



DIPARTIMENTO SALUTE,
SICUREZZA E SOLIDARIETÀ SOCIALE,
SERVIZI ALLA PERSONA E ALLA COMUNITÀ

Viale V. Verriastro 6 - 35100 Padova
Tel. 091 668023 - Fax 091 668600

Protocollo:

60984/4202

Potenza, — 3 APR. 2012

**Alla presidenza del consiglio
dei Ministri
Segreteria della Conferenza
permanente per i rapporti tra
lo Stato, le Regioni e le
Province Autonome "servizio
Sanità e Politiche sociali"**
Via della Stamperia, 8
00187 Roma

E p.c. **Al Ministero della Salute
Dipartimento della
Programmazione
Ufficio III**
Via Giorgio Ribotta, 5
00144 Roma

**Oggetto: Relazione annuale della Regione Basilicata in merito agli adempimenti di cui
all'art. 52, comma 4, lettera c della L.289/2002 – Anno 2011-**

Si trasmette in allegato la relazione annuale specificata in oggetto, anche ai fini del
successivo inoltro al Parlamento, ai sensi dell'Intesa Sato regioni del 23/03/2005.

Distinti saluti

IL DIRIGENTE GENERALE
(dott. Domenico Tripaldi)

PAGINA BIANCA

**RELAZIONE ANNUALE
DELLA REGIONE BASILICATA IN MERITO AGLI
ADEMPIMENTI DI CUI ALL'ART. 52, COMMA 4, LETTERA C DELLA L.289/2002
PER L'ANNO 2011**

Si riassumono di seguito le principali iniziative intraprese per l'anno 2011 dalla Regione Basilicata per il contenimento delle liste d'attesa delle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali.

La Giunta Regionale della Basilicata, nella convinzione che la questione dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali possa determinare ricadute negative sui pazienti, ledendone il diritto di acceso alle cure, sulle strutture sanitarie erogatrici e sul lavoro dei medici prescrittori (MMG, PLS e medici specialisti ospedalieri e territoriali), che, a causa della ridotta accessibilità alle prestazioni, risentono di pesanti interferenze nei loro processi decisionali, ha inserito la problematica tra gli obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere Regionali, per gli anni 2010 e 2011, fissati con la DGR n. 606/2010, indicando le azioni da porre in essere e gli indicatori per il monitoraggio.

Nel corso del 2011, La Regione ha revisionato il precedente Piano Attuativo per il contenimento dei tempi di attesa, ex DGR n. 907/2006, adottando, in recepimento dell'Intesa relativa al Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012 di cui al rep. n. 189/CSR del 28/10/2010, con la DGR n. 1189 del 8/08/2011 il nuovo Piano Attuativo regionale.

Tale Piano, nell'ottica di un approccio strategico al problema, fissa i tempi massimi per l'erogazione delle prestazioni, individua le modalità per il governo della erogazione delle prestazioni con misure finalizzate al miglioramento della appropriatezza prescrittiva, anche con la previsione dell'utilizzo sistematico delle classi di priorità, con il potenziamento dell'offerta prevedendo anche la possibilità dell'acquisto, da parte delle Azienda, di prestazioni in ALPI per situazioni con tempi critici.

La regione ha ulteriormente potenziato il sistema CUP regionale, istituito con la DGR n. 2268/1998, in linea con la DGR n. 2266 del 29/12/2010 di recepimento delle linee guida nazionali in materia di Sistemi Cup, prevedendo l'inserimento delle strutture private autorizzate ed accreditate e delle funzionalità che consentano il monitoraggio continuo delle attività e degli specifici flussi informativi. Gli strumenti di information e communication-technologys vengono inoltre potenziati ed integrati con i sistemi esistenti, quali i servizi sanitari per la prescrizione, per la prenotazione, per la refertazione digitale e del relativo accesso informatizzato tramite Fascicolo Sanitario Elettronico.

Per il raggiungimento degli obiettivi di cui alla DGR n. 1189/2011 sopracitata, la Giunta Regionale ha adottato, in sostituzione della DGR n. 1961/2006, la DGR n. 15 del 16/01/2012, di approvazione del nuovo disciplinare tecnico di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali da applicarsi nelle strutture regionali pubbliche e private accreditate. Tale deliberazione è stata adottata in linea con l'Intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni del 29/04/2010 relativa al documento "Sistema Cup — Linee Guida Nazionali", l'Intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni del 28/10/2010 relativa al nuovo Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, le Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa e della DGR n. 1189/2011.

Ad integrazione della DGR n. 1986/2007, la Regione ha adottato la DGR n. 140 del 14/02/2012 di approvazione del nuovo documento "Manuale Classi di priorità" che definisce, in accordo con gli specialisti e per nuove prestazioni specialistiche ambulatoriali, il primo accesso in base al bisogno clinico dell'utente, utilizzando i seguenti raggruppamenti di attesa omogenei (RAO):

- U: urgente - prestazione da eseguirsi entro 72 ore in PSA o DEA;
- B: breve, - prestazione la cui tempestiva erogazione condiziona in un arco di tempo breve influenza la prognosi a breve del paziente, il dolore o la disabilità; deve essere eseguita nell'arco temporale di 10 giorni;
- D: differibile - prestazione la cui tempestiva erogazione non influenza significativamente la prognosi a breve del paziente, ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o disabilità; deve essere eseguita nell'arco temporale di 30 giorni se visita ambulatoriale e 60 giorni se prestazione strumentale;
- P: programmabile - prestazione che può essere eseguita in un arco di tempo maggiore in quanto non influenza la diagnosi, il dolore, la disabilità, oltre che prestazioni di follow-up dopo ricovero da effettuarsi oltre 30 giorni dalla dimissione.

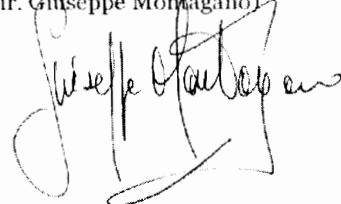
Per le prestazioni per le quali sono state definite le classi di priorità per l'accesso, i medici prescrittori devono obbligatoriamente riportare sulla impegnativa la lettera corrispondente alla classe di priorità attribuita, specificandone il sospetto clinico/diagnostico.

Relativamente alla attività di controllo la Regione monitora il fenomeno attraverso le relazioni periodiche finalizzate alla valutazione dei direttori generali delle aziende sanitarie, dal momento che la realizzazione delle attività sopradette costituisce obiettivo ai fini della attribuzione della remunerazione accessoria ex l'art. 1, comma 5, del DPCM n.502 del 19/07/1995, così come modificato dal DPCM n. 319 del 31/05/2001. Inoltre, tale monitoraggio si realizza anche mediante l'applicazione regionale web "Mappa Tempi di attesa" che riflette graficamente i tempi medi rilevati illustrando, per ciascuna prestazione, il tempo medio di attesa per ogni struttura pubblica regionale e unità operativa eseguente e gli eventuali scostamenti rispetto ai tempi massimi previsti.

La Regione Basilicata assolve agli obblighi informativi di cui al PNGLA 2010-2012, come definito nelle specifiche linee guida sulla modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa di cui al documento ministeriale prot. n. DGPROG 0042754-P-30/12/2010.

Nel corso del 2011, si sono verificate interruzioni di servizio (codificate con codice 2, 3 e 4 e di durata massima pari a due giorni), comunicate al Ministero della Salute con ns. note dipartimentali protocollo n. 133650/7202 del 4/08/2011 e n.17172/7202 del 31/01/2012, nell'ambito delle rilevazioni ministeriali delle sospensioni delle attività di erogazione da parte delle Aziende Sanitarie ed ospedaliere regionali.

IL DIRIGENTE DELL'UFFICIO
PIANIFICAZIONE SANITARIA E VERIFICA DEGLI OBIETTIVI
(dr. Giuseppe Montagano)



Allegati n. 4



REGIONE BASILICATA

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° 140

SEDUTA DEL 14 FEB. 2012

UFFICIO PIANIFICAZIONE SANITARIA E
VERIFICA DEGLI OBIETTIVI - 72AB

DIPARTIMENTO

OGGETTO APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO "MANUALE CLASSI DI PRIORITA'": MODIFICA ED
INTEGRAZIONE DELLA DGR N. 1896 DEL 28/12/2007.

Relatore ASSESSORE DI.PTO SALUTE, SICUREZZA E SOLIDARIETÀ
SOCIALE, SERVIZI ALLA PERSONA E ALLA COMUNITÀ

La Giunta, riunitasi il giorno 14 FEB. 2012 alle ore 15,00 nella sede dell'Ente,

Presente Assente

1. Vito DE FILIPPO	Presidente	X	
2. Agatino Lino MANCUSI	Vice Presidente	X	
3. Attilio MARTORANO	Componente	X	
4. Rosa MASTROSIMONE	Componente	X	
5. Vilma MAZZOCCO	Componente	X	
6. Maurizio Marcello PITTELLA	Componente	X	
7. Vincenzo Edoardo VITI	Componente	X	

Segretario: dr. Arturo AGOSTINO

ha deciso in merito all'argomento in oggetto,
secondo quanto riportato nelle pagine successive.

L'atto si compone di N° 4 pagine compreso il frontespizio
e di N° 1 allegati

UFFICIO RAGIONERIA GENERALE

Prenotazione di impegno N° UPB Cap. per €

Assunto impegno contabile N° UPB Cap.

Esercizio per €

IL DIRIGENTE

VISTE	la Legge n. 833 del 23/12/1978 di Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale; il DLgs n. 502 del 30/12/1992 e s.m.i. concernente il “ <i>Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421</i> ”;
VISTE	il DLgs n. 56 del 18/2/2001 concernente “ <i>Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della L. 13 maggio 1999, n. 133</i> ”;
VISTE	la LR n. 39 del 31/10/2001 e s.m.i. concernente il “ <i>Riordino e razionalizzazione del servizio sanitario regionale</i> ”;
	la LR n. 12/2008 e s.m.i. concernente il “ <i>Riassetto organizzativo e territoriale del servizio sanitario regionale</i> ”;
	la LR n. 17 del 4/08/2011 concernente l’“ <i>Assestamento del bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2011 e del bilancio pluriennale per il triennio 2011-2013</i> ”;
	la LR n. 26 del 30/12/2011 concernente “ <i>Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione annuale e pluriennale della Regione Basilicata. Legge finanziaria 2012</i> ”;
VISTE	la LR n. 12/96 e s.m.i. concernente la Riforma dell’Organizzazione Regionale;
	la DGR n. 11/98 con cui sono stati individuati atti rientranti in via generale nelle competenze della Giunta Regionale;
	la DGR n. 2903/04, la DGR n. 1148/05 e la DGR n. 1380/05 relative alla denominazione e configurazione dei dipartimenti regionali;
	la DGR n. 2017/05 e s.m.i. con cui sono state individuate le strutture dirigenziali ed è stata stabilita la declaratoria dei compiti alle medesime assegnate;
	la DGR n. 637 del 3/05/2006 concernente la “modifica della DGR n. 2903 del 13/12/2004 - disciplina dell’iter procedurale delle proposte di deliberazione della Giunta Regionale e dei provvedimenti di impegno e liquidazione della spesa”;
RICHIAMATI	il DPCM del 29/11/2001 di Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza da garantire a tutti gli assistiti del SSN e s.m.i.;
	l’Accordo sancito dalla conferenza Stato-Regioni nella seduta del 14/02/2002, con il quale il Governo e le Regioni hanno convenuto sui criteri di priorità per l’accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui rispettivi tempi massimi di attesa, ad integrazione dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria già definiti nel DPCM del 29/11/2001 e nelle Linee guida sui criteri di priorità per l’accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa, adottate con il DPCM del 16/04/2002;
	l’Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta dell’11/07/2002, con il quale il Governo e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano hanno condiviso il documento relativo alle modalità attuative dell’Accordo del 14/02/2002, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sugli indirizzi applicativi sulle liste di attesa;
	l’Intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni del 28/10/2010 relativa al nuovo Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all’art. 1, comma 280 della Legge 23/12/2005;
	l’Intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni del 29/04/2010 che definisce le linee guida nazionali del Sistema Cup;
RICHIAMATE	la DGR n. 1896 del 28/12/2007 avente ad oggetto “Piano attuativo regionale per il contenimento delle liste di attesa per il triennio 2006/2008: Approvazione del documento “Manuale classi di priorità””;
	la determinazione dirigenziale DD7202.2010/D.00961 del 16/12/2010 di modifica dei componenti del tavolo regionale sui tempi di attesa di cui alla DD 7202.2006/D.344 del 9/3/2006 di costituzione di un tavolo regionale sui tempi di

attesa composto da dirigenti regionali, dai referenti individuati dalle aziende sanitarie, nell'ambito dei gruppi aziendali Ospedale — Territorio, e da rappresentanti delle società scientifiche;

la DGR n. 1189 del 8/8/2011 con cui è stato approvato il Piano Attuativo regionale per il contenimento delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, piano che aggiorna la DGR n. 907/2006 di integrazione e sostituzione della Direttiva vincolante di cui alla DGR n. 10/2005;

la DGR n. 15 del 16/01/2012 di approvazione del disciplinare tecnico di accesso alle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali — sostituzione della DGR n. 1961 del 19/12/20006;

TENUTO CONTO

che il Piano di cui alla DGR n. 1189/2011, relativamente al governo della domanda, stabilisce che le Aziende Sanitarie garantiscano modalità di accesso alle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali secondo priorità cliniche, nel rispetto dell'Accordo Stato Regioni dell'11/07/2002, al fine di uniformare l'accesso ai servizi erogati dalle strutture sanitarie presenti sul territorio regionale;

PRESO ATTO

che il Tavolo regionale dei tempi di attesa, di cui alla DD7202.2010/D.00961 del 16/12/2010, nel corso della riunione del 24/01/2012, ha esaminato i documenti prodotti dalle singole aziende in materia di Classi di Priorità ed ha approvato il documento conclusivo, unico a valenza regionale, che modifica ed integra il precedente Manuale classi di priorità, di cui alla DGR n. 1896/2007,

che il documento succitato aggiorna l'elenco delle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali per le quali devono essere attivate le Classi di priorità e ne individua le condizioni cliniche che danno diritto all'accesso;

RITENUTO

pertanto, di dover approvare il documento "Manuale Classi di Priorità" parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che modifica ed integra il Manuale di cui alla DGR 1896/2007.

Su proposta dell'Assessore al ramo

Ad unanimità di voti

D E L I B E R A

per i motivi espressi in narrativa che qui si intendono integralmente riportati:

1. di approvare il documento "Manuale Classi di Priorità" parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (Allegato A);
2. di modificare ed integrare il Manuale di cui alla DGR 1896/2007 con il documento di cui al punto precedente;
3. di stabilire che le attività previste dal documento dovranno essere avviate a partire dal 1/03/2012;
4. di stabilire che l'attivazione delle classi di priorità per le prestazioni riportate nel manuale ed il relativo monitoraggio rappresentano direttiva vincolante per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e dell'Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza e dell'IRCSS Crob di Rionero in Vulture;
5. di notificare il presente provvedimento ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere Regionali per gli atti di competenza.

L'ISTRUTTORE

IL RESPONSABILE P.O.

IL DIRIGENTE

(dr. Giuseppe Montagano)

Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa e nel dispositivo della deliberazione sono depositati presso la struttura proponente, che ne curerà la conservazione nei termini di legge.

ALLEGATO A

MANUALE CLASSI DI PRIORITÀ

Il presente documento, in attuazione della DGR n. 1189 del 8/8/2011, modifica ed integra il Manuale classi di priorità di cui alla DGR 1896 del 28/12/2007, definendo, in accordo con gli specialisti, l'accesso per alcune prestazioni specialistiche ambulatoriali in base al bisogno clinico dell'utente. A tale fine, per singola prestazione specialistica sono stati individuati raggruppamenti di attesa omogenei (RAO).

Sulla base della normativa vigente, le classi di priorità, precedentemente identificate con i codici U, A, B, C sono rispettivamente:

- classe U (Urgente): prestazioni da eseguirsi entro 72 ore presso i PSA e/o DEA;
- classe B (Breve): prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità, da eseguirsi entro 10 giorni;
- classe D (Differibile): prestazioni la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve del paziente, ma è richiesta sulla base della presenza di dolore, disfunzione o disabilità, da eseguirsi entro 30 giorni per le visite e 60 giorni per le prestazioni strumentali;
- classe P (Programmabile): prestazioni che possono essere programmate in un maggior arco di tempo in quanto non influenzano la prognosi, il dolore, la disfunzione o la disabilità e prestazioni di follow-up da effettuarsi oltre i 30 giorni dalla dimissione¹.

I medici prescrittori (MMG, PLS, specialisti, medici di continuità assistenziale etc.) devono obbligatoriamente riportare sull'impegnativa, per le prestazioni di primo accesso, la classe di priorità (U-B-D-P) e devono specificare l'indicazione clinica/sospetto diagnostico per l'accesso alla classe di prescelta anche al fine di poterne verificare l'appropriatezza prescrittiva. Il prescrittore che per una prestazione inserisce la classe di priorità P (programmabile) deve obbligatoriamente specificare il tempo massimo entro cui la stessa deve essere eseguita.

Gli specialisti ambulatoriali, qualora ritengano necessarie altre prestazioni clinico-strumentali per la definizione diagnostica e per i percorsi di follow up, sono tenuti alla prescrizione su ricettario regionale (LR n. 17/2011).

Si riportano le classi di priorità delle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali previste nel Piano Attuativo Regionale di cui alla DGR n. 1189 del 8/8/2011 di seguito elencate:

1. Visita cardiologica
2. Visita chirurgia vascolare
3. Visita endocrinologica
4. Visita neurologica
5. Visita oculistica
6. Visita ortopedica
7. Visita ginecologica
8. Visita otorinolaringo-earistica
9. Visita dermatologica
10. Visita oncologica
11. TC Bacino senza e con contrasto
12. RMN Pelvi, prostata e vescica
13. RMN Muscoloscheletrica
14. RMN Colonna vertebrale
15. Ecografia Capo e collo
16. Ecografia Addome
17. Ecografia Ostetrica – Ginecologica
18. Colonoscopia

¹ I follow-up da effettuarsi nei trenta giorni successivi alla dimissione rientrano nell'attività di ricovero, pertanto sarà cura del medico dimettente programmarne la data di esecuzione.

19. Elettrocardiogramma
20. Elettrocardiogramma dinamico (Holter)
21. Elettrocardiogramma da sforzo
22. Audiometria
23. Spirometria
24. Fondo Oculare
25. Elettromiografia

ELENCO PRESTAZIONI E MODALITÀ DI ACCESSO PER PRIORITÀ CLINICA

1. VISITA CARDIOLOGICA

Classe di priorità: U

Attesa massima da garantire: Accesso al PSA e/o DEA

Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico:

- Soffio in neonato a rischio;
- Aritmie nel lattante;
- Turbe del ritmo di nuova insorgenza ipocinetiche o ipercinetiche in assenza di sintomi;
- Dolore toracico tipico (angina da sforzo o angina da cardiopatia ischemica già in trattamento);
- Sincope;
- Dispnea ingravescente;
- Severe crisi ipertensive.

Classe di priorità: B

Attesa massima da garantire: 10 gg.

Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico

Soffi cardiaci: primo riscontro in assenza di sintomi nel neonato.

Dolore toracico atipico (dolore di non pertinenza cardiologica).

Turbe del ritmo che non comportino una compromissione dell'emodinamica del paziente.

Dispnea da sforzo e/o edemi di recente insorgenza di sospetta natura cardiologica.

Neoplasie in trattamento chemioterapico.

Classe di priorità: D

Attesa massima da garantire: 30 gg.

Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico

Soffi cardiaci: primo riscontro in assenza di sintomi (escluso il neonato).

Sospetta cardiopatia (Valvolare, Ischemica, Polmonare, Aritmica, Cardiomiopatia).

Classe di priorità: P

Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico

Situazioni non previste nelle precedenti classi, inclusi i follow-up.

2. VISITA CHIRURGIA VASCOLARE

Classe di priorità: B

Attesa massima da garantire: 10 gg.

Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico

Tromboflebite acuta.

Ischemia critica arti inferiori.

Ulcere vascolari.

Classe di priorità: D**Attesa massima da garantire: 30 gg.****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Recidiva di tromboflebite.
- Claudicatio < 100 metri.
- Sindrome post-flebitica.

Classe di priorità: P**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Situazioni non previste nelle precedenti classi, inclusi i follow-up.

3. VISITA ENDOCRINOLOGICA**Classe di priorità: B****Attesa massima da garantire: 10 gg.****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Insorgenza improvvisa di tumefazione della regione anteriore o laterale del collo con o senza dolore ovvero dolore acuto in loggia tiroidea anche senza tumefazione evidente.
- Segni clinici di tireotossicosi con o senza oftalmopatia (dimagrimento eccessivo, tachicardia, sudorazione, intolleranza al caldo, tremori, ansia, diarrea, insonnia).
- Segni clinici sospetti di ipocalcemia (sensazione di intorpidimento o formicolio attorno alla bocca, pizzicore e torpore delle dita; eventualmente crampi tetanici con mano da ostetrico, segno di Trousseau, fino alle convulsioni).
- Poliuria e polidipsia con urine dal basso peso specifico e alterazioni elettrolitiche.
- Segni clinici sospetti di ipocorticosurrenalismo (astenia estrema con ipotensione, alterazioni elettrolitiche e eventuale melanodermia).
- Segni clinici sospetti di feocromocitoma (crisi ipertensiva con fenomeni vasomotori e con catecolamine e metanefrine elevate).
- Ipotiroidismo grave con TSH superiore a 100 mU/ml.
- Tutte le endocrinopatie in gravidanza.
- Ipercalcemie (Ca > 11 mmg/dl ; per valori più alti accesso in PS).

Classe di priorità: D**Attesa massima da garantire: 30 gg.****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Ipotiroidismo con TSH superiore a 50 mU/ml.
- Ipertiroidismo senza tireotossicosi.
- Incidentaloma surrenalico.
- Incidentaloma ipofisario.

Classe di priorità: P**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Situazioni non previste nelle precedenti classi, inclusi i follow-up.

4. VISITA NEUROLOGICA**Classe di priorità: U****Attesa massima da garantire: Accesso al PSA e/o DEA****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico:**

- Segni e/o sintomi di nuova insorgenza o ingravescenti di interessamento acuto (ore o pochi giorni) del Sistema Nervoso.

Classe di priorità: B**Attesa massima da garantire: 10 gg.**

Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico

- Recente insorgenza di segni e/o sintomi che modificano le condizioni neurologiche preesistenti, che alterano:
 - lo stato di coscienza (episodi critici ripetuti di recente insorgenza, perdita di coscienza probabilmente non sincopale);
 - le capacità cognitive (rapido deterioramento mentale);
 - le capacità senso motorie (deficit sensitivi e/o motori di un emisoma o degli arti o dei nervi cranici con diplopia, disfagia, disfonia).
- I pazienti con sospetto diagnostico di neoplasia a carico del SNC, come di seguito specificato:
- Paziente con pregressa diagnosi di malattia neoplastica e con :
 - vertigini di recente insorgenza
 - deficit neurologico progressivo
 - cefalea persistente
 - recenti alterazioni cognitive o comportamentali
 - recenti sintomi neurologici
 - deficit neurologico progressivo
 - vertigini di recente insorgenza
 - cefalea
 - alterazioni mentali
 - paralisi dei nervi cranici
 - cecità neurosensoriale monolaterale
- Pazienti con cefalea di recente insorgenza CON sintomi neurologici focali o non focali (alterazioni della memoria o della personalità) E/O sintomi suggestivi per ipertensione endocranica:
 - vomito
 - drowsiness
 - cefalea da postura
 - tinnitus pulsato
- Pazienti con cefalea di recente insorgenza, qualitativamente differente e progressivamente severa
- Pazienti con rapida progressione di:
 - deficit neurologico subacuto
 - inspiegabile compromissione cognitiva e/o disturbo comportamentale
 - variazioni della personalità inspiegabili, anche in assenza di altri segni e sintomi di neoplasia cerebrale

Classe di priorità: D**Attesa massima da garantire: 30 gg.****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Modificazione significativa del quadro neurologico in pazienti con patologie neurologiche croniche già note
- I pazienti con sospetto diagnostico di neoplasia a carico del SNC, come di seguito specificato:
 - pazienti con cefalea inspiegabile di recente insorgenza, della durata di almeno 1 mese, NON accompagnata a segni di ipertensione endocranica

Classe di priorità: P**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Situazioni non previste nelle precedenti classi, inclusi i follow-up.

5. VISITA OCULISTICA**Classe di priorità: U****Attesa massima da garantire: Accesso al PSA e/o DEA****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico:**

- Traumi - Corpi estranei.
- Dolore acuto oculare.
- Improvvisi cali visivi o improvvise amaurosi.
- Oculocefalalgie (non diagnosticate).
- Leucocoria, riflesso rosso assente.
- Occhio rosso monolaterale non traumatico con fotofobia senza calo visus e/o dolore.
- Occhio rosso bilaterale non traumatico persistente o che peggiora dopo trattamento.

Classe di priorità: B**Attesa massima da garantire: 10 gg.****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Congiuntiviti acute.
- Calazio.
- Flemmone del sacco.
- Visione di mosche volanti con fosfeni.
- Neonato con infezioni connatali.
- Cataratta nel bambino.
- Controllo ROP.
- Disturbi oculari in patologie sistemiche.
- Patologie oculari.
- Sospetti glaucomi.

Classe di priorità: D**Attesa massima da garantire: 30 gg.****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Cefalea da sospetto disturbo visivo.
- Ambliopia.
- Follow up per ex-pretermimi, neonati con infezioni connatali, con storia di sofferenza neonatale.
- Fundus per diabetici.

Classe di priorità: P**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Situazioni non previste nelle precedenti classi, inclusi i follow-up.

6. VISITA ORTOPEDICA**Classe di priorità: B****Attesa massima da garantire: 10 gg.****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Blocco meccanico grosse articolazioni (spalla, gomito, anca, ginocchio) con impossibilità di movimento;
- Lombosciatalgie acute con insufficienza rachide + laseguè vivace + valsalva positiva;
- Cervicalgie acute con blocco vertebrale;
- Patologie acute di media gravità poco rispondenti al trattamento antalgico (es. epicondiliti, periartriti, patologie reumatiche del polso e della mano);
- Patologia tumorale o sospetta tumorale non inquadrata (es. osteolisi di ndd);
- Versamenti endoarticolari non cronici.

Classe di priorità: D**Attesa massima da garantire: 30 gg.****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Tutte le sindromi canalicolari (es. dito a scatto, tunnel carpale);
- Patologia subacuta.

Classe di priorità: P

Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico

- Situazioni non previste nelle precedenti classi, inclusi i follow-up.

7. VISITA GINECOLOGICA**Classe di priorità: B****Attesa massima da garantire: 10 gg.****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Vaginiti.
- Dolore pelvico.
- Perdite ematiche atipiche (soprattutto dopo la menopausa).
Pap test patologico.
- Ascite da verosimile patologia ginecologica.
- massa pelvica clinicamente riscontrabile (di natura da determinare)

Classe di priorità: D**Attesa massima da garantire: 30 gg.****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Massa pelvica.(Fibromi uterini).
- Polipi endometriali o del canale cervicale
- PAP test "positivo".

Classe di priorità: P**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Situazioni non previste nelle precedenti classi, inclusi i follow-up.

8. VISITA OTORINOLARINGOIATRICA**Classe di priorità: U****Attesa massima da garantire: Accesso al PSA e/o DEA****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico:**

- Dispnea acuta (alte vie)
- Epistassi incoercibili

Classe di priorità: B**Attesa massima da garantire: 10 gg.****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Perdita repentina di udito monolaterale.
- Ostruzione nasale ingravescente, specie se monolaterale, con o senza essudato.
- Sospetta mastoidite.
- Sospetta sinusite mascellare odontogena.
- Sospetto diagnostico di neoplasia a carico della regione testa-collo.
- In particolare, rientrano in questa ultima tipologia i pazienti con:
 - tumefazione del collo inspiegata di recente insorgenza o pregressa ma con variazioni nelle ultime 3-6 settimane;
 - aumento di volume inspiegato della parotide o della ghiandola sottomandibolare;
 - persistente e inspiegata gola infiammata o dolorante;
 - dolore unilaterale inspiegato dell'area della testa e del collo per oltre 4 settimane, associato a otalgia con otoscopia normale;
 - ulcerazione o lesione espansiva inspiegabili della mucosa orale persistente da oltre 3 settimane;
 - inspiegata placche bianche e rosse della mucosa orale (compreso il sospetto di lichen planus) che sono dolorose, edematose o sanguinanti;
 - segni e sintomi della cavità orale persistenti e monitorati per 6 settimane, in cui non è stato possibile porre una diagnosi di patologia benigna.