

PIANO AZIENDALE 2011 PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA

Premessa

Il Servizio Sanitario Nazionale garantisce ai cittadini il soddisfacimento dei Livelli Essenziali di Assistenza nel rispetto "dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse" (D.Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni).

La qualità dell'erogazione delle prestazioni correlate ai LEA è peraltro subordinata in misura rilevante a tre parametri fondamentali:

- il livello di professionalità insita nelle prestazioni erogate, che costituisce elemento fondamentale di efficacia della prestazione medesima;
- la tempestività con cui la prestazione viene erogata e che afferisce direttamente alla efficienza della stessa, in ragione del risultato massimo raggiungibile a fronte del tempo più appropriato di erogazione;
- l'appropriatezza della richiesta di prestazione che, da sola, è funzione di fondo della determinazione dei tempi di attesa nella erogazione delle prestazioni medesime.

In ogni caso, l'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti rappresenta una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza (DPCM 16 aprile 2002, "Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa").

I tempi di erogazione delle prestazioni hanno, dunque, influenza diretta sulla qualità e sulla efficacia dell'assistenza al cittadino. Per tale motivo essi configurano un problema etico per il sistema, in quanto se il cittadino non trova altri canali per la risposta al proprio bisogno, i tempi troppo lunghi di erogazione di una prestazione possono influire in modo determinante sull'evoluzione della patologia e sulla sua possibilità di cura.

Il quadro normativo di riferimento.

Il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012 (PNGLA) è stato approvato con l'Intesa tra Stato - Regioni e P.A. di Trento e Bolzano del 28 ottobre 2010.

Di seguito si evidenziano i punti salienti del PNGLA che:

- 1) aggiorna l'elenco delle prestazioni per le quali vanno fissati i tempi massimi di attesa;
- 2) individua le aree cardiovascolare e oncologica quali aree prioritarie per lo sviluppo di percorsi diagnostico terapeutici (PDT) e fissa i relativi tempi massimi di attesa;

- 3) stabilisce che, qualora la Regione non provveda alla fissazione dei tempi massimi di attesa delle prestazioni di cui alla lettera A e B, si applichino quelli individuati dal PNGLA;
- 4) promuove l'uso sistematico delle classi di priorità, sia nella fase prescrittiva che di prenotazione, e la messa in atto di azioni per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e procedure di verifica della stessa;
- 5) individua specifici strumenti di rilevazione per il monitoraggio dei tempi di attesa;
- 6) promuove l'acquisto delle prestazioni erogate in regime libero professionale dai professionisti all'interno dell'azienda.

A livello regionale in data 27.12.2010, la Regione Sardegna ha adottato la DGR 46/44 con la quale è stata disposta la ripartizione, fra le Aziende del SSR, delle risorse necessarie per l'attuazione degli interventi di razionalizzazione delle attività connesse al ciclo di prescrizione, prenotazione ed erogazione delle prestazioni sanitarie e di specialistica ambulatoriale per il governo delle liste d'attesa.

Con successiva DGR n. 20/3 del 26.04.2011, la Regione Sardegna ha disposto il recepimento dell'Intesa Stato-Regioni e P.A. di Trento e Bolzano del 28.10.2010 ed ha adottato il programma degli interventi per la definizione del Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa 2010/2012. Con la DGR di cui sopra è stato, inoltre, previsto che le Aziende Sanitarie presentino un proprio Piano aziendale contenente l'indicazione dei tempi di attesa attuali per le prestazioni indicate nel programma degli interventi, una descrizione delle criticità e, per ciascuna macroarea di intervento, le azioni che intende porre in essere assieme ad un piano finanziario di previsione delle risorse necessarie per la loro realizzazione.

Situazione attuale

La condizione dei tempi di attesa nella ASL 5 di Oristano, registrati nell'anno 2010 e confermati anche per il primo trimestre 2011, è chiaramente illustrata nella **Tabella 1**, dove sono indicati, per ogni prestazione oggetto di monitoraggio, i tempi minimi e massimi di erogazione nei diversi presidi a gestione diretta.

Occorre preliminarmente osservare che i tempi d'attesa rappresentati nella tabella di cui sopra, pur essendo riferiti alle nuove prestazioni oggetto di monitoraggio, non sono stati rilevati con i criteri e le tempistiche previsti nel nuovo PNGLA soprattutto per quanto riguarda le classi di priorità indicate nella **tabella 2** e la differenziazione tra primo accesso e accessi successivi.

Per quanto riguarda le visite specialistiche, l'analisi degli attuali tempi d'attesa rileva, su un target di 14 visite specialistiche, alcuni scostamenti in relazione a 3 di esse, vale a dire alla visita chirurgica vascolare, alla visita urologia e alla visita pneumologica.

Per quanto riguarda le prestazioni strumentali, anche queste risentono della mancanza di informazioni relative al primo accertamento o agli

accertamenti successivi che incidono pesantemente sui tempi rilevati. Si registrano significativi scostamenti in relazione alle prestazioni di risonanza e alle ecografie dove esistono tempi minimi superiori anche ai 90 giorni .

Per quanto riguarda le prestazioni di ricovero, sia in regime ordinario che diurno (DH/DS), si hanno invece tempi d'attesa contenuti, fatta eccezione per la protesi d'anca che registra un tempo d'attesa di 90 gg.

Monitoraggio dei tempi di attesa

Il **PNGLA** ha stabilito di monitorare n. 58 prestazioni escludendo

-quelle il cui monitoraggio è volto dall'AGENAS:

-non hanno presentato nessun problema di attesa nella maggioranza delle regioni;

- presentavano volumi dell'erogato talmente limitati da ridurre il valore dell'informazione;

- non rendevano possibile un'identificazione precisa ed affidabile;

- non erano erogate nel setting (ambulatoriale, day hospital, ricovero ordinario) previsto.

Sono state, invece, incluse alcune prestazioni che sono risultate critiche o che sono funzionali ad una visione completa dell'ambito osservato.

Il PNGLA prevede che il monitoraggio dei tempi di attesa per le *prestazioni ambulatoriali* venga effettuato attraverso 2 modalità:

- *modalità ex post*, rilevato attraverso il flusso informativo dell'art. 50 della legge 326/2003 che, nell'aggiornamento del comma 5 del decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 18 marzo del 2008, è stato implementato delle informazioni necessarie al suddetto monitoraggio; Per rendere fruibili i campi che rappresentano le dimensioni di analisi del fenomeno, Stato e Regioni concordano di prevedere l'obbligatorietà, dei dati relativi al primo accesso (visite, esami) per differenziare le prestazioni rispetto ai successivi controlli, alla classe di priorità e alla garanzia dei tempi massimi, che permette di distinguere tra chi non rinuncia alla garanzia dei tempi massimi e chi vi rinuncia in relazione alla libera scelta dell'utente che rifiuta la prima disponibilità.

- *modalità ex ante*, basata sulla rilevazione semestrale in un periodo indice stabilito a livello nazionale.

Per quanto riguarda le prestazioni erogate in *regime di ricovero* il monitoraggio deve essere effettuato mediante il flusso SDO.

Per garantire la qualità del dato relativo alla data di prenotazione del ricovero, è obbligatorio l'utilizzo delle Agende di Prenotazione dei Ricoveri nel formato e con le modalità previste nel documento prodotto dal Mattone "Tempi di Attesa": Linee guida per la agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili, tenuto conto di quanto già disciplinato dall'articolo 3, comma 8 della legge n. 724/1994, che prevede l'obbligo delle aziende sanitarie locali, dei presidi ospedalieri delle aziende ospedaliere di tenere il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri.

Occorre altresì attivare il monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione. Stante il divieto introdotto dal comma 282 dell'articolo 1 della legge finanziaria 2006 di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001, occorre regolamentare i casi in cui la sospensione dell'erogazione delle prestazioni è ammessa perché legata a motivi tecnici.

Rimane infine il monitoraggio dei percorsi dei pazienti con patologie oncologiche e cardiovascolari e il monitoraggio dell'attività libero professionale intramuraria.

Criticità

Dall'analisi della letteratura e dall'esperienza acquisita, si rileva che le liste di attesa sono un problema complesso, a genesi multifattoriale e difficile da risolvere.

Le cause dei lunghi tempi d'attesa nella erogazione delle prestazioni da parte dei presidi dell'ASL n. 5 sono diverse ed articolate e possono essere distinte tra strutturali e funzionali.

Tra le cause strutturali sono particolarmente rilevanti:

- 1) le carenze del sistema informatico di prenotazione;
- 2) l'insufficienza dei tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni dal privato accreditato
- 3) l'insufficienza della disponibilità di professionisti;
- 4) l'insufficiente disponibilità di attrezzature strumentali;

Tra le cause funzionali sono particolarmente rilevanti:

- 5) l'eccesso di domanda;
- 6) la presenza di sacche di l'inappropriatezza della domanda;
- 7) mancato utilizzo di criteri di differibilità delle prestazioni richieste;
- 8) significativa percentuale di "abortività prestazionale" soprattutto per le prestazioni che hanno una lista d'attesa dilatata;

1) Sul sistema informatico di prenotazione la criticità principale è data dal fatto che il sistema regionale SISAR ad oggi non è ancora adeguato alle nuove indicazioni contenute nel PNGLA e quindi non riesce a gestire in maniera corretta ed efficace le classi di priorità e la differenziazione tra prime visite e accessi successivi. La conseguenza è che un paziente che accede per la prima volta ad una prestazione ambulatoriale rischia un'attesa che può rivelarsi veramente eccessiva. Un'altra criticità deriva dal fatto che il privato accreditato che eroga parte delle prestazioni monitorate non è attualmente inserito nel sistema di prenotazione SISAR.

2) I tetti di spesa assegnati dalla Regione con Deliberazione N. 35/23 del 28.10.2010 per l'acquisto di prestazioni sanitarie dal privato accreditato sono complessivamente insufficienti a garantire risposte assistenziali adeguate e tempestive.

3) L'ASL di Oristano registra una cronica carenza di medici e personale infermieristico in alcune aree assistenziali, quali ad es. Chirurgia generale, Urologia, Ortopedica, Pneumologia. La dotazione organica teorica di tali UU.OO. è già di per se insufficiente a gestire la significativa richiesta di prestazioni che proviene dai cittadini. A ciò si aggiunge il problema dell'eccessivo turn over, specie del personale medico neoassunto che, appena superato il periodo di prova, chiede quasi sempre la mobilità verso altre aziende.

4) le dotazioni tecnologiche dell'ASL n. 5, benchè negli ultimi anni siano state in parte rinnovate con i finanziamenti dedicati, sono ancora insufficienti rispetto ai bisogni assistenziali. In particolare si registra una carenza di ecografi che rappresentando uno strumento ormai di uso quotidiano nella pratica clinica, dovrebbe essere presente in tutti i presidi territoriali e ospedalieri.

5) L'eccesso di domanda è sostanzialmente legato a 3 fattori:

a) la cattiva informazione che spinge il cittadino a rivolgersi alle strutture sanitarie pretendendo prestazioni non sempre necessarie;

b) l'invecchiamento della popolazione che determina l'aumento delle malattie cronico-degenerative e conseguentemente un aumento della richiesta di prestazioni;

c) il diffondersi della medicina difensiva legata ovviamente al fatto che i medici per scongiurare il pericolo di cause di risarcimento danni lunghe e costose, chiedono prestazioni diagnostiche e strumentali non sempre giustificate dalla gravità del caso clinico.

6) L'inappropriatezza della domanda è spesso generata dall'eccesso di domanda e dai comportamenti dei prescrittori orientati sulla medicina difensiva

7) Il sistema della differibilità delle prestazioni, benchè introdotto ormai da diversi anni, di fatto non è mai stato utilizzato in maniera sistematica dai medici prescrittori, verosimilmente anche per la mancata applicazione di un efficace sistema sanzionatorio. Ciò, naturalmente, comporta che tutte le prestazioni vengono prenotate sulla base della priorità di accesso e non dell'urgenza della prestazione stessa.

Macroaree d'intervento

Le soluzioni al problema sono determinate nell'ambito delle macroaree d'intervento individuate dalla DGR 20/3 del 26.04.2011 che di seguito si evidenziano:

1) Fissazione dei tempi massimi di attesa dell'ASL n. 5

Visite specialistiche	Diagnostica per immagini	Esami specialistici
Tempo max attesa 30 giorni	Tempo max. di attesa: 60 giorni	Tempo max. attesa: 60 giorni
Cardiologica	Ecocolordoppler cardiaca	Audiometria
Chirurgia vascolare	Ecografia addome	Colonscopia

Dermatologica	Ecografia capo e collo	Elettrocardiogramma
Endocrinologica	Ecografia mammella	Elettrocardiogramma da sforzo
Fisiatrice	Ecografia ostetrica- ginecologica	Elettrocardiogramma dinamico (holter)
Gastroenterologica	Ecolordoppler dei vasi periferici	Elettromiografia
Neurologica	Mammografia	Esofagogastroduodenoscopia
Oculistica	RMN Cervello e tronco encefalico	Fondo oculare
Oncologica	RMN colonna vertebrale	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile
Ortopedica ginecologica	RMN muscoloscheletrica	Spirometria
Otorinolaringoiatria	RMN pelvi prostata e vescica	
	Tac senza e con contrasto Addome inferiore	
	Tac senza e con contrasto Addome completo	
	Tac senza e con contrasto Addome superiore	
	Tac senza e con contrasto Bacino	
	Tac senza e con contrasto Capo	
	Tac senza e con contrasto Rachide e speco verbale	
	Tac senza e con contrasto torace	

Prestazioni in regime di ricovero, in day hospital e Day surgery

Come si vede dalla tabella, per una serie di interventi sono stati stabiliti i tempi di attesa.

Per altri interventi, invece, è indispensabile far riferimento all'indicazione della classe di priorità:

	Tempi di attesa	Classi priorità
Chemioterapia	tempi di accesso sono stabiliti dalle Regioni	Indicazione della classe di priorità: classe A, B o C
Coronografia	60- 120 giorni	
Interventi chirurgici per		
• Tumore alla mammella	30 giorni	
• Tumore alla prostata	30 giorni	
• Tumore al colon retto	30 giorni	

• Tumore all'utero	30 giorni	
• Protesi d'anca	90-180 giorni	
• tumore al polmone		Classi di priorità
• Tonsillectomia		Classi di priorità
• Emorroidectomia		Classi di priorità
Biopsia per cutanea del fegato		Classi di priorità
By pass aortocoronarico		Classi di priorità
Angioplastica coronaria (PTCA)		Classi di priorità
Endoarteriectomia carotidea		Classi di priorità
Biopsia percutanea del fegato		Classi di priorità

Classi di priorità per i ricoveri

CLASSE A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi
CLASSE B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, 1 ad esempio, per un intervento di cataratta sul secondo occhio da eseguirsi a distanza predefinita rispetto all'intervento sul primo occhio. grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
CLASSE C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
CLASSE D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi

2) Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva

Verrà conseguito attraverso la sensibilizzazione e il coinvolgimento dei medici prescrittori. A tal fine verranno organizzati una serie di incontri con i Medici di famiglia, i PLS, gli Specialisti ambulatoriali e i prescrittori interni.

Verranno, inoltre, predisposte specifiche linee guida che contengano in modo sintetico le modalità di compilazione delle prescrizioni, con la precisazione che, laddove il medico prescrittore non indichi il codice di priorità, la prestazione verrà considerata come programmata.

Si provvederà inoltre a predisporre adeguati strumenti di monitoraggio, anche a campione, delle prescrizioni al fine di verificare la corrispondenza tra quesito diagnostico/prestazioni prescritte/erogate/classe di priorità e valutare il grado di appropriatezza prescrittiva.

3) Definizione percorsi diagnostico terapeutici

L'ASL n. 5 ha già attivato i PDT relativamente all'area cardiovascolare e all'area oncologica. Tuttavia si ritiene indispensabile che l'attivazione dei PDT venga fatta su base regionale a garanzia dell'omogeneità dei comportamenti e degli iter diagnostico-terapeutici, oltre che dell'utilizzo corretto delle prestazioni.

4) Adeguato sostegno alle attività del CUP

L'Azienda provvederà a costituire un Gruppo di Back-Office CUP, il cui compito sarà quello di effettuare il necessario e complesso lavoro di riconfigurazione delle agende affinché vengano rispettati i criteri stabiliti a livello ministeriale relativi alle classi di priorità con separazione delle prestazioni di I° accesso con le prestazioni successive, e comunque nel rispetto delle Linee Guida Nazionali del Sistema CUP del NSIS 27/10/2009. Stante l'attuale carenza di risorse di personale addetto al CUP, tale lavoro dovrà essere fatto prevalentemente fuori dall'orario di servizio predisponendo un progetto obiettivo che verrà remunerato con le risorse destinate alle finalità di contenimento delle liste d'attesa.

Verrà, inoltre, previsto un sistema di integrazione delle strutture private accreditate nel sistema CUP regionale di prenotazione. A tale fine verranno a calendarizzati una serie di incontri con i rappresentanti delle strutture private accreditate per l'acquisizione della necessaria disponibilità e la definizione delle modalità tecniche di integrazione.

5) Aumento della capacità di erogazione di prestazioni:

Sul fronte dell'offerta pubblica, sia per quanto riguarda le prestazioni specialistiche e di diagnostica che le prestazioni di ricovero, specie con riferimento alle aree critiche, si provvederà al suo potenziamento e razionalizzazione attraverso i seguenti interventi:

- revisione della pianta organica relativa alle UU.OO. in cui si registrano i tempi d'attesa più lunghi;
- attivazione di contratti libero professionali per garantire l'erogazione di quelle prestazioni che presentano criticità congiunturali e non strutturali;
- pianificazione degli acquisti di attrezzature strumentali e tecnologiche destinate a sostituire o implementare quelle esistenti (Ecografi, Sistema Holter, Sistema Prove da Sforzo, Elettromiografo, Attrezzature Oculistiche, Spirometro ecc.);
- pianificazione degli acquisti di adeguati strumenti informatici da destinare agli operatori (prescrittori, operatori di sportello e operatori CUP che dovranno occuparsi delle specifiche attività di monitoraggio delle liste d'attesa.

Per quanto riguarda in particolare le visite specialistiche e le prestazioni strumentali di diagnostica verrà fatto un piano di acquisto di prestazioni

dal privato accreditato a garanzia dell'erogabilità delle prestazioni, prevedendo necessariamente la richiesta di un aumento dei tetti di spesa assegnati a livello regionale;

6) Monitoraggio delle liste di attesa:

Il monitoraggio dei tempi d'attesa deve essere effettuato con riferimento alle prestazioni di cui alla tabella 1 erogate nei presidi territoriali e ospedalieri dell'Azienda.

Come previsto con DGR. n. 20/3 del 26.4.2011 il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali sarà fatto, a cadenza mensile, secondo modalità ex post utilizzando il flusso informativo ex art. 50 della legge 326/2003 e secondo modalità ex ante, a cadenza semestrale, su periodo indice);

Il monitoraggio dei ricoveri ospedalieri (in regime ordinario e diurno), verrà effettuato in base al file A-Schede di Dimissione Ospedaliera;

Nell'ambito della vigilanza sulle sospensioni delle attività di erogazione, si provvederà alla definizione di una procedura unitaria che stabilisca le modalità di sospensione dell'erogazione delle prestazioni, nel rispetto delle Linee Guida CUP elaborate dal NSIS e a cui dovrà attenersi scrupolosamente il gruppo di lavoro CUP.

7) Azioni per la trasparenza delle liste di attesa:

La comunicazione al cittadino dell'offerta esistente, dell'accessibilità ai servizi e delle innovazioni normative rappresenta una responsabilità primaria della ASL.

Particolarmente importante è l'informazione dei cittadini sulle regole vigenti e sui tempi di attesa massimi stabiliti che evita anche le occasioni di contenzioso con i Medici Prescrittori e con le Strutture Pubbliche Aziendali e gli Erogatori Privati Accreditati.

In particolare risulta importante chiarire ai cittadini la differenza tra prima visita, primo accesso e visita di controllo, su cui si fonda il primo livello del concetto di priorità di attesa.

Una informazione capillare deve basarsi sul coinvolgimento diretto dei MMG e PLS che, in qualità di Prescrittori, dovranno assicurare un approccio consapevole e non rivendicativo dei cittadini verso gli erogatori. Tale compito potrà essere espletato sia tramite il colloquio diretto con il paziente all'atto del rilascio di ogni prescrizione, sia attraverso note informative esposte nelle sale d'attesa e prodotte dalla stessa ASL.

I MMG e PLS saranno quindi oggetto di informazione capillare sia sulle corrette modalità di accesso alle prestazioni che sulle differenziazioni di priorità in base alla gravità e tipologia di patologia (area oncologica, area materno infantile, area cardiovascolare) ed età anagrafica (area geriatria).

Le Strutture Aziendali (Pubbliche e Private Accreditate) sono tenute ad una informazione chiara ed efficace dei cittadini attraverso note informative esposte nelle sale d'attesa, nei punti di prenotazione CUP,

presso i singoli ambulatori. Gli erogatori dovranno anche informare capillarmente i cittadini sulle modalità di prenotazione presso i CUP.

L'informazione capillare richiede necessariamente il coinvolgimento degli altri Enti presenti nel nostro territorio (Provincia e Comuni), delle associazioni dei cittadini (Cittadinanza Attiva, AA.VV. ecc.) che, tramite i propri organi di informazione, possono ulteriormente diffondere la conoscenza delle regole di sistema.

L'utilizzo del sito web aziendale, rappresenta una risorsa molto importante di diffusione delle informazioni non tanto per gli utenti stessi quanto per le organizzazioni che si occupano di servizi alla persona.

Attivazione, attraverso i punti PUA presenti nel territorio di questa azienda e presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, di un servizio informativo al cittadino, in grado di fornire indicazioni sulle sedi di erogazione più vicine per la fruizione di prestazioni ambulatoriali complesse che questa Azienda non è in grado di garantire in questo territorio provinciale.

Tabella 1 – Elenco delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero oggetto di monitoraggio

VISITE SPECIALISTICHE					
N.	Prestazione	Cod. Nomenclatore	Cod. Disciplina	Tempo ASL 5 Min	Tempo ASL 5 Max
1	Visita Cardiologica	89.7	8	1	127
2	Visita chirurgia vascolare	89.7	14	71	149
3	Visita endocrinologica	89.7	19	15	213
4	Visita neurologica	89.13	32	1	60
5	Visita oculistica	95.02	34	28	179
6	Visita ortopedica	89.7	36	1	51
7	Visita ginecologica	89.26	37	0	23
8	Visita otorinolaringoatrica	89.7	38	0	74
9	Visita urologica	89.7	43	71	259
10	Visita dermatologica	89.7	52	1	51
11	Visita fisiatrice	89.7	56	1	35
12	Visita gastroenterologica	89.7	58	Non erogata	
13	Visita oncologica	89.7	64	2	4
14	Visita pneumologica	89.7	68	85	86
PRESTAZIONI STRUMENTALI – DIAGNOSTICA PER IMMAGINI					
N.	Prestazione	Cod. Nomenclatore	Cod. Disciplina	Tempo ASL 5 Min	Tempo ASL 5 Max
15	Mammografia	87.37.1 87.37.2		14	134
16	TC senza e con contrasto torace	87.41 87.41.1		9	53
17	TC senza e con contrasto addome superiore	88.01.2 88.01.1		9	53
18	TC senza e con contrasto addome inferiore	88.01.4 88.01.3		9	53
19	TC senza e con contrasto addome completo	88.01.6 88.01.5		9	53
20	TC senza e con contrasto capo	87.03 87.03.1		9	53
21	TC senza e con contrasto rachide e speco vertebrale	88.38.2 88.38.1		9	53
22	TC senza e con contrasto bacino	88.38.5		n.d.	
23	RNM cervello e tronco encefalico	88.91.1 88.91.2		161	161
24	RNM pelvi, prostata, e vescica	88.95.4 88.95.5		Non erogata	
25	RNM muscoloscheletrica	88.94.1 88.94.2		170	170
26	RNM colonna vertebrale	88.93 88.93.1		161	161
27	Ecografia capo e collo	88.71.4		93	295
28	Ecocolordoppler cardiaca	88.72.3		2	64
29	Ecocolordoppler dei tronchi sovra ortici	88.73.5		129	155
30	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77.2		8	155
31	Ecografia addome	88.74.1 88.75.1 88.76.1		86	295
32	Ecografia mammella	88.73.1 88.73.2		93	295

33	Ecografia ginecologica	ostetrica- ginecologica	88.78 88.78.2		1	116
PRESTAZIONI STRUMENTALI – ALTRI ESAMI SPECIALISTICI						
N.	Prestazione		Cod. Nomenclatore		Tempo ASL 5 Min	Tempo ASL 5 Max
34	Colonscopia		45.23 45.25 45.42		121	134
35	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile		45.24		121	134
36	Esofagogastroduodenoscopia		45.13 45.16		1	54
37	Elettrocardiogramma		89.52		0	127
38	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)		89.50		130	
39	Elettrocardiogramma da sforzo		89.41 89.43		120	
40	Audiometria		95.41.1		2	10
41	Spirometria		89.37.1 89.37.2		85	86
42	Fondo Oculare		95.09.1		1	231
43	Elettromiografia		93.08.1		Non erogata.	
PRESTAZIONIDI RICOVERO IN REGIME DIURNO (DAY HOSPITAL/DAYSURGERY)						
N.	Prestazione		Cod. Intervento	Cod. Diagnosi	Tempo ASL 5 Min	Tempo ASL 5 Max
44	Chemioterapia*		99.25	V58.11	3	7
45	Coronarografia		88.55 88.56 88.57		0	20
46	Biopsia percutanea del fegato*		50.11		Non erogata	
47	Emorroidectomia		49.46 49.49		7	82
48	Riparazione ernia inguinale*		53.0x 53.1x		5	89
PRESTAZIONIDI RICOVERO IN REGIME ORDINARIO						
N.	Prestazione**		Cod. Intervento	Cod. Diagnosi	Tempo ASL 5 Min	Tempo ASL 5 Max
49	Interventi chirurgici tumore Mammella		85.4x	Categoria 174	3	7
50	Interventi chirurgici tumore Prostata		60.5	Categoria 185	3	7
51	Interventi chirurgici per tumori Colon retto		45.7x 45.8 48.5 48.6x	Categorie 153–154	3	7
52	Interventi chirurgici per tumori dell'utero		68.3x	Categoria 182	3	7
53	By Pass Aorto Coronarico (BPAC)		36.1x		Non erogata	
54	Angioplastica Coronarica (PTCA)		36.0x		Non erogata	
55	Endoarteriectomia carotidea		38.12		Non erogata	
56	Intervento protesi d'anca		81.51 81.52 81.53		90	
57	Interventi chirurgici per tumore del Polmone		32.3 32.4	Categoria 162	Non erogata	

		32.5 32.9			
58	Tonsillectomia	28.2 28.3		Non erogata	

Tabella 2 – Codici di priorità e tempi di erogazione.

Simb.		Descrizione	Range temporale di rif.to (gg)
U	Urgente	Prestazione non differibile oltre 72 h.	0 – 3
B	Breve	Prestazione non urgente ma che deve essere eseguita non oltre 10 gg.	3 – 10
D	Differita	Prestazione differibile non oltre i 30 gg. se si tratta di visite specialistiche	10 – 30
		Prestazione differibile non oltre i 60 gg se si tratta di accertamenti diagnostici	10 - 60
P	Programmata	Prestazione per la quale la programmazione di esecuzione consente di prenotare oltre i 30 giorni e fino a 180 gg. Sono di questo tipo le prestazioni di controllo per patologie croniche, ecc..	30 - 180

