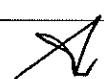




ISTITUTO PER LO STUDIO
E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE
(Nominato con D.P.G.R.T. n.233 del 13/12/2010)

N° 16 del 21/02/2013

Oggetto: Recepimento del Piano attuativo di Area Vasta Centro 2013 per il governo delle liste d'attesa ai sensi della DRG 493/2011	
Struttura Proponente	Direzione Aziendale
Proposta n. <u>16</u>	Responsabile del procedimento
	Coordinatore Amministrativo 
	Estensore

IMMEDIATAMENTE ESEGUIBILE



Conto Economico

Eseguibile a norma di Legge dal 21 FEB. 2013

Pubblicato a norma di Legge il 21 FEB. 2013

Inviato al Collegio Sindacale il 01 MAR. 2013

L'anno 2013 il giorno 21 del mese di Febbraio
Il sottoscritto Prof. Gianni Amunni, nella sua qualità di

DIRETTORE GENERALE

di questo Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, con sede in Via Cosimo Il Vecchio 2 – 50139 Firenze, in forza del Decreto del Presidente della Giunta Regionale Toscana n. 233 del 13.12.2010.

Visto il D. Lgs. vo 30/12/1992 n. 502 e sue successive modifiche ed integrazioni e la L. R. Toscana n. 40 del 24/02/2005 di disciplina del Servizio Sanitario Regionale e successive modificazioni ed integrazioni;

dato atto che in forza della Legge RT 4 febbraio 2008, n. 3 l'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO) è Ente del Servizio Sanitario Regionale, dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia organizzativa, amministrativa e contabile e subentra nelle attività esercitate dal disciolto CSPO a far data dal 1 Luglio 2008;

vista la delibera del Direttore Generale n° 5 del 14.07.2008 con la quale è stato approvato il regolamento dell'Isipo;

vista la LRT n. 32 del 19/06/2012 di modifica alla Legge Regionale 4 febbraio 2008 n. 3, di cui sopra;

vista in particolare, l'Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, siglata in data 28 ottobre 2010, inerente al Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa ed il conseguente documento trasmesso dal Ministero della Salute con nota del 25 marzo 2011 inerente all'aggiornamento delle linee guida per i Piani Regionali sui tempi di attesa;

richiamata la Delibera di GRT 493/2011 che dispone di "impegnare le tre Aree Vaste toscane alla produzione di accordi o intese, che dovranno essere recepiti dalle aziende sanitarie toscane nei propri Programmi attuativi aziendali, per il governo delle liste d'attesa secondo quanto contenuto nel Piano Regionale citato";

viste le deliberazioni di Giunta Regionale Toscana:

- n. 887 del 2003, e successive modificazioni ed integrazioni, recante "*Specialistica e Diagnostica ambulatoriale: un progetto per la qualità sostenibile*";
- n. 1038 del 2005, e successive modificazioni ed integrazioni, recante "*Protocollo d'intesa tra la Regione Toscana, le aziende sanitarie e le OO.SS. dei medici convenzionati (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialistica ambulatoriale) e dei medici specialisti dipendenti*";
- n. 143 del 2006, e successive modificazioni ed integrazioni, recante "*Disposizioni in materia di prestazioni specialistiche*";
- n. 867 del 2006, e successive modificazioni ed integrazioni, recante "*Indirizzi alle Aziende sanitarie in materia di erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche strumentali*";
- n. 81 del 2007, e successive modificazioni ed integrazioni, recante "*Linee generali di intervento di cui al punto 2 del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006 - 2008. Adozione*";
- n. 578 del 2009, e successive modificazioni ed integrazioni, recante "*Linee di indirizzo per il governo e lo sviluppo dell'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'adozione dei programmi attuativi aziendali al fine di promuovere il diritto di accesso del cittadino e garantire i tempi di attesa definiti*";
- n. 638 del 2009, e successive modificazioni ed integrazioni, recante "*Direttiva per la gestione unica delle liste degli interventi chirurgici e dei tempi massimi di attesa in regime istituzionale sia ordinario che libero professionale. Tutela del diritto di accesso dell'assistito*", i cui contenuti rimangono in vigore per quanto non in contrasto con la citata deliberazione di Giunta Regionale n. 493 del 2011;
- n. 904 del 2011 recante "*Percorso senologico. Revisione dell'offerta integrata di mammografie in screening ed extra screening nell'Area Metropolitana Fiorentina e dell'offerta chirurgica*";

preso atto che con la citata deliberazione GRT n. 493 si impegnano le Aziende Sanitarie ad adottare i Programmi Attuativi Aziendali, in coerenza con quanto disciplinato dal livello regionale e di Area Vasta, nonché a recepire gli accordi di Area Vasta, in corso di definizione per quanto riguarda l'Area Vasta Centro;

tenuto conto pertanto della necessità, a livello del Coordinamento dei Direttori Sanitari di Area Vasta Centro, di produrre un documento unitario per l'anno 2013, seppur comprendente le specifiche di ogni Azienda, al fine di avere una visione di programmazione omogenea per il governo delle liste di attesa;

Ritenuto necessario, per le considerazioni sopra esposte, recepire il verbale di Area Vasta Centro del 12 febbraio 2013 con il quale è stato approvato il piano attuativo di area vasta 2013 con i relativi allegati (criteri di priorità e volumi prestazionali) che costituiscono parte integrante del presente atto (allegato A)

ritenuto opportuno, per motivi di urgenza, dichiarare il presente atto deliberativo immediatamente eseguibile ai sensi dell'art. 42, comma 4, della L.R.T. n. 40 del 2005, e successive modificazioni ed integrazioni, in considerazione della rilevanza strategica delle azioni ivi contenute sia nei confronti dell'utenza che in termini di corretta gestione delle prestazioni e di ricadute finanziarie sul bilancio aziendale;

Acquisito il visto di conformità giuridico amministrativa del Coordinatore Amministrativo;

Con il parere favorevole del Direttore Sanitario;

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in parte narrativa e che si intendono qui integralmente riportate,

- 1) di recepire il verbale di Area Vasta Centro del 12 febbraio 2013, con il quale si approva il Piano di offerta - per l'anno 2013 - sulla produzione dell'attività specialistica e diagnostica ambulatoriale (all. A) in attuazione della delibera DGRT 493 del 2011, con l'indicazione dei volumi di prestazioni ambulatoriali da assicurare per il governo delle liste di attesa e i criteri di priorità da perseguire
- 2) di impegnare le strutture dell'Istituto coinvolte nel processo in questione a porre in essere gli atti necessari a rendere operativo il Piano di cui trattasi, allegato di lettera A);
- 3) di dare atto che nessun onere aggiuntivo deriva dal recepimento e dall'adozione degli atti di cui sopra;
- 4) di dichiarare il presente atto deliberativo immediatamente eseguibile, ai sensi dell'art. 42, comma 4, della L.R.T. n. 40 del 2005, e successive modificazioni ed integrazioni;
- 5) di trasmettere al Collegio Sindacale il presente atto a norma di quanto previsto dall'art. 3-ter del D. Lgs 502 del 1992, articolo introdotto dal D. Lgs. 229 del 1999, e l'art. 42, comma 2, della L.R.T. n. 40 del 2005, e successive modificazioni ed integrazioni;

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dr.ssa Chiara Neri)



IL DIRETTORE GENERALE
(Prof. Gianni Amunni)



Elenco degli allegati

Allegato "A "	Piano di produzione aziendale per la specialistica ambulatoriale 2013	n. 5 p.p
	Prestazioni visite	n.5 p.p.
	Criteria priorità visite specialistiche ambulatoriali	n. 22 p.p.

Strutture aziendali da partecipare :

- Referente Aziendale per il governo delle liste d'attesa (Dr. Zini)
- Settore libera professione ISPO
- Settore Affari Generali e Convenzioni
- Coordinatore Amministrativo ISPO
- Responsabile Controllo di Gestione e Contabilità
- Responsabile Coordinamento Attività Tecniche e Sanitarie
- Direttore S.C. Senologia Clinica
- S.C. Prevenzione Secondaria Screening

Att. A 9000 heliberg
D.G. n. 16 del 21/02/2013



Piano di produzione aziendale per la specialistica ambulatoriale 2013 (ex DGR T 493/2011)

PREMESSA	7
GRUPPO DI LAVORO INTERAZIENDALE AREA VASTA CENTRO	9
OBIETTIVI	10
STRUMENTI E METODI	12

ABBREVIAZIONI

AVC: Area Vasta Centro

DGR T: Delibera della Giunta Regionale Toscana

CUP: Centro Unico Prenotazioni

TAT: flusso informativo regionale dei tempi d'attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali

RM: risonanza magnetica nucleare

TC: tomografia computerizzata

PREMESSA

Come recita la delibera della Giunta Regionale n. 493/2011 recante "Approvazione del Piano Regionale per il governo delle liste d'attesa", il livello di pianificazione e di programmazione di Area Vasta rappresenta uno degli elementi portanti del sistema sanitario toscano, che consolidatosi negli ultimi anni in molti settori, può assumere la funzione di governo dei tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale.

In questa ottica, come già descritto nei Piani Attuativi Aziendali per il governo delle liste d'attesa dell'Area Vasta Centro, nell'ambito del coordinamento dei Direttori Sanitari di AVC, è stato istituito gruppo interaziendale permanente finalizzato a garantire l'attuazione della DGR T 493/2011 e del monitoraggio dei tempi di attesa, composto dai referenti aziendali, che si riunisce di norma con frequenza mensile.

Quindi, come per i Piani Attuativi sopra citati, l'Area Vasta Centro ritiene necessario produrre un documento unitario che comprenda e rappresenti il Piano di Produzione di ciascuna azienda.

GRUPPO DI LAVORO INTERAZIENDALE AREA VASTA CENTRO

Gruppo interaziendale dell'AVC per l'applicazione della 493/2011.

Coordinamento del Direttore Sanitario dell'ASL 11 Empoli, dott. Renato Colombai

Composizione:

- *Susanna Tamburini*, referente ASL 11 Empoli
- *Daniele Mannelli*, referente ASL 3 Pistoia
- *Marco Gavazzi*, referente ASL 4 Prato
- *Emanuele Gori, Gianmarco Brunetti*, referenti ASL 10 Firenze
- *Cinzia Piomboni*, referente AOU Careggi
- *Mirco Gregorini*, referente AOU Meyer
- *Enzo Zini*, referente ISPO

Il gruppo viene integrato anche con un tecnico informatico messo a disposizione da ESTAV Centro.

OBIETTIVI

Obiettivo generale

Governo della Specialistica ambulatoriale a livello di area vasta: appropriatezza della domanda, riequilibrio dell'offerta complessiva in ragione delle risorse disponibili e dei bisogni di popolazione dell'AVC, contenimento dei tempi d'attesa oltre che miglioramento della qualità organizzativa e professionale.

Obiettivi specifici del Piano di produzione 2013

1. Costituzione del Coordinamento di AVC per la Specialistica Ambulatoriale
2. Definire le modalità di monitoraggio e analisi delle prestazioni erogate dalle aziende dell'AVC -territoriali e ospedaliere-, comprese la mobilità attiva e passiva
3. Definire il metodo di monitoraggio dei tempi d'attesa a livello di AVC
4. Implementazione del CUP di AVC

STRUMENTI E METODI

1. Costituzione del Coordinamento di AVC per la Specialistica Ambulatoriale

Il gruppo interaziendale dell'AVC per l'applicazione della DGR 493/2011 assume le funzioni di monitoraggio, studio e proposta per il governo della Specialistica Ambulatoriale, a supporto del coordinamento dei Direttori Sanitari. Quindi il lavoro del gruppo sarà esteso a tutta la Specialistica ambulatoriale. Il coordinamento per la Specialistica Ambulatoriale si organizza al proprio interno per garantire l'analisi periodica dell'andamento dei tempi d'attesa e l'attivazione delle diverse aziende per rimodulare l'offerta in relazione all'andamento della domanda, anche nell'ottica di implementare quanto previsto dalla DGR sopra citata, con gli strumenti che saranno descritti sia in questo piano sia in documenti successivi, visto che la strutturazione del coordinamento è da considerarsi in fieri.

2. Volumi di prestazioni ambulatoriali erogate nel 2012 per tipologia di prestazione (tabelle allegate).

In applicazione della DGR T 493/2011, l'ambito di lavoro è delimitato dalle prestazioni in essa specificate.

Sui volumi di prestazioni erogate è stata eseguita la seguente analisi:

- i. tipologie e volumi di prestazioni ambulatoriali erogate direttamente e tramite le strutture private accreditate

Le aziende dell'AVC si impegnano a garantire per l'anno 2013 i volumi prestazionali riportati nella tabella allegata. Tuttavia nel corso dello stesso anno le aziende procederanno ad ulteriori analisi orientate a definire i livelli di appropriatezza e successivamente alla definizione del bisogno prestazionale per i residenti, derivandone quindi la determinazione complessiva per l'AVC.

Nell'elaborazione del piano si è tenuto di conto dell'applicazione di alcune specificità.

Per quanto riguarda ISPO, nel corso del 2013 è previsto il trasferimento della senologia dall'attuale presidio di Viale Amendola allo IOT. Si stima pertanto prudenzialmente una riduzione di attività di visite, mammografie, ecografie erogate nell'ordine del 20%.

In considerazione del trasferimento dei Presidi Ospedalieri di Prato e di Pistoia, previsto per il corrente anno, è stata stimata una diminuzione del 5% della produzione pubblica su tutte le prestazioni di visita ed indagine diagnostica per le Aziende USL3 e USL4.

Per tutte le Aziende territoriali, titolari di rapporto di convenzione con Istituti privati accreditati, la produzione privata è abbattuta del 10%, visto che, come disposto dal combinato dell'art. 2, comma 2, della recente legge regionale n. 81 del 27 dicembre 2012 (-9%), e del D.L. 6 luglio 2012 n. 95 (-1%), per l'anno 2013 il tetto finanziario per le prestazioni in oggetto non potrà superare il tetto finanziario dell'anno 2011 diminuito mediamente del 10%. Per l'Azienda Sanitaria di Firenze l'abbattimento sarà pari al 25%, conseguenziale all'implementazione di un progetto con il privato convenzionato su un "tariffario calmierato".

Inoltre la riorganizzazione dei percorsi di presa in carico ambulatoriale da parte delle Aziende consentirà di evitare una duplicazione di "1° visita" in occasione di patologie specifiche con una conseguente riduzione delle specifiche prestazioni.

3. Monitoraggio dei tempi d'attesa nell'Area Vasta Centro

Il monitoraggio condiviso e coordinato dei tempi d'attesa rappresenta uno strumento fondamentale del Coordinamento dell'AVC per la specialistica ambulatoriale, che nei propri incontri mensili lo utilizza per ragionare sugli strumenti di correzione e/o innovazione da progettare e attuare.

Il metodo di monitoraggio dei tempi d'attesa può essere rappresentato da:

- i. report regionali sui tempi d'attesa prodotti mensilmente

4. Definire il metodo di elaborazione omogenea tra le aziende dei piani di produzione delle annualità successive.

Un vero e proprio piano di produzione non prescinde dall'analisi condivisa delle potenzialità di produzione, dei bisogni della popolazione e dal modo in cui essi vengono espressi (domanda, mobilità), per cui la fase di studio e discussione descritta al punto 1 è da considerarsi necessariamente propedeutica al lavoro conseguente che dovrà essere articolato nei seguenti capitoli fondamentali:

- i. Volumi di produzione sulla base dell'erogato anno precedente e adeguamento dell'offerta in ragione di bisogni e risorse
- ii. Sedi di erogazione delle prestazioni a più elevato livello specialistico o della formazione di equipe uniche dell'AVC
- iii. Sedi in grado di garantire il rispetto dei tempi massimi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali individuate a governo di AVC

5. Implementazione del CUP di Area Vasta Centro

Si ritiene che l'implementazione del nuovo software per il CUP di AVC sia indispensabile alla visibilità tra le aziende delle agende di prenotazione, che pertanto non è realizzabile ad oggi nemmeno per alcune prestazioni prioritarie (RMN, TC, ecocolordoppler). Inoltre, si

considera il CUP di area vasta uno strumento fondamentale per il governo dei tempi d'attesa e più in generale della domanda offerta della Specialistica Ambulatoriale.

8.610

PRESTAZIONI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

codpres	prestazione	Azienda USL 4	Azienda USL 3	Azienda USL 10	Azienda USL 11	AOU Careggi	AOU Meyer	ISPO
87.03	tomografia computerizzata (tc) del capo	1.587	3.136	3.475	1.063	445	154	
87.03.1	tomografia computerizzata (tc) del capo, senza e con contrasto	561	1.189	1.770	592	1.757	83	
87.37.1	mammografia bilaterale	6.240	6.867	11.724	4.961	6.491		12.754
87.37.2	mammografia monolaterale	362	135	193	625	668		1.268
87.41	tomografia computerizzata (tc) del torace	1.028	1.978	4.116	350	1.358	141	
87.41.1	tomografia computerizzata (tc) del torace, senza e con contrasto	2.504	3.658	5.989	2.020	6.682	442	
88.01.1	tomografia computerizzata (tc) dell' addome superiore	15	210	73	0	17	8	
88.01.2	tomografia computerizzata (tc) dell' addome superiore, senza e con contrasto	87	749	294	108	225	27	
88.01.3	tomografia computerizzata (tc) dell' addome inferiore	18	37	286	0	9	2	
88.01.4	tomografia computerizzata (tc) dell' addome inferiore, senza e con contrasto	28	83	106	59	69	7	
88.01.5	tomografia computerizzata (tc) dell' addome completo	316	662	1.042	100	322	35	
88.01.6	tomografia computerizzata (tc) dell' addome completo, senza e con contrasto	3.112	4.113	6.803	2.398	6.315	386	
88.38.1	tomografia computerizzata (tc) del rachide e dello speco vertebrale	790	2.440	2.300	682	729	77	
88.38.2	tomografia computerizzata (tc) del rachide e dello speco vertebrale, senza e con contrasto	143	15	54	73	31	4	
88.38.5	tomografia computerizzata (tc) del bacino	172	216	256	75	97	5	
88.71.4	diagnostica ecografica del capo e del collo	4.717	5.863	14.900	4.955	2.743	623	48
88.72.3	ecodopplergrafia cardiaca	9.095	8.501	40.123	8.163	14.764	3.306	
88.73.1	ecografia della mammella - bilaterale	4.596	2.890	8.163	3.271	5.596	77	6.222
88.73.2	ecografia della mammella - monolaterale	220	129	60	89	187	18	636
88.73.5	eco(color)doppler dei tronchi sovraortici	6.303	7.469	20.967	5.317	3.597	3	
88.74.1	ecografia dell' addome superiore	3.142	2.393	8.444	1.991	1.600	335	

PRESTAZIONI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

codpres	prestazione	Azienda USL 4	Azienda USL 3	Azienda USL 10	Azienda USL 11	AOU Careggi	AOU Meyer	ISPO
88.75.1	ecografia dell'addome inferiore	2.389	2.069	8.071	2.428	1.486	1.940	
88.76.1	ecografia addome completo	10.100	11.553	33.216	11.074	5.609	1.184	
88.77.2	eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, fetoplacentare, arteriosa o venosa	6.977	7.276	23.348	4.849	13.623	551	238
88.78	ecografia ostetrica	10.748	8.561	19.858	5.964	10.154	2.872	
88.78.2	ecografia ginecologica		259	235	8	316		54
88.91.1	risonanza magnetica nucleare (rm) dell'encefalo e del tronco encefalico	922	5.155	2.681	2.040	1.153	674	
88.91.2	risonanza magnetica nucleare (rm) dell'encefalo e del tronco encefalico, senza e con contrasto	1.248	2.915	1.357	1.317	1.681	400	
88.93	risonanza magnetica nucleare (rm) della colonna	2.838	15.372	9.227	3.295	1.466	1.345	
88.93.1	risonanza magnetica nucleare (rm) della colonna, senza e con contrasto	497	941	227	387	683	274	
88.94.1	risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica	4.148	12.502	6.982	2.641	1.297	988	
88.94.2	risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica, senza e con contrasto	232	363	150	153	634	89	
88.95.4	risonanza magnetica nucleare (rm) dell'addome inferiore e scavo pelvico	65	151	344	67	244	162	
88.95.5	risonanza magnetica nucleare (rm) dell'addome inferiore e scavo pelvico, senza e con contrasto	158	182	209	294	254	42	
Totale diagnostica per immagini (senza RX)		85.358	120.032	237.040	71.409	92.302	16.254	21.220

PRESTAZIONI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI									
codpres	prestazione	Azienda USL 4	Azienda USL 3	Azienda USL 10	Azienda USL 11	AOU Careggi	AOU Meyer	ISPO	
	Raggruppamento								
	Mammografia	6.602		11.917	5.586	7.159		14.022	
	Rx con mezzo di contrasto	1.066		2.321	641	1.306	62		
	Rx con mezzo di contrasto cardiovascolari	4		1		4			
	Rx scheletro e diretta d'organo	39.742		169.388	51.384	21.033	5.549		
	Rx Stratigrafie	1		14	11				
	Totale RX	47.415		183.640	57.622	29.502	5.611	14.022	

(*) ISPO prevede una possibile riduzione del 20% causa trasferimento sede per le seguenti prestazioni: visita oncologica, visita senologica, mammografie, ecografie mammarie

ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE

codpres	prestazione	Azienda USL 4		Azienda USL 3		Azienda USL 10		Azienda USL 11		AOU		ISPO
										Careggi	Meyer	
45.13	esofagogastroduodenoscopia (egd)	1.785	1.609	5.301	1.879	1928						21
45.16	esofagogastroduodenoscopia (egd) con biopsia (biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno) con o senza test all'ureasi	616	786	2.807	657	311						12
45.23	colonscopia con endoscopio flessibile, destra o pancolonoscopia	2.148	3.101	4.753	2.577	1432						1
45.24	sigmoidoscopia con endoscopio flessibile, colonscopia sinistra	2	-	281	13	436						1
45.25	biopsia (endoscopica) dell' intestino crasso	149	-	780	209	698						
45.42	polipectomia endoscopica dell' intestino crasso e retto, polipectomia di uno o più polipi con approccio endoscopico escluso: polipectomia con approccio addominale	148	355	602	448	27						1
89.37.1	spirometria semplice	653	7	301	179	11					21	
89.37.2	spirometria globale	4.717	3.252	5.607	1.796	9264					2529	
89.41	test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile	40	-	4	76	188					250	
89.43	test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro	2.352	1.310	3.321	3.069	1983						
89.50	elettrocardiogramma dinamico	2.545	2.298	6.340	1.820	3563					556	
89.52	elettrocardiogramma	17.862	23.748	83.927	19.745	16686					3456	
93.08.1	elettromiografia semplice (emg)	7.948	8.308	23.997	11.863	130					42	
95.09.1	esame del fundus oculi	2.246	1.069	8.020	1.123	1194					141	
95.41.1	esame audiometrico tonale	4.109	3.675	5.975	3.500	5304						
Totale altri esami specialistici		47.320	49.517	152.017	48.954	43.155	6.995	36				



CRITERI PRIORITA' VISITE SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

Area Vasta Centro

CRITERI PRIORITA' VISITA OTORINOLARINGOIATRIA

Tabella 1. Criteri clinici di priorità per la visita orl adulti

	CRITERI CLINICI
Urgente (U) = entro 72 h	<ol style="list-style-type: none">1. Ipoacusia ad insorgenza improvvisa con obbiettività negativa2. Disfagia a rapida ingravescenza3. Sindrome vertiginosa acuta4. Flogosi acute complicate
Breve (B) = 7 giorni	<ol style="list-style-type: none">1. Sospetta neoplasia o neoformazione2. Emoftoe /Emottisi occasionale3. Otite media con otorrea/otorragia
Differita (D) = 15 giorni	<ol style="list-style-type: none">1. Otaglia persistente2. Disfonia persistente (da 5-10gg non rispondente a terapia MMG)3. Epistassi recidivante4. Disfagia persistente (da 5-10gg non rispondente a terapia MMG
Programmata (P)	<ol style="list-style-type: none">1. Ipoacusia2. Sinusite cronica3. Acufeni senza ipoacusia4. Vertigini croniche
NOTE	

Tabella 2. Criteri clinici di priorità per la visita orl pediatrica

	CRITERI CLINICI
Urgente (U) = entro 72h	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sordità improvvisa del bambino a seguito di virusi 2. Lattante con difetto di accrescimento e stridor Laringeo 3. Disfonia del lattante 4. Sospetto corpo estraneo nel naso
Breve (B) = 7 giorni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sospetto corpo estraneo nell'orecchio
Differita (D) = 15 giorni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Risposta dubbia al Boel- test 2. Sospetta OSAS (Obstruction Sleep Apnea Syndrome) rispondente ai criteri previsti nel questionario
Programmata (P) > 15 giorni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disfonia nel bambino 2. Tonsilliti 3. Otitis ricorrenti nel bambino 4. Sospetta ostruzione VAS senza sospetto di OSAS 5. Sordità rinogena nel bambino
NOTE	

CRITERI PRIORITA' VISITA CARDIOLOGICA

Tabella 1. Criteri clinici di priorità per la visita cardiologica adulti

	CRITERI CLINICI
Urgente (U) = Pronto soccorso	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dolore toracico di recente insorgenza e di probabile origine cardiaca 2. Sincope recente 3. Dispnea a riposo di sospetta origine cardiaca di recente insorgenza o riacutizzata o ingravescente 4. Bradiaritmia o tachiaritmia obiettivabili o sintomatiche per dispnea, angina, sincope 5. Crisi ipertensiva sintomatica
Breve (B) = 7 giorni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dolore toracico da probabile angina stabilizzata 2. Bradiaritmie e tachiaritmie in assenza di sintomi 3. Dispnea da sforzo di recente insorgenza 4. Sincopi o presincopi ripetute nell'ultimo mese 5. Instabilità e necessità di adeguamento terapeutico in: scompenso cardiaco congestizio, cardiopatia ischemica, aritmie
Differita (D) = 15 giorni	Tutti i casi non compresi nelle classi U, B e P
Programmata (P) > 15 giorni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patologia cardiovascolare nota in assenza di segni/sintomi di instabilità (<i>second opinion</i>) 2. Valutazione nei pazienti stabili ad elevato profilo di rischio cardiovascolare
NOTE	<i>I pazienti oncologici devono seguire un percorso assistenziale dedicato (riservato CORD)</i>

La consulenza cardiologica

Il miglioramento dell'accesso alla visita specialistica cardiologica, ossia la riduzione dell'attesa, può essere ottenuto agendo contemporaneamente su più ordini di fattori, che riguardano l'appropriatezza delle prestazioni e i percorsi di accesso. La definizione e l'utilizzo di criteri di priorità per la prescrizione della visita cardiologica rappresentano, quindi, soltanto una parte delle azioni necessarie a ridurre i tempi d'attesa.

L'azione ritenuta altrettanto necessaria è la riforma delle modalità di presa in carico del paziente da parte dello specialista cardiologo, che deve poter essere messo in grado di eseguire una consulenza cardiologica con cui, avvalendosi anche di esami strumentali di primo livello (ECG, ecocolordoppler) possa fare un primo studio del problema presentato dal MMG e costruire il percorso diagnostico terapeutico del paziente senza rinviarlo allo stesso MMG prima di averlo concluso (richiamo al rispetto della DGR T n. 1038/2005).

In questa concezione, la visita cardiologica come è organizzata oggi risulta obsoleta, poiché è fonte di un utilizzo inappropriato di risorse oltre che di peggioramento di qualità organizzativa per il paziente.

Tutti i componenti del tavolo condividono che la modalità della consulenza cardiologica, possa essere più appropriata sia in termini di qualità professionale (efficacia) sia di migliore uso delle risorse (efficienza). Questo comporterebbe da una parte l'incremento dei tempi di esecuzione della consulenza rispetto alla semplice visita, ma dall'altra si riduce la domanda di indagini strumentali isolate, che spesso generano un ulteriore controllo clinico.

La sperimentazione dell'ASL 10 di accesso alle visite cardiologiche (possibilità di contatto diretto tra MMG e specialisti e soprattutto la consulenza cardiologica) è considerata una buona pratica e si ritiene che la DGR T n. 625/2011 possa consentire una progettualità più ampia che possa essere tradotta in tempi brevi nella ridefinizione della prestazione, cui consegue una diversa organizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici in cardiologia e dei rapporti tra MMG e specialista, per tutta la regione.

La riforma dell'organizzazione della specialistica ambulatoriale cardiologica è premessa necessaria alla riuscita del modello di prescrizione e prenotazione con priorità, poiché può rappresentare la possibilità di ridurre il numero di esami e controlli non appropriati, con il conseguente recupero di risorse.

Tabella 2. Criteri clinici di priorità per visita cardiologica in età pediatrica

	CRITERI CLINICI
Urgente (U) = Pronto soccorso	<ol style="list-style-type: none"> 1. Segni di scompenso cardiaco congestizio o ridotta gittata sistemica, associati o meno a discrepanza dei polsi, cianosi e/o arresto di crescita 2. Cianosi centrale, generalizzata o differenziale. 3. Sincope ad eccezione di quella di evidente natura vaso vagale o epilettogena 4. Dolore toracico anginoso tipico o pericardico 5. Bradiaritmia o tachiaritmia obiettivabili o sintomatiche 6. Ipertensione arteriosa grave
Breve (B) = 7 giorni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instabilità e necessità di adeguamento terapeutico in: scompenso cardiaco congestizio, aritmie
Differita (D) = 15 giorni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tutti i casi non compresi nelle classi U, B e P Incluso il soffio cardiaco asintomatico con caratteristiche organiche. 2. Aritmia extrasistolica
Programmata (P) > 30 giorni	<ol style="list-style-type: none"> 3. Cardiopatia congenita eredo-familiare o sindromi genetiche con possibile associazione a cardiopatie in assenza di sintomi cardiovascolari 4. Ipertensione arteriosa lieve 5. Patologia cardiovascolare nota in assenza di segni/sintomi di instabilità (<i>second opinion</i>)
NOTE	<p><i>Non rappresentano indicazioni a controllo cardiologico clinico/strumentale le seguenti condizioni:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>i foci iperecogeni cardiaci riscontrati all'ecografia prenatale</i> • <i>la pervietà del forame ovale riscontrata ad un ecocardiogramma neonatale</i> • <i>il soffio cardiaco con caratteristiche innocenti</i> • <i>il bambino sano, asintomatico, che desidera praticare attività sportiva</i> • <i>la cianosi periferica</i> • <i>lo screening nel neonato fisiologico</i>

CRITERI PRIORITA' VISITA CHIRURGIA VASCOLARE

Tabella 1. Criteri clinici di priorità per la visita chirurgica vascolare

	CRITERI CLINICI
Urgente (U) = entro 72h	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ischemia critica degli arti inferiori (dolore a riposo e/o presenza di lesioni trofiche) 2. Aneurisma dell'aorta (>6 cm) o aneurisma di arteria periferica sintomatico 3. Stenosi carotidea (>50% con sintomi focali >48h e <30 gg). Per la sintomatologia specifica fare riferimento alla scheda allegata 4. Sospetto di trombosi venosa profonda (primo episodio e con punteggio >/=2 secondo la scala di Wells (scheda allegata)
Breve (B) = 10 giorni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Arteriopatia obliterante periferica (claudicatio ingravescente) 2. Aneurisma dell'aorta (<6 cm >5 cm) 3. Stenosi carotidea (>70% con sintomi > 30gg o asintomatica) 4. Trombosi venosa superficiale (primo episodio)
Differita (D) = 30 giorni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aneurisma dell'aorta (<5 cm) o aneurisma di arteria periferica asintomatico 2. Arteriopatia obliterante periferica (claudicatio stabile) 3. Stenosi carotidea asintomatica (<70%) 4. Presenza di ulcera flebopatica (primo episodio) 5. Tumore glomico carotideo
Programmata (P) > 30 giorni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Varici arti inferiori 2. Follow up dopo chirurgia arteriosa 3. Sindrome post-flebitica 4. Ulcera vascolare (recidive) 5. Altra patologia di interesse vascolare (SSTS,sindrome di Raynaud e acrocianosi)
NOTE	<p><i>Accesso immediato in DEA in caso di:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Dolore addominale in presenza di diagnosi conosciuta di aneurisma dell'aorta addominale o viscerale</i> • <i>Ischemia acuta degli arti</i> • <i>Deficit neurologico in atto o completamente regredito (<48 h)</i>

CRITERI PRIORITA' VISITA DERMATOLOGICA

Tabella 1. Criteri clinici di priorità per la visita dermatologica

	CRITERI CLINICI
Urgente (U) = entro 72h	<ul style="list-style-type: none">• Orticaria acuta-Angioedema• Reazione da farmaci• Eritemi febbrili• Stati eritrodermici• Infezioni cutanee acute• Piccole ustioni• Neoformazioni cutanee sanguinanti• Lesioni purpuriche di recente insorgenza
Breve (B) = 7 giorni	<ul style="list-style-type: none">• Infezioni parassitarie• Sospetta MST acuta
Differita (D) = 15 giorni	<ul style="list-style-type: none">• Lesioni di sospetta natura neoplastica maligna• Patologie infiammatorie cutanee (incluse le autoimmuni)• Infezioni cutanee non acute• Ulcere cutanee
Programmata (P) > 15 giorni	<ul style="list-style-type: none">• Follow-up lesioni pigmentate• Visite programmabili non riconducibili alle precedenti classi

Tabella 1. Criteri clinici di priorità per la visita dermatologica pediatrica

	CRITERI CLINICI
Urgente (U) = entro 72h	<ul style="list-style-type: none"> • Stati eritrodermici gravi ed estesi • Ustioni • Neoformazioni cutanee sanguinanti • Sospetta scabbia •
Breve (B) = 7 giorni	<ul style="list-style-type: none"> • Infezioni parassitarie (eccetto pediculosi) • Sospetta MST acuta • Infezioni cutanee acute virali, batteriche o micotiche • Emangiomi ulcerati e sedi critiche / in rapida crescita • Dermatite atopica estesa impetiginizzata • Lesioni cutanee / mucose pigmentate e non pigmentate di recente insorgenza e/o con recenti modificazioni e/o di sospetta natura maligna
Differita (D) = 15 giorni	<ul style="list-style-type: none"> • Lesioni di ndd • Patologie infiammatorie cutanee (incluse le autoimmuni)
Programmata (P) > 15 giorni	<ul style="list-style-type: none"> • Screening lesioni pigmentate • Acne • Alopecia • Molluschi • Verruche • Angiomi • Visite programmabili non riconducibili alle precedenti classi

CRITERI PRIORITA' VISITA NEUROLOGICA

Tabella 1. Criteri clinici di priorità per la visita neurologica adulti

	CRITERI CLINICI
Urgente (U) = entro 72 ore	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cefalea continuativa, senza altri sintomi, da più di 7 giorni, in soggetto precedentemente asintomatico; 2. cefalea da recente trauma cranico (già indagata con TC encefalo negativa); 3. recente lipotimia e/o sincope; 4. riferiti sintomi di TIA occorsi oltre i 7 giorni prima; 5. recidiva in sclerosi multipla; 6. prima crisi epilettica; 7. vertigini acute di sospetta natura centrale; 8. riacutizzazione di nevralgia trigeminale.
Breve (B) = 7 giorni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rapide modificazioni del quadro clinico in pazienti con patologie neurologiche croniche già diagnosticate e soggette a possibile peggioramento critico; 2. recente insorgenza di segni o sintomi che modificano le condizioni neurologiche preesistenti alterando le capacità cognitive (rapido deterioramento mentale) o le capacità senso-motorie ad esordio subacuto o lento e progressivo.
Differita (D) = 15 giorni	<ul style="list-style-type: none"> • Deficit motorio periferico di recente insorgenza; • paresi periferica del nervo faciale a lenta risoluzione; • modificazioni del quadro clinico in pazienti con patologie neurologiche croniche già diagnosticate e non suscettibili di peggioramento critico.
Programmata (P) > 15 giorni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cefalea cronica; 2. patologia neurologica cronica già diagnosticata altrove; 3. sindrome vertiginosa cronica; 4. visite per situazioni non riconducibili alle precedenti classi.
NOTE	<i>I pazienti oncologici devono seguire un percorso assistenziale dedicato (riservato CORD)</i>

I criteri di priorità, che sono descritti nella tabella 1, sono corredati dalle seguenti note:

- In neurologia in caso di emergenza o di giudizio di visita da eseguire nell'immediatezza si prevede l'accesso diretto o l'invio da parte del mmg/pls in Pronto Soccorso (ad esempio ictus, TIA, nevralgia trigeminale acuta...).
- L'accesso per i pazienti oncologici deve essere tutelato da percorsi riservati al CORD.

Tabella 2 I criteri di priorità per la prescrizione della visita neurologica pediatrica

	CRITERI CLINICI
Urgente (U) = entro 72 ore	<ol style="list-style-type: none"> 1. prima crisi epilettica 2. recente comparsa di deficit neurologici (difficoltà di deambulazione, deficit di forza, disturbo del linguaggio, deficit visivo, disturbo dell'equilibrio, stato confusionale) o recente peggioramento significativo di deficit preesistenti
Breve (B) = 7 giorni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Episodi di perdita di coscienza di ndd ripetuti 2. Fenomeni di arresto psicomotorio o tremori o altre manifestazioni motorie o comportamentali di difficile inquadramento nel bambino di età inferiore ad 1 anno
Differita (D) = 15 giorni	<ul style="list-style-type: none"> • Ritardo sindromico • Regressione acquisizioni • Peggioramento di cefalea cronica • Persistenza di disturbi dopo recente trauma cranico minore • Convulsioni febbrili ripetute o convulsione febbrile complessa • Disturbi del movimento (tic, manifestazioni coreiche) a nuovo esordio e con intensità ingravescente
Programmata (P) >15 giorni	<ul style="list-style-type: none"> • Ritardo del linguaggio • Cefalea cronica • Ritardo di sviluppo non associato ad altre manifestazioni neurologiche • Disturbo dell'apprendimento • Disturbo del sonno • Deficit del facciale non regredito dopo trattamento adeguato • Patologia neurologica cronica già diagnosticata altrove; • Visite per situazioni non riconducibili alle precedenti

I criteri di priorità, che sono descritti nella tabella 2, sono corredati dalle seguente nota:

1. In neurologia in caso di emergenza o di giudizio di visita da eseguire nell'immediatezza si prevede l'accesso diretto o l'invio da parte del mmg/pls in Pronto Soccorso. Ad esempio cefalea intensa di nuova insorgenza non responsiva alla tachipirina e/o con sintomi neurologici associati oppure comparsa acuta di nuovi deficit neurologici o peggioramento acuto significativo di deficit preesistenti oppure alterazione acuta/subacuta dello stato di coscienza.

CRITERI PRIORITA' VISITA CHIRURGICA

Tabella 1 Criteri clinici di priorità per la visita chirurgica adulti

	CRITERI CLINICI	NOTE
Urgente (U) = 72 ore	<ul style="list-style-type: none"> • cisti sebacea con segni di suppurazione • cisti pilonidale ascessualizzata • ferita chirurgica infetta che richiede toilette chirurgica • ascesso perianale • trombosi emorroidaria • ragade anale dolente 	<i>Ascessi in suppurazione: devono essere trattati entro 24 ore</i>
Breve (B) = 7 giorni	<ul style="list-style-type: none"> • neoplasia benigna o maligna, sospetta o accertata* • linfadenopatie (ascellari ed inguinali) non modificate dopo trattamento antibiotico ed antinfiammatorio • ernia inguinale/crurale/ombelicale dolente, ma senza segni di intasamento • laparocele dolente ma senza segni di intasamento • recente episodio di colecistite in paziente con litiasi colecistica, trattata con terapia antibiotica • onicocriptosi (unghia incarnita) • emorroidi sanguinanti • ematochezie, rettorragia, melena • ittero 	<i>*Se non è stato attivato un percorso oncologico (Cord/GOM)</i>
Differita (D) = 15 giorni	<ul style="list-style-type: none"> • ernia inguinale/crurale/ombelicale non dolente e senza segni di intasamento • laparocele non dolente e senza segni di intasamento • litiasi colecistica non suppurata • emorroidi non sanguinanti • fistola perianale • patologia tiroidea e paratiroidea • altre patologie di pertinenza chirurgica che, a parere del medico curante, possano rapidamente subire un aggravamento significativo o debbano essere valutate in tempi brevi 	
Programmata (P) = oltre 15 giorni	<ul style="list-style-type: none"> • cisti sebacea non suppurata • lipoma • altre patologie di pertinenza chirurgica non soggette ad aggravamento significativo della patologia nei tempi previsti per la visita 	
NOTE		

Tabella 2. Criteri clinici di priorità per la visita chirurgica pediatrica

	CRITERI CLINICI	NOTE
Urgente (U) = 72 ore	<ol style="list-style-type: none"> 1. cisti pilonidale ascessualizzata 2. ferita chirurgica infetta che richiede toilette chirurgica 3. ascesso perianale 4. oncocriptosi con segni di infezione 5. rettorragie di modesta entità 6. granuloma ombelicale 	Ascessi con suppurazione: <i>devono essere trattati entro 24 ore</i>
Breve (B) = 7 giorni	<ol style="list-style-type: none"> 1. linfadenopatie (ascellari ed inguinali) non modificate dopo trattamento antibiotico ed antinfiammatorio 2. oncocriptosi senza segni di flogosi 	
Differita (D) = 15 giorni	<ol style="list-style-type: none"> 1. pervietà del dotto peritoneo vaginale o ernia ombelicale 2. noduli e tumefazioni in rapido accrescimento 3. frenulo linguale nel neonato/lattante 4. dolori addominali ricorrenti 5. stipsi 6. altre patologie di pertinenza chirurgica che, a parere del medico curante, possano rapidamente subire un aggravamento significativo o debbano essere valutate in tempi brevi 	
Programmata (P) = oltre 15 giorni	<ol style="list-style-type: none"> 1. noduli e tumefazioni presenti da tempo e a lento accrescimento 2. frenulo linguale nel bambino 3. fimosi senza ritenzione urinaria 4. aderenze balano-prepuziali 5. circoncisioni rituali 6. altre patologie di pertinenza chirurgica non soggette ad aggravamento significativo della patologia nei tempi previsti per la visita 	
NOTE		

CRITERI PRIORITA' VISITA REUMATOLOGICA

Tabella 1. Criteri clinici di priorità per la visita reumatologica adulto

	CRITERI CLINICI	NOTE
Urgente (U) = 72 ore	1) Artrite reumatoide Spondiliti/spondiloartriti Artrite psoriasica <ul style="list-style-type: none"> - riacutizzazioni - complicazioni - effetti collaterali da farmaci 2) Sclerosi sistemica Lupus eritematoso sistemico Dermatomiosite/polimiosite Sindrome di Sjogren <ul style="list-style-type: none"> - riacutizzazioni - complicazioni - effetti collaterali da farmaci 3) Vasculiti <ul style="list-style-type: none"> - riacutizzazioni - complicazioni - effetti collaterali da farmaci 4) Gotta Malattie da cristalli <ul style="list-style-type: none"> - riacutizzazioni 5) Monoartriti/poliartriti <ul style="list-style-type: none"> - attacco acuto Polimialgia reumatica con cefalea e VES elevata	
Breve (B) = 10 giorni	1) Tutte le patologie, riportate nella classe urgente, in fase cronica nelle quali il MMG non riesce, entro 7/10 giorni, a controllare il sintomo dolore o altre caratteristiche della malattia, comprensive di <ul style="list-style-type: none"> - Artrosi - Malattie periarticolari - lombalgie 2) Riscontro di Uveite e Iridociclite	
Differita (D) =30 giorni	1) Tutte le patologie reumatologiche non acute che necessitano di approfondimento. 2) Dolore articolare subcronico non controllato Presenza di: <ul style="list-style-type: none"> A. Lombalgia infiammatoria B. rigidità mattutina > 30 minuti, segno della gronda: compressione metacarpo falangeo che induce dolore, persistenza di > 3 articolazioni tumefatte e dolenti per più di 6 settimane, C. Fenomeno di Reynaud 	
=>30 giorni	1) Tutte le altre condizioni cioè pazienti reumatologici che per caratteristiche possono attendere più di 30 giorni. 2) riscontro occasionale di segni ematologici	

	e clinici che non configurano una urgenza o differibilità.	
--	--	--

Tabella 1. Criteri clinici di priorità per la visita reumatologica pediatrica

	CRITERI CLINICI	NOTE
Urgente (U) = 72 ore	<ul style="list-style-type: none"> • M. di Kawasaki in atto o fortemente sospetta • Reumatismo articolare acuto all'esordio • Poussee di uveite necessitante di terapia sistemica • Sindrome di attivazione macrofagica 	
Breve (B) = 10 giorni	<ul style="list-style-type: none"> • Artrite idiopatica giovanile o connettiviti in cui ci siano • Complicazioni o effetti collaterali da farmaci 	
Differita (D) = 30 giorni	<ul style="list-style-type: none"> • Tutte le altre situazioni (patologie reumatologiche note o in corso di accertamenti) 	
Programmata (P)		

CRITERI PRIORITA' VISITA ONCOLOGICA

Tabella 1. Criteri clinici di priorità per la visita oncologica

	CRITERI CLINICI	NOTE
Urgente (U) = 72 ore	Forte sospetto diagnostico* e/o diagnosi istologica di neoplasia* (specificare*) in presenza di sintomatologia rilevante associata, ma senza alterazione di parametri vitali. L'associazione eventuale di compromissione di parametri vitali richiede l'accesso diretto al pronto soccorso	
Breve (B) =10 giorni	Forte sospetto diagnostico di neoplasia* e/o diagnosi di neoplasia* (specificare*).	
Differita (D) = 15 giorni	Richiesta di presa in carico per follow-up in paziente già seguito in altra sede	
NOTE	<i>N.B.:se sono in corso altre procedure diagnostiche la visita è prenotabile una volta che l'utente disponga dei relativi referti</i>	

Tabella 2. Criteri clinici di priorità per la visita senologica

	CRITERI CLINICI	NOTE
Urgente (U) = 72 ore		
Breve (B) =10 giorni	Nodulo mammario e/o ascellare di recente insorgenza. Retrazione del capezzolo. Secrezione ematica spontanea dal capezzolo. Alterazioni della cute mammaria di recente insorgenza. Mastite	
Differita (D) = 15 giorni	Richiesta di presa in carico per follow-up in paziente già seguito in altra sede	
NOTE	<i>N.B.: sebbene non esistano fattispecie che supportino tecnicamente l'accesso Urgente i professionisti concordano su una rapida presa in carico della paziente per supportarne al meglio l'impatto psicologico</i>	

CRITERI PRIORITA' VISITA GINECOLOGICA

Tabella 1. Criteri clinici di priorità per la visita ginecologica adulti

	CRITERI CLINICI
Urgente (U) = <i>entro 72 h</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Dolore pelvico di prima insorgenza. • Metrorragia in menopausa (sanguinamento di tipo mestruale) • Vaginite acuta che limita la qualità della vita.
Breve (B) = <i>7 giorni</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Metrorragia in menopausa di lieve entità. • Vaginite acuta che non limita la qualità della vita • Sospetto strumentale di patologia neoplastica ginecologica.
Differita (D) = <i>15 giorni</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Dolore pelvico cronico • Pap-test anormale non inserito in un percorso di screening. • Prurito vulvare persistente in post-menopausa. • Altri reperti strumentali in donna asintomatica (cisti semplici; fibromi e ispessimenti endometriali)
Programmata (P)	<ul style="list-style-type: none"> • Problemi uro-ginecologici • Prolasso genitale non complicato <ul style="list-style-type: none"> • Sindrome climaterica • Disturbi del ciclo
NOTE	

Tabella 2. Criteri clinici di priorità per la visita ginecologica pediatrica

	CRITERI CLINICI
Urgente (U) = entro 72h	<ul style="list-style-type: none"> • Dolore pelvico in portatore di cisti ovarica • Perdite ematiche vaginali • Vaginite acuta con leucorrea abbondante • Menometrorragia con sospetta anemia • Secrezioni siero-ematiche dal capezzolo
Breve (B) = 7 giorni	<ul style="list-style-type: none"> • Telarca precoce in soggetto di età < 8 anni • Sospetto strumentale di neoformazioni ovariche • Menometrorragia • Vulvovaginite acuta • Secrezioni sierose dal capezzolo complicate da mastite
Differita (D) = 15 giorni	<ul style="list-style-type: none"> • Dolore pelvico cronico • Cicli mestruali irregolari • Secrezioni sierose dal capezzolo non complicate da mastite
Programmata (P)	
NOTE	

CRITERI PRIORITA' VISITA OCULISTICA

Patologie/condizioni che richiedono l'accesso immediato in Pronto soccorso fascia di età 0-7 anni

3. Cellulite periorbitaria
4. Corpo estraneo
5. Trauma oculare

Patologie/condizioni che richiedono l'accesso immediato in Pronto soccorso età oltre i 7 anni

6. Corpo estraneo
7. Trauma oculare
8. Riduzione/alterazione visiva improvvisa
9. Dolore oculare di recente insorgenza
10. Diplopia

Di seguito sono riportate le tabelle dei criteri di priorità per la prescrizione delle visite oculistiche per soggetti di età compresa tra 0 - 7 anni (tabella 1) e di età oltre i 7 anni.

Tabella 1. Criteri clinici di priorità per la 1° visita oculistica soggetti 0 - 7 anni

	CRITERI CLINICI	NOTE
Urgente (U) = 72 ore	accesso in pronto soccorso o in un ambulatorio di oculistica ad accesso diretto	
Breve (B) = 7 giorni	<ul style="list-style-type: none"> • anomalie del riflesso rosso • cataratta • diplopia senza segni neurologici associati • glaucoma congenito già diagnosticato da un 1° livello oculistico • leucocoria • paralisi oculomotoria • buftalmo 	
Differita (D) = 15 giorni	<ul style="list-style-type: none"> • ambliopia accertata da un 1° livello oculistico • anisocoria • eterocromia iridea • microftalmo • nistagmo • occhio rosso ricorrente • ptosi • retinoblastoma (familiarità) • stenosi completa vie lacrimali in bambino con età superiore a 9 mesi • strabismo accertato da un 1° livello oculistico 	
Programmata (P) = oltre 15 giorni	<ul style="list-style-type: none"> • astigmatismo • ritardo psicomotorio • cefalea • controllo acuità visiva • daltonismo • deficit visivo • ipermetropia 	

	<ul style="list-style-type: none"> • macchie sclerali • miopia • sospetta ambliopia • sospetto strabismo • stenosi completa vie lacrimali in bambino con età inferiore a 9 mesi • stenosi incompleta vie lacrimali • stereotest dubbio 	
--	---	--

Tabella 2. Criteri clinici di priorità per la 1° visita oculistica soggetti oltre 7 anni

	CRITERI CLINICI	NOTE
Urgente (U) = 72 ore	accesso in pronto soccorso o in un ambulatorio di oculistica ad accesso diretto	
Breve (B) + Differita (D) =15 giorni	<ul style="list-style-type: none"> • Dolore oculare ricorrente • Calo visivo non recente ma progressivo. • Occhio rosso non recente o resistente a terapia topica 	
Programmata (P) = oltre 15 giorni	<ul style="list-style-type: none"> • Calo visivo non recente 	