patologie non neoplastiche	-	11	-	-
Roncochirurgia	-	-	-	-
Interventi sul setto nasale -etmoide	-	40	-	-
Etmoidectomia	-	-	-	-
Tonsillectomia	-	-	-	-
Interventi tonsillectomia e/o adenoidectomia	-	22	-	-
Interventi sulla cute e sul tessuto sottocutaneo	-	-	-	-
Varici	-	-	-	-
Microlaringoscopia	-	-	-	-
Biopsia faringea (bic ambulatoriale)	-	-	-	-
Biopsia isteroscopica dell'utero	-	-	-	-
Cataratta	-	-	-	-
Altro	1.652	-	-	-
<b>TOTALE</b>	<b>3.046</b>	<b>767</b>	<b>-</b>	<b>271</b>

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE DI RICOVERO	ATS BERGAMO	ATS BRESCIA	ATS VAL PADANA	ATS PAVIA
1 Int.Chir. tumore maligno mammella	60	38	68	26
2 Int.Chir. tumore maligno prostata	19	9	10	-
3 Int.Chir. tumore maligno colon	-	-	31	6
4 Int.Chir. tumore maligno retto	-	4	7	1
5 Int.Chir. tumore maligno utero	-	5	17	-
6 Int.Chir. melanoma	2	2	2	1
7 Int.Chir. tumore maligno tiroide	15	12	21	-
8 By pass aortocoronarico	3	-	18	51
9/14 Coronarografia e/o Angioplastica Coronarica (PTCA)	80	-	154	49
10 Endoarteriectomia carotidea	7	-	19	8
11 Intervento protesi anca	39	-	29	-
12 Int.Chir. tumore polmone	4	-	8	-
13 Colectomia laparoscopica	64	68	53	119
15 Biopsia percutanea del fegato	-	-	-	-
16 Emorroidectomia	4	9	61	-
17 Riparazione ernia inguinale	128	69	83	-
Asportazione o demolizione di disco vertebrale	13	-	-	-
Esplorazione e decompressione di strutture del canale vertebrale	27	-	-	-
Dissectomia-laminectomia	-	-	-	108
Asportazione o demolizione transuretrale di tessuto vescicale	59	-	-	-
TURBK (Resezione trans uretrale di neoformazione vescicale)	-	-	-	144
Interventi per via transuretrale	-	-	-	-
Intervento protesi ginocchio	-	-	-	-
Protesi ginocchio	-	-	-	135
Riparazione artroscopica legamenti ginocchio	-	-	-	50
Interventi sul ginocchio	-	-	-	-
Asportazione menisco	-	-	-	110
Interventi sul piede	-	-	-	-
TAVI	-	-	-	-
Tumore maligno NCH	-	-	-	27
Tumore maligno orl	-	-	-	153
Varicocele	-	-	-	27
Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale	-	-	-	-
Interventi su rene e uretere per neoplasia e patologie non neoplastiche	-	-	-	-
Roncochirurgia	-	-	-	10
Interventi sul setto nasale -etmoide	-	-	-	-
Etmoidectomia	-	-	-	200
Tonsillectomia	-	-	-	86
Interventi tonsillectomia e/o adenoidectomia	-	-	-	-
Interventi sulla cute e sul tessuto sottocutaneo	42	-	-	-
Varici	-	-	-	114
Microlaringoscopia	-	-	-	170
Biopsia faringea	-	-	-	27
Biopsia isteroscopica dell'utero	-	-	-	420
Cataratta	-	342	-	-
Altro/ Non specificato	-	-	-	-
<b>TOTALE</b>	<b>566</b>	<b>558</b>	<b>581</b>	<b>2.042</b>

**VOLUME PRESTAZIONI DI RICOVERO AGGIUNTIVE - ENTI EROGATORI PRIVATI ACCREDITATI  
(periodo aprile – dicembre 2023)**

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE DI RICOVERO	ATS MILANO	ATS INSUBRIA	ATS MONTAGNA	ATS BRIANZA
1 Int.Chir. Tumore maligno mammella	85	-	-	17
2 Int.Chir. Tumore maligno prostata	31	12	-	12
3 Int.Chir. Tumore maligno colon	7	-	-	10
4 Int.Chir. Tumore maligno retto	8	-	-	2
5 Int.Chir. Tumore maligno utero	3	-	-	5
6 Int.Chir. Melanoma	-	-	-	-
7 Int.Chir. Tumore maligno tiroide	5	1	-	-
8 By pass aortocoronarico	3	-	-	2
9/14 Coronarografia e/o Angioplastica Coronarica (PTCA)	136	42	-	32
10 Endoarteriectomia carotidea	7	-	-	10
11 Intervento protesi anca	134	73	-	92
12 Int.Chir. Tumore polmone	23	-	-	-
13 Colectomia laparoscopica	49	36	-	30
15 Biopsia percutanea del fegato	-	-	-	-
16 emorroidectomia	18	18	-	39
17 Riparazione ernia inguinale	88	27	-	106
Asportazione o demolizione di disco vertebrale	-	-	-	-
Esplorazione e decompressione di strutture del canale vertebrale	-	-	-	-
Discectomia-laminectomia	-	-	-	-
Asportazione o demolizione transuretrale di tessuto vescicale	-	-	-	-
TURBK (Resezione trans uretrale di neoformazione vescicale)	-	-	-	-
Interventi per via transuretrale	-	-	-	-
Intervento protesi ginocchio	-	-	-	-
Protesi ginocchio	-	-	-	-
Riparazione artroscopica legamenti ginocchio	-	-	-	-
Interventi sul ginocchio	-	-	-	-
Asportazione menisco	-	-	-	-
Interventi sul piede	-	-	-	-
Tavi	-	-	-	-
Tumore maligno nch	-	-	-	-
Tumore maligno orl	-	-	-	-
Varicocele	-	-	-	-
Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale	-	-	-	-
Interventi su rene e uretere per neoplasia e patologie non neoplastiche	-	-	-	-
Roncochirurgia	-	-	-	-
Interventi sul setto nasale -etmoide	-	-	-	-
Etmoidectomia	-	-	-	-
Tonsillectomia	-	-	-	-
Interventi tonsillectomia e/o adenoidectomia	-	-	-	-
Interventi sulla cute e sul tessuto sottocutaneo	-	-	-	-
Varici	-	-	-	-
Microlaringoscopia	-	-	-	-
Biopsia faringea	-	-	-	-
Biopsia isteroscopica dell'utero	-	-	-	-
Cataratta	-	-	-	-
Altro	31	-	-	-
<b>TOTALE</b>	<b>628</b>	<b>209</b>	<b>-</b>	<b>357</b>

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE DI RICOVERO	ATS BERGAMO	ATS BRESCIA	ATS VAL PADANA	ATS PAVIA
1 Int.Chir. Tumore maligno mammella	22	-	20	-
2 Int.Chir. Tumore maligno prostata	11	40	-	-
3 Int.Chir. Tumore maligno colon	-	-	20	-
4 Int.Chir. Tumore maligno retto	-	-	10	-
5 Int.Chir. Tumore maligno utero	-	-	4	-
6 Int.Chir. Melanoma	-	-	-	10
7 Int.Chir. Tumore maligno tiroide	5	-	10	5
8 By pass aortocoronarico	8	-	-	-
9/14 Coronarografia e/o Angioplastica Coronarica (PTCA)	61	-	100	-
10 Endoarteriectomia carotidea	8	-	-	-
11 Intervento protesi anca	123	200	170	-
12 Int.Chir. Tumore polmone	5	-	-	-
13 Colectomia laparoscopica	51	-	80	13
15 Biopsia percutanea del fegato	-	-	-	-
16 emorroidectomia	4	-	176	-
17 Riparazione ernia inguinale	27	-	225	-
Asportazione o demolizione di disco vertebrale	5	-	-	-
Esplorazione e decompressione di strutture del canale vertebrale	2	-	-	-
Discectomia-laminectomia	-	-	-	-
Asportazione o demolizione transuretrale di tessuto vescicale	35	-	-	-
TURBK (Resezione trans uretrale di neoformazione vescicale)	-	-	-	-
Interventi per via transuretrale	-	-	-	-
Intervento protesi ginocchio	-	100	-	-
Protesi ginocchio	-	-	-	-
Riparazione artroscopica legamenti ginocchio	-	-	-	-
Interventi sul ginocchio	-	-	-	-
Asportazione menisco	-	-	-	-
Interventi sul piede	-	-	-	-
Tavi	-	50	-	-
Tumore maligno nch	-	-	-	-
Tumore maligno orl	-	-	-	-
Varicocele	-	-	-	-
Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale	-	-	-	-
Interventi su rene e uretere per neoplasia e patologie non neoplastiche	-	-	-	-
Roncochirurgia	-	-	-	-
Interventi sul setto nasale -etmoide	-	-	-	-
Etmoidectomia	-	-	-	-
Tonsillectomia	-	-	-	-
Interventi tonsillectomia e/o adenoidectomia	-	-	-	-
Interventi sulla cute e sul tessuto sottocutaneo	46	-	-	-
Varici	-	-	-	-
Microlaringoscopia (bic ambulatoriale)	-	-	-	-
Biopsia faringea (bic ambulatoriale)	-	-	-	-
Biopsia isteroscopica dell'utero	-	-	-	-
Cataratta (bic ambulatoriale)	-	700	-	-
Altro	-	-	-	-
<b>TOTALE</b>	<b>413</b>	<b>1.090</b>	<b>815</b>	<b>28</b>





**LINEE DI INTERVENTO PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA  
DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI  
STRATEGIA DI CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA**

La tematica relativa alle liste di attesa rappresenta una delle più importanti criticità nell'ambito della sanità pubblica per le rilevanti conseguenze sul piano clinico, economico e sociale.

La ragione di tale criticità risiede in un importante eccesso di domanda rispetto all'offerta di prestazioni sanitarie, a fronte delle limitate risorse disponibili, mentre pazienti e cittadini percepiscono le lunghe liste di attesa come un importante disservizio.

Conciliare l'appropriatezza della domanda e dell'offerta con le aspettative della popolazione e le risorse disponibili è una sfida molto complessa e rappresenta per i sistemi sanitari un importante obiettivo strategico.

Questo fenomeno riveste particolare importanza per l'Assessorato al Welfare di Regione Lombardia il cui obiettivo primario è quello di assicurare ad ogni cittadino prestazioni sanitarie appropriate rispetto al bisogno di salute, nel rispetto del diritto della persona, della tutela della salute e del principio di equità di accesso alle prestazioni.

È fondamentale, pertanto, coniugare questo diritto del cittadino con adeguate strategie di governo della domanda di prestazioni sanitarie, che devono intercettare il reale bisogno di salute della popolazione, ridurre l'inappropriatezza prescrittiva e rendere compatibili le risorse disponibili con la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Queste strategie sono perseguibili indirizzando il governo delle liste d'attesa sulle seguenti macro-aree di intervento:

- la crescente domanda di prestazioni sanitarie dovute all'invecchiamento della popolazione
- la potenziale inappropriatezza della selezione delle classi di priorità da parte dei Medici Prescrittori
- la congruità dell'utilizzo delle grandi apparecchiature diagnostiche
- la scelta dell'utente verso la struttura o il medico (rilevanza del rapporto di fiducia tra medico e paziente)
- l'insufficiente informazione/comunicazione al cittadino sulle modalità e finalità gestionali che governano i sistemi di prenotazione
- la gestione non sempre differenziata tra le prestazioni di controllo programmato e gli screening nonché tra le agende di prima visita e quelle di controllo
- la disponibilità di risorse umane e tecnologiche
- la mancata disdetta delle prenotazioni da parte del cittadino
- il costante monitoraggio dei tempi di attesa.

Fra i diversi fattori su cui agire sarà necessario garantire sia un'adeguata e costante formazione dei medici in tema di appropriatezza che una continua sensibilizzazione

e informazione dei cittadini, finalizzata ad una loro maggiore responsabilizzazione rispetto alla richiesta di prestazioni.

L'appropriatezza prescrittiva rappresenta uno strumento utile per migliorare l'accessibilità alla specialistica ambulatoriale ed evitare un aumento dei tempi di attesa.

### **Criteri di appropriatezza prescrittiva per le prestazioni dell'area radiologica.**

In particolare, per quanto concerne l'area della radiodiagnostica gli obiettivi determinati riguardano i criteri di appropriatezza prescrittiva per particolari indagini, di corretta esecuzione delle stesse al fine di garantirne la qualità, e la distribuzione sul territorio regionale delle grandi apparecchiature in funzione delle esigenze diagnostiche della popolazione.

Un appropriato ricorso alle prestazioni comporta un corretto uso delle risorse (appropriatezza organizzativa) e consente di rispondere in modo adeguato ad una specifica domanda di assistenza (appropriatezza clinica), andando ad influire positivamente, quindi, anche sulle liste d'attesa.

Peraltro, il principio dell'appropriatezza delle prestazioni è alla base della definizione dei livelli essenziali di assistenza fin dal D.P.C.M. 29.11.2001.

In particolare, l'Allegato 4 dello stesso D.P.C.M. "Linee guida relative al ruolo delle Regioni in materia dei LEA" prevede che le Regioni intervengano sul tema dell'appropriatezza anche prevenendo e controllando fenomeni di improprio assorbimento di risorse da parte di un livello di assistenza, al fine altresì di non provocare una conseguente scopertura di altri livelli assistenziali.

Nell'ambito dell'area radiologica l'appropriatezza prescrittiva è un aspetto che riveste particolare significatività ai fini del controllo della domanda di prestazioni, in quanto spesso si registra un ricorso a prestazioni, specificatamente ad elevata tecnologia e ad alto costo, che non sono aderenti a linee guida validate da società scientifiche e istituzioni.

Inoltre, l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza permette al sistema sanitario, oltre al corretto utilizzo delle risorse nel contesto di una maggiore efficacia-efficienza del sistema di offerta, anche una migliore performance dei tempi di attesa per le singole prestazioni.

In ambito regionale il ricorso alle prestazioni di area radiologica ha visto nel corso degli ultimi anni una crescita continua, anche in rapporto alla veloce evoluzione tecnologica del settore.

Si è intervenuti sull'analisi del fabbisogno di diagnostica per immagini presente sul territorio al fine di definire il fabbisogno di prestazioni sanitarie e della conseguente capacità produttiva che evidenziava un consumo medio regionale di prestazioni radiologiche superiore ai valori medi nazionali, con un ruolo pesante delle prestazioni di TC e RM.

Si riportano di seguito alcuni dati significativi:

- percentuale di pazienti che ripetono le RM colonna entro 12 mesi: è "peggiolata" passando dal 7,8 % nel 2021 al 8,26 % nel 2022;
- tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti over 65: è "peggiolata" passando dal 28,09 nel 2021 al 30,79 nel 2022 .

Pertanto, la domanda di prestazioni per tale area specialistica deve avere un riordino su base di protocolli condivisi tra gli specialisti interessati che rispondano a criteri di appropriatezza sia di tipo organizzativo-gestionale, sia di tipo clinico.

Per la definizione delle azioni necessarie al conseguimento degli obiettivi sopra indicati, la Direzione Generale Welfare si è avvalsa del Gruppo di coordinamento (GdC) della Rete della Diagnostica per immagini composto da medici radiologi, neuroradiologi, medici nucleari, fisici medici e radioterapisti rappresentativi della rete pubblica e della rete privata accreditata di Regione Lombardia con specifica competenza ed esperienza tecnica nella diagnostica per immagini.

Il confronto con la rete dei radiologi ha portato alla definizione di alcuni preliminari criteri di appropriatezza prescrittiva, che coniugano il motivo clinico del ricorso alle prestazioni con la relativa, adeguata, tempistica con la quale le stesse vanno assicurate.

I criteri di appropriatezza sono stati definiti per le prestazioni a più alto rischio di inappropriata prescrittiva: quelle ad elevata tecnologia e ad alto costo – Risonanza magnetica (RM) e Tomografia computerizzata (TC).

Concretamente sono state individuate specifiche situazioni cliniche, alle quali sono state collegate le singole procedure diagnostiche di RM o TC.

Nell'ambito dell'area radiologica l'appropriatezza prescrittiva è pertanto un aspetto che riveste particolare significatività al fine del controllo della domanda di prestazioni, in quanto spesso si registra un ricorso ad esami, ad elevata tecnologia e ad alto costo, che non sono aderenti a linee guida validate da società scientifiche.

In alcune situazioni il quesito clinico è appropriato all'esame richiesto, ma l'esame in realtà risulta inutile ai fini della gestione del paziente e della sua malattia.

Il presente documento contiene raccomandazioni condivise per la prescrizione della RM e della TC per alcune patologie dell'apparato osteoarticolare ad elevato impatto epidemiologico, soprattutto nella popolazione anziana, in particolare:

- le patologie del ginocchio;
- le patologie del rachide lombo-sacrale;
- le patologie della spalla.

Le presenti raccomandazioni costituiscono un utile strumento che la Regione ha inteso mettere a disposizione di tutti i medici prescrittori, allo scopo di meglio indirizzare le prescrizioni di RM e TC per alcuni tra i distretti maggiormente indagati con tali metodiche (ginocchio, rachide e spalla).

Le presenti linee di indirizzo non costituiscono un vincolo o una limitazione prescrittiva, ma intendono fornire indicazioni pratiche, finalizzate a promuovere una maggiore appropriatezza nella scelta di questi esami diagnostici.

Il Medico prescrittore, ferma restando la sua autonomia di giudizio, potrà servirsi di queste raccomandazioni al momento della valutazione dell'esame più idoneo ad indagare una patologia dei distretti corporei menzionati, con l'obiettivo di operare la scelta più appropriata al singolo caso in esame.

L'applicazione delle presenti raccomandazioni per la prescrizione della RM e della TC per i distretti sopra menzionati, oltre a contenere l'entità della domanda inappropriata, potrà contribuire alla riduzione dei tempi d'attesa per la diagnostica per immagini, al miglioramento nella gestione delle priorità critiche e alla riduzione

del carico globale di esposizione a radiazioni ionizzanti a scopo diagnostico per i pazienti con tali patologie.

Si sottolinea che, per implementare queste raccomandazioni nella pratica clinica, sarà indispensabile che le Aziende Sanitarie (ASST e ATS) promuovano attività formativa specifica, rivolta a tutto il personale sanitario coinvolto nella prescrizione e nell'erogazione di tali prestazioni (Medici Specialisti e Medici di Medicina Generale).

Si riportano di seguito alcune prestazioni per le quali è stata evidenziata tale criticità:

- Nell'ambito neuroradiologico, la risonanza magnetica della colonna lombosacrale dovrebbe essere prescritta solo dopo quattro settimane di terapia inefficace. (Tale indicazione non possono essere applicate ai malati oncologici, gli utenti affetti da osteoporosi, i casi in cui vi sia un sospetto di trauma, gli utenti che presentano specifiche patologie proprie dell'osso o sintomi neurologici). In via preferenziale è da ritenersi opportuno che la prescrizione sia fatta da medico specialista. (ortopedico, neurologo ad esempio)
- La Risonanza magnetica (RM) muscoloscheletrica (spalla, braccio, gomito, avambraccio, polso, mano, bacino, articolazione coxofemorale mono e/o bilaterale, coscia [femore], ginocchio, gamba, caviglia e piede) senza e con mezzo di contrasto, non dovrebbe essere eseguita se non preceduta da indagine radiologica. A titolo esemplificativo, si evidenzia che, ad oggi, la media regionale (gennaio – aprile 2023) di RM al ginocchio che non risultano essere precedute da una radiografia (RX) è di circa 43% (ca. 950 RM su un totale di ca.2.240);
- RM in pazienti portatori di Pace Maker e impianti cocleari: il medico prescrittore deve inviare il paziente all'Ente dove è stato impiantato il dispositivo per le valutazioni del caso e prima di programmare l'esame deve essere valutata la possibilità di svolgere un'indagine diagnostica diversa della RM, con la stessa potenzialità diagnostica. Per questi motivi il CUP Regionale non deve procedere alla prenotazione. In caso di RM in portatori di Pace Maker è obbligatoria una valutazione cardiologica dello specialista che valuterà se il dispositivo è "conditional" allo svolgimento dell'esame RM. Solo dopo esito positivo di tale iter può essere programmato l'esame che richiede la consulenza di un team multidisciplinare (radiologo, fisico medico, cardiologico) per definire le modalità di esecuzione dell'esame nella totale sicurezza del paziente. Per gli aspetti organizzativi il Decreto 14 gennaio 2021, allegato, lettera D, cita: "Per quanto concerne i pazienti portatori di dispositivi cardiaci impiantabili attivi, è fatto obbligo alla struttura sanitaria di predisporre un modello organizzativo specifico, a garanzia della sicurezza della prestazione e della salute del paziente, che comprenda un processo di valutazione del rapporto rischio beneficio di esecuzione/mancata esecuzione dell'esame RM, sotto la diretta responsabilità del medico responsabile della sicurezza clinica e dell'efficacia diagnostica dell'apparecchiatura RM". Su tale tema Regione Lombardia ha trasmesso alcune linee operative a tutti gli Enti regionali; i documenti sono presenti sul sito istituzionale di Regione Lombardia.

## **Criteri di appropriatezza prescrittiva per le prestazioni di medicina nucleare.**

L'aspetto maggiormente impattante nell'ambito della medicina nucleare è rappresentato dalla limitata disponibilità dei radiofarmaci, in quanto sostanze per definizione non stabili e che decadono inesorabilmente nel tempo. Risulta, pertanto, indispensabile un'attenta pianificazione temporale, così da garantirne un utilizzo ottimale; la mancata erogazione della prestazione causata dalla mancanza di adeguate verifiche cliniche, infatti, comporta una duplice criticità sia in termini di materiale non riutilizzabile sia in termini di mancato impiego del personale e delle macchine. Alla luce di tali considerazioni ed al fine di garantire una efficiente-efficace gestione delle attività di medicina nucleare, risulta indispensabile effettuare una duplice azione: da un lato, assegnare alle segreterie delle Medicine Nucleari la gestione delle agende di prenotazione così da poter gestire in maniera puntuale gli aspetti relativi all'appropriatezza prescrittiva ed alla fase di preparazione che precede l'esame, dall'altro rendere obbligatoria la prenotazione della prestazione contestualmente alla sua prescrizione per garantire la corretta presa in carico del paziente. Ad oggi, infatti, se si prende come riferimento l'anno 2022, solo il 60% delle prestazioni di medicina nucleare prescritte dagli specialisti risulta essere stata erogata dallo stesso Ente di appartenenza del prescrittore.

## **Raggruppamenti di Attesa Omogenei - RAO**

Risulta necessario adottare meccanismi condivisi di prioritarizzazione delle prestazioni e il metodo RAO fornisce un linguaggio comune che ha la finalità di unire appropriatezza e tempestività delle procedure. Tali raccomandazioni, volte ad evitare esami e trattamenti non necessari e che possono provocare ai pazienti danni diretti o indiretti, consentono di utilizzare le risorse per esami e trattamenti di provata efficacia e per i pazienti che ne hanno reale necessità.

Tale metodologia consente di assegnare tempistiche appropriate per l'erogazione di prestazioni specialistiche in ragione della gravità del paziente.

La priorità clinica di attesa è l'indicazione clinica che consente al medico di prescrivere ad un paziente una prestazione specialistica, attribuendo un tempo differito di attesa che, sulla base di linee guida, raccomandazioni condivise da società scientifiche o scelte motivate clinicamente dal prescrittore, si ritiene, in considerazione della diagnosi differenziale posta o del quadro clinico di cui è nota la diagnosi, non ne comprometta la prognosi.

Prerequisito per un ottimale governo dei tempi di attesa è l'informatizzazione del ciclo prescrizione/prenotazione/erogazione/refertazione, fino alla digitalizzazione dei documenti stessi.

In quest'ottica il modello RAO (Raggruppamenti di attesa omogenei) per priorità clinica di attesa, costituisce una efficace strategia di governo delle liste di attesa.

Il modello RAO parte dal principio che i tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali devono essere differenziati e raggruppati in quattro classi di priorità (U, B, D, P), in relazione alle oggettive condizioni cliniche del paziente, già diagnosticate o sospette, in modo da poter assicurare la prestazione sanitaria in tempi congrui.

Ad ogni classe di priorità corrisponde uno specifico tempo massimo di attesa diversificato in base a regole predefinite e condivise, coerenti con le indicazioni nazionali e regionali:

- la priorità U (Urgente) entro le 72 ore;
- la priorità B (Breve) entro 10 giorni; la priorità D (Differibile) entro 30 giorni se trattasi di visita specialistica ed entro 60 giorni in caso di prestazione di diagnostica strumentale;
- la priorità P (Programmata) entro 120 giorni.

Le condizioni cliniche di urgenza- emergenza che impongono l'immediato invio del paziente al Pronto Soccorso, non rientrano nei RAO.

Il medico, all'atto della prescrizione, deve obbligatoriamente provvedere a correlare il bisogno del paziente e la prestazione con il tempo ottimale entro cui la stessa deve essere effettuata mediante l'indicazione della classe di priorità appropriata. I principi di priorità devono ispirare non solo l'erogatore ma soprattutto il medico prescrivente il quale, anche nella consapevolezza dei limiti della capacità di offerta delle prestazioni, deve selezionare per criteri di priorità l'accesso dell'utente alla prestazione stessa già all'atto della prescrizione. Pertanto le Aziende sono chiamate a coinvolgere tutti i medici prescriventi operanti nel proprio territorio affinché procedano sistematicamente all'utilizzo delle classi di priorità alle quali vanno riportate tutte le richieste di prestazioni ambulatoriali e di ricovero anche a prescindere da procedure operative esplicite (percorsi diagnostici definiti e/o predefinite condizioni cliniche del paziente per l'accesso a determinate.

## RIORGANIZZAZIONE AGENDE

### AGENDA

**Insieme di slot** dedicati alla prenotazione di una o più prestazioni ambulatoriali erogate da un gruppo coordinato di medici specialisti (equipés) con il supporto del personale delle professioni sanitarie.

In determinati ambiti, quali ad esempio quello ostetrico o fisioterapico, l'equipés è formata da operatori delle professioni sanitarie, che agiscono sotto la responsabilità del Direttore dell'Unità Operativa di appartenenza.

Le agende di **primo livello** erogano le prestazioni ambulatoriali senza filtro sul quesito diagnostico specificato dal medico prescrittore (cd. ambulatorio generale, denominato Ortopedia I livello oppure Cardiologia I livello), lì dove l'erogazione delle prestazioni di primo livello non è già specialistica, mentre le agende di **secondo livello** o **terzo livello** sono dedicate alla diagnosi e alla cura di specifica patologia (es. ambulatorio dello scompenso cardiaco, denominato Cardiologia Scompenso) oppure di un determinato distretto anatomico (es. ambulatorio del ginocchio, denominato Ortopedia Ginocchio). Si considerano, inoltre, agende di secondo livello tutte le agende dedicate ai pazienti oncologici (es. radiologia, endoscopia digestiva, ecc., denominate Radiologia RMN Oncologia, Endoscopia Colon Oncologia).

Le agende di secondo livello devono essere garantite da una pluralità di medici (minimo 2) in grado di sostituirsi in caso di assenza e sono vietate le agende nominali. E' possibile, invece, differenziare le agende con attributi tipo sala/amb. 1, 2, 3 solo quando le medesime prestazioni sono erogate contemporaneamente in più ambulatori intesi come luogo fisico.

Ogni agenda al suo interno può essere sotto articolata dedicando in via esclusiva degli slot per le **prime visite**, o prestazioni di primo accesso, e per le **visite di controllo** comprese quelle dedicate a percorsi di cura (es. presa in carico), o prestazioni successive.

Gli slot dedicati alle prime visite o primi accessi possono a loro volta essere ulteriormente sotto articolati in base alla **classe di priorità** richiesta dal medico prescrittore, prevedendo un mix di offerta di classi (U/B e D/P) in base alla capacità di ogni Ente Sanitario di rispettare i tempi di attesa.

Gli slot dedicati alle visite di controllo o accessi successivi possono a loro volta essere ulteriormente sotto articolati in base all'esigenza clinica di monitoraggio della terapia prescritta o di rivalutazione del paziente in tempi brevi, prevedendo quindi una suddivisione tra **controlli a breve**, da erogare entro 3 mesi dalla prima visita, e **controlli periodici** da effettuarsi tipicamente a distanza di un anno, o comunque in



base alle esigenze cliniche. Per gestire tale esigenza verranno fornite dalla Direzione Generale Welfare le modalità di implementazione.

Ogni agenda, o sotto articolazione di slot di prenotazione deve essere caratterizzata da una pluralità di attributi; di seguito vengono elencati i principali:

- limiti di sesso ed età
- tipologia di accesso: primo accesso, controllo, urgenze, ...
- classe di priorità
- quesito diagnostico
- distretto anatomico
- tipologia di medico inviante (MMG/PLS, Specialista di branca, Medico Specialista dell'Ente Sanitario).

Tutte le agende devono essere obbligatoriamente prenotabili attraverso la Rete Regionale di Prenotazione come da deliberazione n. XI/6297 del 26/04/2022, con la sola esclusione delle prestazioni presenti nell'allegato 1 (es: neuropsichiatria, e prestazioni di radioterapia ecc.) e avere una programmazione almeno annuale che prevede comunque la costante apertura delle agende. È opportuno disincentivare il fenomeno delle aperture estemporanee o mensili dettate da una visione organizzativa di breve periodo slegata dalla logica di medio – lungo periodo tipica della programmazione dell'offerta.

Anche le agende aggiuntive dedicate all'abbattimento delle liste d'attesa, sia finanziate da Regione Lombardia che con fondi propri di ciascun Ente Sanitario (es. accantonamento Fondo Balduzzi) devono essere garantite per tutto l'anno, configurate come agende di primo livello e per primo accesso (sono quindi escluse le prestazioni di controllo – tipo prestazione "Z"), legate alle classi di priorità B, D e P, e obbligatoriamente prenotabili come l'offerta ordinaria da tutta la Rete Regionale di Prenotazione, assorbendo la domanda di U preferibilmente con offerta istituzionale ordinaria.

## **CALENDARIO**

Rappresenta l'articolazione settimanale o mensile dell'agenda ambulatoriale, indicandone gli orari di apertura e fine attività (es. agenda delle cefalee attiva il lunedì e il giovedì dalle ore 8.00 alle ore 13.00).

Deve sempre essere disponibile un calendario per la prenotazione, poiché **è vietata la chiusura delle agende ambulatoriali**, infatti, il cittadino deve poter trovare risposta alla sua richiesta anche se non nei tempi previsti dalla classe di priorità indicata dal medico prescrittore.

Ai fini programmatori, le indicazioni di minima da seguire per l'apertura dei calendari di prenotazione, un'agenda con un livello di saturazione del calendario (> 85%) prima delle scadenze pianificate, l'Ente Sanitario erogatore dovrà provvedere all'estensione del calendario nel periodo successivo.

Progressivamente con l'apertura dei calendari deve essere modificata la proporzione tra primi accessi e accessi successivi. In particolare, le agende di primo livello devono rendere disponibili per i primi accessi almeno il 40% degli slot complessivamente offerti. Qualora un Ente Sanitario, per una determinata disciplina, non abbia agende di primo livello la medesima percentuale deve applicarsi alle agende di secondo livello, fermo restando la costante verifica del tasso di saturazione.

Eventuali sospensioni dovute a motivi organizzativi (es. assenza del medico specialista) possono essere consentite solo con il recupero antecedente o successivo dei pazienti, a ridosso della data già programmata, in modo particolare per le agende di I livello, attraverso l'apertura aggiuntiva di slot dedicati e non utilizzando gli slot ancora disponibili, salvo che l'agenda rispetti i tempi di attesa. Tale casistica deve rappresentare un'eccezione, poiché la programmazione dell'attività ambulatoriale deve essere antecedente e non successiva alla gestione dei turni di reparto, interdivisionali o di Pronto Soccorso.

### **TASSO DI DISPONIBILITA'**

E' il rapporto tra il numero di slot potenziali (denominatore), calcolati in base alla struttura dell'agenda, e la differenza tra quest'ultimo valore e il numero degli slot realmente disponibili alla prenotazione (numeratore). Questo indicatore, calcolato per un determinato periodo, rappresenta la presenza o meno di importanti e/o ripetute richieste di chiusura anche temporanee dell'agenda.

### **TASSO DI SATURAZIONE**

E' il rapporto tra il numero di slot disponibili alla prenotazione per singola agenda (denominatore) e la differenza tra quest'ultimo valore e il numero di slot prenotati (numeratore) Questo indicatore, calcolato per un determinato periodo, misura la domanda di determinate prestazioni o l'attrattività dell'agenda.

### **DROP-OUT o NO SHOW**

Il no-show per le prestazioni di specialistica ambulatoriale è un fenomeno che consiste nella mancata presentazione dei pazienti agli appuntamenti prenotati. Questo comporta una perdita di risorse e di efficienza per le strutture sanitarie, oltre che un danno per la salute dei pazienti stessi.

L'overbooking calibrato sul tasso di no-show è una strategia che ottimizza l'uso delle risorse e contribuisce al contenimento dei tempi di attesa.

Alla luce di tale fenomeno, al fine di ottimizzare la gestione delle liste di attesa ambulatoriali, si dispone l'adozione della strategia dell'overbooking, ossia della

prenotazione di un numero di slot superiore a quello effettivamente disponibile. Tale volume aggiuntivo di prenotazioni deve essere calibrato in base al tasso di no-show registrato in passato. Tutti gli appuntamenti prenotati dall'Ente Sanitario, compresi quelli prenotati in overbooking, devono essere notificati alla Rete Regionale di Prenotazione.

E' calcolato come il rapporto tra il numero di prenotazioni per singola agenda (denominatore) e la differenza tra quest'ultimo valore e il numero di cittadini che si sono realmente presentati (numeratore). Questo indicatore, calcolato su base mensile un determinato periodo, misura la mortalità delle prenotazioni.

A fronte di un no-show calcolato va associato un overbooking pari ad una percentuale compresa tra il 60% e l'80% del no show stesso.

Verrà istituito, da parte della Direzione Generale Welfare, uno specifico monitoraggio relativo agli appuntamenti pianificati in modalità "overbooking" e a quelli prenotati che non sono stati erogati per indisponibilità dell'utente (no show).

## **PRESTAZIONI LOGOPEDICHE**

Per le prestazioni logopediche della Neuropsichiatria Infantile è possibile creare delle liste d'attesa, utilizzando l'applicativo informatico per la gestione dei ricoveri, al fine di rendere le suddette liste trasparenti e monitorabili dalle ATS di appartenenza. La prenotazione del primo appuntamento dovrà essere fatta al momento del contatto telefonico con il cittadino per comunicare la data di inizio del trattamento.

## **NOTE DI PREPARAZIONE**

Trattasi dell'insieme delle indicazioni preliminari fornite al cittadino, alle quali si deve attenere per la buona riuscita dell'esame richiesto (es. dieta liquida, non assumere antistaminici nei cinque giorni prima dell'esame, ecc.). All'interno di ogni Ente Sanitario le note di preparazione devono essere univoche, indipendentemente dal presidio di erogazione, con la sola eccezione delle agende pediatriche (0 – 14 anni) e pubblicate sui siti istituzionali degli Enti.



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

**Manuale RAO  
AGENAS**

**Questo documento è stato redatto da**

**Gianni Caracci (Dirigente Ufficio Qualità sicurezza, buone pratiche ed umanizzazione delle cure – AGENAS fino a 31/12/2018)**

**Barbara Labella (Dirigente Ufficio Qualità sicurezza, buone pratiche ed umanizzazione delle cure - AGENAS)**

**Elisabetta Lelmi (Ufficio Qualità sicurezza, buone pratiche ed umanizzazione delle cure - AGENAS)**

**Giuliano Mariotti (Esperto AGENAS)**

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

**Quinto Tozzi (Dirigente Ufficio Qualità sicurezza, buone pratiche ed umanizzazione delle cure – AGENAS fino a 31/09/2019)**

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

**AGENAS, Roma, Luglio 2020**

## REFERENTI PROGETTO

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

<b>Ministero della Salute</b>	Andrea Piccioli <sup>1</sup> , Susanna Ciampalini
<b>Istituto Superiore della Sanità</b>	Luigi Bertinato
<b>Cittadinanzattiva</b>	Tonino Aceti <sup>2</sup> , Carla Berliri, Sabrina Nardi <sup>3</sup> , Valeria Fava, Daniela Agrimi (Gruppo Aiuto Tiroide), Tiziana Greco (Gruppo Aiuto Tiroide), Gabriele Bona (AMRI Onlus), Pietro Barabino (AMRI Onlus), Salvo Leone (Amici Onlus), Attilio Reginato (AISVE), Giorgia Surano (Parkinson Italia), Silvia Tonolo (ANMAR)
<b>Regione Abruzzo</b>	Mariangela Galante, Anita Saponari
<b>Regione Basilicata</b>	Gabriella Sabino, Giuseppe Citro (ASP di Potenza), Libero Mileti (Ospedale San Carlo), Angela Padula (AOR San Carlo di Potenza), Marisa Tataranni (AOR San Carlo di Potenza)
<b>Regione Calabria</b>	Sergio Petrillo
<b>Regione Campania</b>	Rosanna Formato, Maria Rosaria Romano, Imma Borrelli (Asl di Salerno), Antonio Cajafa (ASL Napoli 2 nord), Anna Maria Ferriero (Asl di Salerno), Fernando Chiumiento (Asl di Salerno)
<b>Regione Emilia-Romagna</b>	Luca Barbieri, Piera Sanna, Paola Dal Pozzo (Ausl di Imola)
<b>Regione Friuli-Venezia Giulia</b>	Michele Chittaro, Giulio Menegazzi, Paola Toscani, Luca Miceli (CRO di Aviano)
<b>Regione Lazio</b>	Giorgio Cerquetani, Giulio De Michelis, Guendalina Durante, Gianluca Ferrara, Monica Foniciello, Massimo Morosetti (ASL Roma 3), Teresa Gamucci (AO San Giovanni)
<b>Regione Liguria</b>	Marco Macchi, Lorenzo Bistolfi, Enrica Orsi

---

<sup>1</sup> Direttore all'Ufficio III della DG Programmazione del Ministero della Salute fino al maggio 2019, attualmente Direttore Generale Istituto Superiore Sanità

<sup>2</sup> Coordinatore Nazionale del Tribunale per i diritti del malato e Responsabile del Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici di Cittadinanzattiva fino a gennaio 2019, attualmente Portavoce Nazionale FNOPI

<sup>3</sup> Vice coordinatore nazionale Tribunale per i diritti del malato fino ad aprile 2019, attualmente Responsabile AIL pazienti presso AIL - Associazione Italiana contro le leucemie, linfomi e mieloma ONLUS

<b>Regione Lombardia</b>	Aldo Bellini (ASST Rhodense), Antonella Cabrini, Marco Soncini (ASST Lecco), Cinzia Vanzini (ASST Vimercate)
<b>Regione Marche</b>	Giuseppina Benedetto, Giovanni Lagalla, Claudio Martini, Sivia Rossi, Andrea Doga (AOU Ospedali Riuniti di Ancona), Marco Guidi (AO Ospedali Riuniti Marche Nord), Massimiliano Petrelli (AOU Ospedali Riuniti di Ancona)
<b>Regione Molise</b>	Raffaele Malatesta
<b>Regione Piemonte</b>	Raffaella Ferraris, Carmela Giordano
<b>Regione Puglia</b>	Ettore Attolini, Rodolfo Rollo (Asl di Lecce)
<b>Regione Sicilia</b>	Giuseppe Murolo, Giovanni De Luca, Salvatore Brugaletta (Asp di Siracusa), Luigi Maria Montalbano (AO Ospedali Riuniti di Palermo), Giuseppe Milazzo (Asp di Trapani), Antonino Pioppo (AO Villa Sofia-Cervello), Gianfranco Savoca (Ospedale Civico di Palermo)
<b>Regione Toscana</b>	Gabriella Bellagambi, Carla Rizzuti, Susanna Tamburini (Azienda USL Toscana Centro)
<b>Regione Umbria</b>	Paola Casucci, Simona Panzolini, Ombretta Checconi, Alessandra Ascani (AO di Terni), Sergio Bacarda (AO di Terni), Tito Fiore (AO di Perugia), Riccardo Mezzarosa (USL Umbria 1), Efisio Puxeddu (AO di Perugia), Giuseppe Quintaliani (USL Umbria 1), Giovanni Battista Sbordone (Asl Umbria 1), Giuseppe Quintaliani (USL Umbria 1)
<b>Regione Valle d'Aosta</b>	Miriana Detti, Patrizia Vittori, Paola Bullio, Riccardo Papalia, Massimo Pesenti
<b>Regione Veneto</b>	Francesco Bortolan, Milvia Marchiori, Paolo Costa (Azienda ULSS 9 Scaligera), Pierpaolo Faronato (Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana), Domenico Scibetta (Azienda Ulss 6 Euganea), Alessio Gioffredi (ULSS 1 Dolomiti)
<b>P.A. Bolzano</b>	Luca Armanaschi, Cristina Ghedina, Elisabeth Plancher, Roberta Vanzetta, Enrico Bertelli (Ospedale di Bolzano) Michele Comberlato (Ospedale di Bolzano), Anton Wieser (Ospedale di Merano)
<b>P.A. Trento</b>	Giuliano Mariotti (APSS di Trento), Alberto Meggio (Ospedale di Rovereto), Bruno Giometto (Ospedale di Trento), Mauro Recla (Ospedale di Trento)

### **AREA ANDROLOGIA, DIABETOLOGIA ED ENDOCRINOLOGIA**

<b>AMD</b>	Domenico Mannino, Amodio Botta, Paolo Di Bartolo, Elena di Giulio
<b>AME</b>	Vincenzo Toscano
<b>SIAMS</b>	Daniele Gianfrilli
<b>SID</b>	Giuseppe Lepore, Giuseppina Russo
<b>SIE</b>	Daniele Gianfrilli
<b>SIFOP</b>	Francesco Losurdo

### **AREA ANESTESIOLOGIA/ALGOLOGIA**

<b>SIAATIP</b>	Emilio Mazzetti
<b>SIAARTI</b>	Flavia Petrini, Marco Rossi

### **AREA ANGIOLOGIA, CARDIOLOGIA, CHIRURGIA VASCOLARE E FLEBOLOGIA**

<b>AIAC</b>	Massimo Zoni Berisso
<b>ANMCO</b>	Michele Massimo Gulizia, Antonio Francesco Amico, Domenico Gabrielli
<b>ANCECARDIO</b>	Antonio Vittorio Panno, Gabriella Barile
<b>ARCA</b>	Giovanni Battista Zito, Luciano Arcari, Achille Dato
<b>FCSA</b>	Sophie Testa, Daniela Poli
<b>SIAPAV</b>	Maria Amitrano
<b>SIC</b>	Mauro Borzi
<b>SICOA</b>	Pasquale Guarini
<b>SICVE</b>	Carlo Pratesi, Stefano Bartoli
<b>SIDV</b>	Pier Luigi Antignani
<b>SIECVI</b>	Francesco A. Benedetto
<b>SIFL</b>	Maurizio Pagano
<b>SIFOP</b>	Giancarlo Roscio, Silvio Festinese
<b>SIIA</b>	Claudio Ferri, Carmine Savoia, Antonio Giovananza
<b>SIPREC</b>	Speranza Rubattu



#### **AREA DERMATOLOGIA**

<b>ADOI</b>	Francesco Cusano
<b>AIUC</b>	Francesco Petrella
<b>SIDEMAST</b>	Piergiacomo Calzavara - Pinton, Maria Concetta Fagnoli, Clara De Simone, Luca Bianchi
<b>SIFOP</b>	Anna Arcieri

#### **AREA GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA**

<b>AIGO</b>	Gioacchino Leandro, Marco Soncini, Giuseppe Milazzo
<b>AISF</b>	Salvatore Petta, Sara Montagnese
<b>GISCOR</b>	Cinzia Campari, Carlo Senore
<b>SIED</b>	Bastianello Germanà, Maria Caterina Parodi, Romano Sassateli, Paola Da Massa Carrara, Rita Conigliaro
<b>SIGE</b>	Santino Marchi, Bruno Annibale

#### **AREA DI GERIATRIA**

<b>SIGG</b>	Claudio Pedone
<b>SIGOT</b>	Alberto Pilotto
<b>SIFOP</b>	Vanda Menon

#### **AREA DI MEDICINA GENERALE**

<b>SIMG</b>	Claudio Cricelli, Gianmarco Rea, Mauro Ruggeri
<b>SNAMID</b>	Francesco Chiumeo, Enzo Pirrotta, Paolo Spriano

#### **AREA DI MEDICINA DI URGENZA e DI MEDICINA INTERNA**

<b>SIMI</b>	Francesco Malci, Paola Andreozzi
<b>SIMEU</b>	Francesco Rocco Pugliese, Alessandro Riccardi
<b>SIS 118</b>	Giuseppe Di Domenica, Pietro Pugliese

#### **AREA NEFROLOGIA**

<b>SIN</b>	Giuseppe Quintaliani, Riccardo Mezzarosa
------------	--

#### **AREA DI NEUROLOGIA**

<b>SNO</b>	Giuseppe Neri
<b>SIN</b>	Gianluigi Mancardi, Serenella Servidei, Massimo Del Sette, Giuditta Giussani
<b>SINC</b>	Vincenzo Di Lazzaro
<b>SIFOP</b>	Luciana Di Meo
<b>SISC</b>	Gianluca Coppola
<b>SISS</b>	Vincenzo Andreone, Massimiliano Toscano

#### **AREA OCULISTICA**

<b>AIMO</b>	Alessandra Balestrazzi, Romina Fasciani, Alberto Lanfernini, Danilo Mazzacane, Maria Letizia Ruggieri
<b>SIFOP</b>	Speranza Iossa

#### **AREA ONCOLOGIA**

<b>AIEP</b>	Franca Fagioli, Marco Zecca
<b>AIOM</b>	Giordano Beretta, Saverio Cinieri, Massimo Di Maio, Francesco Perrone
<b>AIRO</b>	Stefano Arcangeli, Rolando Maria D'Angelillo, Vittorio Donato
<b>AIOT</b>	Filippo De Marinis

#### **AREA ORTOPEDIA E FISIATRIA**

<b>SICOOP</b>	Andrea Grasso
<b>SIOT</b>	Francesco Falez, Francesco Pallotta
<b>SIFOP</b>	Luciano Cavallo
<b>SIMFER</b>	Donatella Bonaiuti, Massimo De Marchi, Marco Monticone, Alberto Piazza, Alfredo Zambuto,

#### **AREA OSTETRICIA E GINECOLOGIA**

<b>AOGOI</b>	Elsa Viora, Enrico Vizza
<b>SIGO</b>	Vito Trojano
<b>SIEOG</b>	Tiziana Frusca, Giuseppe Rizzo

#### **AREA OTORINOLARINGOIATRIA**

<b>AIOLP</b>	Carmelo Zappone, Giuseppe Morgante
<b>IAR</b>	Alberto Macchi, Andrea Ciofalo, Andrea Gallo, Simonetta Masiera
<b>SIAF</b>	Elisabetta Genovese
<b>SIFEL</b>	Giovanni Ruoppolo
<b>SIOECHCF</b>	Laura Della Vecchia, Paolo Petrone

#### **AREA PEDIATRICA**

<b>AIEOP</b>	Franca Fagioli, Marco Zecca
<b>FIMP</b>	Valdo Flori, Laura Reali
<b>SICUPP</b>	Flavia Ceschin, Giuseppe Ragnatela, Pier Luigi Tucci
<b>SIEDP</b>	Pietro Buono
<b>SIMRI</b>	Fabio Midulla
<b>SIMPE</b>	Nicola D'Amario, Marisa D'Andrea, Teresa Rongai, Roberto Sassi
<b>SINEPE</b>	Licia Peruzzi, Carmine Pecoraro
<b>SIP</b>	Mauro Bozzola, Elena Bozzola
<b>SIPPS</b>	Imma Labella
<b>SIUP</b>	Gianantonio Manzoni

#### **AREA RADIOLOGIA e MEDICINA NUCLEARE**

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

#### **AREA PNEUMOLOGIA**

<b>AIPO</b>	Elio Costantino
<b>SIP/IRS</b>	Fabrizio Luppi

#### **AREA REUMATOLOGIA**

<b>SIR</b>	Gian Domenico Sebastiani, Luigi Sinigaglia
------------	--

#### **AREA UROLOGIA**

<b>AIURO</b>	Rosina Ceccarelli, Gianfranca Bertinetti
<b>AURO.IT</b>	Massimo Perachino
<b>SIU</b>	Antonio Rizzotto
<b>SIURO</b>	Vincenzo Altieri, Davide Simeone
<b>UROP</b>	Stefano Brunori, Stefano Pecoraro

#### **ALTRE SOCIETÀ**

<b>ANCI</b>	Giacomo Bazzoni
<b>ANMDO</b>	Gianfranco Finzi, Karl Kob
<b>CARD</b>	Gennaro Volpe, Rosa Borgia, Renato Lisio
<b>FIASO</b>	Francesco Ripa di Meana, Nicola Pinelli, Ilde Coiro



## Indice

<b>DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI</b> .....	16
<b>DOCUMENTI NORMATIVI E ORIENTATIVI</b> .....	16
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	17
<b>INTRODUZIONE</b> .....	<b>32</b>
<b>TABELLE RAO</b> .....	<b>34</b>
COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Codice 45.23 .....	36
COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.23.3.....	36
COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.23.4.....	36
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO - Codice 88.71.4.....	38
DOPPLER e ECOCOLORDOPPLER TRANSCRANICO CON E SENZA MEZZO DI CONTRASTO - Codice 88.71.5.....	40
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo - Codice 88.72.2.....	41
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI - Codice 88.73.5.....	43
ECOCOLORDOPPLER ARTERIE RENALI - Codice 88.74.9.....	44
ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO – Codici 88.77.4 e 88.77.5 .....	45
ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO – Codici 88.77.6 e 88.77.7 .....	45
ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI - Codice 88.76.3 .....	46
ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale - Codice 88.78.2.....	47
ECOENCEFALOGRAFIA - Codice 88.71.1.....	49
ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO - Codice 88.76.1.....	50
ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE - Codice 88.75.1.....	51
ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.74.1.....	52
ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.1.....	53
ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.2.....	53
ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE - Codice 88.79.3 .....	54
ECOGRAFIA OSTETRICA - Codice 88.78.....	56
ECOGRAFIA SCROTALE - Codice 88.79.6 .....	57
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (secondo Holter) - Codice 89.50.....	58
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE - Codice 93.08.A.....	59
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE - Codice 93.08.B.....	59
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO - Codice 93.08.C.....	59
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO - Codice 93.08.D.....	59
VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA (per nervo) - Codice 93.09.1 .....	59
VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA - Codice 93.09.2 .....	59

<i>ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] - Codice 45.13</i> .....	63
<i>ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.16.1</i> .....	63
<i>ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.16.2</i> .....	63
<i>ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA DELL'ESOFAGO - Codice 42.24</i> .....	63
<i>ESAME AUDIOMETRICO TONALE - Codice 95.41.1</i> .....	65
<i>ESAME AUDIOMETRICO VOCALE – 95.41.2</i> .....	65
<i>IMPEDENZOMETRIA - Codice 95.42</i> .....	65
<i>FOTOGRAFIA DEL FUNDUS - Codice 95.11</i> .....	66
<i>MAMMOGRAFIA BILATERALE - Codice 87.37.1</i> .....	67
<i>MAMMOGRAFIA MONOLATERALE - Codice 87.37.2</i> .....	67
<i>MONITORAGGIO DOPPLER TRANSCRANICO PER IL MICROEMBOLISMO [MESH] - Codice 88.71.6</i> .....	68
<i>ORTOPANORAMICA DELLE ARCADE DENTARIE - Codice 87.11.3</i> .....	69
<i>PRIMA VISITA ALGOLOGICA - Codice 89.7A.1</i> .....	70
<i>PRIMA VISITA ANESTESIOLOGICA - Codice 89.7A.1</i> .....	72
<i>PRIMA VISITA CARDIOLOGICA - Codice 89.7A.3</i> .....	74
<i>PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE - Codice 89.7A.6</i> .....	77
<i>PRIMA VISITA ANGIOLOGICA - Codice 89.7A.2</i> .....	77
<i>PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA - Codice 89.7A.7</i> .....	79
<i>PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA - Codice 89.7A.8</i> .....	84
<i>PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA PER DIABETE - Codice 89.7A.8</i> .....	89
<i>PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - Codice 89.7B.3</i> .....	92
<i>PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA - Codice 89.7A.9</i> .....	96
<i>PRIMA VISITA GERIATRICA - Codice 89.7</i> .....	98
<i>PRIMA VISITA GINECOLOGICA - Codice 89.26.1</i> .....	99
<i>PRIMA VISITA OSTETRICA - Codice 89.26.3</i> .....	99
<i>PRIMA VISITA NEFROLOGICA - Codice 89.7B.5</i> .....	102
<i>PRIMA VISITA NEUROLOGICA - Codice 89.13</i> .....	105
<i>PRIMA VISITA OCULISTICA – Codice 95.02</i> .....	108
<i>PRIMA VISITA ONCOLOGICA - Codice 89.7B.7</i> .....	113
<i>PRIMA VISITA ORTOPEDICA - Codice 89.7B.8</i> .....	114
<i>PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRICA – Codice 89.7B.9</i> .....	118
<i>PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA - Codice 89.7C.1</i> .....	123
<i>PRIMA VISITA REUMATOLOGICA - Codice 89.7</i> .....	124
<i>PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA - Codice 89.7C.3</i> .....	127
<i>RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC - Codice 88.95.5</i> .....	130
<i>RM DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.95.1</i> .....	131

RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC - Codice 88.95.2.....	132
RM DEL COLLO - Codice 88.91.6.....	133
RM DEL COLLO SENZA E CON MDC - Codice 88.91.7.....	133
RM DELLA COLONNA IN TOTO - Codice 88.93.6.....	134
RM DEL RACHIDE CERVICALE, DORSALE, LOMBOSACRALE E SACROCOCCIGEO -Codici 88.93.2, 88.93.3, 88.93.4 e 88.93.5 .....	134
RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC - Codici 88.93.7 e 88.93.B.....	135
RM DEL RACHIDE DORSALE, LOMBO-SACRALE E SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC - Codici 88.93.8, 88.93.9, 88.93.A .....	135
RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.91.2.....	136
RM MUSCOLOSCELETRICA (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, BACINO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE) - Codici 88.94.4, 88.94.5, 88.94.6, 88.94.7, 88.94.8, 88.94.9, 88.94.A, 88.94.B, 88.94.C, 88.94.D, 88.94.E, 88.94.F, e 88.94.G .....	137
RM MUSCOLOSCELETRICA (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, BACINO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE) SENZA E CON MDC - Codici 88.94.H, 88.94.J, 88.94.K, 88.94.L, 88.94.M, 88.94.N, 88.94.P, 88.94.Q, 88.94.R, 88.94.S, 88.94.T, 88.94.U, e 88.94.V .....	139
RX DELLA CAVIGLIA - Codice 88.28.1.....	140
RX DEL PIEDE [CALCAGNO] - Codice 88.28.2.....	140
RX DELLA COLONNA CERVICALE, DORSALE E LOMBOSACRALE - Codici 87.22, 87.23,87.24 .....	141
RX MORFOMETRIA VERTEBRALE DORSALE E LOMBARE - Codici 87.23.64, 87.24.7.....	141
RX STANDARD SACROCOCCIGE - Codice 87.24.6.....	141
RX DEL FEMORE - Codice 88.27.1.....	142
RX DEL GINOCCHIO - Codice 88.27.2.....	142
RX DELLA GAMBA - Codice 88.27.3.....	142
RX DEL GOMITO - Codice 88.22.1.....	143
RX DELL'AVAMBRACCIO - Codice 88.22.2.....	143
RX DEL POLSO - Codice 88.23.1.....	144
RX DELLA MANO - Codice 88.23.2.....	144
RX DELLA SPALLA - Codice 88.21.2.....	145
RX DEL TORACE - Codice 87.44.1.....	146
SCINTIGRAFIA TIROIDEA - Codice 92.01.3.....	147
SPIROMETRIA SEMPLICE - Codice 89.37.1.....	148
SPIROMETRIA GLOBALE - Codice 89.37.2.....	148
STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO. Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica - Codice 88.71.2.....	149
ECOCOLORDOPPLER TRANSCRANICO - Codice 88.71.3.....	149
TC DELL'ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC - Codice 88.01.2.....	150



<i>TC DELL'ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC - Codice 88.01.4</i> .....	150
<i>TC DELL'ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC - Codice 88.01.6</i> .....	150
<i>TC ARTICOLARE (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, SPALLA E BRACCIO, GOMITO E AVAMBRACCIO, POLSO E MANO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA, PIEDE, GINOCCHIO E GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE) - Codici 88.38.G, 88.38.H, 88.38.J, 88.38.K, 88.38.L, 88.38.M, 88.38.N, 88.38.P, 88.38.Q, 88.39.2, 88.39.3, 88.39.4, 88.39.5, 88.39.6, 88.39.7, 88.39.8 e 88.39.9</i> .....	151
<i>TC ARTICOLARE (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, SPALLA E BRACCIO, GOMITO E AVAMBRACCIO, POLSO E MANO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA, PIEDE, GINOCCHIO E GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE) SENZA E CON MDC - Codici 88.38.R, 88.38.S, 88.38.T, 88.38.U, 88.38.V, 88.38.W, 88.38.X, 88.38.Y, 88.38.Z, 88.39.A, 88.39.B, 88.39.C, 88.39.D, 88.39.E, 88.39.F, 88.39.G e 88.39.H</i> .....	152
<i>TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE - Codice 88.38.5</i> .....	153
<i>TC CRANIO-ENCEFALO - Codice 87.03</i> .....	154
<i>TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC - Codice 87.03.1</i> .....	155
<i>TC MASSICCIO FACCIALE - Codice 87.03.2</i> .....	156
<i>TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC - Codice 87.03.3</i> .....	157
<i>TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE, TORACICO, LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE - Codici 88.38.A, 88.38.B, 88.38.C</i> .....	158
<i>TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE, TORACICO, LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE SENZA E CON MDC - Codici 88.38.D, 88.38.E, 88.38.F</i> .....	159
<i>TC DEL TORACE - Codice 87.41</i> .....	160
<i>TC DEL TORACE SENZA E CON MDC - Codice 87.41.1</i> .....	161
<i>TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO - Codice 89.41 ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO - Codice 89.44 TEST DA SFORZO CARDIOPOLMONARE - Codice 89.44.1</i> .....	162
<b>NOTE</b> .....	<b>163</b>



## DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

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

## DOCUMENTI NORMATIVI E ORIENTATIVI

- Ministero della Sanità, Commissione di studio sulle liste di attesa istituita con DM 28.12.2000: Analisi e Proposte in tema di liste di attesa nel SSN. Relazione Finale. Roma, Maggio 2001
- DPCM 16.4.2002, Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi d'attesa. Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 122 del 27.5.2002
- Accordo Stato Regioni 11 luglio 2002 (Allegato Tecnico), Repertorio Atti n. 1488
- Piano Nazionale per il Contenimento dei Tempi di Attesa (PNCTA) 2006-2008 approvato con Intesa Stato-Regioni 28 Marzo 2006
- Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2010-2012 approvato con Intesa Stato-Regioni del 28 ottobre 2010
- Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 2 novembre 2011 – Gazzetta Ufficiale n. 264 del 12 novembre 2011
- DPCM LEA 12/01/2017 definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui art. 1, comma 7 del D. Lgs 30/12/1992, n. 502. G.U. 18 marzo 2017, n. 65

- D.lgs. n. 187/2000, Attuazione della direttiva 97/43/EURATOM in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche. Modificato dall'art. 39, Legge 1 marzo 2002, n. 39
- Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021 approvato con Intesa Stato-Regioni del 21 febbraio 2019

## **BIBLIOGRAFIA**

### **Area Algologia ed Anestesiologia**

- Miceli L, Bednarova R, Paduano R, Romano M, Bove T - Management of chronic pain in Italy: proposal for specific priority criteria - Ig. Sanità Pubbl. Ig. Sanita Pubbl. 2018 Nov-Dec;74(6): 407 – 418;
- Miceli L – Criteri di Priorità per Visita Algologica – Giornata Regionale della Sicurezza e Qualità delle Cure, Udine, 201.

### **Area Andrologia, Diabetologia ed Endocrinologia**

- La Penna G., Bertuzzi F., Celleno R., Girelli A. et al - Gruppo di studio Diabete Tipo 1 e Transizione, Associazione Medici Diabetologi - Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione della persona adulta con diabete di tipo 1 – ed. Idelson – Gnocchi - *aemmedi.it*. - Napoli, 2019;
- Associazione Medici Diabetologi (AMD) - Società italiana di Diabetologia (SID) - Standard italiani per la cura del diabete mellito, - *aemmedi.it siditalia.it*, 2018;
- Vigone M C, Radetti G, Wasniewska M, Street M et al - Gruppo di Studio SIEDP (Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica): “Malattie della Tiroide”, Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale – Tiroidite di Hashimoto – Rev. 1;
- Vigone M C, Olivieri A, Cassio A, Cesaretti G et al - Gruppo di Studio SIEDP (Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica) - “Malattie della Tiroide” Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale – Ipotiroidismo Congenito Primario - biennio 2015-2017;
- Bruzzi P, Bizzarri C, Bozzola M, Giacomozzi C et al - Gruppo di Studio SIEDP (Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica), “Fisiopatologia dei Processi di Accrescimento e della Pubertà” – Deficit di Ormone della Crescita in Età Evolutiva – Rev.1. - biennio 2015-2017;

- Bruzzi P, Bizzarri C, Bozzola M, Cassio A et al - Gruppo di Studio SIEDP (Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica) – Pubertà Precoce centrale – Rev. 0;
- Lombardo F, Franceschi R, Bonfanti R, Cherubini V et al - Gruppo di Studio SIEDP (Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica) – Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Ospedale Territorio per la Gestione ed il Trattamento del Paziente con Diabete in età Pediatrica – Rev. 1;
- De Martino M, Camaioni A, Benazzo M, Biondi A et al - Linee guida Italiane per la Gestione della linfadenopatia della testa e del collo in età pediatrica - Organo Ufficiale della Società italiana di Pediatria Preventiva e Sociale - Supplemento al numero 1 - ISSN 1970-8165, Sintesi InfoMedica S.r.l, 2014 [https://www.sio-p.it/foto-articoli/24/varie/LineeGuida2s\\_2014.pdf](https://www.sio-p.it/foto-articoli/24/varie/LineeGuida2s_2014.pdf).

### **Area Angiologia, Cardiologia, Chirurgia Vascolare**

- Aspromonte N, Gulizia MM, Di Lenarda A, Mortara A et al - ANMCO/SIC Consensus Document: cardiology networks for outpatient heart failure care. *European Heart Journal Supplements* (2017) 19 (Supplement D), D89-D101;
- Crawford MH, Bernstein SJ, Deedwania PC, Di Marco JP et al - ACC/AHA guidelines for ambulatory electrocardiography: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the Guidelines for Ambulatory Electrocardiography). *J Am Coll Cardiol*. 1999; 34: 912-48;
- Cherubini A, Mureddu GF, Temporelli PL, Frisinghelli A et al a nome dell'Area Prevenzione Cardiovascolare ANMCO. Appropriatelyzza delle procedure diagnostiche in prevenzione cardiovascolare: di che cosa possiamo fare a meno?. *G Ital Cardiol*. 2014; 15 (4): 253-263;
- Chou R - High Value Care Task Force of the American College of Physicians. Cardiac screening with electrocardiography, stress echocardiography, or myocardial perfusion imaging: advice for high-value care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2015; 162 (6): 438-447;
- Douglas PS, Garcia MJ, Haines DE, Lai WW et al - ACCF/ASE/AHA/ASNC/HFSA/HRS/SCAI/SCCM/SCCT/SCMR 2011 appropriate use criteria for echocardiography: a report of the American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force, American Society of Echocardiography, American Heart Association, American Society of Nuclear Cardiology, Heart Failure Society of America, Heart Rhythm Society, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Critical Care Medicine, Society of Cardiovascular Computed

Tomography, and Society for Cardiovascular Magnetic Resonance. *J Am Coll Cardiol*. 2011; 57: 1126-66;

- Lattanzi F., Magnani M., Cortigiani L., Mandorla S. et al - a nome del Gruppo di Valutazione dell'Appropriatezza ANMCO-Toscana. La valutazione dell'appropriatezza della prescrizione dell'ecocardiogramma. *Ital Heart J. Suppl* 2002; 3 (6): 613-618;
- Mandorla S., Trambaiolo P., De Cristofaro M., Baldassi M., Penco M., a nome del Consiglio Direttivo 2005-2007 della Società Italiana di Ecografia Cardiovascolare. Appropriatezza dell'esame ecocardiografico e definizione delle classi di priorità: una proposta della Società Italiana di Ecografia Cardiovascolare. *G Ital Cardiol*. 2010; 11 (6): 503-533;
- Marques AC, Calderaro D, Yu PC, Gualandro DM et al. Impact of cardiology referral: clinical outcomes and factors associated with physicians' adherence to recommendations. *Clinics*. 2014; 69 (10): 666-671;
- Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I et al - European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR); ESC Committee for Practice Guidelines (CPG). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur Heart J*. 2012; 33 (13): 1635-701;
- Steinberg JS, Varma N, Cygankiewicz I et al - 2017 ISHNE-HRS expert consensus statement on ambulatory ECG and external cardiac monitoring/telemetry. *Ann Noninvasive Electrocardiol*. 2017; 22: e12447. <https://doi.org/10.1111/anec.12447> (ultimo accesso 5 giugno 2017);
- Antignani PL, Gossetti B, Righi D, Amato A et al - Vascular diagnosis laboratory. Workloads and indications. *Minerva Cardioangiol*. 2004 Oct;52(5):447-64;
- Antignani PL, Benedetti-Valentini F, Aluigi L, Baroncelli TA et al - Italian Society for Vascular Investigation. Diagnosis of vascular diseases. Ultrasound investigations- guidelines *Int Angiol*. 2012 Oct;31(5 Suppl 1): pag. 1-77.

### **Area Dermatologia**

- Deluca J, Goldschmidt A, Eisendle K - Analysis of effectiveness and safety of a three-part triage system for the access to dermatology specialist health care. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016; 30:1190-4 <https://doi.org/10.1111/jdv.13295>;

- Eichenfield L. F, Wynniss L. Tom, Chamlin S.L, Feldman S.R et al - Guidelines of care for the management of atopic dermatitis - Section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis - Journal of the American Academy of Dermatology, Published by Elsevier, Volume 70, Issue 2, Pages 338–351,2014  
<https://www.aad.org/practicecenter/quality/clinical-guidelines/atopic-dermatitis;>
- Eichenfield L.F, Wynniss L.T, Berger T.G, Krol A, et al - Guidelines of care for the management of atopic dermatitis Section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies - Journal of the American Academy of Dermatology - Published by Elsevier, Volume 71, Issue 1, Pages 116–132, 2014  
<https://www.aad.org/practicecenter/quality/clinical-guidelines/atopic-dermatitis;>
- Sidbury R, Davis D.M, Cohen D.E, Cordoro K.M et al - Guidelines of care for the management of atopic dermatitis Section 3. Management and treatment with phototherapy and systemic agents - Journal of the American Academy of Dermatology - Published by Elsevier I, Volume 71, Issue 2, Pages 327–349, 2014  
<https://www.aad.org/practicecenter/quality/clinical-guidelines/atopic-dermatitis;>
- Sidbury R,Wynniss TL, Bergmanm J.N, Cooper K.D, Silverman R.A et al - Guidelines of care for the management of atopic dermatitis Section 4. Prevention of disease flares and use of adjunctive therapies and approaches - Journal of the American Academy of Dermatology - Published by Elsevier, Volume 71, Issue 6, Pages 1218–1233, 2014  
<https://www.aad.org/practicecenter/quality/clinical-guidelines/atopic-dermatitis;>
- Garofalo L, Bonifazi E - Cellulite Settica Neonatale - Eur. J. Pediat. Dermatol. 19, 119, 2009  
[https://www.ejpd.com/it/;](https://www.ejpd.com/it/)
- Di Mauro G, Doria M, Chiappini E, Careddu D et al - L'Utilizzo Giudizioso della Terapia Antibiotica nel Trattamento delle Patologie infettive in Età Evolutiva - Consensus Conference della Pediatria delle Cure Primarie, Infezioni delle vie respiratorie, Otite media acuta, Rinosinusite, Faringotonsillite streptococcica, Polmoniti acquisite in comunità Infezioni della cute e dei tessuti molli, Infezioni vie urinarie, Bronchiolite, il medico pediatra 2016;44-114  
<http://www.panoramasanita.it/wp-content/uploads/2016/10/Consensus20Antibioticoterapia.pdf>  
[https://www.pacinimedicina.it/wp-content/uploads/RivFIMP\\_3\\_16-1.pdf](https://www.pacinimedicina.it/wp-content/uploads/RivFIMP_3_16-1.pdf).

## Area Fisiatria

- Burton Ak, Cardon G, Herotin Y, Lahad A, et al - European Guidelines for Low Back Pain, vl. 15 ,Eur. Spine J, 2006;
- Monticone M, Iovine R, de Sena G, Rovere G et al - The Italian Society of Physical and Rehabilitation Medicine (SIMFER) recommendations for neck pain, G Ital Med Lav Ergon, Jan-Mar;35(1):36-50, 2013;
- Jasvinder A Singh, Kenneth G Saag, S Louis Bridges JR, Elie A Akl et al - American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis, American College of Rheumatology Arthritis Care & Research DOI 10.1002/acr.22783 VC , 2015;
- Gensini GF, Carolei A, Zaninelli A, Ricci S, et al - SPREAD – Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion Ictus cerebrale: Linee guida italiane di prevenzione e trattamento Raccomandazioni e Sintesi VIII edizione, Firenze, ISO Spread, 2016;  
<http://www.iso-stroke.it/wp-content/uploads/2017/02/LIBRO-SPREAD-VIII-ED-13-09-16.pdf>;
- Ghezzi, A, European and American Guidelines for Multiple Sclerosis Treatment. *Neurol Ther*7, 189–194, 2018. <https://doi.org/10.1007/s40120-018-0112-1>;
- Domingos J, Keus SHJ, Dean J, de Vries NM, et al, The European Physiotherapy Guideline for Parkinson’s Disease: Implications for Neurologists, *Journal of Parkinson’s Disease*, vol. 8, no. 4, pp. 499-502, 2018;
- Harris S.R, Hugi M.R, Olivotto I.A, Levine M, Clinical practice guidelines for the care and treatment of breast cancer: 11. Lymphedema, *CMAJ*. Jan 23; 164(2): 191–199, 2001.

## Area Gastroenterologia ed endoscopia digestiva

- American Society for Gastrointestinal Endoscopy - Appropriate use of gastrointestinal endoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2000; 52: 831-837;
- Buri L, Hassan C et al.- Appropriateness guidelines and predictive rules to select patients for upper endoscopy: a nationwide multicenter study. *Am J Gastroenterology*. 2010 jun; 105 (6): 1327-37;
- Di Giulio E, Hassan C, Pickhardt PJ, Zullo A - Cost-effectiveness of upper gastrointestinal endoscopy according to the appropriateness of the indication. *Scand J gastroenterology*. 2009; 44 (4): 491-8;
- Di Giulio E., Hassan C et al - Appropriateness of the indication for upper endoscopy: a meta-analysis. *Dig Liver Dis*. 2010 feb; 42 (2): 122-6;



- Fassil H, Kenneth FA, Weinmann S, Doria Rose VP et al - Approaches for classifying the indications for colonoscopy using detailed clinical data. *BMC Cancer*. 2014; 14: 95;
- Hassan C, Bersani G, Buri L, Zullo A et al - Appropriateness of upper –GI endoscopy: an Italian survey on behalf of the Italian Society of Digestive Endoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2007 May; 65 (6): 767-74;
- Mariotti G, Meggio A, Gentilini M, de Pretis G - Improving the Appropriateness of Referrals and Waiting Times for Endoscopic Procedures. *Journal of Health Services Research & Policy*. 2008; 13: 146-151;
- Minoli G, Meucci G, Bortoli A, Prada A et al - The ASGE guidelines for the appropriate use of colonoscopy in an open access system. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2000; 52: 175-179;
- Paterson WG, Depew WT, Paré P, Petrunia D et al - for the Canadian Association of Gastroenterology Wait Time Consensus Group, Canadian consensus on medically acceptable wait times for digestive health care, *Can J Gastroenterol*. 2006; 20 (6): 411-423;
- Società Italiana di Endoscopia Digestiva. *Linee Guida SIED*. 2007 Aug (<http://www.sied.it/>) (ultimo accesso 5 giugno 2017);
- Vader JP, Froehlich F, Dubois RW, Beglinger C et al - European Panel on the Appropriateness of Gastrointestinal Endoscopy (EPAGE): conclusion and WWW Site. *Endoscopy*. 1999; 31 (8): 687-694.

### **Area Nefrologia**

- Cartabellotta A, Quintaliani G - Linee guida per la diagnosi precoce e il trattamento della malattia renale cronica negli adulti - Evidence 2014;6(10): e1000090 doi: 10.4470/E1000090;
- Berloco P, Brizzi F, Canu G, Capasso G et al - Documento di Indirizzo per la malattia renale cronica – Ministero della salute, 2014  
[http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=2244](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2244);
- Ministero della salute – Direzione generale della programmazione sanitaria – Piano nazionale della cronicità - Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, 2016.  
[http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2584\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf);
- Subak L L, Grady D et al - Masymptomatic Microscopic Hematuria—Rethinking the Diagnostic Algorithm, *JAMA Intern Med*. 2017;177(6):808-809. doi:10.1001/jamainternmed.2017.0758;  
[https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2618815?amp%3Butm\\_source=JAMA+Intern+MedLatestIssue&utm\\_campaign=05-06-2017](https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2618815?amp%3Butm_source=JAMA+Intern+MedLatestIssue&utm_campaign=05-06-2017);

- Quintaliani G, Minutolo R, Bellizzi V, Salerno AC et al - La cura dell'IRC - SIN, GdS: Trattamento Conservativo della Malattia Renale Cronica – MRC – 2011  
<http://www.nephromeet.com/web/procedure/protocollo.cfm?List=WsIdEvento%2CWsPageNameCaller&c1=00002&c2=%2Fweb%2Feventi%2FNEPHROMEET%2Findex.cfm>.

### **Area Neurologia**

- Guerrini R, Costantino A, Dalla Bernardina B, De Masi S et al - Il trattamento dell'epilessia in età pediatrica, Linee Guida, Milano, 2017  
[https://backoffice.neurologiapediatrica.it/upload/345\\_Il%20trattamento%20dell'epilessia%20in%20et%C3%A0%20pediatrica.pdf](https://backoffice.neurologiapediatrica.it/upload/345_Il%20trattamento%20dell'epilessia%20in%20et%C3%A0%20pediatrica.pdf);
- Palmieri A, Savasta S, Zampogna S, Cama A et al - Diagnosi e terapia dello stroke ischemico pediatrico in fase acuta, Prospettive in Pediatria - Rivista on line della Società Italiana di Pediatria, Linea Guida SIP-SIMEUP-SINP, Vol. 38, N. 151, Pp. 162-174, 2007 - 2008  
[https://backoffice.neurologiapediatrica.it/upload/225\\_Linee%20Guida%20-%20stroke%20ischemico.pdf](https://backoffice.neurologiapediatrica.it/upload/225_Linee%20Guida%20-%20stroke%20ischemico.pdf);
- Raucci U, Di Pietro P, Longhi R, Palmieri A et al - La sincope in età pediatrica, Prospettive in Pediatria - Rivista on line della Società Italiana di Pediatria, Linea Guida SIP, SIMEUP, SICP, FMSI, AIAC, SIC Sport, FIMP, GSCP, GSMESPO, SINPIA, LICE, SINC, SINP, Vol. 39, N. 155, Pp. 180-195 - 2009  
[https://backoffice.neurologiapediatrica.it/upload/226\\_Raucci%20et%20al.%20LG%20sincope%20in%20et%C3%A0%20pediatrica.pdf](https://backoffice.neurologiapediatrica.it/upload/226_Raucci%20et%20al.%20LG%20sincope%20in%20et%C3%A0%20pediatrica.pdf);
- Balestri P, R. Longhi R, Franzoni E, S. Grosso S et al - La gestione del bambino con convulsioni febbrili, Prospettive in Pediatria - Rivista on line della Società Italiana di Pediatria, Linea Guida SIP, SINP, SINPIA, LICE, SIMEUP, SITIP, FIMP, FANEP, Vol. 39 • N. 153 • Pp. 73-78 – 2009  
[https://backoffice.neurologiapediatrica.it/upload/46\\_La\\_gestione\\_del\\_bambino\\_con\\_convulsioni\\_febbrili.pdf](https://backoffice.neurologiapediatrica.it/upload/46_La_gestione_del_bambino_con_convulsioni_febbrili.pdf).

### **Area Oculistica**

- Channa R, Zafar SN, Canner JK, Haring RS et al - Epidemiology of Eye-Related Emergency Department Visits - Jama Ophthalmol. 2016 Mar;134(3):312-9  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26821577/>;

- Hollands H, Johnson D, Brox AC, Almeida D et al - Acute-onset floaters and flashes: is this patient at risk for retinal detachment? - Jama. 2009 Nov 25;302(20):2243-9. doi: 10.1001/jama.2009.1714 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19934426>;
- Perumal D, Niederer R, Raynel S, McGhee CN - Patterns of ophthalmic referral and emergency presentations to an acute tertiary eye service in New Zealand. - N Z Med J. 2011 Aug 12;124(1340):35-47 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21952383>;
- Domínguez-Serrano F B, Molina-Solana P, Infante-Cossío M, Sala-Turrens J et al - Ophthalmological emergencies. An epidemiological study: Are resources been used properly? - pages 211-217 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2173579419300568>;
- Royal (The) Victorian Eye and Ear Hospital, Primary Care Referral Guidelines - Ophthalmology, January 2020, [https://www.eyehandear.org.au/icms\\_docs/163798\\_Eye\\_and\\_Ear\\_Primary\\_Care\\_Referral\\_Guidelines\\_-\\_Ophthalmology\\_-\\_20130805.pdf](https://www.eyehandear.org.au/icms_docs/163798_Eye_and_Ear_Primary_Care_Referral_Guidelines_-_Ophthalmology_-_20130805.pdf). Ultimo accesso: 02.03.2020;
- American Academy of Ophthalmology – the eye M.D. Association – Policy Statement – Frequency of Ocular Examinations – 2015;
- Angi M, Barberi S, Barbero G M, Bernardo L et al - Oculistica in Età evolutiva, prevenzione, screening e principali patologie di interesse ambulatoriale - Sant'Arpino (CE) – 2018 <https://www.fimp.pro/images/oculistica.pdf>;
- Marinello R, Nucci P, Picca M, - La valutazione della funzione visiva: linee guida per il pediatra di famiglia - Medico e Bambino pagine elettroniche 2000;3(8) [https://www.medicoebambino.com/?id=PR0008\\_10.html](https://www.medicoebambino.com/?id=PR0008_10.html).

### **Area Ortopedia**

- Contorno S, Amoroso S, Sacher B, Kiren V et al - Back Pain in the Children. Medico e Bambino 2017;36(7):447-453 [https://www.medicoebambino.com/?id=1707\\_447.pdf](https://www.medicoebambino.com/?id=1707_447.pdf);
- Feightner J.W, Goldbloom R, Elford R.W, Labrecque M et al - Patel Preventive health care 2001 update: screening and management of Developmental hyp displasia in newborns CMAJ 2001 jun 12;164 (12):1669-1677 <https://www.cmaj.ca/content/164/12/1669.full>;

- Gould S, Cardone D, Munyak J, Underwood PJ et al - Sideline coverage: when to get radiographs? A review of clinical decision tools. - PubMed – NCBI - Sports Health. 2014 May;6(3):274-8. doi: 10.1177/1941738114529701  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24790698>;
- Marchetti F, Papucci G, Udina C, Mambelli L - Bening Coxalgia Or Septic Arthritis? Medico e Bambino 2017;36(7):435-439  
[https://www.medicoebambino.com/?id=1707\\_435.pdf](https://www.medicoebambino.com/?id=1707_435.pdf)  
<https://www.acp.it/wp-content/uploads/Il-bambino-che-zoppica-Marchetti.pdf>.

### **Area Ostetricia e Ginecologia**

- Bellone S, Bini Smaghi A, Bona G, Bortolus R et al - Ginecologia in Età Evolutiva, Prevenzione, Diagnosi e Terapia  
<https://www.sipps.it/attivita-editoriale/volumetti-guide-pratiche/ginecologia-in-eta-evolutiva-prevenzione-diagnosi-e-terapia/>;
- Lucchetti M.C, Female Genital Bleeding in Paediatric Age: So Many Diagnoses for a Single Symptom - Medico e Bambino 2017;36(2):93-98  
<https://www.medicoebambino.com/>.

### **Area Otorinolaringoiatria**

- Marchisio P, Chiappini E, Pignataro L, Doria M et al - Gestione dell’Otite Media Acuta in Età pediatrica, Prevenzione, Diagnosi e Terapia, Rivista on line della Società Italiana di Pediatria, Linea Guida italiana, 2019;  
<http://www.simeup.it/wp-content/uploads/2019/05/LG-OTITE-MEDIA-ACUTA-FINALE-250519.pdf>.
- Berrettini S, Livi W, Vannucchi P, M.A. Bertocci et al - Indirizzi regionali per lo screening audiologico neonatale e il percorso diagnostico riabilitativo, Regione Toscana, Allegato A, 2016  
[http://www.fimptoscana.org/sites/fimptoscana.org/files/Delibera\\_n.832\\_del\\_30-08-2016-Allegato-A.pdf](http://www.fimptoscana.org/sites/fimptoscana.org/files/Delibera_n.832_del_30-08-2016-Allegato-A.pdf);
- Delibera Regione FVG n. 1122 del 15-06-2012 - Programma regionale di screening uditivo neonatale universale, sorveglianza e valutazione audiologica  
<https://www.fimp.pro/images/areetematiche/audiologia/DELIBEREREGIONALISCREENINGUDITIVONEONATALE/friuli.pdf>;

- Dworsack-Dodge M M, Gravel J, Grimes A.M, Hunter L et al - Audiologic Guidelines for the Assesment of hearing in Infants and Young Children August 2012, ASHA [www.asha.org](http://www.asha.org);
- Roberts J E, Rosenfeld R M, Zeisel S A - Otitis media and speech and language: a meta-analysis of prospective studies, *Pediatrics* March 2004, 113 (3) e238-e248  
<https://doi.org/10.1542/peds.113.3.e238>;
- Di Mauro G, Doria M, Chiappini E, Careddu D et al - L'Utilizzo Giudizioso della Terapia Antibiotica nel Trattamento delle Patologie infettive in Età Evolutiva - Consensus Conference della Pediatria delle Cure Primarie, Infezioni delle vie respiratorie, Otite media acuta, Rinosinusite, Faringotonsillite streptococcica, Polmoniti acquisite in comunità Infezioni della cute e dei tessuti molli, Infezioni vie urinarie, Bronchiolite, *il medico pediatra* 2016;44-114  
<http://www.panoramasanita.it/wp-content/uploads/2016/10/Consensus20Antibioticoterapia.pdf>  
[https://www.pacinimedicina.it/wp-content/uploads/RivFIMP\\_3\\_16-1.pdf](https://www.pacinimedicina.it/wp-content/uploads/RivFIMP_3_16-1.pdf).

### **Area Pneumologia**

- Indinnimeo L, Del Giudice Miraglia M, Chiappini E, Bernardini R et al - Gestione dell'attacco acuto di asma in età pediatrica - *Area Pediatrica*, vol 18 suppl 1 al n 2 apr-giugno 2016  
[https://www.area-pediatria.it/articoli.php?archivio=yes&vol\\_id=2808&id=28396](https://www.area-pediatria.it/articoli.php?archivio=yes&vol_id=2808&id=28396);
- Di Mauro G, Doria M, Chiappini E, Careddu D et al - L'Utilizzo Giudizioso della Terapia Antibiotica nel Trattamento delle Patologie infettive in Età Evolutiva - Consensus Conference della Pediatria delle Cure Primarie, Infezioni delle vie respiratorie, Otite media acuta, Rinosinusite, Faringotonsillite streptococcica, Polmoniti acquisite in comunità Infezioni della cute e dei tessuti molli, Infezioni vie urinarie, Bronchiolite, *il medico pediatra* 2016;44-114  
<http://www.panoramasanita.it/wp-content/uploads/2016/10/Consensus20Antibioticoterapia.pdf>  
[https://www.pacinimedicina.it/wp-content/uploads/RivFIMP\\_3\\_16-1.pdf](https://www.pacinimedicina.it/wp-content/uploads/RivFIMP_3_16-1.pdf).

### **Area Radiologia**

- American College of Radiology. *ACR–ASNR–ASSR–SPR Practice Parameter for the Performance of Computed Tomography (CT) of the Spine*. Revised 2016  
[https://www.acr.org/~media/ACR/Documents/PGTS/guidelines/CT\\_Spine.pdf?db=web](https://www.acr.org/~media/ACR/Documents/PGTS/guidelines/CT_Spine.pdf?db=web) (ultimo accesso 5 giugno 2017);

- Bingol O, Ayrik C, Kose A, Bozkurtet S et al - Retrospective analysis of whole-body multislice computed tomography findings taken in trauma patients. *Turk J Emerg Med.* 2015; 15 (3): 116-121;
- Chong AL, Chandra RV, Chuah KC, Roberts EL et al - Proton Density MRI increases detection of cervical spinal cord multiple sclerosis lesions compared with T2-weighted Fast Spin-Echo. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2016; 37 (1): 180-184;
- Chou R, Fu R, Carrino JA, Deyo R A - Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2009; 373 (9662): 463-472;
- Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D et al - Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians/American Pain Society. Low Back Pain Guidelines Panel. *Ann Intern Med.* 2007; 147 (7): 478-491;
- Chou R., Qaseem A., Owens DK, Shekelle P et al - Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2011; 154 (3): 181-189;
- Royal Australian College of General Practitioners. *Clinical guidance for MRI referral.* East Melbourne, 2013  
<http://www.racgp.org.au/download/Documents/Guidelines/MRI%20referrals/clinicalguidancemri%20referral.pdf> (ultimo accesso 5 giugno 2017);
- Cohan S, Chen C, Baraban E, Stuchiner T et al - MRI utility in the detection of disease activity in clinically stable patients with multiple sclerosis: a retrospective analysis of a community based cohort. *BMC Neurology.* 2016; 16 (1): 184;
- Dagenais S, Tricco AC, Haldeman S - Synthesis of recommendations for the assessment and management of low back pain from recent clinical practice guidelines. *The Spine Journal.* 2010; 10 (6): 514-529;
- Dreizin D, Letzing M, Sliker CW, Chokshi F H et al - Multidetector CT of blunt cervical spine trauma in adults. *Radiographics.* 2014; 34 (7): 1842-1865;
- Dutoit JC, Verstraete KL. MRI in multiple myeloma: a pictorial review of diagnostic and post-treatment findings. *Insights into Imaging.* 2016; 7 (4): 553-569;
- Fairbairn KJ, Saifuddin A, Green RAR. Musculoskeletal tumours. In: Nicholson T (ed). *Recommendations for cross-sectional imaging in cancer management*, Second edition. London: The Royal College of Radiologists, 2014;

- Galler S, Stellmann J-P, Young KL, Kutzner D et al - Improved lesion detection by using axial T2-weighted MRI with full spinal cord coverage in multiple sclerosis. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2016; 37 (5): 963-969;
- Geyer LL, Korner M, Hempel R Deak Z et al - Evaluation of a dedicated MDCT protocol using iterative image reconstruction after cervical spine trauma. *Clinical Radiology.* 2013; 68 (7): e391-e396.
- Goertz M, Thorson Dc, Campbell R, Kuku O et al - *Adult acute and subacute low back pain.* Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2012  
[https://www.icsi.org/guidelines\\_\\_more/catalog\\_guidelines\\_and\\_more/catalog\\_guidelines/catalog\\_\\_musculoskeletal\\_guidelines/low\\_back\\_pain/](https://www.icsi.org/guidelines__more/catalog_guidelines_and_more/catalog_guidelines/catalog__musculoskeletal_guidelines/low_back_pain/) (ultimo accesso 5 giugno 2017);
- Kneisl JS, Rosenberg AE, Anderson PM, et al. Bone. In: *AJCC Cancer Staging Manual, 8<sup>th</sup>.* Amin MB. (Ed), AJCC, Chicago. 2017;
- Lateef H, Patel D - What is the role of imaging in acute low back pain? *Curr Rev Musculoskelet Med.* 2009; 2 (2): 69-73;
- Lim CY, Ong KO - Imaging of musculoskeletal lymphoma. *Cancer Imaging.* 2013; 13 (4): 448-457;
- *Linee guida per la diagnostica per immagini, Atto rep. n. 2113 del 28 ottobre 2004, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale - serie generale - n. 100 del 2 maggio 2005 - supplemento ordinario n. 79;*
- McLellan AM, Daniel S., Corcuera-Solano I, Joshi V et al - Optimized imaging of the postoperative spine. *Neuroimaging Clinics of North America.* 2014; 24 (2): 349-364;
- Modic MT, Obuchowski NS, Ross JS Brant-Zawadzki M N et al - Acute low back pain and radiculopathy: MR imaging findings and their prognostic role and effect on outcome. *Radiology.* 2005; 237 (2): 597-604;
- Nandini PD, Broderick DF, Burns J, Deshmukh T k et al - ACR Appropriateness Criteria Low Back Pain. *Journal of the American College of Radiology.* 2016,13 (9): 1069-1078, 10 p;
- Pengel LHM, Herbert RD, Maher CG, Refshange KM - Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ.* 2003; 327 (7401): 323;
- Riederer I, Karampinos DC, Settles M., Preibisch C. et al - Double inversion recovery sequence of the cervical spinal cord in multiple sclerosis and related inflammatory diseases. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2015; 36: 219-225;
- Rovira À, Auger C, Rovira A - Other noninfectious inflammatory disorders. *Handbook of Clinical Neurology.* 2016; 135: 425-446;

- Società Italiana di Radiologia Medica. *Modello di appropriatezza prestazionale quali-quantitativa in diagnostica per immagini*. Documenti SIRM, 2012;
- Sundarakumar DK, Smith CM, Hwang WD, Mossa-Basha M et al - Evaluation of Focal Cervical Spinal Cord Lesions in Multiple Sclerosis: Comparison of White Matter–Suppressed T1 Inversion Recovery Sequence versus Conventional STIR and Proton Density–Weighted Turbo Spin-Echo Sequences. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2016; 37 (8): 1561-6;
- Sun R, Skeete D, Wetjen K, Lelienthal M et al - A pediatric cervical spine clearance protocol to reduce radiation exposure in children. *J Surg Res*. 2013; 183 (1): 341-346;
- Tillema J-M, Pirko I - Neuroradiological evaluation of demyelinating disease. *The Adv Neurol Disord*. 2013; 6 (4): 249-268;
- Traboulsee A, Simon JH, Stone L, Fisher E et al - Revised recommendations of the Consortium of MS Centers Task Force for a standardized MRI protocol and clinical guidelines for the diagnosis and follow-up of multiple sclerosis. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2016; 37 (3): 394-401;
- Utz M., Khan S., O' Connor D., Meyers S - MDCT and MRI evaluation of cervical spine trauma. *Insights Imaging*. 2014; 5: 67-75;
- Wong CC, McGirt MJ - Vertebral compression fractures: a review of current management and multimodal therapy. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2013; 6: 205-214;
- Yi JS, Cha JG, Han JK, Kim HJ - Imaging of herniated discs of the cervical spine: Inter-modality differences between 64-Slice Multidetector CT and 1.5-T MRI. *Korean J Radiol*. 2015; 16 (4): 881-888.

### **Area Reumatologia**

- Matucci Cerini M, Baldini C, Bandinelli F, Barsotti S et al - SNLG Reumatologia, Linee Guida, Consiglio Sanitario Regionale, Regione Toscana, 2014 – 2018  
<http://www.regione.toscana.it/documents/10180/320308/Reumatologia.+Linee+guida/4903da2e-345a-4479-ab93-5c2a0e31385e?version=1.0>.

### **Area Urologia**

- Tekgül (Chair) S, Dogan H.S, Hoebeke P, Kocvara R et al - Linee Guida EAU/ESPU Urologia Pediatrica, 2016



<https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Paediatric-Urology-2016-Italian-Linee-Guida-EAU-Urologica-Pediatrica..pdf>;

- Di Mauro G, Doria M, Chiappini E, Careddu D et al - L'Utilizzo Giudizioso della Terapia Antibiotica nel Trattamento delle Patologie infettive in Età Evolutiva - Consensus Conference della Pediatria delle Cure Primarie, Infezioni delle vie respiratorie, Otite media acuta, Rinosinusite, Faringotonsillite streptococcica, Polmoniti acquisite in comunità Infezioni della cute e dei tessuti molli, Infezioni vie urinarie, Bronchiolite, *il medico pediatra* 2016;44-114

<http://www.panoramasanita.it/wp-content/uploads/2016/10/Consensus20Antibioticoterapia.pdf>

[https://www.pacinimedicina.it/wp-content/uploads/RivFIMP\\_3\\_16-1.pdf](https://www.pacinimedicina.it/wp-content/uploads/RivFIMP_3_16-1.pdf);

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

- ABIM Foundation. Choosing Wisely campaign, <http://www.choosingwisely.org/>, Philadelphia, PA (ultimo accesso 5 giugno 2017);
- Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, Grimshaw J et al *Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care*. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group, 2008;
- Blank L, Baxter S, Woods HB, Goyder E et al - What is the evidence on interventions to manage referral from primary to specialist non-emergency care? A systematic review and logic model synthesis. *Health Services and Delivery Research*. Southampton (UK): NIHR Journals Library, 2015;
- Mariotti G. Tempi d'attesa e priorità in sanità. Franco Angeli, Milano 1999.
- Mariotti G. Priorità cliniche in sanità. Franco Angeli, Milano 2006.
- Mariotti G, Siciliani L, Rebba V, Fellini R et al - Waiting time prioritisation for specialist services in Italy: the homogeneous waiting time groups approach. *Health Policy*. 2014; 117 (1): 54-63;
- Mehrotra A, Forrest C B, Lin C Y - Dropping the Baton: Specialty Referrals in the United States. *The Milbank Quarterly*. 2011; 89 (1): 39-68);
- National Institute for Health and Clinical Excellence. *Referral Advice: A guide to appropriate referral from general to specialist services*. NICE, 2001;  
[http://carepathways4gp.org.uk/Acne\\_Care\\_Pathway/Referral\\_criteria\\_\(NICE\)\\_files/iGWmJf-Referraladvice.pdf](http://carepathways4gp.org.uk/Acne_Care_Pathway/Referral_criteria_(NICE)_files/iGWmJf-Referraladvice.pdf) (ultimo accesso 5 giugno 2017);
- Nuti S, Vainieri M - Managing waiting times in diagnostic medical imaging. *BMJ Open*. 2012; 2: e001255. <http://bmjopen.bmj.com/content/2/6/e001255> (ultimo accesso 5 giugno 2017);

- Sharma T, Choudhury M, Kaur B, Naidoo B et al - Evidence informed decision making: the use of "colloquial evidence" at nice. *Int J Technol Assess Health Care*. 2015; 31 (3): 138-46;
- Siciliani L, Borowitz M, Moran V (eds.). *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 2013  
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en> (ultimo accesso 5 giugno 2017);
- Slow Medicine. Riflessioni in progress. Slow Medicine sulle liste d'attesa, <https://www.slowmedicine.it/index.php/it/il-pensiero-di-slow-medicine/riflessioni-in-progress/95-slow-medicine-sulle-liste-d-attesa>, Torino (ultimo accesso 5 giugno 2017).

## INTRODUZIONE

Il metodo RAO (Raggruppamenti di attesa omogenea) ha l'obiettivo di differenziare i tempi di attesa per i cittadini/pazienti che accedono alle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate direttamente dal SSN o per conto del SSN, in base a criteri clinici espliciti.

Il percorso di coinvolgimento progressivo dei principali attori (medici di famiglia, medici specialisti, rappresentanti dei cittadini), che prendono parte al processo di prescrizione ed erogazione delle prestazioni specialistiche, porta all'identificazione condivisa di "parole chiave" (indicazioni cliniche) per ciascun gruppo di priorità clinica, alle quali sono associate a priori, cioè al momento stesso della prescrizione della prestazione, i tempi di attesa ritenuti adeguati. Tali "parole chiave" con i relativi tempi di attesa sono indicazioni di aiuto alla decisione per il medico che prescrive la prestazione, coerenti con l'appropriatezza clinica.

Come stabilito dal Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021, di cui all'Intesa Stato Regioni del 21 febbraio 2019, allegato A, punto M, è stato previsto l'aggiornamento dell'Allegato C (Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO") del predetto Piano, in particolare per quanto riguarda i criteri clinici per l'accesso appropriato e prioritario alle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

L'aggiornamento dei criteri clinici suddetti è possibile, come sopra detto e come indicato anche nell'allegato A, punto M, dell'intesa Stato Regioni sopra citata, sulla base del coinvolgimento partecipativo di medici prescrittori, soggetti erogatori e cittadini.

L'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), tra il 2015 e il 2019, nell'ambito di due progetti di Ricerca Autofinanziata, ha coordinato il coinvolgimento di rappresentanti di società medico scientifiche (85 società), di istituzioni centrali (Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità), di rappresentanti di tutte le Regioni e Province Autonome e di Cittadinanzattiva, al fine di individuare le "parole chiave" utili per una omogenea applicazione delle indicazioni cliniche per l'accesso con priorità alle prestazioni specialistiche ambulatoriali. A tal fine sono stati attivati un Gruppo di Lavoro centrale, un Gruppo di lavoro interregionale e Gruppi Tematici relativi alle diverse

discipline specialistiche interessate. Il lavoro di aggiornamento, in linea con quanto previsto dal PNGLA 2019-2021, è proseguito nel corso del corrente anno.

Il presente documento, risultante dalla revisione di parte dell'Allegato C e del primo aggiornamento inviato alla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute in data 06 maggio 2019, è composto da 77 tabelle relative a 109 prestazioni.

Per la lettura delle tabelle, si ritiene importante sottolineare quanto segue:

- le indicazioni cliniche sono riferite a condizioni che non riguardano l'emergenza. Tuttavia, in alcuni casi, i Gruppi Tematici hanno ritenuto opportuno elencare (con finalità di promemoria per il prescrittore) indicazioni cliniche riferite a situazioni non differibili, che presuppongono un sospetto di patologia tale da richiedere una più rapida presa in carico del paziente, rispetto alla categoria "U" (3 giorni di attesa);
- i Gruppi Tematici, per alcune visite/prestazioni ed in una o più classi di priorità, hanno ritenuto di non specificare indicazioni cliniche. In tali casi è stata utilizzata l'espressione: "indicazioni cliniche non previste";
- in tutte le classi di priorità, in presenza di indicazioni cliniche, è stata mantenuta anche la voce "Altro", che fa riferimento a condizioni cliniche non esplicitate dai Gruppi Tematici che, tuttavia, il medico prescrittore potrebbe decidere di attribuire a quella classe di priorità;
- ad ogni prestazione contenuta nelle tabelle sono stati associati i codici del nomenclatore contenuti nell'allegato 4 del DPCM 12.1.2017.

# **TABELLE RAO**



<b>CLASS_RAO 001</b>	<b>COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Codice 45.23 COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.23.3 COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.23.4</b>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
U (PEDIATRIA)	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anemia normo-microcitica (Hb&lt; 10 g/dl) di nuova diagnosi in soggetti di età &gt; 40 anni</li> <li>2. Sanguinamento recidivante (esclusa patologia emorroidaria) diarrea muco-sanguinolenta non infettiva</li> <li>3. Sospetto clinico e/o strumentale di neoplasia del colon</li> <li>4. Altro (10%)**</li> </ol>
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sanguinamento recidivante</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anemia sideropenica</li> <li>2. Diarrea che perdura da almeno 30 giorni con accertamenti infettivologici negativi</li> <li>3. Ematochezia (perdite ematiche minori)</li> <li>4. Riscontro all'imaging di alterazioni del colon di non univoca interpretazione</li> <li>5. Sangue occulto positivo nelle feci in paziente asintomatico</li> <li>6. Sintomatologia dolorosa addominale e alterazione dell'alvo (mai indagata con colonscopia) in paziente con età &gt; 50 anni</li> <li>7. Stadiazione pretrapianto</li> <li>8. Altro (10%)**</li> </ol>
D (PEDIATRIA)	60 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

CLASS_RAO 001	<b>COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Codice 45.23</b> <b>COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.23.3</b> <b>COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.23.4</b>	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
P	120 gg	1. Modificazioni significative e persistenti dell'alvo da almeno 3 mesi in pazienti < 50 anni, senza segni o fattori di rischio, dopo inefficacia ai trattamenti 2. Altro (10%)**
P (PEDIATRIA)	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*



CLASS_RAO 002	<b>DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO - Codice 88.71.4</b> Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso: eventuale EcocolorDoppler delle ghiandole salivari e della tiroide. Escluso EcocolorDoppler delle paratiroidi Codice 88.73.7	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Scialoadeniti acute e colica salivare 2. Altro (10%)**
U (PEDIATRIA)	72 h	1. Tumefazioni ad insorgenza improvvisa 2. Sospetta calcolosi delle ghiandole salivari maggiori 3. Massa collo fissa 4. Scialoadenite acuta con sospetto di ascessualizzazione 5. Altro (10%)**
B	10 gg	1. Sospetta calcolosi delle ghiandole salivari maggiori 2. Sospetta tiroidite acuta/subacuta 3. Patologia disfunzionale tiroidea: ipertiroidismo, 4. Tumefazione improvvisa nella regione del collo (tiroide e ghiandole salivari) e delle regioni sovraclaveari 5. Altro (10%)**
B (PEDIATRIA)	10 gg	1. Adenopatia localizzata persistente dopo terapia 2. Patologia disfunzionale tiroide/paratiroidi: ipotiroidismo, iperparatiroidismo, struma 3. Altro (10%)**

CLASS_RAO 002	<b>DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO - Codice 88.71.4</b> Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso: eventuale EcocolorDoppler delle ghiandole salivari e della tiroide. Escluso EcocolorDoppler delle paratiroidi Codice 88.73.7	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	60 gg	1. Tumefazione laterocervicale o delle ghiandole salivari ad insorgenza non improvvisa 2. Patologia disfunzionale tiroide/paratiroidi: ipotiroidismo, iperparatiroidismo, struma 3. Altro (10%)**
D (PEDIATRIA)	60 gg	1. Tumefazioni della linea mediana del collo senza carattere flogistico 2. Altro (10%)**
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
P (PEDIATRIA)	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

CLASS_RAO 003	<b>DOPPLER e ECOCOLORDOPPLER TRANSCRANICO CON E SENZA MEZZO DI CONTRASTO - Codice 88.71.5</b>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sospetto shunt dx-sin, in TIA/Ictus negli ultimi 3 mesi, previa valutazione dello specialista</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
D	60 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sospetto shunt cardiaco dx-sin, previa valutazione dello specialista</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>

<b>CLASS_RAO 004</b>	<b>ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo - Codice 88.72.2</b> Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
U (PEDIATRIA)	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Soffio di n.d.d. di primo riscontro in paziente sintomatico</li> <li>2. Sospetta cardiopatia sintomatica</li> <li>3. Altro (10%)**</li> </ol>
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aritmie maggiori documentate (ECG, Holter)</li> <li>2. Cardiopatia dilatativa o ipocinetica nota, scadimento della classe funzionale</li> <li>3. Cardiopatia valvolare nota, scadimento della classe funzionale</li> <li>4. IMA, entro 6 mesi, complicato da disfunzione ventricolare sinistra</li> <li>5. Insufficienza cardiaca non compensata (paziente gestibile a domicilio)</li> <li>6. Post operati portatori di protesi valvolare o vascolare aortica, scadimento della classe funzionale o recente episodio settico</li> <li>7. Recente insorgenza di dispnea in soggetto senza cardiopatia o pneumopatia nota</li> <li>8. Soffio di n.d.d. di recente comparsa in paziente sintomatico</li> <li>9. Sospetto di cardiopatia in pazienti in trattamento emodialitico</li> <li>10. Altro (10%)**</li> </ol>
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Paziente oncologico asintomatico in chemioterapia con farmaci cardiotossici</li> <li>2. Recente insorgenza di dispnea in soggetto senza cardiopatia o pneumopatia nota</li> <li>3. Sospetto di cardiopatia congenita</li> <li>4. Altro (10%)**</li> </ol>

CLASS_RAO 004	<b>ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo - Codice 88.72.2</b> Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	60 gg	1. Blocco di branca sinistro di nuovo riscontro asintomatico 2. Cardiopatie ischemiche 3. Comparsa di edemi declivi e/o epatomegalia a lenta evoluzione (da > 30 gg) 4. Pazienti con sospetto di cardiopatia o valvulopatia se asintomatico 5. Paziente oncologico asintomatico in chemioterapia con farmaci cardiotossici 6. offi cardiaci in paziente asintomatico 7. Altro (10%)**
D (PEDIATRIA)	60 gg	1. PDA emodinamicamente non significativo 2. Soffio di n.d.d. di primo riscontro in paziente asintomatico 3. Altro (10%)**
P	120 gg	1. Familiarità per cardiopatia (es. Sindrome di Marfan, cardiomiopatia ipertrofica ostruttiva - CMPIO, cardiomiopatia dilatativa - CMPD) o familiarità per morte improvvisa 2. Familiarità per cardiopatia a trasmissione genetica 3. Polivasculopatie 4. Valutazione danno d'organo nella ipertensione arteriosa e nel diabete mellito insorti o noti da almeno 6 mesi 5. Altro (10%)**
P (PEDIATRIA)	120 gg	1. Edemi declivi e/o epatomegalia a lenta evoluzione (da > 30 gg) 2. Familiarità per cardiopatia (es. Sindrome di Marfan, cardiomiopatia ipertrofica ostruttiva - CMPIO, cardiomiopatia dilatativa - CMPD) o familiarità per morte improvvisa 3. Familiarità per cardiopatia a trasmissione genetica 4. Altro (10%)**

CLASS_RAO 005	<b>ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI - Codice 88.73.5</b> Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica. Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	1. Trombosi retinica arteriosa accertata 2. Altro (10%)**
D	60 gg	1. Arteriopatia clinica manifesta 2. Cardiopatia ischemica o arteriopatia obliterante degli arti inferiori sintomatica o dilatazione aortica 3. Presenza di gradiente pressorio >30 mm Hg tra i due arti superiori 4. Soffio carotideo isolato 5. Altro (10%)**
P	120 gg	1. Fattori di rischio cardiovascolare 2. Altro (10%)**

CLASS_RAO 006	<b>ECOCOLORDOPPLER ARTERIE RENALI - Codice 88.74.9</b> Studio ipertensione renovascolare. Incluso: indici qualitativi e semiquantitativi	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	1. Ipertensione grave (PAD > 120 mm Hg) ad esordio improvviso o rapidamente ingravescente o refrattaria ad un trattamento aggressivo (triplice terapia) 2. Altro (10%)**
D	60 gg	1. Ipertensione arteriosa con sospetto di stenosi di arteria renale 2. Altro (10%)**
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

CLASS_RAO 007	<b>ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO – Codici 88.77.4 e 88.77.5</b> <b>ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO – Codici 88.77.6 e 88.77.7</b>	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	1. ARTERIOSO: segni di peggioramento di arteriopatìa nota, con dolore a riposo e/o lesioni trofiche distali 2. VENOSO: sospetta trombosi venosa superficiale o sua recidiva 3. Altro (10%)**
D	60 gg	1. ARTERIOSO: claudicatio (< 100 metri per arto inferiore) 2. ARTERIOSO: sospetto clinico di aneurisma a livello di arto superiore o inferiore. 1. Altro (10%)**
P	120 gg	1. ARTERIOSO: claudicatio > 100 metri 2. ARTERIOSO: fattori di rischio cardiovascolare 3. VENOSO: valutazione dell'indicazione alla chirurgia in sindrome varicosa cronica. 4. Altro (10%)**



<b>CLASS_RAO 008</b>	<b>ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI - Codice 88.76.3</b> Escluso: vasi viscerali	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
EMERGENZA***	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Massa addominale pulsante con sintomatologia dolorosa addominale o dorsolombare</li> <li>2. Aneurisma già noto od operato con sintomatologia dolorosa addominale o dorsolombare</li> </ol>
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obiettività clinica suggestiva per aneurisma dell'aorta addominale</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
D	60 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Calcificazioni aortiche (dopo esecuzione imaging) suggestive per patologia aneurismatica dell'aorta addominale</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>

CLASS_RAO 009	<b>ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale - Codice 88.78.2</b> Incluso: eventuale EcocolorDoppler. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e MONITORAGGIO ECOGRAFICO E ORMONALE DEL CICLO OVULATORIO (88.76.1)	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Masse pelviche sintomatiche 2. Menometrorragie gravi 3. Altro (10%)**
U (PEDIATRIA)	72 h	1. Masse pelviche asintomatiche 2. Altro (10%)**
B	10 gg	1. Masse pelviche asintomatiche 2. Sanguinamenti in menopausa 3. Altro (10%)**
B (PEDIATRIA)	10 gg	1. Sanguinamento in prepubere 2. Altro (10%)**

CLASS_RAO 009	<b>ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale - Codice 88.78.2</b> Incluso: eventuale EcocolorDoppler. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e MONITORAGGIO ECOGRAFICO E ORMONALE DEL CICLO OVULATORIO (88.76.1)	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	60 gg	1. Dolore pelvico cronico 2. Sospetto fibroma uterino 3. Irregolarità mestruali 4. Controllo posizionamento IUD 5. Altro (10%)**
D (PEDIATRIA)	60 gg	1. Irregolarità mestruali 2. Amenorrea con test negativo 3. Altro (10%)**
P	120 gg	1. Sterilità/infertilità di coppia 2. Altro (10%)**
P (PEDIATRIA)	120 gg	1. Acne/irsutismo 2. Altro (10%)**

CLASS_RAO 010	<b>ECOENCEFALOGRAFIA - Codice 88.71.1</b> Ecografia transfontanellare	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Ricerca segni di emorragia 2. Ricerca segni di lesioni parenchimali 3. Ricerca segni di idrocefalia 4. Ricerca segni di malformazioni 5. Altro (10%)**
B	10 gg	1. Ipotonia 2. Micro-macrocefalia 3. Altro (10%)**
D	60 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

<b>CLASS_RAO 011</b>	<b>ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO - Codice 88.76.1</b> Incluso: eventuale integrazione ColorDoppler. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Colica reno-ureterale recente</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
U (PEDIATRIA)	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Massa addominale in età pediatrica</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1° riscontro di alterazione bioumorale nel sospetto clinico di neoplasia</li> <li>2. 1° riscontro di alterazione della funzionalità renale</li> <li>3. Ascite in assenza di cause note</li> <li>4. Infezioni acute urinarie resistenti alla terapia antibiotica e forme ricorrenti</li> <li>5. Sospetto aneurisma aorta addominale asintomatico</li> <li>6. Massa addominale in età adulta</li> <li>7. Altro (10%)**</li> </ol>
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1° riscontro di alterazione dei test di funzionalità epatica e/o renale</li> <li>2. Ecografia renale nel bambino in pielonefrite acuta (per ricerca dilatazioni o scar)</li> <li>3. Infezioni nefro-urinarie pediatriche</li> <li>4. Altro (10%)**</li> </ol>
D	60 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
D (PEDIATRIA)	60 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
P (PEDIATRIA)	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

<b>CLASS_RAO 012</b>	<b>ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE - Codice 88.75.1</b> Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrapubica	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
U (PEDIATRIA)	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	1. Sospetta patologia neoplastica organi pelvici 2. Altro (10%)**
B (PEDIATRIA)	10 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
D	60 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
D (PEDIATRIA)	60 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
P (PEDIATRIA)	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

<b>CLASS_RAO 013</b>	<b>ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.74.1</b>	
	Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso eventuale integrazione ColorDoppler. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Colica biliare persistente</li> <li>2. Ittero ad insorgenza acuta</li> <li>3. Altro (10%)**</li> </ol>
U (PEDIATRIA)	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ittero ad insorgenza acuta</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Epatosplenomegalia di primo riscontro</li> <li>2. Significativo incremento degli enzimi di colestasi</li> <li>3. Altro (10%)**</li> </ol>
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reflusso gastro-esofageo nel lattante</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
D	60 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
D (PEDIATRIA)	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Angiomi cutanei multipli</li> <li>2. Malattie neuro-cutanee</li> <li>3. Altro (10%)**</li> </ol>
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
P (PEDIATRIA)	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

CLASS_RAO 014	<b>ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.1</b> Incluso ecografia del cavo ascellare ed eventuale integrazione ColorDoppler. Incluso: eventuale valutazione clinica della mammella <b>ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.2</b> Incluso: ecografia del cavo ascellare ed eventuale integrazione ColorDoppler	
	CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	1. Addensamento o distorsione sospetta in mammografia 2. Linfadenomegalia ascellare clinicamente sospetta età < 40 anni senza flogosi mammaria 3. Linfonodi sopraclaveari clinicamente sospetti 4. Nodulo di primo o recente riscontro 5. Nodulo mammario nell'uomo 6. Secrezione ematica dal capezzolo dopo esame citologico del secreto 7. Sospetto ascesso o cisti infetta 8. Sospetto ematoma post traumatico 9. Altro (10%)**
D	60 gg	1. Accrescimento di nodulo "benigno" noto (fibroadenoma) 2. Anomalie dello sviluppo mammario 3. Altro (10%)**
P	120 gg	1. Galattocele 2. Prima richiesta in paziente ad elevato rischio eredo/familiare in donne con età < 40 anni 3. Altro (10%)**



CLASS_RAO 015	<b>ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE - Codice 88.79.3</b> Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione colorDoppler	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Sospetta rottura muscolare tendinea acuta con compromissione motoria 2. Altro (10%)**
U (PEDIATRIA)	72 h	1. Coxalgia acuta 2. Tumefazione ad insorgenza acuta dei tessuti molli 3. Altro (10%)**
B	10 gg	1. Masse tessuti superficiali non dolorose a rapida evoluzione 2. Tumefazione post-traumatica (ematoma o sieroma) 3. Periartrite scapolo-omerale con impotenza funzionale 4. Altro (10%)**
B (PEDIATRIA)	10 gg	1. Adenopatia localizzata nel bambino persistente dopo terapia ed osservazione cute e sottocute 2. Sospetto clinico di displasia dell'anca in neonato sintomatico 3. Patologia, sospetta neoplastica, delle parti molli e linfadenopatia superficiale, di recente insorgenza 4. Sospetta infiammazione acuta articolare (sinovite acuta) 5. Sospetto ascesso delle parti molli 6. Altro (10%)**

CLASS_RAO 015	<b>ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE - Codice 88.79.3</b> Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione colorDoppler	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	60 gg	1. Spalla dolorosa da impingement o lesione traumatica della cuffia dei rotatori o periartrite scapolo-omerale 2. Tumefazione tessuti molli (cisti, lipomi, tumefazioni para-articolari) 3. Patologia degenerativa del tendine d'Achille 4. Altro (10%)**
D (PEDIATRIA)	60 gg	1. Screening della displasia congenita dell'anca 2. Altro (10%)**
P	120 gg	1. Tendinopatie Achillee: epicondilopatie 2. Altro (10%)**
P (PEDIATRIA)	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

<b>CLASS_RAO 016</b>	<b>ECOGRAFIA OSTETRICA - Codice 88.78</b>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sanguinamenti in gravidanza</li> <li>2. Sospetta anomalia strutturale fetale</li> <li>3. Altro (10%)**</li> </ol>
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sospetto ritardo di crescita fetale</li> <li>2. Sospetta macrosomia</li> <li>3. Sospetta placenta previa</li> <li>4. Altro (10%)**</li> </ol>
D	60 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

<b>CLASS_RAO 017</b>	<b>ECOGRAFIA SCROTALE - Codice 88.79.6</b> Incluso: testicoli e annessi testicolari. Incluso: eventuale integrazione ColorDoppler	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Massa testicolare</li> <li>2. Orchite</li> <li>3. Epididimite</li> <li>4. Altro (10%)**</li> </ol>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Criptorchidismo</li> <li>2. Idrocele sintomatico</li> <li>3. Dolenzia scrotale persistente</li> <li>4. Aumento volumetrico scroto non dolente</li> <li>5. Altro (10%)**</li> </ol>
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Varicocele</li> <li>2. Sospetto idrocele</li> <li>3. Altro (10%)**</li> </ol>

<b>CLASS_RAO 018</b>	<b>ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (secondo Holter) - Codice 89.50</b>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sintomatologia di sospetta origine aritmica cardiogena ad incidenza frequente (quotidiana o quasi quotidiana) a seguito di valutazione cardiologica</li> <li>2. Valutazione del carico aritmico di aritmia ipercinetica ventricolare complessa (recente ECG) a seguito di valutazione cardiologica</li> <li>3. Altro (10%)**</li> </ol>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valutazione efficacia di terapia in aritmia precedentemente documentata</li> <li>2. Valutazione della frequenza ventricolare media in fibrillazione atriale nel sospetto di scarso controllo della stessa</li> <li>3. Cardiopalmo in cardiopatia organica</li> <li>4. Altro (10%)**</li> </ol>
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

<b>CLASS_RAO 019</b>	<b>ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE - Codice 93.08.A</b> Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Includere tutte le fibre indagabili. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2	
	<b>ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE - Codice 93.08.B</b> fino a 4 muscoli. Includere tutte le fibre indagabili. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2	
	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.16.2	
	<b>ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO - Codice 93.08.C</b> fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Includere tutte le fibre indagabili. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)	
	<b>ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO - Codice 93.08.D</b> Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli. Includere tutte le fibre indagabili	
	<b>VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA (per nervo) - Codice 93.09.1</b> Per nervo principale. Fino a 6 segmenti	
<b>VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA - Codice 93.09.2</b> Per nervo principale. Fino a 4 segmenti		
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
U (PEDIATRIA)	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

<p><b>CLASS_RAO 019</b></p>	<p align="center"> <b>ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE - Codice 93.08.A</b>  Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Incluse tutte le fibre indagabili. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2  <b>ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE - Codice 93.08.B</b>  fino a 4 muscoli. Incluse tutte le fibre indagabili. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2  ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.16.2  <b>ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO - Codice 93.08.C</b>  fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Incluse tutte le fibre indagabili. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)  <b>ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO - Codice 93.08.D</b>  Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli. Incluse tutte le fibre indagabili  <b>VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA (per nervo) - Codice 93.09.1</b>  Per nervo principale. Fino a 6 segmenti  <b>VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA - Codice 93.09.2</b>  Per nervo principale. Fino a 4 segmenti </p>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
<p align="center">B</p>	<p align="center">10 gg</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sospetta lesione acuta del Sistema Nervoso Neuromuscolare con deficit motorio e/o sensitivo a carico dei nervi cranici o degli arti superiori e/o degli arti inferiori previa valutazione specialistica</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
<p align="center">B (PEDIATRIA)</p>	<p align="center">10 gg</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sospetta lesione acuta del Sistema Nervoso Neuromuscolare con deficit motorio e/o sensitivo a carico dei nervi cranici o degli arti superiori e/o degli arti inferiori previa valutazione specialistica</li> <li>2. Sospetta patologia del motoneurone previa valutazione specialistica</li> <li>3. Floppy baby previa valutazione specialistica</li> <li>4. Sospetta patologia muscolare primitiva o secondaria previa valutazione specialistica</li> <li>5. Sospetta patologia del Sistema Nervoso Periferico su base iatrogena</li> <li>6. Altro (10%)**</li> </ol>

<p><b>CLASS_RAO 019</b></p>	<p align="center"> <b>ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE - Codice 93.08.A</b>  Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Inclusive tutte le fibre indagabili. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2  <b>ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE - Codice 93.08.B</b>  fino a 4 muscoli. Inclusive tutte le fibre indagabili. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2  ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.16.2  <b>ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO - Codice 93.08.C</b>  fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Inclusive tutte le fibre indagabili. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)  <b>ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO - Codice 93.08.D</b>  Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli. Inclusive tutte le fibre indagabili  <b>VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA (per nervo) - Codice 93.09.1</b>  Per nervo principale. Fino a 6 segmenti  <b>VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA - Codice 93.09.2°</b>  Per nervo principale. Fino a 4 segmenti </p>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
<p align="center">D</p>	<p align="center">60 gg</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Radicolopatia acuta/subacuta (ad almeno 3 settimane di distanza dall'esordio) da ernie discali recentemente neuroradiologicamente documentate</li> <li>2. Tunnel carpale o altro intrappolamento nervoso</li> <li>3. Sospetta patologia del motoneurone previa valutazione specialistica</li> <li>4. Sospetta patologia del nervo periferico previa valutazione specialistica</li> <li>5. Sospetta patologia muscolare primitiva o secondaria previa valutazione specialistica</li> <li>6. Paralisi periferica del nervo facciale a lenta risoluzione previa valutazione specialistica</li> <li>7. Probabile neuropatia diabetica o tossico-metabolica</li> <li>8. Sospetta miastenia gravis previa valutazione specialistica</li> <li>9. Altro (10%)**</li> </ol>
<p align="center">D (PEDIATRIA)</p>	<p align="center">60 gg</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Malattie del Sistema Nervoso Periferico a lenta progressione</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>



<b>CLASS_RAO 019</b>	<b>ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE - Codice 93.08.A</b> Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Includere tutte le fibre indagabili. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2	
	<b>ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE - Codice 93.08.B</b> fino a 4 muscoli. Includere tutte le fibre indagabili. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2	
	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.16.2 <b>ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO - Codice 93.08.C</b> fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Includere tutte le fibre indagabili. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)	
	<b>ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO - Codice 93.08.D</b> Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli. Includere tutte le fibre indagabili	
	<b>VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA (per nervo) - Codice 93.09.1</b> Per nervo principale. Fino a 6 segmenti <b>VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA - Codice 93.09.2</b> Per nervo principale. Fino a 4 segmenti	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Malattie del Sistema Nervoso Neuromuscolare con deficit cronico</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
P (PEDIATRIA)	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

CLASS_RAO 020	<b>ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] - Codice 45.13</b> <b>ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.16.1</b> <b>ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.16.2</b> <b>ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA DELL'ESOFAGO - Codice 42.24</b>	
	CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
U (PEDIATRIA)	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anemia normo-microcitica (Hb&lt; 10 g/dl) di nuova diagnosi</li> <li>2. Calo ponderale significativo con sintomi digestivi</li> <li>3. Disfagia (presente da almeno 5-7 giorni)</li> <li>4. Sospette neoplasie rilevate obiettivamente e/o con imaging</li> <li>5. Vomito ricorrente (presente da almeno 5-7 giorni) con esclusione di cause di natura infettiva, metabolica, neurologica e psicogena</li> <li>6. Altro (10%)**</li> </ol>
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnosi laboratoristica non risolutiva di celiachia</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>

CLASS_RAO 020	<b>ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] - Codice 45.13</b> <b>ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.16.1</b> <b>ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.16.2</b> <b>ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA DELL'ESOFAGO - Codice 42.24</b>	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	60 gg	1. Anemia sideropenica o macrocitica 2. Pazienti > 50 anni con sindrome da reflusso gastroesofageo o sindrome dispeptica dolorosa di recente insorgenza (< 6 mesi), persistente (> 4 settimane) o non responsivi alla terapia (mai indagata con EGDS) 3. Conferma di celiachia in pazienti con sierologia positiva 4. Stadiazione pre-trapianto 5. Accertamento presenza varici/gastropatia da ipertensione portale 6. Altro (10%)**
D (PEDIATRIA)	60 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
P	120 gg	1. Pazienti < 50 anni con sindrome da reflusso gastroesofageo o sindrome dispeptica (mai indagata con EGDS) con sintomi persistenti anche dopo test and treat per HP 2. Altro (10%)**
P (PEDIATRIA)	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

<b>CLASS_RAO 021</b>	<b>ESAME AUDIOMETRICO TONALE - Codice 95.41.1 ESAME AUDIOMETRICO VOCALE – 95.41.2 IMPEDENZOMETRIA - Codice 95.42</b>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ipoacusia improvvisa previa valutazione otorino e/o audiologo</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
U (PEDIATRIA)	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ipoacusia di recente insorgenza</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acufeni ad alta intensità e a recente insorgenza previa valutazione otorino e/o audiologo</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. In caso di mancata esecuzione dello screening acustico-neonatale viene prescritto l'esame emissioni otoacustiche codice 20.39.1 e/o i potenziali evocati acustici codice 89.15.1</li> <li>2. Ipoacusia post meningite o post malattie infettive</li> <li>3. Altro (10%)**</li> </ol>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acufeni/ipoacusia persistenti previa valutazione otorino e/o audiologo</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
D (PEDIATRIA)	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ritardo del linguaggio/apprendimento</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
P (PEDIATRIA)	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

<b>CLASS_RAO 022</b>	<b>FOTOGRAFIA DEL FUNDUS - Codice 95.11</b>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	1. Patologia a rapida evoluzione dopo valutazione oculistica 2. Altro (10%)**
U (PEDIATRIA)	72 h	1. Patologia a rapida evoluzione dopo valutazione oculistica 2. Altro (10%)**
B	10 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B (PEDIATRIA)	10 gg	1. Patologie del segmento posteriore dopo valutazione oculistica 2. Altro (10%)**
D	60 gg	1. Patologie del segmento posteriore dopo valutazione oculistica 2. Altro (10%)**
D (PEDIATRIA)	60 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
P (PEDIATRIA)	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

<b>CLASS_RAO 023</b>	<b>MAMMOGRAFIA BILATERALE - Codice 87.37.1 MAMMOGRAFIA MONOLATERALE - Codice 87.37.2</b>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Accertamenti in pazienti oncologici con neoplasia primitiva misconosciuta</li> <li>2. Nodulo/addensamento di recente riscontro clinicamente sospetto</li> <li>3. Secrezione ematica dal capezzolo dopo esame citologico del secreto</li> <li>4. Altro (10%)**</li> </ol>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nodulo/addensamento di recente riscontro clinicamente non sospetto</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prima richiesta in paziente ad elevato rischio eredo/familiare in donne con età <math>\geq 40</math> anni</li> <li>2. Prima richiesta in paziente in fascia di età compresa tra 40 e 49 anni e <math>&gt; 70</math> anni asintomatiche con l'obiettivo di prevenzione secondaria (1° accesso)</li> <li>3. Altro (10%)**</li> </ol>

CLASS_RAO 024	MONITORAGGIO DOPPLER TRANSCRANICO PER IL MICROEMBOLISMO [MESH] - Codice 88.71.6	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 g	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
D	60 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Placca carotidea complessa previa valutazione dello specialista</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>

CLASS_RAO 025	<b>ORTOPANORAMICA DELLE ARCADE DENTARIE - Codice 87.11.3</b> Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT)	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	1. Sospetta lesione ossea o dentale traumatica 2. Sospetta lesione ossea o dentale flogistica 3. Altro (10%)**
D	60 gg	1. Ortopantomografia per carie, disodontiasi, controlli odontoiatrici 2. Studio pre-implantologico, valutazione ortodontica 3. Altro (10%)**
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*



CLASS_RAO 026	PRIMA VISITA ALGOLOGICA - Codice 89.7A.1 Prima valutazione per terapia del dolore e programmazione della terapia specifica. Escluso: la visita preoperatoria. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dolore cronico intenso (NRS 9-10)</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
U (PEDIATRIA)	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dolore in bambini con deficit neurocognitivi</li> <li>2. Dolore cronico</li> <li>3. Altro (10%)**</li> </ol>
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dolore cronico severo (NRS 6-8)</li> <li>2. Persistenza del dolore severo (NRS 6-8) nonostante trattamento condotto per almeno 15-20 giorni (FANS e oppiacei fino a 60 MED)</li> <li>3. Valutazione per effettuazione di procedure percutanee o invasive antalgiche in dolore cronico severo NRS 6-8</li> <li>4. Altro (10%)**</li> </ol>
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dolore ricorrente</li> <li>2. Persistenza del dolore severo nonostante trattamento condotto per almeno 10-15 giorni</li> <li>3. Scarsa compliance della famiglia alla gestione della terapia antalgica</li> <li>4. Altro (10%)**</li> </ol>

CLASS_RAO 026	<b>PRIMA VISITA ALGOLOGICA - Codice 89.7A.1</b> Prima valutazione per terapia del dolore e programmazione della terapia specifica. Escluso: la visita preoperatoria. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	30 gg	1. Dolore cronico moderato NRS 3-5 2. Persistenza del dolore moderato (NRS 3-5) nonostante trattamento condotto per almeno 30-45 giorni (oppiacei fino a 60 MED) 3. Valutazione per effettuazione di procedure percutanee o invasive antalgiche in dolore cronico moderato NRS 3-5 4. Altro (10%)**
D (PEDIATRIA)	30 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
P (PEDIATRIA)	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

CLASS_RAO 027	<b>PRIMA VISITA ANESTESIOLOGICA - Codice 89.7A.1</b> Prima valutazione per terapia del dolore e programmazione della terapia specifica. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Valutazione al fine di assistenza anestesiologicala per monitoraggio o sedazione, e/o in relazione ad assistenza a tecniche o supporti ad alta complessità (la classe di priorità della valutazione anestesiologicala è quella della prestazione correlata) 2. Altro (10%)
U (PEDIATRIA)	72 h	1. Valutazione al fine di assistenza anestesiologicala per monitoraggio o sedazione, e/o in relazione ad assistenza a tecniche o supporti ad alta complessità (la classe di priorità della valutazione anestesiologicala è quella della prestazione correlata) 2. Altro (10%)
B	72 h	1. Valutazione al fine di assistenza anestesiologicala per monitoraggio o sedazione, e/o in relazione ad assistenza a tecniche o supporti ad alta complessità (la classe di priorità della valutazione anestesiologicala è quella della prestazione correlata) 2. Altro (10%)
B (PEDIATRIA)	72 h	1. Valutazione al fine di assistenza anestesiologicala per monitoraggio o sedazione, e/o in relazione ad assistenza a tecniche o supporti ad alta complessità (la classe di priorità della valutazione anestesiologicala è quella della prestazione correlata) 2. Altro (10%)

CLASS_RAO 027	<b>PRIMA VISITA ANESTESIOLOGICA - Codice 89.7A.1</b> Escluso: la visita preoperatoria. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	30 gg	1. Valutazione anestesiological della gravida ai fini di assistenza al parto ed eventuale analgesia 2. Valutazione al fine di assistenza anestesiological per monitoraggio o sedazione, e/o in relazione ad assistenza a tecniche o supporti ad alta complessità (la classe di priorità della valutazione anestesiological è quella della prestazione correlata) 3. Altro (10%)**
D (PEDIATRIA)	30 gg	1. Valutazione al fine di assistenza anestesiological per monitoraggio o sedazione, e/o in relazione ad assistenza a tecniche o supporti ad alta complessità (la classe di priorità della valutazione anestesiological è quella della prestazione correlata) 2. Altro (10%)**
P	120 gg	1. Valutazione al fine di assistenza anestesiological per monitoraggio o sedazione, e/o in relazione ad assistenza a tecniche o supporti ad alta complessità (la classe di priorità della valutazione anestesiological è quella della prestazione correlata) 2. Altro (10%)**
P (PEDIATRIA)	120 gg	1. Valutazione al fine di assistenza anestesiological per monitoraggio o sedazione, e/o in relazione ad assistenza a tecniche o supporti ad alta complessità (la classe di priorità della valutazione anestesiological è quella della prestazione correlata) 2. Altro (10%)**

CLASS_RAO 028	<b>PRIMA VISITA CARDIOLOGICA - Codice 89.7A.3</b> Incluso: ECG (89.52)	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
EMERGENZA***	INVIO AL PS	1. Aritmie ipercinetiche persistenti (F.C. >130/min) anche se asintomatiche 2. Aritmie ipocinetiche sintomatiche 3. Fibrillazione Atriale di recente insorgenza (<48 ore) 4. Perdita di coscienza di sospetta origine cardiaca 5. Dispnea improvvisa o ingravescente di sospetta origine cardiaca 6. Edema polmonare acuto 7. Insufficienza cardiaca acuta 8. Scompenso cardiaco cronico in fase di riacutizzazione non rispondente agli aggiustamenti terapeutici già messi in atto 9. Dolore toracico ad alto sospetto di patologia cardiaca acuta 10. Scariche ripetute di defibrillatore automatico impiantato 11. Segnale sonoro di Pace-Maker 12. Severe crisi ipertensive
EMERGENZA*** (PEDIATRIA)	INVIO AL PS	1. Soffio cardiaco associato a cianosi nel neonato 2. Soffio in neonato a rischio 3. Dispnea ingravescente 4. Severe crisi ipertensive
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
U (PEDIATRIA)	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

CLASS_RAO 028	<b>PRIMA VISITA CARDIOLOGICA - Codice 89.7A.3</b> Incluso: ECG (89.52)	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
B	10 gg	1. Dispnea da sforzo e/o edemi di recente insorgenza di sospetta natura cardiologica 2. Dispnea, palpitazione o affaticamento per sforzi lievi, verosimilmente di natura cardiaca con caratteristiche di recente insorgenza in soggetti senza precedente diagnosi di cardiopatia 3. Scarica isolata di defibrillatore automatico impiantato 4. Aritmie asintomatiche: ipocinetiche 5. Altro (10%)**
B (PEDIATRIA)	10 gg	1. Soffi cardiaci: primo riscontro in assenza di sintomi nel neonato 2. Altro (10%)**
D	30 gg	1. Primo episodio di sincope senza trauma 2. Cardiopalmo extrasistolico non noto in precedenza 3. Dispnea non severa in soggetto con fattori di rischio cardiologici 4. Dispnea, palpitazione o affaticamento persistenti per sforzi moderati o intensi 5. Prima visita in pregressa crisi ipertensiva 6. Soffi cardiaci: primo riscontro in assenza di sintomi (escluso il neonato) 7. Valutazione di Portatori di Malattia Sistemica che influenzano l'Apparato Cardiovascolare 8. Altro (10%)**
D (PEDIATRIA)	30 gg	1. Soffi cardiaci: primo riscontro in assenza di sintomi nel bambino 2. Altro (10%)**

CLASS_RAO 028	<b>PRIMA VISITA CARDIOLOGICA - Codice 89.7A.3</b> Incluso: ECG (89.52)	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
P	120 gg	1. Prima visita in pazienti con ipertensione arteriosa di recente diagnosi 2. Malattie cronico degenerative (ad es.: connettivopatie, endocrinopatie, malattie metaboliche, malattie infettive) che non rientrano nelle classi precedenti in base alla gravità clinica 3. Altro (10%)**
P (PEDIATRIA)	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

CLASS_RAO 029	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE - Codice 89.7A.6 PRIMA VISITA ANGIOLOGICA - Codice 89.7A.2	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
EMERGENZA***	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aneurisma già noto od operato sintomatico</li> <li>2. Paziente sintomatico con microembolia periferica</li> <li>3. Paziente sintomatico con tumefazione pulsante in sede: inguinale, poplitea, latero cervicale</li> <li>4. Paziente sintomatico post rivascolarizzazione e/o angioplastica</li> <li>5. Piede diabetico ischemico / infetto</li> <li>6. Sospetto clinico di TVP</li> <li>7. Sospetta ischemia cerebrale acuta</li> </ol>
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. AAA o AAT di diametro trasverso o AP &gt; di 50 mm (dopo esecuzione imaging)</li> <li>2. Aneurisma iliaco con diametro trasverso o AP &gt; di 30 mm (dopo esecuzione imaging)</li> <li>3. Aneurisma viscerale o delle arterie degli arti inferiori con diametro trasverso o AP &gt; di 20 mm (dopo esecuzione imaging)</li> <li>4. Arteriopatia obliterante arti inferiori con dolore a riposo e o lesione trofica di recente comparsa o in peggioramento</li> <li>5. Massa addominale pulsante asintomatica</li> <li>6. Riscontro all'esame strumentale di placca carotidea complessa</li> <li>7. Sospetta trombosi venosa superficiale o sua recidiva</li> <li>8. Sindrome vertiginosa con sospetto furto della succlavia, dopo valutazione ORL</li> <li>9. Ulcera vascolare</li> <li>10. Altro (10%)**</li> </ol>



CLASS_RAO 029	<b>PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE - Codice 89.7A.6</b> <b>PRIMA VISITA ANGIOLOGICA - Codice 89.7A.2</b>	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acrocianosi - Fenomeno di Raynaud</li> <li>2. Claudicatio invalidante (&lt; a 100 mt)</li> <li>3. Sindrome dello stretto toracico (ipostenia da sforzo, differenza pressoria tra gli arti &gt; di 30 mm HG)</li> <li>4. Sindrome post trombotica</li> <li>5. Altro (10%)**</li> </ol>
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aneurisma aortico &gt; 4 cm e &lt; 5 cm di nuova insorgenza</li> <li>2. Claudicatio (&gt; di 100 mt)</li> <li>3. Presenza di gradiente pressorio &gt; 30 mm Hg tra i due arti superiori</li> <li>4. Varici degli arti inferiori</li> <li>5. Varicocele</li> <li>6. Altro (10%)**</li> </ol>

CLASS_RAO 030	<b>PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA - Codice 89.7A.7</b> Incluso: Eventuale osservazione in epiluminescenza	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
EMERGENZA***	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Afezioni batteriche acute febbrili (erisipela, cellulite, flemmone, fascite)</li> <li>2. Eritrodermia acuta: eritema acuto diffuso &gt; 10% della superficie cutanea</li> <li>3. Herpes zoster con interessamento del distretto cefalico</li> <li>4. Orticaria acuta con/senza angioedema</li> <li>5. Piede diabetico infetto febbrile</li> <li>6. Reazione generalizzata da farmaci</li> <li>7. Reazione generalizzata da puntura di insetto</li> </ol>
EMERGENZA*** (PEDIATRIA)	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Afezioni batteriche acute febbrili (erisipela, cellulite, flemmone, fascite)</li> <li>2. Eritrodermia acuta: eritema acuto diffuso &gt; 10% della superficie cutanea</li> <li>3. Herpes zoster con interessamento del distretto cefalico</li> <li>4. Malattie bollose disseminate acute</li> <li>5. Neoformazioni cutanee sanguinanti</li> <li>6. Reazione generalizzata da farmaci</li> <li>7. Reazione generalizzata da puntura di insetto</li> </ol>

CLASS_RAO 030	<b>PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA - Codice 89.7A.7</b> Incluso: Eventuale osservazione in epiluminescenza	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Herpes zoster con interessamento del tronco e degli arti 2. Impetigine, favo, ascesso, parassitosi 3. Neoformazioni cutanee sanguinanti 4. Patologie ulcerative delle mucose orali o genitali con sintomatologia generale e/o febbre, dolore, bruciore 5. Porpora ad insorgenza acuta 6. Secrezioni uretrali o vaginali dopo rapporto sessuale recente 7. Ulcera cutanea cronica con segni d'infezione 8. Ustioni < 2° grado 9. Altro (10%)**
U (PEDIATRIA)	72 h	1. Dermatomicosi 2. Favo, ascesso 3. Herpes zoster con interessamento del tronco e degli arti 4. Impetigine resistente a terapia 5. Porpora ad insorgenza acuta 6. Sospetta scabbia 7. Ustioni < 2° grado 8. Altro (10%)**

CLASS_RAO 030	<b>PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA - Codice 89.7A.7</b> Incluso: Eventuale osservazione in epiluminescenza	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eritrodermia cronica: eritema cronico diffuso &gt; 10% della superficie cutanea</li> <li>2. Eruzione esantematica non febbrile</li> <li>3. Malattie bollose disseminate acute</li> <li>4. Neoformazioni cutanee in accrescimento e/o con recente modifica e/o a rapida insorgenza (&lt; 3 mesi): sospetto melanoma o altre neoplasie cutanee</li> <li>5. Prurito diffuso intenso (che interferisce col sonno)</li> <li>6. Segni/sintomi da probabile malattia sessualmente trasmessa</li> <li>7. Verruca plantare iperalgica</li> <li>8. Altro (10%)**</li> </ol>
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Angiomi in rapida crescita in zone critiche</li> <li>2. Dermatite atopica resistente a terapia</li> <li>3. Eruzione esantematica non febbrile</li> <li>4. Prurito diffuso intenso</li> <li>5. Verruca plantare iperalgica</li> <li>6. Altro (10%)**</li> </ol>

CLASS_RAO 030	<b>PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA - Codice 89.7A.7</b> Incluso: Eventuale osservazione in epiluminescenza	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	30 gg	1. Acne papulo-pustolosa o nodulare 2. Alopecia 3. Idrosadenite suppurativa 4. Molluschi contagiosi 5. Riacutizzazione di connettiviti (Lupus, sclerodermia, dermatomiosite ed altre) 6. Riacutizzazione di dermatosi infiammatorie croniche (psoriasi, eczemi ed altre) 7. Ulcere non complicate 8. Verruca plantare 9. Altro (10%)**
D (PEDIATRIA)	30 gg	1. Acne papulo-pustolosa o nodulare 2. Alopecia 3. Idrosadenite suppurativa 4. Molluschi contagiosi 5. Orticaria cronica 6. Riacutizzazione di connettiviti (Lupus, sclerodermia, dermatomiosite ed altre) 7. Riacutizzazione di dermatosi infiammatorie croniche (psoriasi, eczemi ed altre) 8. Verruca plantare 9. Altro (10%)**

CLASS_RAO 030	<b>PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA - Codice 89.7A.7</b> Incluso: Eventuale osservazione in epiluminescenza	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
P	120 gg	1. Acne/Irsutismo 2. Defluvium 3. Orticaria cronica 4. Valutazione nevi e lesioni pigmentarie 5. Altro (10%)**
P (PEDIATRIA)	120 gg	1. Acne/Irsutismo 2. Valutazione nevi e lesioni pigmentarie 3. Altro (10%)**

CLASS_RAO 031	<b>PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA - Codice 89.7A.8</b>	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
EMERGENZA***	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aritmie/scompenso cardiaco in paziente ipertiroideo</li> <li>2. Ipercalcemia severa (calcemia <math>\geq</math> 14 mg/dl) con sintomi/segni: tachicardia, astenia, alterazioni stato coscienza, poliuria</li> <li>3. Ipocalcemia severa (calcemia <math>&lt;</math> 7 mg/dl) con sintomi/segni: parestesie al viso e arti a crisi tetanica</li> <li>4. Ipoglicemia severa con alterazione stato coscienza</li> <li>5. Iponatriemia (<math>&lt;</math> 130 mEq/l)</li> <li>6. Scompenso in paziente con ipocorticosurrenalismo già diagnosticato con sintomi/segni: astenia marcata, iperpiressia, segni di disidratazione, anoressia, nausea, vomito, <math>\downarrow</math> peso, aritmie</li> <li>7. Sospetto di insufficienza surrenalica con sintomi/segni: astenia marcata, iperpiressia, segni di disidratazione, anoressia, nausea, vomito, <math>\downarrow</math> peso, aritmie, <math>\downarrow</math>Na, <math>\uparrow</math>K</li> </ol>
EMERGENZA*** (PEDIATRIA)	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aritmie/scompenso cardiaco in paziente ipertiroideo</li> <li>2. Ipercalcemia severa (calcemia <math>\geq</math> 12 mg/dl) con sintomi/segni: tachicardia, astenia, alterazioni stato coscienza, poliuria</li> <li>3. Ipertiroidismo severo all'esordio con sintomi/segni: eretismo psichico, disturbi gastrointestinali, tachiaritmie, astenia, tremori, <math>\downarrow</math>peso, <math>\downarrow</math>TSH, <math>\uparrow\uparrow</math> FT4, <math>\uparrow\uparrow</math> FT3</li> <li>4. Ipocalcemia severa (calcemia <math>&lt;</math> 8 mg/dl) con sintomi/segni: parestesie al viso e arti a crisi tetanica</li> <li>5. Ipoglicemia severa con alterazione stato coscienza</li> <li>6. Iponatriemia (<math>&lt;</math> 130 mEq/l)</li> <li>7. Scompenso in paziente con ipocorticosurrenalismo già diagnosticato con sintomi/segni: astenia marcata, iperpiressia, segni di disidratazione, anoressia, nausea, vomito, <math>\downarrow</math> peso, aritmie</li> <li>8. Sospetto di insufficienza surrenalica con sintomi/segni: astenia marcata, iperpiressia, segni di disidratazione, anoressia, nausea, vomito, <math>\downarrow</math> peso, aritmie, <math>\downarrow</math>Na, <math>\uparrow</math>K</li> </ol>

CLASS_RAO 031	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA - Codice 89.7A.8	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Iper-tiroidismo severo all'esordio con sintomi/segni: eretismo psichico, disturbi gastrointestinali, tachiaritmie, astenia, tremori, ↓peso, ↓TSH, ↑↑ FT4, ↑↑ FT3</li> <li>2. Ipotiroidismo severo all'esordio con sintomi/segni: apatia, letargia, astenia, bradicardia, stipsi severa, ↑↑TSH, ↓↓FT4, ↓↓FT3</li> <li>3. Oftalmopatia Basedowiana di grado medio-severo sintomatica con riduzione acuta del visus</li> <li>4. Parestesie al viso e arti, segno di Trousseau positivo, crisi di tetania in soggetto tiroidectomizzato o paratiroidectomizzato</li> <li>5. Sospetta tiroidite subacuta (dolore in loggia tiroidea con otalgia riflessa e/o febricola, ↑↑VES / PCR, ↑FT4, ↑ FT3, ↓ TSH)</li> <li>6. Tumefazione improvvisa nella regione tiroidea, con o senza dolore</li> <li>7. Tutte le endocrinopatie in gravidanza</li> <li>8. Altro (10%)**</li> </ol>
U (PEDIATRIA)	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ipercortisolismo</li> <li>2. Ipotiroidismo severo all'esordio sintomatico (apatia, letargia, astenia, bradicardia, stipsi severa, ↑↑TSH, ↓↓FT4, ↓↓FT3)</li> <li>3. Sospetta pubertà precoce nel maschio</li> <li>4. Sospetta tiroidite subacuta (dolore in loggia tiroidea con otalgia riflessa e/o febricola, ↑↑VES / PCR, ↑FT4, ↑ FT3, ↓TSH)</li> <li>5. Sospetto diabete insipido</li> <li>6. Tumefazione improvvisa nella regione tiroidea, con o senza dolore</li> <li>7. Altro (10%)**</li> </ol>



CLASS_RAO 031	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA - Codice 89.7A.8	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ipercalcemia: valori di calcemia tra 11mg/dl e 14 mg/dl</li> <li>2. Ipertensione arteriosa di origine secondaria</li> <li>3. Oftalmopatia Basedowiana di grado medio-severo con sintomi/segni: dolore retrobulbare, arrossamento congiuntivale, diplopia, fotofobia, lacrimazione, esoftalmo, strabismo</li> <li>4. Patologia tiroidea indotta da amiodarone (ipo e ipertiroidismo)</li> <li>5. Sospetta neoplasia endocrina con sintomi/segni specifici e imaging positivo</li> <li>6. Altro (10%)**</li> </ol>
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ipercalcemia: valori di calcemia tra 11mg/dl e 12 mg/dl</li> <li>2. Nodulo tiroideo</li> <li>3. Sospetta neoplasia endocrina con sintomi/segni specifici e imaging positivo</li> <li>4. Sospetta pubertà precoce nella femmina</li> <li>5. Altro (10%)**</li> </ol>

CLASS_RAO 031	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA - Codice 89.7A.8	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Amenorrea con test di gravidanza negativo</li> <li>2. Ginecomastia</li> <li>3. Iperandrogenismo in rapida evoluzione</li> <li>4. Ipercalcemia persistente asintomatica</li> <li>5. Ipercortisolismo</li> <li>6. Iperprolattinemia (2,5 volte rispetto al limite alto del laboratorio)</li> <li>7. Ipertiroidismo subclinico (TSH &lt; 0.1 con FT3 e FT4 nella norma).</li> <li>8. Ipogonadismo (con Testosterone &lt; 230 mg/dl)</li> <li>9. Ipotiroidismo non complicato all'esordio (↑TSH, ↓FT4, ↓FT3).</li> <li>10. Macroadenoma ipofisario (adenoma ipofisario di dimensioni &gt; a 1 cm).</li> <li>11. Altro (10%)**</li> </ol>
D (PEDIATRIA)	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Amenorrea con test di gravidanza negativo</li> <li>2. Arresto di crescita staturale</li> <li>3. Gozzo uni-multinodulare normofunzionante (TSH nella norma)</li> <li>4. Iperandrogenismo in rapida evoluzione</li> <li>5. Ipotiroidismo non complicato all'esordio (↑TSH, ↓FT4, ↓FT3).</li> <li>6. Macroadenoma ipofisario (adenoma ipofisario di dimensioni &gt; a 1 cm).</li> <li>7. Tiroidite linfocitaria di Hashimoto con eutiroidismo o ipotiroidismo subclinico (anticorpi anti tiroide anti↑ TPO, FT4, TSH nella norma)</li> <li>8. Altro (10%)**</li> </ol>

CLASS_RAO 031	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA - Codice 89.7A.8	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Disfunzione sessuale</li> <li>2. Gozzo uni-multinodulare normofunzionante (TSH nella norma)</li> <li>3. Incidentaloma endocrino</li> <li>4. Nodulo tiroideo normofunzionante (TSH nella norma)</li> <li>5. Osteoporosi</li> <li>6. Sospetto di ipogonadismo maschile</li> <li>7. Sospetto iperparatiroidismo secondario</li> <li>8. Tiroidite linfocitaria di Hashimoto con eutiroidismo o ipotiroidismo subclinico (anticorpi anti tiroide anti ↑TPO, FT4, TSH nella norma)</li> <li>9. Altro (10%)**</li> </ol>
P (PEDIATRIA)	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

CLASS_RAO 032	<b>PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA PER DIABETE - Codice 89.7A.8</b> Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale ed eventuale applicazione di microinfusore sottocute	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
EMERGENZA***	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Chetoacidosi diabetica</li> <li>2. Ipoglicemia severa con alterazione stato coscienza</li> <li>3. Stato iperglicemico iperosmolare</li> <li>4. Ulcera piede infetta o con ischemia critica/gangrena in diabete mellito</li> </ol>
EMERGENZA*** (PEDIATRIA)	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Chetoacidosi diabetica</li> <li>2. Ipoglicemia severa con alterazione stato coscienza</li> <li>3. Scompenso glicemico severo : valori di emoglobina glicata &gt; 11% (o &gt; 97 mmol/mol)</li> <li>4. Scompenso glicemico severo (glicemia &gt; 300mg/dl) di nuova insorgenza con sintomi/segni: poliuria, polidipsia, calo ponderale</li> <li>5. Stato iperglicemico iperosmolare</li> </ol>

CLASS_RAO 032	<b>PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA PER DIABETE - Codice 89.7A.8</b> Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale ed eventuale applicazione di microinfusore sottocute	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Diabete gestazionale 2. Riscontro di gravidanza in donna diabetica 3. Scompensamento glicemico severo: valori di emoglobina glicata > 11% (o > 97 mmol/mol) 4. Scompensamento glicemico severo (glicemia > 300mg/dl) di nuova insorgenza con sintomi/segni: poliuria, polidipsia, calo ponderale 5. Sospetto di diabete mellito tipo 1 di nuova insorgenza 6. Altro (10%)**
U (PEDIATRIA)	72 h	1. Diabete di prima insorgenza (inquadramento diagnostico e terapeutico) 2. Iperglicemia di prima insorgenza di paziente in trattamento per neoplasia o fibrosi cistica 3. Ipoglicemie ricorrenti 4. Altro (10%)**
B	10 gg	1. Iperglicemia di prima insorgenza di paziente in trattamento per neoplasia 2. Insufficienza renale cronica severa (GFR < 30 ml/min) in diabete 3. Ipoglicemie ricorrenti 4. Rinnovo piano terapeutico per paziente diabetico scompensato 5. Scompensamento glicemico: valori di emoglobina glicata compreso tra 9% e 11% (o tra 75 mmol/mol e 97 mmol/mol) di nuova insorgenza 6. Ulcera piede non complicata in diabete mellito 7. Altro (10%)**
B (PEDIATRIA)	10 gg	1. Scompensamento glicemico: emoglobina glicata ≥7% (o 53 mmol/mol) 2. Altro (10%)**

<b>CLASS_RAO 032</b>	<b>PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA PER DIABETE - Codice 89.7A.8</b> Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale ed eventuale applicazione di microinfusore sottocute	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
D	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diabete di primo riscontro (inquadramento diagnostico e terapeutico)</li> <li>2. Quadri acuti di complicanze croniche in paziente diabetico (neuropatia diabetica dolorosa, claudicatio III-IV stadio, evoluzione epatopatia cronica, recente infarto del miocardio, recente episodio di cerebrovasculopatia, recente intervento di chirurgia maggiore)</li> <li>3. Altro (10%)**</li> </ol>
D (PEDIATRIA)	30 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
P (PEDIATRIA)	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

CLASS_RAO 033	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - Codice 89.7B.3	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
U (PEDIATRIA)	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Artriti e artropatie degenerative in fase di severa riacutizzazione flogistica con riduzione della funzione motoria dell'arto conseguente alla riacutizzazione</li> <li>2. Disabilità conseguenti a patologie cardiovascolari acute post-intervento (&lt; 30 gg dall'evento indice)</li> <li>3. Disabilità conseguenti a patologie di interesse angiologico</li> <li>4. Disabilità conseguenti a patologie di interesse reumatologico</li> <li>5. Disabilità conseguenti a patologie neurologiche acute (&lt; 30 gg dall'evento indice) a genesi vascolare, traumatica, neoplastica</li> <li>6. Disabilità conseguenti a patologie neurologiche acute (&lt; 30 gg dall'evento indice) ad altra genesi</li> <li>7. Disabilità conseguenti a patologie osteo-mio-articolari acute (&lt; 30 gg dall'evento indice)</li> <li>8. Disabilità conseguenti a patologie respiratorie acute post-intervento (&lt; 30 gg dall'evento indice)</li> <li>9. Esiti di artroscopie articolari</li> <li>10. Esiti di fratture/lussazioni/ traumi trattati con gesso o immobilizzazione (evento indice: rimozione gesso/tutore)</li> <li>11. Esiti di interventi chirurgici ricostruttivi (capsula/tendini/legamenti)</li> <li>12. Esiti di interventi chirurgici del rachide (cervicale/dorsale/lombare)</li> <li>13. Esiti di interventi di protesizzazione articolare</li> <li>14. Linfedema post-chirurgico a non oltre 90 gg dall'evento indice</li> <li>15. Mononeuropatie periferiche (es: paralisi periferica del VII° Nervo Cranico)</li> <li>16. Neuropatia periferica post-traumatica</li> </ol>

CLASS_RAO 033	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - Codice 89.7B.3	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
B	10 gg	17. Patologia dell'apparato locomotore in presenza di segni ematochimici e/o radiologici di flogosi. 18. Patologie respiratorie croniche riacutizzate (es: BPCO riacutizzata): entro 15 gg dalla riacutizzazione 19. Polineuropatie demielinizzanti ( sindrome di Guillain-Barrè) 20. Sclerosi multipla: dopo una puossè con accentuazione dei deficit funzionali 21. Altro (10%)**
B (PEDIATRIA)	10 gg	1. Piede torto congenito 2. Plagiocefalia 3. Paralisi ostetrica di Erb 4. Torcicollo con ecografia del muscolo sternocleidomastoideo negativa 5. Altro (10%)**
D	30 gg	1. Cervicobrachialgia acuta o lombosciatalgia acuta con compressione radicolare e deficit sensitivo-motorio periferici < 30 gg dall'evento indice (es: ernia discale) 2. Disabilità conseguenti a patologie di interesse pelvi-perineale 3. Disabilità conseguenti a patologie del Sistema Nervoso Periferico (radicolopatia, cervicobrachialgia, lombosciatalgia) resistenti a terapia medica, con deficit sensitivo e motorio senza red flags, potenzialmente di competenza della chirurgia vertebromidollare 4. Disabilità conseguenti a patologie neurologiche non acute (> 30 gg dall'evento indice) a genesi vascolare, traumatica, neoplastica 5. Disabilità conseguenti a patologie osteomioarticolari (> 30 gg dall'evento indice) 6. Disabilità di natura uro-ginecologica (incontinenza urinaria, incontinenza urinaria post-partum, minzione imperiosa) 7. Disabilità neurologiche - Ictus: entro 6 mesi dalla dimissione da reparto per acuti



CLASS_RAO 033	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - Codice 89.7B.3	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	30 gg	<ul style="list-style-type: none"> <li>8. Disfunzioni vescico-sfinteriche dopo chirurgia urologica o uro-ginecologica</li> <li>9. Dorsolombalgia acuta con importante limitazione delle attività quotidiane e/o lavorative (&lt; 30 gg dall'evento indice)</li> <li>10. Esiti di colpo di frusta (&lt; 30 gg dall'evento indice)</li> <li>11. Grave limitazione funzionale resistente alla terapia medica in corso di patologia osteoarticolare flogistica e/o degenerativa</li> <li>12. Mononeuropatie e polineuropatie periferiche ( esempio: alcolica, diabetica): &lt; 30 gg dall'evento indice o dalla riacutizzazione</li> <li>13. Patologia articolare sub acuta (periartrite, epicondilita, tendinite, cervico-lombalgia acuta) &gt; 30 gg dall'evento indice</li> <li>14. Sindromi radicolari acute</li> <li>15. Trauma distorsivo cervicale semplice: solo se infortunio sul lavoro e 1° accesso al servizio</li> <li>16. Altro (10%)**</li> </ul>
D (PEDIATRIA)	30 gg	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Disabilità dell'età evolutiva deformità strutturali del rachide e patologie dell'apparato muscolo scheletrico</li> <li>2. Esiti di disturbo neurologico e/o dello sviluppo neuro-psicomotorio</li> <li>3. Esiti di sofferenza pre, peri o post natale</li> <li>4. Disturbo del cammino e della marcia</li> <li>5. Altro (10%)**</li> </ul>

CLASS_RAO 033	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - Codice 89.7B.3	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Disabilità conseguenti a patologie del Sistema Nervoso Centrale e Periferico primitive e secondarie (&gt; 6 mesi dall'evento indice)</li> <li>2. Esiti di frattura e/o lussazione (&gt; 1 anno dall'evento indice)</li> <li>3. Esiti di intervento di protesizzazione articolare (&gt; 1 anno dall'evento indice)</li> <li>4. Lombalgia cronica senza trauma di probabile eziologia degenerativa</li> <li>5. Patologie post traumatiche non recenti</li> <li>6. Patologie respiratorie croniche</li> <li>7. Altro (10%)**</li> </ol>
P (PEDIATRIA)	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Difficoltà della coordinazione e della motricità fine e grossolana, grafomotricità</li> <li>2. Disabilità conseguenti a patologie di interesse reumatologico</li> <li>3. Disabilità neurologica congenita o acquisita</li> <li>4. Esiti displasia anca</li> <li>5. Esiti di piede torto congenito</li> <li>6. Altro (10%)**</li> </ol>

<b>CLASS_RAO 034</b>	<b>PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA - Codice 89.7A.9</b>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
U (PEDIATRIA)	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Calo ponderale non intenzionale con sintomi digestivi</li> <li>2. Disfagia (presente da almeno 5-7 giorni)</li> <li>3. Prima diagnosi di ascite già indagata con esami di laboratorio o ecografia addominale</li> <li>4. Sospetto clinico e laboratoristico di malattie infiammatorie croniche intestinali</li> <li>5. Sospetto clinico e/o strumentale di neoplasia dell'apparato digerente</li> <li>6. Vomito ricorrente (presente da almeno 5-7 giorni) con esclusione di cause di natura infettiva, metabolica, neurologica e psicogena</li> <li>7. Altro (10%)**</li> </ol>
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sospetto di malattie infiammatorie croniche intestinali</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>

CLASS_RAO 034	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA - Codice 89.7A.9	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anemia sideropenica di sospetta origine gastroenterologica e anemia macrocitica</li> <li>2. Diarrea cronica</li> <li>3. Dolore toracico non cardiaco</li> <li>4. Ipertransaminasemia (già indagata con esami di laboratorio e ecografia addominale)</li> <li>5. Sindrome dispeptico dolorosa, già indagata con ecografia, in soggetti &gt; 50 anni resistenti a terapia</li> <li>6. Malattia celiaca e/o malassorbimento (già indagata)</li> <li>7. Altro (10%)**</li> </ol>
D (PEDIATRIA)	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conferma di malattia celiaca o malassorbimento (già indagata con esami di laboratorio)</li> <li>2. Disturbi alimentari in patologie croniche</li> <li>3. Disturbi epato correlati</li> <li>4. Disturbi funzionali gastrointestinali</li> <li>5. Deficit accrescitivo staturo-ponderale</li> <li>6. Sospetto di malattia da reflusso gastroesofageo</li> <li>7. Altro (10%)**</li> </ol>
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Paziente &lt; 50 anni con dolori addominali e alterazioni dell'alvo</li> <li>2. Paziente &lt; 50 anni con sindrome da reflusso gastroesofageo o sindrome dispeptica</li> <li>3. Altro (10%)**</li> </ol>
P (PEDIATRIA)	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

CLASS_RAO 035	PRIMA VISITA GERIATRICA - Codice 89.7	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rapido e ingravescente deterioramento psico-organico-funzionale</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Deterioramento cognitivo con sospetto di demenza</li> <li>2. Pre-intervento chirurgico</li> <li>3. Severo disturbo dell'umore e/o comportamento</li> <li>4. Altro (10%)**</li> </ol>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Abilità alla guida (valutazione multidimensionale)</li> <li>6. Deterioramento cognitivo con sospetto di demenza (valutazione multidimensionale)</li> <li>7. Inquadramento del paziente cachettico</li> <li>8. Inquadramento per multimorbilità e polifarmacoterapia</li> <li>9. Paziente con demenza già diagnosticata e disturbi del comportamento (valutazione multidimensionale)</li> <li>10. Altro (10%)**</li> </ol>
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

CLASS_RAO 036	<p align="center"><b>PRIMA VISITA GINECOLOGICA - Codice 89.26.1</b>            Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuali indicazioni in funzione anticoncezionale o preconcezionale. Non associabile a 89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA  <b>PRIMA VISITA OSTETRICA - Codice 89.26.3</b>            Incluso: eventuale prelievo citologico. Non associabile a 89.26.1 PRIMA VISITA GINECOLOGICA</p>	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
EMERGENZA***	INVIO AL PS	1. Dolore pelvico acuto 2. Ipertensione in gravidanza 3. Menometrorragie gravi 4. Perdite ematiche in gravidanza
EMERGENZA*** (PEDIATRIA)	INVIO AL PS	1. Dolore pelvico acuto 2. Menometrorragie gravi 3. Sospetto abuso sessuale
U	72 h	1. Ascite da probabile patologia ginecologica 2. Bartolinite 3. Vaginiti persistenti resistenti a terapia 4. Altro (10%)**
U (PEDIATRIA)	72 h	1. Ascite da probabile patologia ginecologica 2. Bartolinite 3. Gravidanza in minorenne 4. Vaginiti persistenti resistenti a terapia 5. Altro (10%)**

<b>CLASS_RAO 036</b>	<p align="center"><b>PRIMA VISITA GINECOLOGICA - Codice 89.26.1</b></p> <p>Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuali indicazioni in funzione anticoncezionale e preconcezionale. Non associabile a 89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA</p> <p align="center"><b>PRIMA VISITA OSTETRICA – Codice 89.26.3</b></p> <p align="center">Incluso: eventuale prelievo citologico. Non associabile a 89.26.1 PRIMA VISITA GINECOLOGICA</p>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nodulo mammario</li> <li>2. Pap Test "positivo"</li> <li>3. Perdite ematiche atipiche (escluse menometrorragie gravi)</li> <li>4. Segni/sintomi da probabile malattia sessualmente trasmessa</li> <li>5. Sospetta neoplasia ginecologica</li> <li>6. Altro (10%)**</li> </ol>
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perdite ematiche atipiche (escluse menometrorragie gravi)</li> <li>2. Sanguinamento genitale in pre-pubere</li> <li>3. Sospetta neoplasia ginecologica</li> <li>4. Altro (10%)**</li> </ol>

CLASS_RAO 036	<p align="center"><b>PRIMA VISITA GINECOLOGICA - Codice 89.26.1</b></p> <p align="center">Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuali indicazioni in funzione anticoncezionale e preconcezionale. Non associabile a 89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA</p> <p align="center"><b>PRIMA VISITA OSTETRICA – Codice 89.26.3</b></p> <p align="center">Incluso: eventuale prelievo citologico. Non associabile a 89.26.1 PRIMA VISITA GINECOLOGICA</p>	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Amenorrea con test di gravidanza negativo</li> <li>2. Cisti ovarica</li> <li>3. Dolore pelvico cronico</li> <li>4. Fibromi uterini</li> <li>5. Incontinenza urinaria</li> <li>6. Prolasso utero-vaginale</li> <li>7. Sospetta condilomatosi genitale</li> <li>8. Valutazione per contraccezione</li> <li>9. Altro (10%)**</li> </ol>
D (PEDIATRIA)	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Amenorrea con test di gravidanza negativo</li> <li>2. Dolore pelvico cronico</li> <li>3. Altro (10%)**</li> </ol>
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acne/Irsutismo</li> <li>2. Menopausa sintomatica</li> <li>3. Sterilità/infertilità di coppia</li> <li>4. Altro (10%)**</li> </ol>
P (PEDIATRIA)	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acne/Irsutismo</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>



CLASS_RAO 037	<b>PRIMA VISITA NEFROLOGICA - Codice 89.7B.5</b> Incluso: stesura del piano di trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (dialisi extracorporea o peritoneale) o per trapianto	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
EMERGENZA***	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anuria in soggetto con insufficienza renale già nota</li> <li>2. Crisi ipertensiva in paziente già in terapia farmacologica</li> <li>3. Disionie gravi (ipokaliemia &lt;2,5 -iperpotassiemia &gt;6.5 mEq/L, sodiemia &lt;125 mEq/L o &gt;150 mEq/L); grave acidosi metabolica (bicarbonati &lt;17 mmol/L)</li> <li>4. Edema polmonare in paziente con nefropatia già nota</li> <li>5. Grave deficit o peggioramento acuto della funzione renale con oliguria</li> <li>6. Iperazotemia di recente insorgenza (&gt; 250 mg/dL)</li> <li>7. Sospetta pielonefrite acuta</li> </ol>
EMERGENZA*** (PEDIATRIA)	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anuria/sovraccarico idrico in soggetto con sospetta insufficienza renale acuta</li> <li>2. Diarrea emorragica con sospetto interessamento renale</li> <li>3. Disionie e alterazioni acido base sintomatiche</li> <li>4. Edemi con proteinuria o ematuria</li> <li>5. Febbre in trapianto renale o paziente nefropatico in terapia immunosoppressiva</li> <li>6. Ipertensione sintomatica</li> <li>7. Macroematuria</li> <li>8. Poliuria e disidratazione (sospetta Tubulopatia sintomatica)</li> <li>9. Urosepsi e/o sospetta pielonefrite acuta</li> </ol>

CLASS_RAO 037	PRIMA VISITA NEFROLOGICA - Codice 89.7B.5 Incluso: stesura del piano di trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (dialisi extracorporea o peritoneale) o per trapianto	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grave sovraccarico idrico in paziente con nefropatia già nota</li> <li>2. Insufficienza renale acuta (aumento creatinina del doppio rispetto alla precedente o &lt;= classe 3 se non conosciuta la precedente ) non oligurica in paziente con comorbidità quali il diabete, in situazioni di disidratazione associate a terapie di potenziale tossicità</li> <li>3. Ipertensione arteriosa in gravidanza e/o riscontro de novo di proteinuria al 3° trimestre di gravidanza</li> <li>4. Malattia renale cronica stadio 5 (VFG &lt; 15 ml/min) di primo riscontro</li> <li>5. Patologie intercorrenti in trapiantato renale</li> <li>6. Potassiemia tra 2,5 e 3 o tra 6 e 6,5 mEq/L, in paziente già in terapia con ACE inibitori o sartani e/o anti- aldosteronici</li> <li>7. Altro (10%)**</li> </ol>
U (PEDIATRIA)	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Poliuria con ritardo di crescita</li> <li>2. Proteinuria &gt; +++ o &gt; 0.5 mg/mg di primo riscontro senza edemi, ipertensione, insufficienza renale, oligoanuria</li> <li>3. Recidiva di macroematuria</li> <li>4. Riscontro di insufficienza renale (GFR &lt;60 ml/min/1.73m2 sec formula di Schwartz)</li> <li>5. Altro (10%)**</li> </ol>
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Edemi e proteinuria &gt; 3 gr</li> <li>2. Insufficienza renale cronica al IV stadio di primo riscontro</li> <li>3. Ipertensione di difficile controllo farmacologico, in paziente già in trattamento con almeno 3 farmaci anti-ipertensivi</li> <li>4. Macroematuria escluse cause urologiche</li> <li>5. Rapido peggioramento della funzione renale in paziente con nefropatia cronica già nota (aumento creatinina &gt; 15% in 3 mesi)</li> <li>6. Riscontro di nefropatia de novo in paziente con malattia sistemica (es LES)</li> <li>7. Sospetta neoplasia renale</li> <li>8. Altro (10%)**</li> </ol>
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ipertensione arteriosa asintomatica</li> <li>2. Insufficienza renale di primo riscontro (GFR 60-90 ml/min/1.73m2 sec formula di Schwartz )</li> <li>3. Proteinuria persistente &lt; +++ o &lt;0.5 mg/mg con o senza microematuria in patologia sistemica</li> <li>4. Altro (10%)**</li> </ol>

<b>CLASS_RAO 037</b>	<b>PRIMA VISITA NEFROLOGICA - Codice 89.7B.5</b> Incluso: stesura del piano di trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (dialisi extracorporea o peritoneale) o per trapianto	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
D	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anemia in o da IRC (prescrizione per farmaci soggetti a piano terapeutico)</li> <li>2. Infezioni urinarie recidivanti</li> <li>3. Insufficienza renale cronica III stadio di primo riscontro</li> <li>4. Microematuria escluse cause urologiche</li> <li>5. Proteinuria (&lt;3g/24h)</li> <li>6. Nefropatia diabetica</li> <li>7. Altro (10%)**</li> </ol>
D (PEDIATRIA)	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agenesia renale in paziente &lt; 6 mesi</li> <li>2. Idroureteronefrosi con o senza RVU non complicata</li> <li>3. Cisti renali multiple di primo riscontro</li> <li>4. Infezioni urinarie recidivanti</li> <li>5. Proteinuria persistente &lt; +++ o &lt;0.5 mg/mg con o senza microematuria</li> <li>6. Urolitiasi di primo riscontro asintomatica</li> <li>7. Altro (10%)**</li> </ol>
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anomalie ecografiche renali asintomatiche (escluse sospette neoplasie)</li> <li>2. Cisti renali multiple</li> <li>3. Insufficienza renale cronica al I o II stadio di primo riscontro</li> <li>4. Microematuria o proteinuria non accompagnata né da sintomatologia dolorosa né da alterazioni funzionali renali</li> <li>5. Malattia renale cronica (III stadio)</li> <li>6. Altro (10%)**</li> </ol>
P (PEDIATRIA)	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anomalie ecografiche renali asintomatiche (escluse sospette neoplasie)</li> <li>2. Enuresi in paziente &gt; 5 anni</li> <li>3. Microematuria isolata persistente</li> <li>4. Altro (10%)**</li> </ol>

CLASS_RAO 038	PRIMA VISITA NEUROLOGICA - Codice 89.13	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
EMERGENZA***	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cefalea esordita dopo recente trauma cranico (anche se con precedente TAC encefalo negativa)</li> <li>2. Cefalea violenta ad esordio acuto in soggetto precedentemente asintomatico o improvvisa modificazione del pattern cefalalgico in paziente già affetto da cefalea</li> <li>3. Effetti collaterali importanti di terapia in atto</li> <li>4. Recente insorgenza/ recidiva di segni e/o sintomi neurologici che modificano le condizioni preesistenti, alterando: <ul style="list-style-type: none"> <li>• lo stato di coscienza (perdita di coscienza prolungata, prima crisi epilettica, episodi critici ripetuti di recente insorgenza, crisi epilettiche subentranti)</li> <li>• le capacità cognitive (rapido deterioramento mentale)</li> <li>• le capacità sensitive e/o motorie</li> </ul> </li> <li>5. Recidiva in malattia cronica nota con sintomatologia grave che possa compromettere le funzioni vitali</li> <li>6. Sospetti segni e/o sintomi di TIA o altro evento cerebro-vascolare</li> <li>7. Stato confusionale ad esordio acuto</li> <li>8. Vertigine acuta accompagnata da altri segni e/o sintomi di interessamento del Sistema Nervoso Centrale o Periferico</li> </ol>
EMERGENZA*** (PEDIATRIA)	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cefalea esordita dopo recente trauma cranico (anche se con precedente TAC encefalo negativa)</li> <li>2. Cefalea violenta ad esordio acuto in soggetto precedentemente asintomatico o improvvisa modificazione del pattern cefalalgico in paziente già affetto da cefalea</li> <li>3. Effetti collaterali importanti di terapia in atto</li> <li>4. Episodio convulsivo afebrile</li> <li>5. Insorgenza acuta/recidiva di segni e/o sintomi neurologici che modificano le condizioni preesistenti alterando:</li> <li>6. lo stato di coscienza (sincopi, episodi critici ripetuti di recente insorgenza, crisi epilettiche subentranti)</li> <li>7. le capacità cognitive (rapido deterioramento mentale)</li> <li>8. le capacità sensitive e/o motorie</li> <li>9. Sospetti segni e/o sintomi di TIA o altro evento cerebro-vascolare</li> <li>10. Stato confusionale ad esordio acuto</li> </ol>

<b>CLASS_RAO 038</b>	<b>PRIMA VISITA NEUROLOGICA - Codice 89.13</b>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
U (PEDIATRIA)	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aggravamento subacuto o comparsa di nuovi sintomi/segni in malattia neurologica nota già in trattamento ambulatoriale</li> <li>2. Recidiva in malattia cronica nota con sintomatologia non grave senza compromissione delle funzioni vitali</li> <li>3. Riduzione capacità cognitive o deterioramento mentale di recente insorgenza che comprometta le attività di vita quotidiana</li> <li>4. Scompenso in trattamento antiepilettico</li> <li>5. Sospetto di malattie con deficit sub-acuto del Sistema Nervoso Centrale o Neuromuscolare</li> <li>6. Altro (10%)**</li> </ol>
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aggravamento subacuto o comparsa di nuovi sintomi/segni in malattia neurologica nota già in trattamento ambulatoriale</li> <li>2. Recidiva in malattia cronica nota con sintomatologia non grave senza compromissione delle funzioni vitali</li> <li>3. Riduzione capacità cognitive o deterioramento mentale di recente insorgenza che comprometta le attività di vita quotidiana</li> <li>4. Scompenso in trattamento antiepilettico</li> <li>5. Sospetto di malattie con deficit sub-acuto del Sistema Nervoso Centrale o Neuromuscolare</li> <li>6. Altro (10%)**</li> </ol>

CLASS_RAO 038	PRIMA VISITA NEUROLOGICA - Codice 89.13	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cefalea</li> <li>2. Deterioramento cognitivo con neuroradiologia negativa per processi focali eseguita entro i 3 mesi precedenti</li> <li>3. Modificazione significativa del quadro neurologico in paziente con patologia neurologica già diagnosticata o documentata o sintomi in lento peggioramento</li> <li>4. Reperti incidentali delle neuroimmagini escluse patologie neuroproliferative di competenza neurochirurgica</li> <li>5. Riduzione capacità cognitive o deterioramento mentale</li> <li>6. Sospetto di malattie del Sistema Nervoso Centrale o Neuromuscolare a lenta progressione</li> <li>7. Altro (10%)**</li> </ol>
D (PEDIATRIA)	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cefalea</li> <li>2. Modificazione significativa del quadro neurologico in pazienti con patologia neurologica già diagnosticata o documentata o sintomi in lento peggioramento</li> <li>3. Sospetto di malattie del Sistema Nervoso Centrale o Neuromuscolare a lenta progressione</li> <li>4. Altro (10%)**</li> </ol>
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Malattie con deficit cronico e storia di anni</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
P (PEDIATRIA)	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

CLASS_RAO 039	<b>PRIMA VISITA OCULISTICA – Codice 95.02</b> Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
EMERGENZA***	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Amaurosi acuta</li> <li>2. Anisocoria di recente insorgenza</li> <li>3. Calo improvviso ed importante del visus e/o evidente riduzione amputazione del campo visivo - scotomi fissi</li> <li>4. Causticazione o ustione</li> <li>5. Diplopia acuta</li> <li>6. Esoftalmo monolaterale di nuova insorgenza</li> <li>7. Flogosi acuta dei tessuti perioculari e/o oftalmoplegia (sospetta dacriocistite, sospetta cellulite orbitaria)</li> <li>8. Fosfeni e miodesopsie di recente insorgenza</li> <li>9. Ptosi palpebrale acuta</li> <li>10. Sospetto di corpo estraneo</li> <li>11. Sospetto di endoftalmite (occhio rosso e dolente e/o calo del visus nel decorso post-operatorio)</li> <li>12. Sospetto di glaucoma acuto (occhio rosso e dolente con nausea e pupilla areagente in media midriasi)</li> <li>13. Trauma oculare</li> </ol>

CLASS_RAO 039	<b>PRIMA VISITA OCULISTICA - Codice 95.02</b> Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
EMERGENZA*** (PEDIATRIA)	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anisocoria di recente insorgenza</li> <li>2. Calo improvviso ed importante del visus e/o evidente riduzione amputazione del campo visivo - scotomi fissi</li> <li>3. Causticazione o ustione</li> <li>4. Diplopia acuta</li> <li>5. Dolore acuto oculare</li> <li>6. Esoftalmo monolaterale di nuova insorgenza</li> <li>7. Flogosi acuta dei tessuti periorculari e/o oftalmoplegia (sospetta dacriocistite, sospetta cellulite orbitaria)</li> <li>8. Ptosi palpebrale acuta o che occlude la pupilla</li> <li>9. Sospetto di corpo estraneo</li> <li>10. Sospetto di endoftalmite (occhio rosso e dolente e/o calo del visus nel decorso post-operatorio)</li> <li>11. Trauma oculare</li> </ol>



CLASS_RAO 039	<b>PRIMA VISITA OCULISTICA - Codice 95.02</b> Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Congiuntivite acuta resistente a terapia 2. Metamorfopsia 3. Altro (10%)**
U (PEDIATRIA)	72 h	1. Fotofobia, torbidità corneale, epifora (sospetto glaucoma congenito) 2. Nistagmo di nuova insorgenza 3. Occhio rosso non traumatico persistente o che peggiora dopo la terapia 4. Altro (10%)**
B	10 gg	1. Patologia palpebrale infiammatoria 2. Sospette neoplasie del bulbo e degli annessi oculari 3. Altro (10%)**
B (PEDIATRIA)	10 gg	1. Patologia palpebrale infiammatoria 2. Strabismo di nuova insorgenza 3. Anomalia del riflesso rosso 4. Valutazione in neonato pretermine nel sospetto di una ipofunzione dell'occhio 5. Altro (10%)**

CLASS_RAO 039	<b>PRIMA VISITA OCULISTICA - Codice 95.02</b> Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	30 gg	1. Congiuntivite cronica 2. Glaucoma per reinquadramento 3. Valutazione in paziente diabetico e/o iperteso di nuova diagnosi 4. Valutazione per avvio/mantenimento di terapie sistemiche (es. plaquenil, amiodarone, cortisone, ecc.) 5. Altro (10%)**
D (PEDIATRIA)	30 gg	1. Cefalea di sospetta origine oculare 2. Microftalmo 3. Ptosi palpebrale non acuta o che non occlude la pupilla 4. Sospetta ambliopia 5. Sospetta stenosi vie lacrimali 6. Sospetto strabismo 7. Valutazione in paziente con patologie sistemiche che prevedono un controllo della funzione visiva 8. Altro (10%)**

<b>CLASS_RAO 039</b>	<b>PRIMA VISITA OCULISTICA - Codice 95.02</b> Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Calo visus non acuto</li> <li>2. Familiarità per glaucoma e altre patologie ereditarie</li> <li>3. Pterigio</li> <li>4. Altro (10%)**</li> </ol>
P (PEDIATRIA)	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Calo visus non acuto</li> <li>2. Familiarità per patologie ereditarie oculari</li> <li>3. Test di Lang e/o di Cover - test sospetto</li> <li>4. Altro (10%)**</li> </ol>

<b>CLASS_RAO 040</b>	<b>PRIMA VISITA ONCOLOGICA - Codice 89.7B.7</b>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
U (PEDIATRIA)	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inquadramento diagnostico e terapeutico in paziente con diagnosi istologica e/o citologica di neoplasia maligna</li> <li>2. Inquadramento diagnostico e terapeutico per forte sospetto di patologia oncologica</li> <li>3. Inquadramento diagnostico e terapeutico di paziente oncologico con sospetta progressione o recidiva di malattia</li> <li>4. Altro (10%)**</li> </ol>
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inquadramento diagnostico e terapeutico in paziente con diagnosi istologica e/o citologica di neoplasia maligna</li> <li>2. Inquadramento diagnostico e terapeutico per forte sospetto di patologia oncologica</li> <li>3. Inquadramento diagnostico e terapeutico di paziente oncologico con sospetta progressione o recidiva di malattia</li> <li>4. Altro (10%)**</li> </ol>
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inquadramento diagnostico e terapeutico in paziente con diagnosi istologica e/o citologica di neoplasia maligna con basso rischio</li> <li>2. Inquadramento diagnostico e terapeutico per forte sospetto di patologia oncologica con prevedibile basso rischio</li> <li>3. Altro (10%)**</li> </ol>
D	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inquadramento diagnostico e terapeutico in paziente con diagnosi istologica e/o citologica di neoplasia maligna con basso rischio</li> <li>2. Inquadramento diagnostico e terapeutico per forte sospetto di patologia oncologica con prevedibile basso rischio</li> <li>3. Altro (10%)**</li> </ol>
D (PEDIATRIA)	30 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
P (PEDIATRIA)	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

CLASS_RAO 041	<b>PRIMA VISITA ORTOPEDICA - Codice 89.7B.8</b> Incluso: eventuale podoscopia per prescrizione di plantare	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
EMERGENZA***	INVIO AL PS	1. Blocchi articolari (spalla, gomito, ginocchio, anca) antalgici e meccanici
EMERGENZA*** (PEDIATRIA)	INVIO AL PS	1. Artrite settica 2. Blocchi articolari (spalla, gomito, ginocchio, anca) antalgici e meccanici 3. Dolori con grande limitazione funzionale 4. Osteomielite 5. Sindrome compartimentale o complicanze (febbre dolore) dopo trattamento di frattura o intervento chirurgico 6. Sospetta epifisiolisi 7. Sospette fratture o lussazioni 8. Versamento articolare (idartro) importante

CLASS_RAO 041	<b>PRIMA VISITA ORTOPEDICA - Codice 89.7B.8</b> Incluso: eventuale podoscopia per prescrizione di plantare	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Artralgia di natura traumatica da almeno tre giorni</li> <li>2. Artropatia resistente a terapia</li> <li>3. Cervicalgie acute con blocco vertebrale non post-traumatiche</li> <li>4. Crolli vertebrali acuti (dopo esecuzione imaging)</li> <li>5. Ematoma suscettibile di aspirazione</li> <li>6. Lombosciatalgie acute con insufficienza rachide + Lasègue vivace + Valsalva positiva</li> <li>7. Sindrome compartimentale o complicanze (febbre dolore) dopo trattamento di frattura o intervento chirurgico anche vertebrale</li> <li>8. Sospetta lesione dei legamenti, rotture tendinee e muscolari</li> <li>9. Sospetta patologia tumorale primitiva (dopo esecuzione imaging)</li> <li>10. Sospetto clinico di frattura scheletrica dei piccoli segmenti con dolore ed impotenza funzionale</li> <li>11. Traumatismo osteoarticolare acuto</li> <li>12. Versamento articolare (idrarto) importante</li> <li>13. Altro (10%)**</li> </ol>
U (PEDIATRIA)	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Artralgia di natura traumatica</li> <li>2. Sospetta patologia tumorale primitiva (dopo esecuzione imaging)</li> <li>3. Altro (10%)**</li> </ol>

CLASS_RAO 041	<b>PRIMA VISITA ORTOPEDICA - Codice 89.7B.8</b> Incluso: eventuale podoscopia per prescrizione di plantare	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dolore dorsale persistente in paziente osteoporotico</li> <li>2. Artropatia cronica con sintomi di riacutizzazione resistente a terapia</li> <li>3. Cervicobrachialgia e/o lombosciatalgia acuta in assenza di segni neurologici periferici resistente a terapia</li> <li>4. Sindromi canalicolari con impotenza funzionale</li> <li>5. Tendiniti e tenosinoviti acute</li> <li>6. Versamento articolare non traumatico e non cronico senza segni chiari di flogosi</li> <li>7. Altro (10%)**</li> </ol>
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Artropatia resistente a terapia</li> <li>2. Displasia evolutiva anca (DEA o DCA) con ecografia anche da: tipo II° C secondo Graf o più grave</li> <li>3. Gonalgia da sospetto Osgood-Schlatter</li> <li>4. Piede torto congenito</li> <li>5. Pregressa frattura (con forte limitazione del movimento)</li> <li>6. Tendiniti e tenosinoviti acute</li> <li>7. Torcicollo con ecografia del muscolo sternocleidomastoideo positiva</li> <li>8. Altro (10%)**</li> </ol>

CLASS_RAO 041	<b>PRIMA VISITA ORTOPEDICA - Codice 89.7B.8</b> Incluso: eventuale podoscopia per prescrizione di plantare	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	30 gg	1. Cervicobrachialgia e/o lombosciatalgia croniche 2. Patologie osteoarticolari croniche 3. Sindromi canalicolari senza impotenza funzionale 4. Altro (10%)**
D (PEDIATRIA)	30 gg	1. Anomalie della marcia 2. Pollice (o altre dita) flessione o a scatto 3. Scoliosi 4. Altro (10%)**
P	120 gg	1. Tumefazioni ossee non dolenti (esostosi, cisti) 2. Altro (10%)**
P (PEDIATRIA)	120 gg	1. Bambini con paramorfismi articolari (piede piatto, ginocchio valgo, metatarso varo sopra 1 anno, cifosi) 2. Sindattilie e altre alterazioni delle dita 3. Tumefazioni ossee non dolenti (esostosi, cisti) 4. Altro (10%)**



CLASS_RAO 042	<b>PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRICA – Codice 89.7B.9</b> Incluso, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità vestibolare, utilizzo di fibre ottiche, rimozione di cerume	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
EMERGENZA***	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ascesso peritonsillare</li> <li>2. Corpi estranei nel distretto ORL</li> <li>3. Disfagia acuta e/o grave</li> <li>4. Dispnea inspiratoria acuta</li> <li>5. Ematoma o emorragia importante in atto nel distretto ORL</li> <li>6. Emorragia post-intervento ORL</li> <li>7. Ipoacusia da trauma acustico di recente insorgenza</li> <li>8. Ipoacusia improvvisa escluso tappo di cerume o otite acuta</li> <li>9. Otorragia in trauma cranico</li> <li>10. Paralisi acuta del facciale</li> <li>11. Reazioni allergiche con edema nel distretto ORL</li> <li>12. Traumi e ferite nel distretto ORL</li> <li>13. Trisma</li> <li>14. Tumefazione flogistica acuta del collo</li> <li>15. Vertigine acuta e/o invalidante accompagnata da altri segni/sintomi di scompenso vestibolare</li> </ol>

CLASS_RAO 042	<b>PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRICA – Codice 89.7B.9</b> Incluso, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità vestibolare, utilizzo di fibre ottiche, rimozione di cerume	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
EMERGENZA*** (PEDIATRIA)	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ipoacusia da trauma acustico di recente insorgenza</li> <li>2. Ascesso peritonsillare</li> <li>3. Corpi estranei nel distretto ORL</li> <li>4. Disfagia acuta e/o grave</li> <li>5. Dispnea inspiratoria acuta</li> <li>6. Ematoma o emorragia importante in atto nel distretto ORL</li> <li>7. Emofoe</li> <li>8. Epistassi continuativa</li> <li>9. Flogosi dell'orecchio medio in paziente con impianto cocleare</li> <li>10. Ipoacusia improvvisa</li> <li>11. Mastodite/otite acuta o cronica con complicazioni</li> <li>12. Otorragia</li> <li>13. Paralisi acuta del facciale</li> <li>14. Reazioni allergiche con edema nel distretto ORL</li> <li>15. Sinusite complicata</li> <li>16. Traumi e ferite nel distretto ORL</li> <li>17. Trisma</li> <li>18. Vertigine acuta e/o invalidante accompagnata da altri segni/sintomi di scompenso vestibolare</li> </ol>

<b>CLASS_RAO 042</b>	<b>PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRICA – Codice 89.7B.9</b>	
	Incluso, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità vestibolare, utilizzo di fibre ottiche, rimozione di cerume	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Epistassi continuativa</li> <li>2. Otorrea persistente resistente a terapia</li> <li>3. Rinorrea persistente resistente a terapia</li> <li>4. Sospetto di rinosinusopatia acuta</li> <li>5. Altro (10%)**</li> </ol>
U (PEDIATRIA)	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Otorrea persistente resistente a terapia</li> <li>2. Rinorrea persistente resistente a terapia</li> <li>3. Altro (10%)**</li> </ol>
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acufeni ad alta intensità e ad insorgenza recente</li> <li>2. Emofoe</li> <li>3. Flogosi dell'orecchio medio in paziente con impianto cocleare</li> <li>4. Odinofagia e/o disfagia e/o disfonia persistente o ingravescente</li> <li>5. Sospetta neoplasia ORL con sintomi/segni specifici e/o imaging positivo</li> <li>6. Altro (10%)**</li> </ol>
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Epistassi ricorrente di grado lieve e/o resistente a terapia</li> <li>2. Ipoacusia post meningite o post malattie infettive</li> <li>3. Linfadenopatia laterocervicale persistente</li> <li>4. Peggioramento di apnee notturne già documentate di grado severo</li> <li>5. Sinusite già documentata resistente a terapia</li> <li>6. Altro (10%)**</li> </ol>

CLASS_RAO 042	<b>PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRICA – Codice 89.7B.9</b> Incluso, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità vestibolare, utilizzo di fibre ottiche, rimozione di cerume	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	30 gg	1. Acufeni/ipoacusia persistenti 2. Disfonia senza rischio documentato 3. Dolore persistente post traumatico 4. Epistassi episodica non in TAO 5. Faringotonsillite acuta recidivante 6. Neoformazioni regione laterocervicale/loggia parotidea/loggia tiroidea in lento accrescimento, già note 7. Ostruzione nasale di recente insorgenza ma persistente al trattamento 8. Processi flogistici recidivanti/cronici delle vie aerodigestive superiori 9. Sospetto della Sindrome delle apnee ostruttive del sonno (OSAS) 10. Vertigine non acuta e/o non invalidante 11. Altro (10%)**
D (PEDIATRIA)	30 gg	1. Disfagia/disfonia non acuta e/o non grave 2. Neoformazioni regione laterocervicale/loggia parotidea/loggia tiroidea in lento accrescimento, già note 3. Otite media effusiva da oltre 3 mesi 4. Ritardo del linguaggio/apprendimento 5. Sospetto della sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno (OSAS) 6. Valutazione neonato pretermine, se non precedente screenato, nel sospetto di una ipofunzione dell'orecchio 7. Vertigine episodica non acuta 8. Altro (10%)**

CLASS_RAO 042	<b>PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRICA - Codice 89.7B.9</b>	
	Incluso, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità vestibolare, utilizzo di fibre ottiche, rimozione di cerume	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
P	120 gg	1. Ipoacusie progressive 2. Presbiacusia ipoacusie tecnopatiche 3. Altro (10%)**
P (PEDIATRIA)	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

<b>CLASS_RAO 043</b>	<b>PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA - Codice 89.7C.1</b> Incluso: eventuale rilevazione incruenta della saturazione arteriosa	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stato di male asmatico</li> <li>2. Riaccutizzazione di insufficienza respiratoria cronica</li> <li>3. Emottisi/Emoftoe</li> <li>4. Dolore toracico di sospetta natura pleuro-polmonare</li> <li>5. Altro (10%)</li> </ol>
U (PEDIATRIA)	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tosse persistente per oltre tre settimane</li> <li>2. Sospetta pneumopatia infiltrativa diffusa</li> <li>3. Sospetta neoplasia dopo imaging</li> <li>4. Altro (10%)**</li> </ol>
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Episodi asmatici ricorrenti in paziente con asma moderata</li> <li>2. Tosse persistente per oltre tre settimane</li> <li>3. Valutazione pneumologica di paziente con patologia neuromuscolare</li> <li>4. Altro (10%)**</li> </ol>
D	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sospetta Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno (OSAS)</li> <li>2. Sospetto di asma bronchiale</li> <li>3. Valutazione pneumologica di paziente con patologia neuromuscolare</li> <li>4. Altro (10%)**</li> </ol>
D (PEDIATRIA)	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Episodi asmatici ricorrenti in paziente con asma lieve</li> <li>2. Sospetta Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno (OSAS)</li> <li>3. Sospetto di asma bronchiale</li> <li>4. Polmoniti ricorrenti</li> <li>5. Altro (10%)**</li> </ol>
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sospetto di BPCO (con associata spirometria)</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
P (PEDIATRIA)	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

CLASS_RAO 044	PRIMA VISITA REUMATOLOGICA - Codice 89.7	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Versamento articolare non traumatico e non cronico con segni chiari di flogosi</li> <li>2. Raynaud severo con disturbi trofici importanti</li> <li>3. Mialgia e/o marcata ipostenia con elevazione CPK</li> <li>4. Sospetti effetti iatrogeni gravi (es. mielotossicità, epatotossicità)</li> <li>5. Alto rischio teratogeno (gravidanza in corso di trattamento immunosoppressivo)</li> <li>6. Riacutizzazione (sintomi/alterazioni bioumorali) di connettiviti o vasculiti con compromissione di organi vitali (cuore, rene, polmoni, SNC)</li> <li>7. Rachialgia da sospetta spondilodiscite settica (rachialgia intensa con febbre)</li> <li>8. Cefalea e/o disturbi visivi di recente insorgenza in sospetta arterite di Horton</li> <li>9. Crolli e/o fratture vertebrali acuti (dopo esecuzione imaging)</li> <li>10. Altro (10%)**</li> </ol>
U (PEDIATRIA)	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Raynaud severo con disturbi trofici importanti</li> <li>2. Sospetti effetti iatrogeni gravi (es. mielotossicità, epatotossicità)</li> <li>3. Dolore e/o marcata ipostenia con elevazione CPK associati a segni sistemici e/o segni cutaneo-mucosi</li> <li>4. Manifestazioni suggestive di connettiviti con compromissione di organi vitali</li> <li>5. Altro (10%)**</li> </ol>

CLASS_RAO 044	PRIMA VISITA REUMATOLOGICA - Codice 89.7	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Versamento articolare non traumatico e non cronico senza segni chiari di flogosi</li> <li>2. Artrite di recente insorgenza (rigidità mattutina &gt; 30 minuti, artrite in 3 o più articolazioni, interessamento delle articolazioni metacarpofalangee o metatarsofalangee)</li> <li>3. Segni suggestivi di patologia reumatica: noduli dermo-ipodermici dolenti (eritema nodoso); porpora palpabile; eritema a farfalla al volto; fenomeno di Raynaud con interessamento cutaneo associato a sintomi sistemici (artralgie o febbricola o astenia o calo ponderale); aftosi orale e genitale contemporanea</li> <li>4. Pneumopatia interstiziale e/o ipertensione polmonare in associazione al riscontro di auto-anticorpi</li> <li>5. Artrite/artralgia intense resistente ai FANS</li> <li>6. Necessità di variazione terapia per effetti iatrogeni non gravi</li> <li>7. Artrite o dattilite (dito a "salsicciotto" dolente) in paziente affetto da psoriasi (o familiarità) e/o recente episodio infettivo e/o malattia cronica dell'intestino</li> <li>8. Artrite di recente comparsa associata a sintomi sistemici: febbricola, astenia, calo ponderale inspiegabile (4-5%)</li> <li>9. Rachialgia da sospetta spondilodiscite</li> <li>10. Altro (10%)**</li> </ol>
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Versamento articolare non traumatico e non cronico con segni chiari di flogosi in assenza di manifestazioni sistemiche</li> <li>2. Segni suggestivi di patologia reumatica: noduli dermo-ipodermici dolenti (eritema nodoso); porpora palpabile; eritema a farfalla al volto; fenomeno di Raynaud con interessamento cutaneo associato a sintomi sistemici (artralgie o febbricola o astenia o calo ponderale); aftosi orale e genitale contemporanea</li> <li>3. Artrite o dattilite (dito a "salsicciotto" dolente) in paziente affetto da psoriasi (o familiarità) e/o recente episodio infettivo e/o malattia cronica dell'intestino</li> <li>4. Necessità di variazione terapia per effetti iatrogeni non gravi</li> <li>5. Altro (10%)**</li> </ol>



<b>CLASS_RAO 044</b>	<b>PRIMA VISITA REUMATOLOGICA - Codice 89.7</b>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
D	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dolore vertebrale infiammatorio</li> <li>2. Riacutizzazione non grave (sintomi/alterazioni bioumorali) di forma infiammatoria cronica già in trattamento senza compromissione di organi vitali</li> <li>3. Fenomeno di Raynaud isolato di recente insorgenza</li> <li>4. Xerostomia e/o xeroftalmia persistenti e non farmaco-dipendenti</li> <li>5. Altro (10%)**</li> </ol>
D (PEDIATRIA)	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Riacutizzazione non grave (sintomi/alterazioni bioumorali) di forma infiammatoria cronica già in trattamento senza compromissione di organi vitali</li> <li>2. Xerostomia e/o xeroftalmia persistenti e non farmaco-dipendenti</li> <li>3. Febbri ricorrenti</li> <li>4. Uveite ricorrente/persistente in assenza di rischio di visus, dopo valutazione oculistica</li> <li>5. Altro (10%)**</li> </ol>
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valutazione rischio osteoporosi</li> <li>2. Indici di flogosi persistentemente alterati in assenza di manifestazioni cliniche</li> <li>3. Alterazione di parametri relativi all'autoimmunità (FR, ANA, ENA, ANCA, aCL, TAS, ecc.) senza manifestazioni cliniche</li> <li>4. Sospetta sindrome fibromialgica</li> <li>5. Altro (10%)**</li> </ol>
P (PEDIATRIA)	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fenomeno di Raynaud isolato di recente insorgenza non associato a segni sistemici</li> <li>2. Fibromialgie o dolori diffusi sine materia</li> <li>3. Alterazione di parametri relativi all'autoimmunità (FR, ANA, ENA, ANCA, aCL, TAS, ecc.) senza manifestazioni cliniche</li> <li>4. Dolori articolari persistenti non associati a segni sistemici e con valori bioumorali e di emocromo nella norma</li> <li>5. Altro (10%)**</li> </ol>

CLASS_RAO 045	<b>PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA - Codice 89.7C.3</b> Incluso: esplorazione dei genitali esterni ed esplorazione rettale	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
EMERGENZA***	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Colica renale complicata (resistente a terapia e/o macroematuria e/o febbre)</li> <li>2. Macroematuria con tamponamento vescicale (ritenzione urinaria)</li> <li>3. Malfunzionamento catetere vescicale, epicistostomia, nefrostomia</li> <li>4. Parafimosi</li> <li>5. Priapismo</li> <li>6. Prostatite acuta resistente a terapia</li> <li>7. Ritenzione urinaria acuta (in casi di impossibilità di cateterizzazione)</li> <li>8. Scroto acuto con sospetta torsione di testicolo</li> <li>9. Sospetta urosepsi</li> <li>10. Trauma acuto che coinvolge l'apparato uro-genitale</li> </ol>
EMERGENZA*** (PEDIATRIA)	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Addome acuto in soggetto portatore di enterocistoplastica con Mitrofanoff/Monti</li> <li>2. Colica renale complicata (resistente a terapia e/o macroematuria e/o febbre)</li> <li>3. Macroematuria</li> <li>4. Parafimosi</li> <li>5. Priapismo</li> <li>6. Ritenzione urinaria acuta (in casi di impossibilità di cateterizzazione)</li> <li>7. Scroto acuto</li> <li>8. Trauma acuto che coinvolge l'apparato uro-genitale</li> <li>9. Urosepsi e/o sospetta pielonefrite acuta</li> </ol>
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Macroematuria di recente insorgenza non accompagnata da sintomatologia dolorosa</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
U (PEDIATRIA)	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sospetta neoplasia dell'apparato uro-genitale</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>

CLASS_RAO 045	<b>PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA - Codice 89.7C.3</b> Incluso: esplorazione dei genitali esterni ed esplorazione rettale	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
B	10 gg	1. Colica reno-ureterale non complicata 2. Idroureteronefrosi di varia eziologia 3. Macroematuria 4. Sospetta neoplasia dell'apparato uro-genitale 5. Altro (10%)**
B (PEDIATRIA)	10 gg	1. Colica reno-ureterale non complicata 2. Idrocele teso 3. Altro (10%)**
D	30 gg	1. Calcolosi reno-ureterale non ostruente 2. Calcolosi vescicale 3. Cistocele 4. Condilomatosi genitale 5. Curvatura del pene (induratio penis plastica) 6. Emostermia 7. Idrocele 8. Infezioni vie urinarie recidivanti 9. Microematuria 10. Altro (10%)**

CLASS_RAO 045	<b>PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA - Codice 89.7C.3</b> Incluso: esplorazione dei genitali esterni ed esplorazione rettale	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D (PEDIATRIA)	30 gg	1. Calcolosi reno-ureterale non ostruente 2. Calcolosi vescicale 3. Dilatazione delle vie urinarie asintomatica di varia eziologia 4. Emospermia 5. Infezioni vie urinarie recidivanti (sospetto RVU) 6. Vescica neurologica/disrafismo spinale occulto 7. Altro (10%)**
P	120 gg	1. Cisti renali 2. Fimosi non complicata 3. Disturbi della fertilità 4. Disfunzione erettile 5. Disturbi minzionali 6. Eiaculazione precoce 7. Varicocele 8. Altro (10%)**
P (PEDIATRIA)	120 gg	1. Fimosi non complicata 2. Curvatura del pene (Recurvatum) 3. Disturbi minzionali (BBD) + enuresi 4. Idrocele 5. Ipospadi 6. Enuresi in paziente > 5 anni 7. Testicolo ritenuto 8. Varicocele 9. Altro (10%)**

<b>CLASS_RAO 046</b>	<b>RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC - Codice 88.95.5</b> Incluso: relativo distretto vascolare	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sospetto di neoplasia maligna in sede pelvica dopo esame diagnostico di 1° livello o prima stadiazione</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Endometriosi</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

<b>CLASS_RAO 047</b>	<b>RM DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.95.1</b> Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quadro clinico laboratoristico di ittero ostruttivo dopo ecografia non conclusiva</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dolore persistente post colecistectomia (colangio-RM)</li> <li>2. Patologia ostruttiva dell'apparato urinario (uro-RM)</li> <li>3. Altro (10%)**</li> </ol>
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

CLASS_RAO 048	<b>RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC - Codice 88.95.2</b> Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	1. Caratterizzazione di lesione solida pancreaticata indeterminata alla ecografia e TC 2. Caratterizzazione di lesioni focali al fegato, dopo ecografia e TC non conclusive 3. Ostruzione acuta delle vie biliari dopo ecografia e TC non conclusive 4. Sospetto di neoplasia maligna in sede addominale dopo esame diagnostico di 1° livello o prima stadiazione 5. Altro (10%)**
D	60 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
P	120 gg	1. Incidentaloma surrenalico 2. Sospetta patologia malformativa-genetica 3. Altro (10%)**

CLASS_RAO 049	<p style="text-align: center;"><b>RM DEL COLLO - Codice 88.91.6</b>  [Faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi] Incluso: relativo distretto vascolare</p> <p style="text-align: center;"><b>RM DEL COLLO SENZA E CON MDC - Codice 88.91.7</b>  [Faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi] Incluso: relativo distretto vascolare</p>	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sospetta neoplasia maligna del tratto rino-oro-ipofaringeo e ghiandole salivari, dopo ecografia ed TC non conclusive</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
D	60 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. A completamento di indagine TC (es. per chemodectoma)</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>



CLASS_RAO 050	<b>RM DELLA COLONNA IN TOTO - Codice 88.93.6</b> <b>RM DEL RACHIDE CERVICALE, DORSALE, LOMBOSACRALE E SACROCOCCIGEO -</b> <b>Codici 88.93.2, 88.93.3, 88.93.4 e 88.93.5</b>	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rachialgia acuta o cronica riacutizzata in paziente con grave e persistente sintomatologia radicolare (deficit motorio e/o sensitivo clinicamente documentato) dopo 3 settimane di riposo e/o terapia medica senza risultati</li> <li>2. Dolore rachideo e/o sintomatologia di tipo neurologico, resistente alla terapia, della durata di almeno due settimane</li> <li>3. Traumi recenti e fratture da compressione</li> <li>4. Altro (10%)**</li> </ol>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rachialgia acuta o subacuta o cronica o recidivante con sintomatologia radicolare modesta (dolore non persistente senza deficit motorio)</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

CLASS_RAO 051	<b>RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC - Codici 88.93.7 e 88.93.B</b> <b>RM DEL RACHIDE DORSALE, LOMBO-SACRALE E SACROCOCIGGEO SENZA E CON MDC - Codici</b> <b>88.93.8, 88.93.9, 88.93.A</b>	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. PATOLOGIA ONCOLOGICA: dolore violento, recente, ingravescente in caso di esame radiografico e/o TC non conclusivo</li> <li>2. SOSPETTO ONCOLOGICO: dolore ingravescente continuo anche a riposo e con persistenza notturna. Anche in assenza di dolore in presenza di deficit motori e sensitivi degli arti superiori o rigidità piramidale degli arti inferiori in caso di esame radiografico e/o TC non conclusivo</li> <li>3. SOSPETTA INFEZIONE: dolore ingravescente continuo anche a riposo e con persistenza notturna. In presenza di febbre, recenti infezioni batteriche, terapie immunosoppressive, HIV in caso di esame radiografico e/o TC non conclusivo</li> <li>4. Altro (10%)**</li> </ol>
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Complicanze post-traumatiche</li> <li>2. PATOLOGIA ONCOLOGICA: in presenza di deficit motori o sensitivi degli arti superiori o rigidità piramidale degli arti inferiori anche in assenza di dolore</li> <li>3. Rachialgia acuta o cronica riacutizzata in paziente con grave e persistente sintomatologia radicolare (dolore acuto e/o deficit motorio e/o sensitivo clinicamente documentato) in paziente operato di ernia discale</li> <li>4. Studio di stadiazione oncologica o in ambito pediatrico; dubbio diagnostico di stenosi del canale midollare (solo per codice 88.93.B)</li> <li>5. Altro (10%)**</li> </ol>
D	60 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

<b>CLASS_RAO 052</b>	<b>RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.91.2</b>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sospetta lesione espansiva intracranica in paziente clinicamente sintomatico</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
U (PEDIATRIA)	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Idrocefalo (dopo TC non conclusiva)</li> <li>2. Patologia espansiva orbitaria</li> <li>3. Prima diagnosi di Sclerosi multipla o altre malattie demielinizzanti</li> <li>4. Primo episodio di epilessia</li> <li>5. Tumori cavità orale e lingua</li> <li>6. Altro (10%)**</li> </ol>
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Arresto sviluppo psico-motorio</li> <li>2. Tumori cavità orale e lingua</li> <li>3. Altro (10%)**</li> </ol>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cefalea continua di nuova insorgenza non sensibile a terapie, in assenza di segni o sintomi localizzanti, dopo TC conclusiva</li> <li>2. Prima diagnosi di Morbo di Parkinson (preferibilmente RM senza mdc per codice 88.91.1)</li> <li>3. Sospetto neurinoma del nervo acustico</li> <li>4. Sospetta patologia espansiva ipofisaria</li> <li>5. Altro (10%)**</li> </ol>
D (PEDIATRIA)	60 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sindromi genetiche</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
P (PEDIATRIA)	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sindromi genetiche</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>

<b>CLASS_RAO 053</b>	<b>RM MUSCOLOSCELETRICA (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, BACINO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE) - Codici 88.94.4, 88.94.5, 88.94.6, 88.94.7, 88.94.8, 88.94.9, 88.94.A, 88.94.B, 88.94.C, 88.94.D, 88.94.E, 88.94.F, e 88.94.G</b>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gonalgia acuta con limitazioni funzionali gravi (compromissione della deambulazione) o blocco articolare in paziente con età &lt; 65 anni</li> <li>2. PATOLOGIA TRAUMATICA: indicata nel caso di sospette lesioni legamentose intra-articolari con dolore persistente e/o blocco articolare; valutazione preliminare alla artroscopia (solo per RM Ginocchio)</li> <li>3. PATOLOGIA TRAUMATICA: indicata nel caso di lesione osteocondrale dubbia alla Rx. In caso di dolore persistente con sospetta lesione legamentosa ed ecografia negativa o dubbia</li> <li>4. Sospette lesioni tendinee o legamentose post traumatiche in pazienti di età &lt; 65 anni e/o fibrocartilaginee</li> <li>5. Sospetta osteonecrosi</li> <li>6. Spalla dolorosa con grave limitazione funzionale dopo almeno 30 gg di terapia documentata e non risolutiva</li> <li>7. Altro (10%)**</li> </ol>

<b>CLASS_RAO 053</b>	<b>RM MUSCOLOSCELETRICA (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, BACINO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE) - Codici 88.94.4, 88.94.5, 88.94.6, 88.94.7, 88.94.8, 88.94.9, 88.94.A, 88.94.B, 88.94.C, 88.94.D, 88.94.E, 88.94.F, e 88.94.G</b>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Patologia del tunnel carpale in caso di recidiva dopo chirurgia</li> <li>2. POST-CHIRURGICA: non indicata inizialmente. Migliore valutazione delle eventuali complicanze</li> <li>3. Sospetta necrosi dello scafoide (solo se precedenti indagini sono negative)</li> <li>4. Sospetta osteocondrite</li> <li>5. SOSPETTA INFIAMMAZIONE: per malattia artritica al fine di valutare estensione processo flogistico articolare alla componente cartilaginea e scheletrica. Ai fini della diagnosi di Early arthritis: prescrivibile solo dopo Rx negativa, ecografia positiva e test di laboratorio probanti per la malattia artritica, per valutare l'estensione del processo flogistico articolare alla componente cartilaginea e scheletrica .Non ripetibile prima di almeno 3 mesi, in funzione del quadro clinico-laboratoristico*</li> <li>6. Altro (10%)**</li> </ol>
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gonalgia con limitazioni funzionali in paziente con età &gt; 65 anni</li> <li>2. Sindrome da conflitto articolare</li> <li>3. Patologia algico-disfunzionale dell'articolazione temporo-mandibolare</li> <li>4. Patologie infiammatorie croniche</li> <li>5. Altro (10%)**</li> </ol>

\*Nei quadri di degenerazione artrosica è indicato l'esame radiologico ed inappropriato l'esame RM.

<b>CLASS_RAO 054</b>	<b>RM MUSCOLOSCELETRICA (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, BACINO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE) SENZA E CON MDC - Codici 88.94.H, 88.94.J, 88.94.K, 88.94.L, 88.94.M, 88.94.N, 88.94.P, 88.94.Q, 88.94.R, 88.94.S, 88.94.T, 88.94.U, e 88.94.V</b>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. PATOLOGIA ONCOLOGICA: indagine di scelta per la stadiazione locale di una neoplasia accertata</li> <li>2. Sospetta neoplasia dopo indagine radiologica di 1° livello</li> <li>3. Sospetta osteomielite o raccolta flogistica/ ematica</li> <li>4. SOSPETTO ONCOLOGICO: indicata per la migliore valutazione delle strutture muscolari e tendinee</li> <li>5. Altro (10%)**</li> </ol>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Patologia reumatica</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

LASS_RAO 055	<b>RX DELLA CAVIGLIA - Codice 88.28.1</b> <b>RX DEL PIEDE [CALCAGNO] - Codice 88.28.2</b> comprese le dita	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Dolore persistente dopo trauma lieve 2. Altro (10%)**
B	10 gg	1. Dolore persistente e resistente alla terapia dopo 3 settimane 2. Altro (10%)**
D	60 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

CLASS_RAO 056	<b>RX DELLA COLONNA CERVICALE, DORSALE E LOMBOSACRALE - Codici 87.22, 87.23,87.24</b> <b>RX MORFOMETRIA VERTEBRALE DORSALE E LOMBARE - Codici 87.23.64, 87.24.7</b> <b>RX STANDARD SACROCOCCIGE - Codice 87.24.6</b>	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Dolore persistente dopo trauma lieve 2. Altro (10%)**
B	10 gg	1. Dolore persistente e resistente alla terapia dopo 3 settimane 2. Morfometria vertebrale per sospetto crollo vertebrale su base osteoporotica 3. Altro (10%)**
D	60 gg	1. Scoliosi, dismorfismi scheletrici 2. Altro (10%)**
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*



<b>CLASS_RAO 057</b>	<b>RX DEL FEMORE - Codice 88.27.1 RX DEL GINOCCHIO - Codice 88.27.2 RX DELLA GAMBA - Codice 88.27.3</b>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	1. Dolore persistente dopo trauma lieve 2. Altro (10%)**
B	10 gg	1. Dolore persistente e resistente alla terapia dopo 3 settimane 2. Sospetta artrite settica o infiammatoria 3. Altro (10%)**
D	60 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

<b>CLASS_RAO 058</b>	<b>RX DEL GOMITO - Codice 88.22.1 RX DELL'AVAMBRACCIO - Codice 88.22.2</b>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	1. Dolore persistente dopo trauma lieve 2. Altro (10%)**
B	10 gg	1. Dolore persistente e resistente alla terapia dopo 3 settimane 2. Altro (10%)**
D	60 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

CLASS_RAO 059	<b>RX DEL POLSO - Codice 88.23.1</b> <b>RX DELLA MANO - Codice 88.23.2</b> comprese le dita	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Dolore persistente dopo trauma lieve 2. Altro (10%)**
B	10 gg	1. Bilancio di estensione di malattia reumatica sintomatica (primo esame) su indicazione specialistica reumatologica 2. Dolore persistente e resistente alla terapia dopo 3 settimane 3. Sospetta artrite settica o infiammatoria 4. Altro (10%)**
D	60 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

<b>CLASS_RAO 060</b>	<b>RX DELLA SPALLA - Codice 88.21.2</b>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	1. Dolore persistente dopo trauma lieve 2. Altro (10%)**
B	10 gg	1. Dolore persistente e resistente alla terapia dopo 3 settimane 2. Altro (10%)**
D	60 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

CLASS_RAO 061	<b>RX DEL TORACE - Codice 87.44.1</b> Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Dispnea ingravescente senza causa nota 2. Sospetta broncopolmonite 3. Sospetta lesione neoplastica (in presenza di segni/sintomi clinici specifici) 4. Sospetto versamento pleurico 5. Altro (10%)**
B	10 gg	1. Tosse senza causa evidente 2. Altro (10%)**
D	60 gg	1. Sospetta patologia interstiziale diffusa 2. Altro (10%)**
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

<b>CLASS_RAO 062</b>	<b>SCINTIGRAFIA TIROIDEA - Codice 92.01.3</b>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
U (PEDIATRIA)	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnosi differenziale ipertiroidismo/tireotossicosi</li> <li>2. Nodulo tiroideo con TSH &lt; 0,5 microUI/ml in assenza di opoterapia</li> <li>3. Altro (10%)**</li> </ol>
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sospetta tiroide ectopica</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valutazione del gozzo multinodulare per completamento diagnostico</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
D (PEDIATRIA)	60 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
P (PEDIATRIA)	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

CLASS_RAO 063	<p align="center"><b>SPIROMETRIA SEMPLICE - Codice 89.37.1</b>  Non associabile a 89.37.4 TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA  <b>SPIROMETRIA GLOBALE - Codice 89.37.2</b>  [con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica]</p>	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dispnea di recente insorgenza o ingravescente</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dispnea da sforzo</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sospetto di BPCO (con associata visita pneumologica)</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>

CLASS_RAO 064	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO. Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica - Codice 88.71.2  ECOCOLORDOPPLER TRANSCRANICO - Codice 88.71.3	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. TIA/ictus ischemico accertato negli ultimi 3 mesi</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Placca complessa dei tronchi sovra-aortici</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Placca non complessa dei tronchi sovra-aortici</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>



CLASS_RAO 065	<b>TC DELL'ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC - Codice 88.01.2</b> Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni <b>TC DELL'ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC - Codice 88.01.4</b> Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata <b>TC DELL'ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC - Codice 88.01.6</b>	
	CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA
U	72 h	1. Calcolosi renale complicata con ecografia non conclusiva (solo su richiesta specialistica urologica)
B	10 gg	1. Evidenza clinica o strumentale (ecografia) di patologia oncologica addomino-pelvica 2. Primo riscontro ecografico di aneurisma dell'aorta addominale > a 4 cm 3. Riscontro a seguito di follow-up ecografico di aumento > di cm 1 di diametro di aneurisma dell'aorta addominale 4. Caratterizzazione di lesioni focali al fegato, dopo ecografia non conclusiva (è preferibile la RM come indagine di 2° livello dopo ecografia in caso di pazienti giovani) 5. Altro (10%)**
D	60 gg	1. Sospetta surrenopatia endocrina con ecografia non conclusiva (è preferibile la RM come indagine di 2° livello dopo ecografia) 2. Sospetta pancreatite cronica 3. Lesioni focali al fegato con diagnosi ecografica verosimilmente benigna ma non conclusiva (è preferibile la RM come indagine di 2° livello dopo ecografia in caso di pazienti giovani) 4. Altro (10%)**
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

<b>CLASS_RAO 066</b>	<b>TC ARTICOLARE (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, SPALLA E BRACCIO, GOMITO E AVAMBRACCIO, POLSO E MANO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA, PIEDE, GINOCCHIO E GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE) - Codici 88.38.G, 88.38.H, 88.38.J, 88.38.K, 88.38.L, 88.38.M, 88.38.N, 88.38.P, 88.38.Q, 88.39.2, 88.39.3, 88.39.4, 88.39.5, 88.39.6, 88.39.7, 88.39.8 e 88.39.9</b>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sospetta frattura dopo esame radiografico negativo</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. PATOLOGIA TRAUMATICA: non indicata inizialmente. Per valutazione scheletrica pre-chirurgica</li> <li>2. Valutazione di alterazioni ossee riscontrate in esame radiografico in paziente pauci-sintomatico</li> <li>3. Valutazione di rilievi scintigrafici ossei positivi con esame radiografico non conclusivo</li> <li>4. Altro (10%)**</li> </ol>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. POST-CHIRURGICO: non indicata inizialmente. Per una migliore valutazione dell'evoluzione clinica e di eventuali complicanze ossee</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

<b>CLASS_RAO 067</b>	<b>TC ARTICOLARE (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, SPALLA E BRACCIO, GOMITO E AVAMBRACCIO, POLSO E MANO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA, PIEDE, GINOCCHIO E GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE) SENZA E CON MDC - Codici 88.38.R, 88.38.S, 88.38.T, 88.38.U, 88.38.V, 88.38.W, 88.38.X, 88.38.Y, 88.38.Z, 88.39.A, 88.39.B, 88.39.C, 88.39.D, 88.39.E, 88.39.F, 88.39.G e 88.39.H</b>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. PATOLOGIA ONCOLOGICA: valutazione delle strutture scheletriche in presenza di reperto positivo ai prioritari esami radiografici (in pazienti in cui è controindicata la RM)</li> <li>2. SOSPETTO ONCOLOGICO: valutazione delle strutture scheletriche in presenza di reperto dubbio ai prioritari esami radiografici o alla scintigrafia ossea (in pazienti in cui è controindicata la RM)</li> <li>3. Valutazione/caratterizzazione patologia espansiva (in pazienti in cui è controindicata la RM)</li> <li>4. Altro (10%)**</li> </ol>
D	60 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

<b>CLASS_RAO 068</b>	<b>TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE - Codice 88.38.5</b>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	1. Sospetto di neoplasia maligna dopo esame radiografico di 1° livello 2. Altro (10%)**
D	60 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

<b>CLASS_RAO 069</b>	<b>TC CRANIO-ENCEFALO - Codice 87.03</b> Non associabile a TC Sella Turcica (87.03.A) e TC Orbite (87.03.C)	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sospetti segni e/o sintomi di TIA, verificatosi da oltre 48 h in paziente a basso rischio di recidiva</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sospetto ematoma sottodurale cronico o idrocefalo normoteso</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sospetta demenza vascolare</li> <li>2. Vertigini non di pertinenza otorino</li> <li>3. Altro (10%)**</li> </ol>
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

<b>CLASS_RAO 070</b>	<b>TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC - Codice 87.03.1</b> Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (87.03.B) e TC Orbite con e senza MCD (87.03.D)	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sospetta lesione espansiva intracranica in paziente clinicamente sintomatico (in pazienti in cui è controindicata la RM)</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
B	10 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cefalea semplice persistente con esame neurologico negativo</li> <li>2. Demenza o deterioramento mentale a lenta evoluzione (prima diagnosi)</li> <li>3. Patologia dell'orecchio medio (otiti croniche e colesteatomi)</li> <li>4. Altro (10%)**</li> </ol>
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

CLASS_RAO 071	<b>TC MASSICCIO FACCIALE - Codice 87.03.2</b> [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	1. Patologia sinusale infiammatoria e polipoide clinicamente sintomatica 2. Patologie odontogene complesse riconosciute alla indagine radiografica 3. Altro (10%)**
D	60 gg	1. Patologia sinusale infiammatoria e polipoide paucisintomatica/cronica 2. Altro (10%)**
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

<b>CLASS_RAO 072</b>	<b>TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC - Codice 87.03.3</b> [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	1. Sospetto di lesione espansiva (in pazienti in cui è controindicata la RM) 2. Altro (10%)**
D	60 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*



<b>CLASS_RAO 073</b>	<b>TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE, TORACICO, LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE - Codici 88.38.A, 88.38.B, 88.38.C</b>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sospetta frattura vertebrale dopo esame radiografico non conclusivo</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rachialgia acuta o cronica riacutizzata in paziente con grave e persistente sintomatologia radicolare (deficit motorio e/o sensitivo clinicamente documentato) dopo 3 settimane di riposo e/o resistente a terapia (in pazienti in cui è controindicata la RM)</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rachialgia acuta o subacuta o cronica o recidivante con sintomatologia radicolare modesta (dolore non persistente senza deficit motorio - in pazienti in cui è controindicata la RM)</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

<b>CLASS_RAO 074</b>	<b>TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE, TORACICO, LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE SENZA E CON MDC - Codici 88.38.D, 88.38.E, 88.38.F</b>	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. COMPLICANZE POST-CHIRURGICHE (in pazienti in cui è controindicata la RM)</li> <li>2. PATOLOGIA ONCOLOGICA: per la valutazione delle strutture scheletriche. Meglio la RM per lo studio del tessuto endocanalare e dei tessuti molli. In presenza di deficit neurologici anche in assenza di dolore</li> <li>3. SOSPETTO ONCOLOGICO: dopo RM dubbia e/o positiva. Per una migliore valutazione della componente scheletrica in caso di dolore ingravescente continuo insistente anche a riposo e di notte, o di deficit neurologici agli arti inferiori</li> <li>4. Altro (10%)**</li> </ol>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. PATOLOGIA SCHELETRICA NON ONCOLOGICA: per una migliore valutazione quando la RM non sia chiarificatrice</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

<b>CLASS_RAO 075</b>	<b>TC DEL TORACE - Codice 87.41</b> [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	
<b>CLASSE DI PRIORITA'</b>	<b>TEMPO MASSIMO DI ATTESA</b>	<b>INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO</b>
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sospetto di pneumotorace o pneumomediastino in paziente paucisintomatico con esame radiografico non conclusivo</li> <li>2. Sospetta patologia infiammatoria acuta con esame radiografico non conclusivo</li> <li>3. Altro (10%)**</li> </ol>
B	10 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sospetta interstiziopatia polmonare</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

CLASS_RAO 076	<b>TC DEL TORACE SENZA E CON MDC - Codice 87.41.1</b> [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	1. Evidenza clinica o strumentale (RX) di patologia oncologica mediastinica, polmonare o pleurica 2. Evidenza clinica o strumentale (RX) di patologia vascolare mediastinica (allargamento mediastinico) 3. Altro (10%)**
D	60 gg	1. Versamento pleurico e patologia infiammatoria a lenta risoluzione dopo esame radiografico 2. Altro (10%)**
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

CLASS_RAO 077	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO - Codice 89.41 ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO - Codice 89.44 TEST DA SFORZO CARDIOPOLMONARE - Codice 89.44.1 Incluso: ECG (89.52) , Analisi dei gas respiratori, Determinazione della ventilazione, Emogasanalisi	
	CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
U (PEDIATRIA)	72 h	1. Dolore toracico e/o palpitazioni sotto sforzo 2. Altro (10%)**
B	10 gg	1. Dolore toracico tipico da sforzo di recente insorgenza 2. Altro (10%)**
B (PEDIATRIA)	10 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
D	60 gg	1. Dolore toracico atipico di nuova insorgenza in paziente con cardiopatia ischemica nota o in soggetti ad elevato rischio cardiovascolare 2. Valutazione della terapia medica in pazienti coronaropatici 3. Valutazione funzionale cardiaca di paziente con scompenso cardiaco avanzato (Codice 89.44.1) 4. Altro (10%)**
D (PEDIATRIA)	60 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
P	120 gg	1. Valutazione prognostica post-sindrome coronarica acuta 2. Altro (10%)**
P (PEDIATRIA)	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

## NOTE

### **\*INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE**

I Gruppi Tematici, per alcune classi di priorità, non hanno ritenuto di inserire indicazioni cliniche, pertanto in tali casi è utilizzata l'espressione: "indicazioni cliniche non previste".

### **\*\*ALTRO (10%)**

Qualsiasi condizione clinica non prevista dalle "parole chiave" che si ritiene giustifichi l'attribuzione a quello specifico raggruppamento. Presuppone in ogni caso la descrizione in dettaglio delle condizioni cliniche.

### **\*\*\*EMERGENZA**

Le indicazioni cliniche, definite nell'ambito dei RAO, sono principalmente riferite a condizioni che non riguardano l'EMERGENZA. Tuttavia, in alcuni casi, i Gruppi Tematici hanno ritenuto opportuno elencare (con finalità di promemoria) condizioni cliniche riferite a situazioni non differibili, che presuppongono un sospetto di patologia tale da richiedere una più rapida presa in carico del paziente rispetto alla categoria "U" (3 gg di attesa).