



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

OGGETTO: Definizione dei Raggruppamenti d'Attesa Omogenei (RAO) per priorità clinica di accesso per la garanzia dei tempi massimi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente deliberazione, predisposto dalla PF competente in materia, dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

VISTA la proposta del Direttore ARS che contiene il parere favorevole di cui all'articolo 16, comma 1, lettera d) della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica e che dal presente atto non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione;

VISTO l'articolo 28, primo comma dello Statuto della Regione;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1;

D E L I B E R A

1. di adottare i Raggruppamenti d'Attesa Omogenei (RAO) per priorità clinica di accesso per la garanzia dei tempi massimi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale come specificato nell'allegato A che forma parte integrante della presente deliberazione;
2. di stabilire che il presente atto costituisce direttiva vincolante per i Direttori degli Enti del SSR che dovranno integrare i relativi piani attuativi aziendali entro 30 giorni dall'adozione della presente deliberazione;
3. di stabilire che eventuali costi aggiuntivi sono ricompresi nel budget assegnato agli Enti del SSR.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

(Elisa Moroni)

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

(Gian Mario Spacca)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Documento istruttorio

Normativa di riferimento

- LEGGE 3 agosto 2007, n. 120: Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria;
- Decreto del 18 maggio 2004 del Ministero dell'Economia e delle Finanze, di concerto col Ministero della Salute, attuativo del comma 2 dell'art.50 del D.L. 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n.326, concernente la definizione dei modelli di ricettari medici standardizzati e di ricetta medica a lettura ottica (G.U. 25 ottobre 2004);
- Intesa, 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 di Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste d'attesa per il triennio 2010-2012 di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005 n.266 (Rep. n. 189/CSR del 28 ottobre 2010);
- DGR n. 1111 del 15/10/07 "Progetto di Centro di Prenotazione Unico Regionale - Approvazione e determinazioni";
- DGR n. 1635 del 15/11/10 "Direttiva per la definitiva realizzazione del centro regionale unico di prenotazione - CUP e per il completamento del sistema informativo sanitario regionale - SIA";
- DGR n.1040 del 18/07/11 "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, di cui all'art. 1, comma 280, della L. n. 266/2005 ed approvazione del Piano regionale di governo delle liste di attesa";
- DGR n.1 del 07/01/2014 "Linee di indirizzo per il governo dell'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per la garanzia del rispetto dei Tempi massimi di attesa".

Motivazione

L'Assistenza Specialistica Ambulatoriale riveste un ruolo rilevante fra le forme di cura alternative al ricovero ospedaliero, tanto da rappresentare la più diffusa modalità di accesso del cittadino al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), con una progressiva tendenza all'aumento del numero e della complessità delle prestazioni richieste. I Livelli essenziali di assistenza (Lea) comprendono, nell'area dell'assistenza specialistica ambulatoriale, tutte le prestazioni finalizzate alla prevenzione, diagnosi e cura, erogate da medici specialisti che operano nelle strutture del Servizio Sanitario Nazionale. Nella Regione Marche, come peraltro nelle restanti, si assiste ad un progressivo incremento della domanda di indagini diagnostiche e visite specialistiche ambulatoriali.

Nel Piano Nazionale Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) vi è l'impegno a garantire, a tutti i cittadini, l'erogazione di alcune delle suddette prestazioni entro tempi che siano certi ed adeguati alle necessità cliniche. La letteratura da anni ha documentato che in sanità l'aumento dell'offerta ha scarsa incidenza sul contenimento dei tempi d'attesa mentre favorisce l'inappropriatezza prescrittiva; appare pertanto più equo erogare le prestazioni secondo criteri di priorità clinica piuttosto che fornire le stesse sulla base del semplice ordine cronologico di richiesta. A livello internazionale e nazionale vi sono diverse esperienze basate su "score" multipli (dolore, beneficio atteso, etc.) la cui somma individua il livello di priorità, oppure su "situazioni cliniche" correlate a tempi massimi d'attesa. Il modello italiano dei Raggruppamenti d'Attesa Omogenei (RAO) è basato sulla identificazione di precise situazioni cliniche e del relativo tempo massimo d'attesa per ognuna delle 4 classi di priorità riprese dal PNGLA (Urgente, Breve, Differita, Programmata) e presenti nel nuovo modello di ricetta medica standardizzata oltre che nel Decreto del MEF del 2 novembre 2011 (relativo alla dematerializzazione della ricetta medica cartacea). Tale modello favorisce il coinvolgimento degli attori che partecipano al processo di erogazione delle prestazioni specialistiche: dal medico di medicina generale (MMG) e pediatra di libera scelta (PLS) che prescrive, allo specialista che eroga fino al Centro di prenotazione Unico Regionale (CUP) che gestisce le prenotazioni. L'attivazione del Centro Unico di Prenotazione (CUP) Regionale, messo a regime nel 2010, consente oggi alla Regione Marche di avere a disposizione uno strumento operativo di programmazione e controllo delle attività di erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, oltre all'inegabile vantaggio di compensare l'offerta fra le varie Aree Vaste geograficamente intese. Tale strumento offre al cittadino la possibilità di consultare le agende di tutte le strutture erogatrici per una specifica prestazione ambulatoriale, consentendogli di scegliere in base alla preferenza per



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

una determinata struttura, alla vicinanza al luogo di residenza o alla rapidità nei tempi di offerta. L'avvio del CUP ha comportato un notevole sforzo delle realtà organizzative regionali che hanno dovuto adeguarsi ad uno strumento comune che, mediante il presente atto, può ulteriormente arricchirsi in maniera ottimale e garantire la differenziazione delle agende di prenotazione coerentemente con la definizione dei Raggruppamenti d'Attesa Omogenei (RAO).

Con DGR n. 1040/11 la Regione Marche ha dato indicazioni alle Aziende del Sistema Sanitario Regionale per il rispetto dei tempi previsti dal PNGLA apportando anche, per alcune prestazioni, deroghe ai tempi ivi previsti oggetto di monitoraggio.

Con DGR n. 1/2014 vengono definite le nuove linee di indirizzo per il Governo dell'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per la garanzia del rispetto dei Tempi massimi di attesa e si stabilisce la costituzione di un tavolo di monitoraggio regionale. Questa "task force" composta da dirigenti della Regione e da rappresentanti dei MMG, dei PLS, dei medici specialisti ospedalieri e territoriali, delle associazioni dei cittadini/ utenti e delle Direzioni Sanitarie Aziendali, ha fra gli altri compiti anche quelli di:

- evidenziare le situazioni di criticità e formulare proposte e strategie finalizzate al tempestivo superamento delle stesse, comprese iniziative per incentivare o sanzionare i professionisti inadempienti;
- analizzare e concordare le misure da mettere in atto al fine facilitare l'accesso dei cittadini alle prestazioni rese dal Servizio Sanitario Regionale e razionalizzare i processi di prescrizione e di erogazione;
- esaminare e valutare i dati relativi alle tempistiche d'attesa per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali.

La V commissione assembleare con risoluzione n.97/2014, concernente "Indirizzi alla Giunta regionale per il governo delle liste di attesa e della mobilità interregionale", ha dato mandato di porre in essere tutte le azioni necessarie al miglioramento del governo delle liste di attesa e alla riduzione del fenomeno della mobilità passiva attraverso lo sviluppo delle reti cliniche, nell'ottica di migliorare l'appropriatezza prescrittiva (evidenza scientifica, appropriatezza dei percorsi, modalità uniformi di erogazione), e l'identificazione di alcuni fattori determinanti per la riduzione dei tempi di attesa (valorizzazione del fabbisogno, responsabilizzazione dei prescrittori, ricorso alle classi di priorità, etc).

La scelta del tavolo di monitoraggio regionale di adottare il sistema RAO nasce dalla positiva valutazione delle esperienze nazionali e dalla necessità di uniformare i comportamenti a livello regionale dando il via ad una nuova modalità prescrittiva che dovrà nel corso del tempo essere verificata e migliorata, laddove l'esperienza dei professionisti lo riterrà opportuno.

I RAO predisposti ed adottati dal tavolo di monitoraggio regionale e, mediante i Direttori sanitari in esso coinvolti, condivisi con alcuni professionisti di settore, oltre che messi a conoscenza delle rappresentanze del privato accreditato, sono stati definiti in coerenza con altre esperienze ed in particolare si è convenuto di seguire le tracce di lavori già da tempo sperimentati in molte altre realtà regionali.

La differenziazione tra prime visite/primo accesso e visite di controllo è prevista nei PNGLA proprio a tutela del cittadino che necessita di accedere alle cure poiché la garanzia di tempi certi ed appropriati di erogazione della prestazione è intuitivamente più rilevante quando il problema clinico viene affrontato per la prima volta e per il quale è necessario formulare un preciso indirizzo diagnostico, rispetto ai controlli clinico-strumentali nei soggetti con inquadramento diagnostico già concluso e già in trattamento o con patologie croniche.

L'identificazione per il "primo accesso" di "situazioni cliniche" per ogni singola priorità temporale (Urgente, Breve, Differita, Programmata), consente inoltre di superare l'iniquo criterio dell'ordine cronologico e di adeguare l'attesa ad un preciso bisogno clinico del paziente.

Con la presente deliberazione si intende ribadire quanto disposto dalle precedenti deliberazioni in merito ed integrare le stesse con precise indicazioni per contrastare i ritardi con cui i cittadini accedono alle cure.

La revisione complessiva del sistema dell'offerta di assistenza specialistica ambulatoriale, che la Regione ha messo in atto con la riduzione della frammentazione ospedaliera, la riconversione delle piccole strutture ospedaliere e l'avvio della riorganizzazione in logica di reti cliniche, vede il suo completamento con la riorganizzazione dell'intero sistema dell'offerta, in particolare per le prestazioni di diagnostica strumentale, che dovranno essere effettuate da specifici nodi di erogazione, sia ospedalieri che territoriali, nel rispetto dell'appropriatezza prescrittiva, correlata con le classi di priorità e alle strategie che ne favoriscono l'effettiva applicazione pratica. Alle azioni già poste in essere si ritiene debba essere aggiunta la definizione di categorie di priorità cliniche e dei relativi tempi massimi d'attesa per consentire di superare l'iniquo criterio dell'ordine cronologico, per adeguare l'attesa ad un preciso bisogno clinico del paziente, per coinvolgere i professionisti anche tramite audit specifici, per contenere i comportamenti di "medicina difensiva" ed infine per facilitare l'erogazione delle attività in regime libero professionale, secondo criteri conformi ai principi del SSN.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

L'applicazione dei RAO vede la standardizzazione dei comportamenti prescrittivi per le visite specialistiche di primo accesso e per alcune delle prestazioni di diagnostica particolarmente critiche (RMN muscolo-scheletrica, RMN colonna, RMN encefalo e tronco encefalico, ecografia mammaria e mammografia); a breve verrà estesa anche alle altre prestazioni diagnostiche oggetto di monitoraggio e che seguiranno le stesse modalità di raggruppamento omogeneo. Per tutto quanto sopra esposto si propone alla Giunta regionale l'adozione della presente deliberazione.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
(Lucia Di Furia)

PROPOSTA E PARERE DEL DIRETTORE DELL'AGENZIA REGIONALE SANITARIA

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e sotto il profilo della legittimità della presente deliberazione e che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della regione.

IL Direttore dell'ARS
(Enrico Bordini)

La presente deliberazione si compone di n. 19 pagine, di cui n. 14 pagine di allegati.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

(Elisa Moroni)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ALLEGATO A

Definizione dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) per priorità clinica di accesso per la garanzia del rispetto dei tempi massimi di attesa e procedure operative.

Indice:

- *Introduzione*
- *Definizioni*
- *Modalità di svolgimento delle attività e responsabilità*
- *Tempistica*
- *Monitoraggio*
- *Tabelle RAO*

Introduzione

Al fine di ottemperare a quanto previsto dalla DGR n.1040/11 e dalla DGR n.1/14 ed organizzare l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali secondo "PRIORITA CLINICHE", è stata definita, nel Tavolo di monitoraggio regionale, cui partecipano rappresentanti degli specialisti, medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS), Direttori sanitari degli Enti del SSR e rappresentanti dei cittadini (Tribunale per i diritti del Malato), una nuova modalità prescrittiva, basata su tempi di attesa differenziati per singola prestazione, in base a specifiche situazioni cliniche.

La letteratura da anni ha documentato che in sanità l'aumento dell'offerta ha scarsa incidenza sul contenimento dei tempi d'attesa mentre favorisce l'inappropriatezza prescrittiva; appare pertanto più equo ordinare le richieste di prestazione sanitaria secondo criteri di priorità clinica piuttosto che fornirle sulla base del semplice ordine cronologico di accesso.

A livello internazionale e nazionale vi sono diverse esperienze basate su "score" multipli (dolore, beneficio atteso, etc) la cui somma individua il livello di priorità, oppure su "situazioni cliniche" correlate a tempi massimi d'attesa. Il modello italiano dei Raggruppamenti d'Attesa Omogenei (RAO), cui si fa riferimento nel presente atto, prevede l'individuazione di categorie d'accesso differenziate sulla base del tempo d'attesa ritenuto adeguato alla necessità clinica. Mediante l'adozione dei RAO vengono esplicitate le "situazioni cliniche" appropriate per ognuna delle 4 classi di priorità previste dal Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa - PNGLA (Urgente, Breve, Differita, Programmata) e per ogni prestazione di specialistica ambulatoriale. I RAO predisposti ed adottati dal tavolo di monitoraggio regionale e, mediante i Direttori sanitari in esso coinvolti, condivisi con alcuni professionisti di settore, oltre che messi a conoscenza delle rappresentanze del privato accreditato, sono stati definiti in coerenza con altre esperienze ed in particolare si è convenuto di seguire le tracce di lavori già da tempo sperimentati in molte altre realtà regionali. La scelta di adottare il sistema RAO, da parte del tavolo di monitoraggio regionale, nasce dalla positiva valutazione delle esperienze nazionali e dalla necessità di uniformare i comportamenti a livello regionale dando il via ad una nuova modalità prescrittiva che dovrà nel corso del tempo essere verificata e migliorata, laddove l'esperienza dei professionisti lo riterrà opportuno.

Nelle tabelle di seguito riportate sono stati individuati i RAO per le 14 tipologie di visita specialistica, e per alcune prestazioni di diagnostica strumentale (mammografia, ecografia mammaria, RMN della colonna, RMN encefalo e tronco encefalico e RMN muscolo-scheletrica), già oggetto di monitoraggio secondo quanto predisposto dal PNGLA, al fine di avviare la nuova metodologia prescrittiva applicandola alle prime visite specialistiche e, per ora, solo ad alcune prestazioni strumentali particolarmente critiche. Al fine di consentire al sistema di mettere in atto in maniera graduale le strategie necessarie, si è scelto di rimandare ad un successivo atto la definizione dei RAO per le altre prestazioni di diagnostica strumentale e a breve verranno identificati gruppi di lavoro specifici. Le azioni, individuate nel presente atto, dovranno necessariamente essere adottate e recepite mediante specifico atto da parte delle direzioni Aziendali pubbliche e del privato accreditato.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Definizioni

La corretta modalità prescrittiva si fonda in primis sull'individuazione e netta separazione fra primi accessi, dell'utente al SSN a cui si applicano le classi di priorità, e gli accessi successivi (a cui i RAO non si applicano).

Si riportano di seguito le definizioni a cui riferirsi per la prescrizione:

- **Emergenza/Urgenza NON differibile:** quando il medico ritiene che il paziente sia in imminente o potenziale pericolo di vita verrà inviato direttamente al Pronto Soccorso di zona senza impegnativa del SSR ma eventualmente con una nota di accompagnamento, al di fuori del sistema prescrittivo e di prenotazione a CUP, e non rientra pertanto nel sistema RAO adottato con la presente deliberazione;
- **Urgenza differibile U:** quando il medico ritiene che la prestazione non presenti caratteristiche di emergenza/urgenza, ma che comunque vada espletata in tempi brevi e debba essere garantita entro le 72 ore dalla presentazione della richiesta; ogni Azienda deve attivare, come già previsto nel PNGLA e nella DGR n. 1040/11, procedure specifiche per l'accesso dei codici U, oltre ai RAO oggetto della presente delibera;
- **Prima Visita/Primo Accesso/Primo Esame Strumentale:** si intende la visita/accesso/esame strumentale in cui il problema del paziente viene affrontato per la prima volta ed in cui deve essere predisposta una documentazione scritta (referto e/o cartella ambulatoriale); inoltre sono considerate prime visite/primo accesso/esami quelle effettuate nei confronti di pazienti noti, affetti da malattie croniche, che presentino una fase di riacutizzazione tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva; il medico prescrittore ha l'obbligo di segnalare sul Nuovo Ricettario Unico la dizione "Primo accesso";
- **Visita Successiva o di Controllo / Esame Strumentale di controllo:** si intende la visita o gli esami diagnostici strumentali successivi ad un inquadramento diagnostico già concluso che ha definito il caso ed eventualmente già impostato una prima terapia; sono prestazioni finalizzate a seguire nel tempo l'evoluzione di patologie croniche, valutare a distanza l'eventuale insorgenza di complicanze, verificare la stabilizzazione della patologia o il mantenimento del buon esito dell'intervento, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto al primo accesso; si tratta quindi delle prestazioni successive al primo accesso e programmate dallo stesso specialista che ha già preso in carico il paziente (comprese le prestazioni di 2° e 3° livello rese a pazienti a cui è già stato fatto un inquadramento diagnostico che necessita di approfondimento); rientrano fra gli accessi successivi inoltre tutte le prestazioni prescritte nei pazienti esenti "per patologia" e seguiti nel tempo, le prestazioni dei pazienti "presi in carico" secondo quanto indicato nella DGR n. 1/2014 e tutti i follow-up; il medico prescrittore ha l'obbligo di segnalare sul Nuovo Ricettario Unico la dizione "Accesso successivo/controllo".

Modalità di svolgimento delle attività e responsabilità

Le Classi di Priorità sono definite nel disciplinare tecnico del Nuovo Ricettario Unico SSN del decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze, 18 maggio 2004 in applicazione alle disposizioni di cui al comma 2 dell'art. 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, concernente la definizione dei modelli di ricettari medici standardizzati e di ricetta medica a lettura ottica e segnalate nuovamente nel decreto del MEF del 2 novembre 2011 relativo alla de-materializzazione della ricetta medica.

La segnalazione della priorità della visita specialistica, ad opera dei medici prescrittori (MMG, PLS e altri specialisti), avviene con la seguente modalità:

- "U" per urgente;
- "B" per breve;
- "D" per differita;
- "P" per programmata

Le tempistiche per le attese massime sono state già definite con apposito atto di Giunta Regionale (DGR n.1040/11).

Il medico prescrittore ha l'obbligo di segnalare sul Nuovo Ricettario Unico se si tratta di "Primo Accesso" o di "Accesso successivo/controllo".

Sarà prevalentemente a carico del MMG/PLS la compilazione del Nuovo Ricettario Unico del SSN per Prima Visita/Primo Accesso/Primo Esame Strumentale mentre sarà a carico dello Specialista redigere sul Nuovo Ricettario Unico del SSN, che non ha scadenza temporale, gli esami necessari per il controllo programmato e per le prestazioni "visita Successiva/Esame Strumentale di controllo, conseguenti alla "presa in carico" del paziente e di qualunque ulteriore in-



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

dagine ritenuta necessaria al fine del completamento dell'iter diagnostico e contestuale alla prestazione inizialmente erogata.

La procedura sopra definita si applica alle prestazioni specialistiche, fruite in regime ambulatoriale, non ai ricoveri, né agli screening.

La necessità di esplicitare in maniera coerente le prestazioni Urgenti "U" distinguendole dagli accessi in "Emergenza" che per loro natura afferiscono ai Pronto Soccorso, e che quindi non vengono riportati, nasce dal bisogno di sottolineare l'appropriatezza dei percorsi clinico-assistenziali.

➤ *Prescrizione*

Il medico prescrittore deve specificare, sul Nuovo Ricettario Unico del SSR, oltre alle informazioni già di norma comunicate, le seguenti indicazioni:

- in tutte le prescrizioni:
 - la dizione: "Primo accesso" o " Accesso successivo/controllo"
 - il quesito diagnostico
- per il Primo accesso:
 - per le prestazioni soggette a RAO deve essere segnalata la situazione clinica e la relativa classe di priorità in coerenza a quanto indicato nelle tabelle di seguito riportate;
 - per le restanti prestazioni di specialistica ambulatoriale deve essere riportato il quesito diagnostico e la classe di priorità.

➤ *Modalità operative*

I medici che possono prescrivere le prestazioni sono tutti i medici dipendenti e convenzionati (MMG, PLS e specialisti SUMAI).

A partire dal primo giorno di operatività, e fino ad altra comunicazione ufficiale, i medici dovranno prescrivere, ai propri utenti, le prestazioni utilizzando la terminologia delle "situazioni cliniche" riportate nelle Tabella allegata dei RAO e barrando **obbligatoriamente** una delle caselle poste in alto a destra della ricetta, dedicate appunto all'indicazione della priorità (U-B-D-P) differenziando obbligatoriamente il primo accesso dall'accesso successivo/controllo, per il quale non è prevista la classe di priorità.

Alla modalità di erogazione secondo RAO parteciperà anche il personale sanitario non medico, ove coinvolto.

Si sottolinea che le prescrizioni di primo accesso, se prive di codice priorità, verranno considerate con priorità "P". La ricetta non recante alcuna indicazione verrà considerata "accesso successivo/controllo".

➤ *Responsabilità aziendali*

Le Direzioni aziendali dovranno adoperarsi per la rapida e tempestiva diffusione della presente delibera a tutti gli operatori coinvolti. Le Aziende inoltre si dovranno adoperare affinché tutti gli operatori addetti alla prenotazione, che riceveranno una richiesta di prestazione, con la dichiarazione verbale (se il paziente è al telefono) o con l'indicazione scritta sull'impegnativa (se il paziente è allo sportello) del codice priorità, garantiscano all'utente i tempi di attesa secondo quanto indicato. Devono essere garantiti i tempi relativi alle prime visite specialistiche ai codici B e D al 90 % degli utenti.

Il Responsabile Unico del Procedimento (RUP) del Centro Unico di Prenotazione (CUP) regionale garantirà tempestivamente le procedure informatiche necessarie conseguenti alle modalità sin qui stabilite e si farà carico di indicare al centro servizi, che lavora le prenotazioni telefoniche, di prenotare sulle apposite agende (primi accessi o accessi successivi) definite dai *back-office* delle aziende/aree vaste, nonché quella di riempire il campo indicante la priorità di accesso. Le Direzioni aziendali dovranno diffondere anche agli operatori di sportello che prenotano le modalità sopra descritte.

Le Aziende dovranno formalizzare, al tavolo di monitoraggio regionale, i nominativi dei responsabili dei Tempi d'Attesa per ogni Ente del SSR e per Area Vasta, anche allo scopo di avviare le necessarie verifiche alle quali dovrà partecipare anche il RUP del CUP.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Tempistica

Le presenti istruzioni operative si applicano a partire dal 30° giorno di pubblicazione della presente delibera.

Nei primi tre mesi di avvio devono essere segnalate con sollecitudine, al Tavolo di monitoraggio regionale, le criticità applicative che dovessero insorgere. Eventuali proposte di modifica delle tabelle di priorità clinica RAO vanno comunicate al Tavolo di Monitoraggio regionale.

Monitoraggio

Sarà compito del tavolo di monitoraggio effettuare, in raccordo con gli erogatori, specifici Audit, allo scopo di valutare la coerenza prescrittiva, la presa in carico del paziente e l'impatto sui tempi d'attesa.

A livello di struttura di offerta, andrà verificata la coerenza della stessa a livello interaziendale e tra le Aree Vaste, correggendo eventuali squilibri che si possono essere verificati, sulla base di criteri definiti.

Andranno attivati un sistema di verifica costante sui "prescrittori", in creta la correttezza delle modalità prescrittive, e modalità di valutazione degli esiti.

Verrà realizzato un percorso di monitoraggio continuo e sistematico del "CUP", quale strumento fondamentale per la gestione delle prestazioni e dei tempi di attesa.

Andranno inoltre attivati Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) e Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), al fine di semplificare le modalità di erogazione, diminuendo i rischi di inappropriata ed implementando la capacità di programmazione.

Il primo Audit dovrà realizzarsi entro i prime tre mesi.

Le informazioni ed i problemi connessi all'applicazione della presente procedura devono essere raccolti dalle Aziende sanitarie e presentati con periodicità trimestrale al Tavolo di monitoraggio regionale che li discuterà e, se riterrà opportuno, ne proporrà le modifiche con successivo atto.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Tabella RAO

PRIMA VISITA CARDIOLOGICA (indicare sempre + ECG)

CLASSE DI PRIORITA'	gg	" SITUAZIONI CLINICHE"
U URGENTE	72 h	<ul style="list-style-type: none"> - Instabilizzazione di Scompenso Cardiaco Cronico - Angina Pectoris Stabile - Cardiopalmo extrasistolico bradi o tachiaritmico, in cardiopatico noto con sintomi associati (angor, dispnea, pre--sincope, sincope, collasso) - Cardiopalmo bradi o tachiaritmico persistente con sintomi associati
B BREVE	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> - Cardiopalmo extrasistolico, bradi o tachiaritmico con sintomi lievi associati o in assenza di sintomi in cardiopatico noto - Cardiopalmo bradi o tachiaritmico in pz non noto come cardiopatico - Dispnea di recente insorgenza o di recente aggravamento in cardiopatico noto
D DIFFERITA	45 gg	<ul style="list-style-type: none"> - Cardiopalmo extrasistolico bradi o tachiaritmico senza altri sintomi in pz. non noto come cardiopatico, da inquadrare - Soffi cardiaci di primo riscontro in assenza di sintomi in pazienti adulti e anziani - Valutazione suggerita da divisioni cardiologiche, cardiocirurgiche e/o riabilitative post-intervento
P PROGRAMMATA	/	<ul style="list-style-type: none"> - Visite per inquadramento pz asintomatici e senza segni clinici - Valutazione cardiologia in vista di interventi chirurgici programmati in tale arco temporale - Altro: specificare quesito diagnostico

PRIMA VISITA DI CHIRURGIA VASCOLARE

CLASSE DI PRIORITA'	gg	" SITUAZIONI CLINICHE"
U URGENTE	72 h	<ul style="list-style-type: none"> - ischemia critica degli arti inferiori - Massa addominale pulsante non dolente - Aneurisma aortico addominale > 5,5 cm
B BREVE	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> - Stenosi carotidea asintomatica > 80% - Stenosi carotidea asintomatica >70% ma rapidamente peggiorata - Claudicatio intermittens in rapido peggioramento - Aneurisma aortico > 4 cm e < 5 cm ma rapidamente ingrandito
D DIFFERITA	45 gg	<ul style="list-style-type: none"> - Ulcere vascolari degli arti inferiori - Claudicatio intermittens di nuova insorgenza
P PROGRAMMATA	/	<ul style="list-style-type: none"> - Varici degli arti inferiori - Aneurisma aortico > 3 cm e < 4 cm di nuova insorgenza - Claudicatio intermittens cronica stabile - Altro: specificare quesito diagnostico



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA

CLASSE DI PRIORITA'	gg	" SITUAZIONI CLINICHE"
U URGENTE	72h	- Tutte le endocrinopatie in gravidanza - Tiroidite acuta
B BREVE	10 gg	- Ipo-ipertiroidismo severo all'esordio - Oftalmopatia Basedowiana di grado medio-severo - Tumefazione tiroidea insorta acutamente - Ipercalcemia > 12.5 mg/dl - Paziente con neoformazioni ipofisarie in programma per intervento neurochirurgico
D DIFFERITA	45 gg	- Iper-tiroidismo non complicato all'esordio - Ipotiroidismo non complicato all'esordio - Incidentaloma surrenalico - Incidentaloma ipofisario - Iper-iposurrenalismo all'esordio - Iper-tensione endocrina - Osteoporosi severa - Disturbi della crescita
P PROGRAMMATA	/	- Altro: specificare quesito diagnostico

PRIMA VISITA OCULISTICA

CLASSE DI PRIORITA'	gg	" SITUAZIONI CLINICHE"
U URGENTE	72 h	- Traumi - Corpi estranei - Ustioni chimiche - Calo del visus grave e improvviso - Occhio rosso dolente - Occhio rosso dolente e con calo del visus - Miodesopsie, fotopsie recenti, e scotomi ad insorgenza improvvisa
B BREVE	10 gg	- Occhio rosso senza calo del visus - Miodesopsie e fotopsie datate (mesi) - Leucocoria - Sospetta cataratta (neonato)
D DIFFERITA	30 gg	- Fundus diabetici/ipertesi (1° accesso) - Disturbi visivi in età prescolare o scolare (1° accesso) < 14 anni - Disturbi oculari in patologie sistemiche (tireopatie, dislipidemie, hiv, stadiazione per prescrizione farmaci - plaquenil)
P PROGRAMMATA	/	- Riduzione visus (PRIMA VISITA per lenti - optometria, porto d'armi, etc.) - Familiarità per glaucoma e altre patologie ereditarie - Altro: specificare quesito diagnostico



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PRIMA VISITA ORTOPEDICA

CLASSE DI PRIORITA'	gg	" SITUAZIONI CLINICHE"
U URGENTE	72 h	<ul style="list-style-type: none"> - Patologia articolare con grave limitazione funzionale (spalla, gomito, anca, ginocchio) - Versamenti endoarticolari acuti - Cervicobrachialgia e lombosciatalgia acuta senza deficit neurologico ma refrattaria alla terapia medica - Evidenza di patologia midollare o radicolare acuta secondaria a patologia ortopedica (previa valutazione neurologica o neurochirurgica) con deficit neurologico maggiore - Patologia tumorale o sospetta tumorale non inquadrata (p.es.: osteolisi di ndd)
B BREVE	10g	<ul style="list-style-type: none"> - Sospetta complicanza in post-intervento di patologia vertebrale - Patologie articolari e periarticolari acute di media gravità (p.es.: epicondiliti, periartriti)
D DIFFERITA	30 gg	<ul style="list-style-type: none"> - Sindromi canalicolari (p.es.: dito a scatto, tunnel carpale) - Cervicobrachialgia e lombosciatalgia cronica con riacutizzazione sintomatologica - Patologie articolari e periarticolari sub-acute o recidivanti - Sintomatologia dolorosa ad esordio acuto resistente ai farmaci
P PROGRAMMATA	/	<ul style="list-style-type: none"> - Patologie articolare cronica (artrosi, patologie reumatiche) - Altro: specificare quesito diagnostico

PRIMA VISITA GINECOLOGICA

CLASSE DI PRIORITA'	gg	" SITUAZIONI CLINICHE"
U URGENTE	72 h	<ul style="list-style-type: none"> - Dolore pelvico acuto
B BREVE	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> - Massa pelvica - Vaginiti - PAP test "positivo" - Perdite ematiche atipiche (soprattutto dopo la menopausa)
D DIFFERITA	30 gg	<ul style="list-style-type: none"> - Algie pelviche - MST - Disturbi del ciclo - Dismenorrea
P PROGRAMMATA	/	<ul style="list-style-type: none"> - Altro: specificare quesito diagnostico



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRICA

CLASSE DI PRIORITA'	gg	" SITUAZIONI CLINICHE"
U URGENTE	72h	<ul style="list-style-type: none"> - Ascesso o flemmone (collo, bocca, faringe) - Corpo estraneo nasale, faringeo, bronchiale, esofageo - Dispnea inspiratoria o emorragie in atto (naso, bocca) - Ipoacusia improvvisa o vertigine acuta invalidante - Otite o sinusite dolorosa ingravescente
B BREVE	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> - Adenopatie latero cervicali (valutate eco graficamente o clinicamente significative) - Disfonia o disfagia ingravescente - Ipoacusia e/o acufeni di recente insorgenza - Neoformazioni cavo orale - Paralisi acuta del nervo facciale - Sinusite ingravescente - Sleep apnea nei bambini - OSAS sintomatiche (apnee notturne con più di 3 risvegli per notte)
D DIFFERITA	30 gg	<ul style="list-style-type: none"> - Epistassi non in atto - Processi flogistici cronici (otite, sinusite, faringolaringite ecc) - Tappo di cerume
P PROGRAMMATA	/	<ul style="list-style-type: none"> - Acufeni e/o ipoacusia cronici - Disturbi della voce e del linguaggio (dislalie, ecc) - Sindrome vertiginosa o cefalea cronica - Patologia malformativa (naso, orecchie, ecc) - Sleep apnea adulti - Noduli tiroidei cronici (valutati eco graficamente) - Altro: specificare quesito diagnostico

PRIMA VISITA NEUROLOGICA

VISITA NEUROLOGICA

CLASSE PRIORITA'	gg	" SITUAZIONI CLINICHE"
U URGENTE	72 h	<ul style="list-style-type: none"> - Cefalea e altre sindromi dolorose (rachialgie, mialgie) da > di 7 giorni, in pz precedentemente asintomatico, resistenti alle comuni terapie - Traumi cranici e/o vertebrali minori - Insorgenza acuta di segni/sintomi neurologici evolutivi: deficit dei nervi cranici (paresi facciali, disturbi del visus, diplopia, etc.) o sensori-motorio degli arti (TIA carotideo/vertebrale recente da <7gg, disordini del movimento) o cognitivo (rapido deterioramento mentale, deficit mnesico, stato confusionale, disturbo del comportamento e della senso-percezione in soggetti senza diagnosi di psicosi) - Turbe transitorie dello stato di coscienza (sincope, convulsioni) - Effetti indesiderati importanti in corso di terapia neurologica - Peggioramento acuto/recidiva di deficit neurologico già noto (es. SM)
B BREVE	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> - Scompenso in patologia neurologica già diagnosticata o documentata (M. di Parkinson, Epilessia, cefalee croniche, sindromi vertiginose centrali) - Deficit motorio periferico di recente insorgenza
D DIFFERITA	45 gg	<ul style="list-style-type: none"> - Eemicrania accessoriale - Reperti accidentali delle neuroimmagini
P PROGRAMMATA		<ul style="list-style-type: none"> - Altro: specificare quesito diagnostico



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PRIMA VISITA UROLOGICA

CLASSE DI PRIORITA'	gg	" SITUAZIONI CLINICHE"
U URGENTE	72 h	- Macroematuria persistente con ritenzione - Febbre urosettica - Nodulo testicolo
B BREVE	10 gg	- Nodulo epididimo o pene - Polipi o papillomi della vescica - Calcolosi ureterale - Massa renale accertata ecograficamente - Psa aumentato con relativa ridotta quota del psa libero - Pielo-ureterectasia asintomatica - Prostatiti ed uretriti acute
D DIFFERITA	30 gg	- Colica renale o ureterale già valutate ecograficamente senza stasi urinaria - Calcolosi renale - Infezione vie urinarie nel maschio - Nodulo prostatico - Cistiti recidivanti - Microematuria - Psa aumentato (esclusi casi di tipo a2) - Controllo k prostata non programmato - Disturbi dell'erezione - Emospermia
P PROGRAMMATA	/	- Varicocele - Ipertrofia della prostata - Idrocele e cisti del testicolo o epididimo valutate ecograficamente - Fimosi semplice - Disturbi minzionali - Altro: specificare quesito diagnostico

PRIMA VISITA ONCOLOGICA

CLASSE DI PRIORITA'	gg	" SITUAZIONI CLINICHE"
U URGENTE	72h	- Classe di priorità non prevista
B BREVE	10 gg	- Sospetta patologia tumorale con aspetto strumentale/clinico di elevata aggressività
D DIFFERITA	30 gg	- Sospette patologie tumorali con aspetto strumentale/clinico di bassa aggressività
P PROGRAMMATA	/	- Altro: specificare quesito diagnostico



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PRIMA VISITA DERMATOLOGICA

CLASSE DI PRIORITA'	gg	" SITUAZIONI CLINICHE"
U URGENTE	72h	<ul style="list-style-type: none"> - Ustioni in sede critica (volto, genitali, mani e piede) e >5% in altre sedi - Herpes Zoster oculare o multi metamerico - Afezioni batteriche acute (erisipela, flemmone, fascicolite ecc)
B BREVE	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> - Dermatite localizzata o diffusa con estensione inferiore al 30% della superficie cutanea con associato prurito diffuso o prurito che altera il ritmo veglia sonno - Lesioni pigmentate spontaneamente sanguinanti o riferite in evoluzione - Neoformazioni con aspetto angiomatico spontaneamente o facilmente sanguinanti - Neoformazioni cutanee a rapido sviluppo - Dermatiti parassitarie non in comunità - Ulcera cutanea profonda dolente /sovrinfettata
D DIFFERITA	30 gg	<ul style="list-style-type: none"> - Dermatite diffusa con estensione inferiore al 30% della superficie cutanea con prurito localizzato in sede di lesione e senza altra sintomatologia associata - Lesioni pigmentate traumatizzate - Condilomi acuminati genitali - Molluschi contagiosi - Ulcerazione cutanea senza segni associati d'infezione - Neoformazioni cutanee a lento sviluppo
P PROGRAMMATA	/	<ul style="list-style-type: none"> - Dermatite localizzata senza alcuna sintomatologia associata - Visita di nevi melanocitici e di Lesioni pigmentate riferite stabili (primo accesso nella struttura), mappatura nevi in familiarita' per melanomi - Neoformazioni verrucose (verruche volgari) - Indicazioni cosmetiche (cheratosi seborroiche, fibromi penduli, angiomi, couperose, macchie ipercromiche, macchie ipo-a-cromiche, smagliature) - Onicopatie e distrofie degli annessi - Altro: specificare quesito diagnostico

PRIMA VISITA FISIATRICA

CLASSE DI PRIORITA'	gg	" SITUAZIONI CLINICHE"
U URGENTE	72h	- Classe di priorità non prevista
B BREVE	10 gg	- Classe di priorità non prevista
D DIFFERITA	30 gg	<ul style="list-style-type: none"> - Interventi Neurochirurgici - Ictus cerebrali - Interventi artroprotesi - Interventi per fratture - Rimozione apparecchiature gessate
P PROGRAMMATA	/	- Altro: specificare quesito diagnostico



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA

CLASSE DI PRIORITA'	gg	" SITUAZIONI CLINICHE"
U URGENTE	72h	- Classe di priorità non prevista
B BREVE	10 gg	- Sospetto strumentale di neoplasia dell'apparato digerente - Nuovo caso e/o riacutizzazione di Malattia Infiammatoria Cronica Intestinale (IBD) - Riacutizzazione del morbo di Crohn - Colite ulcerosa - Ittero (Eco I- Ecograficamente indagato) - Scompenso ascitico
D DIFFERITA	45 gg	- Anemia sideropenica di sospetta origine del piccolo intestino (Endo I endoscopicamente indagato) - Recente alterazione test funzionali epatici (Eco 1-) - Diarrea cronica (> 1 mese) (Endo I-) - Sospetta Celiachia (Endo I e/o Ac. Anti TTG e/o Anti EMA) - Dolore addominale cronico (Eco I e Endo I) con sintomi d'allarme (disfagia, odinofagia, calo di peso importante con sintomi digestivi, massa addominale risultata di pertinenza gastroenterologica).
P PROGRAMMATA	/	-Altre condizioni (specificare quesito diagnostico)

PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA

CLASSE DI PRIORITA'	gg	" SITUAZIONI CLINICHE"
U URGENTE	72h	-Emoftoe severa -Pneumotorace - Stato di male asmatico - Dispnea ingravescente
B BREVE	10 gg	- Rx-torace positivo per patologia - Dolore toracico (escluso quello acuto di pertinenza del P.S.) - Espettorato striato di sangue - BPCO riacutizzata - Asma bronchiale riacutizzata - Dispnea di n.d.d.
D DIFFERITA	45 gg	- Tosse cronica (da oltre un mese) di n.d.d. - Dispnea cronica (presente da mesi)
P PROGRAMMATA	/	- Altro: specificare quesito diagnostico



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ECOGRAFIA MAMMARIA

CLASSE DI PRIORITA'	gg	" SITUAZIONI CLINICHE"
U URGENTE	72 h	- Flogosi acuta (di tipo batterico) - Sospetto ematoma
B BREVE	10 gg	- Linfadenomegalia ascellare clinicamente sospetta età < 40 anni senza flogosi mammaria - Nodulo/tumefazione/addensamento (clinicamente sospetti), retrazione cutanea - Secrezione mammaria ematica età < 40 anni
D DIFFERITA	90 gg	- Ginecomastia. Solo se il quadro è dubbio per nodulo - Mastodinia non ciclica età < 40 anni - Secrezione mammaria non ematica età < 40 anni
P PROGRAMMATA	/	- Altro: specificare quesito diagnostico

MAMMOGRAFIA

CLASSE DI PRIORITA'	gg	" SITUAZIONI CLINICHE"
U URGENTE	72 h	- Classe di priorità non prevista
B BREVE	10 gg	- Linfadenomegalia ascellare clinicamente sospetta età >= 40 anni senza flogosi mammaria - Linfadenomegalia ascellare età >= 40 anni con flogosi mammaria (dopo terapia 15gg) - Mastite età >= 40 anni (dopo terapia 15gg) - Nodulo, tumefazione, retrazione del capezzolo, retrazione della cute età >= 40 anni
D DIFFERITA	90 gg	- Secrezione mammaria non ematica età >= 40 anni
P PROGRAMMATA	/	- Donne asintomatiche età <50 anni o >69 anni - Altro: specificare quesito diagnostico



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

RMN COLONNA

CLASSE DI PRIORITA'	gg	" SITUAZIONI CLINICHE"
U URGENTE	72 h	- previa valutazione neurologica e/o neurochirurgica: evidenza clinica di patologia midollare ACUTA (es. trauma mielico, sosp. ischemia midollare o sospetta mielite acuta) paralisi radicolare acuta completa specie in età giovanile (es. gravi parestesie degli arti ad insorgenza acuta)
B BREVE	15 gg	- Deficit neurologico maggiore (es. deficit mielico, deficit radicolare motorio, deficit pluriradicolare, sindrome della cauda) fisiatrice) - Sospetta complicanza in post-intervento di patologia vertebrale - Specifica e motivata richiesta specialistica (neurologica, neurochirurgica, ortopedia,
D DIFFERITA	90 gg	- Deficit neurologico minore (es. sensitivo) con esordio acuto (non cronico) - Sintomatologia dolorosa ad esordio acuto resistente ai farmaci sintomatici
P PROGRAMMATA	/	- Sindromi radicolari e/o mieliche senza deficit neurologici e con sintomatologia controllabile da farmaci sintomatici (dopo riposo, terapia medica e Rx colonna) - Sindromi mieloradicolari croniche - Pre-intervento programmato - Altro: specificare quesito diagnostico

RMN DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO

CLASSE DI PRIORITA'	gg	" SITUAZIONI CLINICHE"
U URGENTE	72 h	-- Classe di priorità non prevista
B BREVE	10 gg	-Prima diagnosi di lesione con evidenti segni TC di espanso (valutazione preliminare di neurologo/neurochirurgo) -Disturbo neurologico maggiore da sospetta lesione cerebrale non visibile alla TC ad esordio acuto e/o rapidamente progressivo nel corso di 1 settimana (valutazione preliminare di neurologo/neurochirurgo)
D DIFFERITA	90 gg	-Cefalea continua di nuova insorgenza non sensibile a terapie, in assenza di segni o sintomi localizzanti, con TAC negativa -Prima crisi epilettica in paziente adulto -Prima indagine per sospetto adenoma ipofisario in paziente con disturbi del campo visivo
P PROGRAMMATA	/	-Sospetta ipoacusia neurosensoriale -Vertigine cronica -Altro: specificare quesito diagnostico



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

RMN MUSCOLO-SCHELETRICA

CLASSE DI PRIORITA'	gg	SPALLA	POLSO	GINOCCHIO	CAVIGLIA	App. MUSCOLO - TENDINEO
U URGENTE	3 gg	- Classe priorità non prevista				
B BREVE	10 gg	- Lussazione scapolo omerale traumatica acuta documentata con RX ed ecografia		- Gonalgia acuta con gravi limitazioni funzionali o blocco articolare paz. < 40 anni		- Trauma
D DIFFERITA	90 gg	- Spalla dolorosa da impingement/periartrite - lesione traumatica c. rotatori	- Patologia Reumatica (I diagnosi) - Sospetta necrosi scafoide		- Patologia Reumatica (I diagnosi)	
P PROGRAMMATA	/	- Spalla instabile (RM + event. ARTRO-RM) - Pre-intervento già programmato	- Patologia Reumatica - Sospetto tunnel carpale	- Gonalgia senza gravi limitazioni funzionali - Pre-intervento già programmato	- Patologia legamentosa con instabilità articolare - Patologia Reumatica	-Stadiazione neoplasie - Tendinopatie Achillee - Epicondilopatie