

**DETERMINA DEL DIRETTORE DELLA
AREA VASTA N. 2**

N. 1730/AV2 DEL 18/11/2014

Oggetto: Regolamento di Area Vasta relativo alla gestione delle liste di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

**IL DIRETTORE DELLA
AREA VASTA N. 2**

- . . . -

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente determina, dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

VISTE la DGRM n. 34 del 20/01/2014 ad oggetto: "L.R. n. 13/2003 – Nomina dei Direttori di Area Vasta dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale" e la determina del Direttore AV2 n. 165 del 06/02/2014 ad oggetto: "Insediamento del Dott. Giovanni Stroppa quale Direttore dell'Area Vasta 2".

VISTA l'attestazione del Dirigente della U.O. Bilancio in riferimento al bilancio annuale di previsione;

- DETERMINA -

1. di approvare il Regolamento di Area Vasta 2 relativo alla gestione delle liste di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali che, allegato alla presente, ne costituisce parte integrante e sostanziale;
2. di incaricare le competenti UU.OO. amministrative e sanitarie di questa Area Vasta, ognuna per quanto di competenza, della reale attuazione, rispetto e controllo del Regolamento allegato;
3. di dichiarare che dal presente atto non derivano oneri a carico del bilancio dell'A.S.U.R., Area Vasta n. 2;
4. di dichiarare che il presente atto non è soggetto al controllo regionale ai sensi dell'art. 4 della Legge 412/91 ed è efficace dal giorno della pubblicazione nell'albo pretorio informatico, a norma dell'art. 28 L.R. 26/96, come sostituito dall'art. 1 della L.R. 36/2013;
5. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale dell' A.S.U.R. ai sensi dell'art. 17 della L.R. n° 26/96 e s.m.i.

**IL DIRETTORE AREA VASTA 2
Dott. Giovanni Stroppa**

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' CONTABILE

U.O. BILANCIO E SERVIZIO CONTROLLO DI GESTIONE:

Le sottoscritte, visto quanto dichiarato nel presente atto dal Responsabile del Procedimento, attestano che dall'adozione del presente atto non derivano oneri economici a carico dell'Azienda.

Servizio Controllo di Gestione
Il Dirigente Amministrativo
Dott.ssa M. Letizia Paris

U.O. Bilancio
Il Responsabile del Procedimento
Dott.ssa M. Grazia Maracchini

La presente determina consta di n. 23 pagine di cui n. 18 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -

U.O.C. Direzione Amministrativa Ospedaliera Area Vasta n. 2

Normativa di riferimento:

- D.G.R. n. 843 del 17/07/2006 “Recepimento e prima attuazione dell’intesa tra il governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 28/03/2006, sul piano nazionale di contenimento delle liste di attesa per il triennio 2006/2008, di cui all’art. 1 comma 280 della L. n. 266/2005”;
- Decreto del dirigente del Servizio Salute n. 80/SO4 del 20 dicembre 2006: Linee – guida per la gestione delle agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili. Annullamento del decreto n.77/SO4 del 12.12.2006;
- DGR n. 494 del 21/05/2007 “Interazione della DGR 843/2006 “Recepimento e attuazione delle indicazioni contenute nell’intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 28/03/2006, in merito al recepimento del piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa; per il triennio 2006/2008, di cui all’art. 1 comma 280 della L. n. 266/2005 in relazione alle linee guida per la certificazione degli adempimenti dei piani regionali emanate dal comitato nazionale LEA”;
- Determina ASUR/DG 424/07 “recepimento ed attuazione dei contenuti della DGRM 494/2007: piano attuativo aziendale”;
- Determina 530/2008;
- Legge 120/2007;
- DGRM n. 751 del 02.07.2007 accordo integrativo regionale (AIR) allegato A;
- DGRM 972/2011 “L. 12/07/2007 art.1 comma 2 – Linee di indirizzo per la revisione dei piani aziendali per il passaggio al regime ordinario dell’attività libero professionale intramuraria del personale della dirigenza medica del SSN”;
- Intesa Stato- Regioni sul piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2010/2012, di cui all’art.1 comma 280 della L. n. 266/2005 ed approvazione del piano regionale di governo delle liste di attesa;
- DGRM 1040/2011- “Recepimento dell’intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2010/2012, di cui l’art. 1 comma 280 della L. n. 266/2005 ed approvazione del piano regionale di governo delle liste di attesa”;
- Nota ex Dipartimento per la Salute ed i Servizi Sociali n.21158/2012;
- DM 18 ottobre 2012 “Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale;
- DGRM n. 735/2013;
- DRRM n. 1345/2013;
- DGRM n. 1 del 07/01/2014 “Linee di indirizzo per il governo dell’erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per la garanzia ed il rispetto dei tempi massimi di attesa”;
- Determina ASUR/DG n. 280 del 07/05/2014 ad oggetto “Piano Attuativo Aziendale (PAA) per il contenimento dei Tempi di Attesa (Tda) ai sensi del DGRM n. 1 del 07/01/2014, avvio e sviluppo”;

- Determina ASUR/DG n. 312 del 16/02/2014 “Parziale rettifica Determina 280/2014 Piano Attuativo Aziendale per il contenimento dei Tempi di Attesa ai sensi della DGRM n. 1 del 07/01/2014, avvio e sviluppo”;
- DGR M n. 986 del 07/08/2014 “ ad oggetto “DGR 1750 del 27/12/2013 L.R. n. 13 del 20/06/2003 - Autorizzazione agli Enti del SSR ed al DIRMT alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici preventivi per l’anno 2014 – modificazioni ed integrazioni”;
- DGRM n. 1012 del 08/09/2014 “Definizione dei Raggruppamenti d’Attesa Omogenei (RAO) per priorità clinica di accesso per la garanzia dei tempi massimi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale”.

Considerato che, il contenimento ed il contestuale abbattimento dei tempi di attesa per esami e visite specialistiche rappresenta una priorità in materia di sanità regionale, con particolare riferimento ai Livelli Essenziali di Assistenza che il S.S.N. si impegna a garantire a tutti i cittadini, prevedendo l'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati alle necessità degli utenti, dando particolare rilevanza ai criteri di appropriatezza, trasparenza ed urgenza.

Preso atto che, in base alle riunioni tenutesi in Area Vasta, si è resa evidente la necessità di procedere ad una revisione degli aspetti organizzativi e gestionali, come premessa alla definizione di obiettivi relativi a singole prestazioni critiche e che lo sviluppo dei percorsi in Area Vasta si è svolto in stretto raccordo con il referente della specialistica di Area Vasta come da comunicazione del Direttore AV2 prot. n. 0119820 del 09/10/2014 con la possibilità quindi di avviare un approfondimento sullo sviluppo di proposte di appropriatezza e committenza che garantiscano il necessario coordinamento all'interno del sistema.

Dato atto che, relativamente alla metodologia di approccio alle prestazioni critiche si è individuato, in linea con quanto indicato dal Piano Attuativo Aziendale (Determina DG ASUR n. 280 del 07/05/2014) , come elemento centrale non tanto i volumi di produzione delle singole prestazioni, quanto l'organizzazione di percorsi assistenziali.

Considerato, altresì, che, per il governo delle criticità si dovranno attivare, come previsto nel Regolamento allegato, i seguenti adempimenti:

- azioni sull'organizzazione delle liste
- azioni per l'appropriatezza
- azioni per la priorità clinica di accesso
- azioni per promuovere la presa in carico
- azioni in materia di committenza esterna ed interna all'Area Vasta
- applicazione R.A.O. (Raggruppamenti d’Attesa Omogenei) di cui alla DGRM n. 1012 del 08/09/2014

Specificato che, i Piani Annuali di Lavoro dei Medici di Medicina Generale dovranno essere in coerenza con il presente Regolamento e con il successivo Piano Attuativo e che il Regolamento tiene conto della Legge 120/2007 in materia di governo della libera professione.

Per quanto sopra esposto, viste la Legge Regionale n°17 dell'1/8/2011, avente ad oggetto “*Ulteriori modifiche della Legge Regionale 20 giugno 2003, n. 13: "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale", della Legge Regionale 17 luglio 1996, n. 26: "Riordino del Servizio Sanitario Regionale" e modifica della Legge Regionale 22 novembre 2010, n. 17"*; la DGRM n. 34 del 20/01/2014 ad oggetto: “*L.R. n. 13/2003 – Nomina dei Direttori di Area Vasta dell’Azienda Sanitaria Unica Regionale*”; la

determina del Direttore AV2 n. 165 del 06/02/2014 ad oggetto: "Insediamento del Dott. Giovanni Stroppa quale Direttore dell'Area Vasta 2".

Stante l'urgenza di adottare il presente atto, si propone di dichiararlo immediatamente esecutivo.

Tutto ciò premesso, si sottopone al Direttore di Area Vasta l'approvazione del seguente schema di

- D E T E R M I N A -

1. di approvare il Regolamento di Area Vasta 2 relativo alla gestione delle liste di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali che, allegato alla presente, ne costituisce parte integrante e sostanziale;
2. di incaricare le competenti UU.OO. amministrative e sanitarie di questa Area Vasta, ognuna per quanto di competenza, della reale attuazione, rispetto e controllo del Regolamento allegato;
3. di dichiarare che dal presente atto non derivano oneri a carico del bilancio dell'A.S.U.R., Area Vasta n. 2;
4. di dichiarare che il presente atto non è soggetto al controllo regionale ai sensi dell'art. 4 della Legge 412/91 ed è efficace dal giorno della pubblicazione nell'albo pretorio informatico, a norma dell'art. 28 L.R. 26/96, come sostituito dall'art. 1 della L.R. 36/2013;
5. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale dell' A.S.U.R. ai sensi dell'art. 17 della L.R. n° 26/96 e s.m.i.

Il Responsabile del Procedimento

Dirigente Direzione Amm.va Ospedaliera AV2
(Rag. Angelo Tini)

- ALLEGATI -

Regolamento di Area Vasta 2 relativo alla gestione delle liste di attesa prestazioni specialistiche ambulatoriali

In attuazione

**DGRM n. 1 del 07.01.2014, n. 986 del 07.08.2014, n. 1012 del 08.09.2014
e Determine**

D.G. ASUR n. 280 del 07.05.2014, n. 312 del 16.05.2014

1. Introduzione

Sulla scorta di quanto contenuto nelle DGRM n. 1 del 07/01/2014, n. 986 del 07/08/2014, n. 1012 del 08/09/2014 e nelle DG ASUR n. 280 del 07/05/2014 e n. 312 del 16/05/2014 per la regolamentazione delle modalità di prenotazione ed accesso e per il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, questa Area Vasta n. 2 emana il presente Regolamento per la prenotazione, la gestione, l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali sulla base delle disposizioni sopra richiamate.

In attuazione della DGRM n. 1/2014 e delle Determine DG ASUR nn. 280 e 312/2014, l'Area Vasta n. 2 e preso atto della comunicazione del Direttore AV prot. n. 0119820 del 09/10/2014, si individuano i seguenti componenti del Comitato Tecnico ed il Referente della Specialistica ambulatoriale:

Comitato Tecnico	Dirigente Direzione Amm.va Ospedaliera AV2 – Tini Angelo – Responsabile / Referente Specialistica ambulatoriale
	Responsabile Governo Clinico AV2 – Venanzoni Piero (o suo delegato)
	Direttore Sanitario Ospedaliero Fabriano – Mancinelli Stefania (o suo delegato)
	Dirigente Medico Senigallia – Temelini Franco
	Direttore Distretto Ancona – Balzani Patrizia (o suo delegato)
	Dirigente Controllo di Gestione – Paris Letizia (o suo delegato)
	Dirigente Sistemi Informativi – Gigli Roberto (o suo delegato)
	Dirigente U.O. Libera Professione e Recupero Crediti – Giretti Anita (o suo delegato)
	Dirigente Amm.va Territoriale – Mariani Chantal (o suo delegato)
	Dirigente URP – Paolucci Palma (o suo delegato)
	SUPPORTO AMMINISTRATIVO:
	Franconi Nicoletta
	Mariani Patrizia
	Palozzi Paola
Teobaldi Roberto	

Nell'Area Vasta n. 2 il Centro Unico di Prenotazione (CUP) è organizzato con sportelli aperti al pubblico dal lunedì al venerdì mattina e pomeriggio; il sabato, solo mattina.

Il presente regolamento intende codificare l'organizzazione e gestione dell'accesso alle prestazioni specialistiche.

2. Percorsi degli utenti per prenotazione e accettazione prestazioni specialistiche

Visite specialistiche

Le visite specialistiche sono suddivise in:

- 1° visita / primo accesso, con spazi dedicati per tutte le branche specialistiche;
- Visite/accesso di controllo e/o successive, con distinti spazi dedicati.

Per quanto riguarda le prime visite, le stesse sono suddivise nelle seguenti Classi di Priorità, come definito dalla DGRM 1012/2014: U urgente, B breve, D differita, P programmata. Per queste tipologie di prestazioni devono essere individuati nelle agende spazi dedicati.

I Medici prescrittori (MMG, PLS e altri Specialisti), hanno l'obbligo di specificare sul Nuovo Ricettario Unico Regionale la precisa dizione o "Primo Accesso" o "Accesso successivo/controllo", come da Delibera DGRM n. 1012/2014 (c.d. Determina RAO). La segnalazione della priorità del primo accesso/prima visita specialistica, ad opera dei medici prescrittori, deve avvenire con le seguenti modalità di:

"U" urgente;

"B" breve;

"D" differita;

"P" programmata;

L'impegnativa non recante alcuna indicazione verrà considerata accesso successivo/controlli. L'impegnativa recante la dizione prima visita senza indicazione della classe di priorità, verrà considerata programmata.

Le eventuali prestazioni necessarie per la "definizione diagnostica" relative alla stessa branche specialistica, contemporanee alla prestazione principale, devono essere prescritte direttamente dallo Specialista su ricettario "rosso" da regolarizzarsi ai fini della compartecipazione alla spesa sanitaria.

Nel caso lo Specialista ritenga necessario ulteriori prestazioni presso altre branche specialistiche, lo stesso dovrà emettere la relativa impegnativa.

I Medici prescrittori hanno inoltre l'obbligo di segnalare al momento della prescrizione delle impegnative le seguenti "situazioni cliniche" riportate nelle tabelle R.A.O. anche in maniera sintetica:

PRIMA VISITA CARDIOLOGICA (indicare sempre + ECG)

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

PRIMA VISITA VASCOLARE

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

PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA

CLASSE DI PRIORITA'	gg	“ SITUAZIONI CLINICHE “
U URGENTE	72h	<ul style="list-style-type: none"> - Tutte le endocrinopatie in gravidanza - Tiroidine acuta
B BREVE	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> - Ipo-ipertiroidismo severo all'esordio - Oftalmopatia Basedowiana di grado medio-severo - Tumefazione tiroidea insorta acutamente - Ipercalcemia > 12.5 mg/dl - Paziente con neoformazioni ipofisarie in programma per intervento neurochirurgico
D DIFFERITA	45 gg	<ul style="list-style-type: none"> - Ipertirodismo non complicato all'esordio - Ipotirodismo non complicato all'esordio - Incidentaloma surrenalico - Incidentaloma ipofisario - Ipertensione endocrina - Osteoporosi severa - Disturbi della crescita
P PROGRAMMATA	/	<ul style="list-style-type: none"> - Altro: specificare quesito diagnostico

PRIMA VISITA OCULISTICA

CLASSE DI PRIORITA'	gg	“ SITUAZIONI CLINICHE “
U URGENTE	72h	<ul style="list-style-type: none"> - Traumi - Corpi estranei - Ustioni chimiche - Calo del visus grave e improvviso - Occhio rosso dolente - Occhio rosso dolente e calo del visus - Miodesopie, fotopsie recenti e scotomi ad insorgenza improvvisa
B BREVE	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> - Occhio rosso senza calo del visus - Miodesopie e fotopsie datate (mesi) - Leucocoria - Sospetta cataratta (neonato)
D DIFFERITA	30gg	<ul style="list-style-type: none"> - Fundus diabetici/ipertesi (1° accesso) - Disturbi visivi in età prescolare o scolare (1° accesso) < 14 anni - Disturbi oculari in patologie sistemiche (tireopatie, dislipdemie, hiv, stadiazione per prescrizioni farmaci – plaquenil)
P PROGRAMMATA	/	<ul style="list-style-type: none"> - Riduzione visus (PRIMA VISITA per lenti – optometria, porto d'armi, etc.) - Familiarità per glaucoma e altre patologie ereditarie - Altro: specificare quesito diagnostico

PRIMA VISITA ORTOPEDICA

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

PRIMA VISITA GINECOLOGICA

CLASSE DI PRIORITA'	gg	“ SITUAZIONI CLINICHE “
U URGENTE	72h	- Dolore pelvico acuto
B BREVE	10 gg	- Massa pelvica - Vaginiti - Pap test “positivo” - Perdite ematiche atipiche (soprattutto dopo la menopausa)
D DIFFERITA	30 gg	- Algie pelviche - MST - Disturbi del ciclo - Dismenorrea
P PROGRAMMATA	/	- Altro: specificare quesito diagnostico

PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRICA

CLASSE DI PRIORITA'	gg	“ SITUAZIONI CLINICHE “
U URGENTE	72h	- Accesso o flemmone (collo, bocca, faringe) - Corpo estraneo nasale, faringeo, bronchiale, esofageo - Dispnea inspiratoria o emorragie in atto (naso, bocca) - Ipoacusia improvvisa o vertigine acuta invalidante - Otite o sinusite dolorosa ingravescente
B BREVE	10 gg	- Adenopatie latero cervicali (valutate eco graficamente o clinicamente significative) - Disfonia o disfagia ingravescente - Ipoacusia e/o acufeni di recente insorgenza - Neoformazioni cavo orale - Paralisi acuta del nervo facciale - Sinusite ingravescente - Sleep apnea nei bambini - OSAS sintomatiche (apnee notturne con più di 3 risvegli per notte)
D DIFFERITA	30 gg	- Epistassi in atto - Processi flogistici cronici (otite, sinusite, faringolaringite ecc) - Tappo di cerume

P PROGRAMMATA	/	<ul style="list-style-type: none"> - Acufeni e/o ipoacusia cronici - Disturbi della voce e del linguaggio (dislalie, ecc) - Sindrome vertiginosa o cefalea cronica - Patologia malformativa (naso, orecchie, ecc) - Sleep apnea adulti - Noduli tiroidei cronici (valutati eco graficamente) - Altro: specificare quesito diagnostico
------------------	---	--

PRIMA VISITA NEUROLOGICA

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

PRIMA VISITA UROLOGICA

CLASSE DI PRIORITA'	gg	“ SITUAZIONI CLINICHE “
U URGENTE	72h	<ul style="list-style-type: none"> - Macroematuria persistente con ritenzione - Febbre urosettica - Nodulo testicolare

B BREVE	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> - Nodulo epididimo o pene - Polipi o papillomi della vescica - Calcolosi uretrale - Massa renale accertata ecograficamente - Psa aumentato con relativa ridotta quota del psa libero - Pielo-ureterectasia asintomatica - Prostatiti ed uretriti acute
D DIFFERITA	30 gg	<ul style="list-style-type: none"> - Colica renale o uretrale già valutate ecograficamente senza stasi urinaria - Calcolosi renale - Infezioni vie urinarie nel maschio - Nodulo prostatico - Cistiti recidivanti - Microematuria - Psa aumentato (esclusi casi di tipo a2) - Controllo K prostata non programmato - Disturbi dell'erezione - Emospermia
P PROGRAMMATA	/	<ul style="list-style-type: none"> - Varicocele - Ipertrofia della prostata - Idrocele e cisti del testicolo o epididimo valutare ecograficamente - Fimosi semplice - Disturbi minzionali - Altro: specificare quesito diagnostico

PRIMA VISITA ONCOLOGICA

CLASSE DI PRIORITA'	gg	" SITUAZIONI CLINICHE "
U URGENTE	72h	<ul style="list-style-type: none"> - Classe di priorità non prevista
B BREVE	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> - Sospetta patologia tumorale con aspetto strumentale/clinico di elevata aggressività
D DIFFERITA	30 gg	<ul style="list-style-type: none"> - Sospette patologie tumorali con aspetto strumentale/clinico di bassa aggressività
P PROGRAMMATA	/	<ul style="list-style-type: none"> - Altro: specificare quesito diagnostico

PRIMA VISITA DERMATOLOGICA

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

PRIMA VISITA FISIATRICA

CLASSE DI PRIORITA'	gg	“ SITUAZIONI CLINICHE “
U URGENTE	72h	<ul style="list-style-type: none"> - Classe di priorità non prevista

B BREVE	10 gg	- Classe di priorità non prevista
D DIFFERITA	30 gg	- Interventi Neurochirurgici - Ictus cerebrali - Interventi artroprotesi - Interventi per fratture - Rimozione apparecchiature gessate
P PROGRAMMATA	/	- Altro: specificare quesito diagnostico

PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA

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

PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA

CLASSE DI PRIORITA'	gg	“ SITUAZIONI CLINICHE “
U URGENTE	72h	<ul style="list-style-type: none"> - Emofteo severa - Pneumotorace - Stato di male asmatico - Dispnea ingravescente
B BREVE	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> - Rx –torace positivo per patologia - Dolore toracico (escluso quello acuto di pertinenza del P.S.) - Espettorato striato di sangue - BPCO riacutizzata - Asma bronchiale riacutizzata - Dispnea di n.d.d.
D DIFFERITA	45 gg	<ul style="list-style-type: none"> - Tosse cronica (da oltre un mese9 di n.d.d. - Dispnea cronica (presente da mesi)
P PROGRAMMATA	/	<ul style="list-style-type: none"> - Altro: specificare quesito diagnostico

Prestazioni strumentali

Per la maggior parte delle prestazioni strumentali non esiste attualmente distinzione tra 1° prestazione e prestazioni successive; fatto salvo quanto previsto dalla DGRM 1012/2014 specificatamente per le seguenti prestazioni:

ECOGRAFIA MAMMARIA

CLASSE DI PRIORITA'	gg	“ SITUAZIONI CLINICHE “
U URGENTE	72h	<ul style="list-style-type: none"> - Flogosi acuta (di tipo batterico) - Sospetto ematoma
B BREVE	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> - Linfadenomegalia ascellare clinicamente sospetta età < 40 anni senza flogosi mammaria - Nodulo/tumefazione/addensamento (clinicamente sospetti), retrazione cutanea - Secrezione mammaria ematica età < 40 anni

D DIFFERITA	90 gg	<ul style="list-style-type: none"> - Ginecomastia. Solo se il quadro è dubbio per nodulo - Mastodinia non ciclica età < 40 anni - Secrezione mammaria non ematica età < 40 anni
P PROGRAMMATA	/	<ul style="list-style-type: none"> - Altro: specificare quesito diagnostico

MAMMOGRAFIA

CLASSE DI PRIORITA'	gg	“ SITUAZIONI CLINICHE “
U URGENTE	72h	<ul style="list-style-type: none"> - Classe priorità non prevista
B BREVE	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> - Linfadenomegalia ascellare clinicamente sospetta età \geq 40 anni senza flogosi mammaria - Linfadenomegalia ascellare età \geq 40 anni con flogosi mammaria (dopo terapia 15 gg) - Mastite età \geq 40 anni (dopo terapia 15 gg) - Nodulo, tumefazione, retrazione del capezzolo, retrazione della cute età \geq 40 anni
D DIFFERITA	90 gg	<ul style="list-style-type: none"> - Secrezione mammaria non ematica età \geq 40 anni
P PROGRAMMATA	/	<ul style="list-style-type: none"> - Donne asintomatiche età < 50 anni o > 69 anni - Altro: specificare quesito diagnostico

RMN MUSCOLO-SCHELETRICA

CLASSE DI PRIORITA'	gg	SPALLA	POLSO	GINOCCHIO	CAVIGLIA	App.MUSCOLO TENDINEO
U URGENTE	3gg	<ul style="list-style-type: none"> - Classe priorità non prevista 				

B BREVE	10 gg	-Lussazione scapolo omerale traumatica acuta documentata con RX ed ecografia		-Gonalgia acuta con gravi limitazioni funzionali o blocco articolare paz. < 40 anni		-Trauma
D DIFFERITA	90 gg	-Spalla dolorosa impingement/peri atrite -Lesioni traumatica c. rotatori	-Patologia reumatica (I diagnosi) -Sospetta necrosi scafoide		-Patologia reumatica (I diagnosi)	
P PROGRAMMATA	/	- Spalla instabile (RM + event. ARTRO-RM) -Pre-intervento già programmato	-Patologia reumatica -Sospetto tunnel carpale	-Gonalgia senza gravi limitazioni funzionali -Pre-intervento già programmato	-Patologia legamento con instabilità articolare -Patologia reumatica	-Stadiazione neoplasie -Tendinopatie Achillee -Epicondilopatie

RMN COLONNA

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

	/	<ul style="list-style-type: none"> - Sindromi mieloradicolari croniche - Pre-intervento programmato - Altro: specificare quesito diagnostico
--	---	---

RMN DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO

CLASSE DI PRIORITA'	gg	“ SITUAZIONI CLINICHE “
U URGENTE	72h	- Classe priorità non prevista
B BREVE	10G G	<ul style="list-style-type: none"> - Prima diagnosi di lesione con evidenti segni TC di espanso (valutazione preliminare di neurologia/neurochirurgo) - Disturbo neurologico maggiore da sospetta lesione cerebrale non visibile alla TC ad esordio acuto e/o rapidamente progressivo nel corso di 1 settimana (valutazione preliminare di neurologo/neurochirurgo)
D DIFFERITA	90G G	<ul style="list-style-type: none"> - Cefalea continua di nuova insorgenza non sensibile a terapie, in assenza di segni o sintomi localizzati, con TAC negativa - Prima crisi epilettica in paziente adulto - Prima indagine per sospetto adenoma ipofisario in paziente con disturbi del campo visivo
P PROGRAMMATA	/	<ul style="list-style-type: none"> - Sospetta ipoacusia neurosensoriale - Vertigine cronica - Altro: specificare quesito diagnostico

Anche per queste tipologie di prestazioni devono essere individuati nelle agende spazi dedicati; tale procedura sarà possibile mediante individuazione di ulteriori risorse.

- Le prenotazioni avvengono di norma tramite il numero verde attivo presso il CUP Unico Regionale. Per prestazioni particolarmente complesse (es: Colonscopie, RMN, ecc....) è previsto in questa Area Vasta un apposito front-end tematico.
- Le agende sono state codificate a CUP in accordo con il Responsabile della U.O. erogante o Specialista ambulatoriale convenzionato. Le modifiche provvisorie di variazione/chiusura agenda (per es. piano ferie) devono essere comunicate di norma con **almeno sette giorni di anticipo** dal Dirigente Responsabile al Referente della Specialistica di AV2 o suo delegato. La richiesta di variazione/chiusura agenda deve indicare le modalità di recupero degli utenti prenotati.

- Le modifiche di cui sopra, se comunicate con un preavviso inferiore rispetto ai sette giorni, non possono essere evase fatta salva la possibilità della U.O. richiedente e/o Specialista ambulatoriale convenzionato di provvedere con personale dell'ambulatorio allo spostamento dei prenotati in lista.
- La richiesta di **chiusura agenda CUP in caso di urgenza** (es. malattia del Professionista) deve essere comunicata tempestivamente dal Dirigente Medico al Referente della Specialistica AV2, o suo delegato. La richiesta di variazione/chiusura agenda deve indicare le modalità di recupero degli utenti prenotati.
- Presso il CUP è giacente l'elenco analitico delle prestazioni erogabili per ogni singola branca specialistica. Gli spazi dell'offerta di prestazioni sono codificati di norma su base settimanale.
- Per evitare che il cittadino sia costretto nel giorno della prestazione a lunghe attese, deve essere garantito uno scaglionamento di tutte le prenotazioni. Di norma, a parità di condizioni, i tempi medi delle prestazioni ai fini dello scaglionamento devono essere uguali per la stessa branca specialistica sia per gli ambulatori specialistici ospedalieri che per gli ambulatori territoriali.
- Tutte le prestazioni devono essere prenotate tramite CUP Regionale, fatte salve quelle relative al "passaggio in cura" per alcune specifiche patologie (Diabetologia, Oncologia, ecc. ...); i cittadini presi in carico dall'ambulatorio specialistico dovranno effettuare i controlli successivi mediante impegnativa redatta direttamente dallo Specialista dell'ambulatorio presso la stessa struttura dove è stato eseguito il "passaggio in cura".

3. Gestione delle conferme/disdette

Con l'avvio del CUP regionale è operativo il re-call telefonico automatico per la gestione delle conferme/disdette della prenotazione delle prestazioni strumentali; questo sistema ha permesso una riduzione del numero di coloro che pur essendo prenotati non si presentavano ad effettuare le prestazioni con conseguenti forti benefici nei tempi di attesa per i cittadini.

4. Percorsi operativi:

- cardiologico
- diabetologico
- nefrologico
- oncologico
- senologico

Sono percorsi che permettono, con propri ambulatori e spazi dedicati, ai cittadini affetti da patologie specifiche di usufruire in tempi rapidi di tutte le prestazioni necessarie, in particolare per la branca di diagnostica per le immagini.

La patologia mammaria prevede uno specifico Percorso Diagnostico-Terapeutico (PTD) con la presa in carico della donna con problemi alla mammella tramite la Unità Multidisciplinare di Senologia (Breast Unit) attualmente in progettazione su Area vasta.. In questo PTD è prevista una attività clinica ambulatoriale nonché terapeutica per il trattamento del tumore alla mammella (Diagnostica per Immagini, Chirurgia, Oncologia e trattamenti complementari previsti secondo le linee guida internazionali).

In base a quanto previsto dalla DGRM n. 1 del 07/01/2014, l'Area Vasta 2 si riserva di prevedere anche per altre branche specialistiche specifici percorsi operativi.

5. Gestione delle prestazioni ad accesso diretto

Di norma tutte le prestazioni debbono essere prenotate in presenza di regolare impegnativa medica fatte salve le prestazioni ad accesso diretto che, pur avendo l'obbligo di registrazione, si possono effettuare senza impegnativa per le seguenti richieste:

- visita ostetrico-ginecologica;
- visita psichiatrica;
- visita pediatrica, limitatamente ai minori non iscritti con Pediatri di libera scelta e/o MMG;
- visita odontoiatria;
- visita oculistica, limitatamente alla misurazione del visus;
- neuropsichiatria infantile.

Per queste prestazioni l'impegnativa deve essere redatta dallo Specialista che eroga la prestazione.

6. Gestione delle prestazioni pre-ricovero / post dimissione

Le prestazioni specialistiche conseguenti ad esami pre-ricovero o post-dimissione entro 30 giorni dalle stesse devono essere prescritte ed eseguite dal reparto che ricovera o dimette, senza prenotazione CUP (da considerarsi come esami a ricoverati – interni – referto in cartella clinica); tali prestazioni devono essere gestite direttamente dalla Direzione Sanitaria e/o dalla U.O. di ricovero/dimissione. Sono da considerarsi post dimissione anche le prestazioni necessarie al completamento dell'iter diagnostico eseguite dopo i 30 giorni dalla dimissione nei casi di medicazioni, fino alla guarigione per infezione della ferita chirurgica e, per la Specialità di Ortopedia, le prestazioni fino alla rimozione del primo gesso con relativo accertamento radiologico (DGRM n. 926 del 19/04/1999).

7. Gestione delle liste di attesa

Le agende di prenotazione sono aperte su base annuale, non sono previste aperture frazionate salvo casi eccezionali autorizzati dal Referente della Specialistica AV2, o suo delegato, sulla base di specifiche motivazioni.

Le variazioni delle liste che potrebbero rendersi necessarie per motivi eccezionali non programmati devono essere richieste dal responsabile dell'ambulatorio e validate dal Referente della Specialistica AV2 o suo delegato.

Per quanto riguarda la distinzione tra *1° visite* e *controlli successivi*, farà fede la prescrizione medica anche per le implicazioni inerenti l'applicazione del ticket.

I cittadini, al fine di non costringerli a lunghe attese negli ambulatori, dovranno avere nel foglio di prenotazione come già in essere l'orario di effettuazione della prestazione.

8. Specialisti convenzionati: non nominatività delle agende

Le agende non devono avere carattere nominativo.

9. Gestione della chiusura e delle sospensioni delle agende

E' fatto divieto procedere alla chiusura/sospensione ingiustificata e non programmata delle agende (Legge Finanziaria 2006 - L. 266/2005).

Un'agenda può essere chiusa solo nel caso in cui non si eroga più il servizio o sia sospesa per motivi tecnici (cause legate al personale, sciopero, improvvisa e imprevedibile mancanza del professionista, guasto macchine).

Le attività di prenotazione non possono essere mai sospese adducendo a motivo la lunghezza eccessiva dei tempi di attesa.

Le sospensioni delle agende causate da motivi tecnici sono comunicate dal Referente della Specialistica AV2, o suo delegato, alla Regione la quale ne fa oggetto di informazione periodica al Ministero della Salute.

Secondo le direttive della Regione Marche e le Linee Guida Ministeriali, per sospensione delle agende si intende l'interruzione dell'erogazione totale di una specifica prestazione in quella struttura; si verifica cioè qualora non ci siano altre agende che continuano ad erogare tale prestazione garantendo, comunque, il servizio. Si considerano eventi di sospensione delle attività di erogazione quelli di durata superiore ad un giorno, mentre non sono oggetto di monitoraggio le chiusure definitive dovute a riorganizzazione dei servizi offerti.

Secondo le direttive A.S.U.R., si individua il seguente protocollo operativo da osservare in caso di sospensione dell'attività:

- il Responsabile Medico di ciascun ambulatorio deve inviarne comunicazione scritta al Referente della Specialistica AV2, o suo delegato, al Direttore Medico Ospedaliero o al Direttore di Distretto, specificando quale prestazione è stata o sarà interrotta, dove, perché e per quanto tempo (da quando a quando);
- il Referente della specialistica AV2 o suo delegato ne dà comunicazione al personale dei Servizi interessati (CUP, Casse, URP, Portineria, ecc. ...);
- anche se l'erogazione delle prestazioni viene sospesa, non è possibile interrompere il servizio di prenotazione.
- se si verifica un'interruzione delle prestazioni erogate per motivi tecnici, in accordo con il Referente della specialistica AV2, o suo delegato, il personale incaricato della gestione delle agende di lavoro dei Professionisti (Back-office) si adopera per il recupero degli appuntamenti se la comunicazione avviene entro la tempistica prevista. Altrimenti, sarà cura del personale addetto all'ambulatorio dello Specialista il recupero dei prenotati in lista;
- nel caso specifico di guasto macchine valgono le regole precedentemente dette tenendo presente la possibilità di indirizzare i pazienti nell'ambito dell'Area Vasta e, se necessario, prevedere anche lo spostamento del personale sanitario.

10. Apertura nuova agenda ambulatoriale

La richiesta di attivare una nuova agenda deve essere approvata dal Direttore del Presidio Ospedaliero e/o Distretto e dal Referente della Specialistica AV2, o suo delegato e presentata dal Direttore dell'Unità Operativa con l'indicazione delle seguenti informazioni:

- descrizione della prestazione;
- individuazione del codice del nomenclatore tariffario delle prestazioni ambulatoriali;
- indicazione dei professionisti in grado di erogare la prestazione (nel caso in cui fossero disponibili standard professionali definiti da autorità scientifiche per l'erogazione della prestazione va documentata la modalità di acquisizione di tali standard professionali);
- indicazione di dispositivi medici richiesti per l'erogazione della prestazione;
- indicazione circa le condizioni cliniche che richiedono la prestazione con esplicitazione dei criteri che definiscono l'appropriatezza della prestazione;
- eventuali percorsi di emergenza/urgenza che richiedono la prestazione e criteri di appropriatezza per l'accesso in emergenza/urgenza.

La nuova agenda viene inserita all'interno dell'applicativo CUP entro 10 giorni dall'arrivo della documentazione completa al Referente della Specialistica ambulatoriale AV2, o suo delegato.

Il Direttore del Distretto procede, quindi, ad informare ufficialmente i MMG, i PLS e gli Specialisti convenzionati.

9. Bonus/malus

L'attuazione di quanto previsto in materia è legato al completamento del percorso definito nell'atto di indirizzo regionale.

10. Mancato ritiro referti

Il mancato ritiro del referto entro 90 giorni dalla data di effettuazione della prestazione specialistica comporta l'addebito dell'intero costo della prestazione (non del solo ticket) nei confronti degli utenti anche se esenti dalla partecipazione alla spesa sanitaria, come previsto dall'art. 5 comma 8 della Legge n. 407 del 29.12.1990 e s.m.i. (art. 4 comma 18 della Legge 30.12.1991 n. 412 e art. 1 comma 796 lettera r della Legge 27.12.2006 n. 296 – Legge Finanziaria 2007).

12. Controllo e monitoraggio degli indicatori che scaturiscono dal C.U.P.

L'Area Vasta 2 effettua, oltre ai monitoraggi regionali previsti dalla normativa vigente, un monitoraggio con indice di riferimento il primo giorno di ogni mese relativo a tutte le prestazioni specialistiche erogate, con particolare riferimento alle prestazioni di cui all'allegato 1 della DG ASUR n. 530 del 25/06/2008, dal quale risultano:

- il regime di attività svolta (Istituzionale / Libera Professione);
- il tempo di attesa per l'erogazione della prestazione;
- il tempo di attesa massimo previsto dalla normativa per l'erogazione della prestazione;
- il numero dei cittadini in lista di attesa alla data di rilevazione.

13. Tempi massimi di attesa

Si rimanda ai contenuti delle DDGRM n. 986/2014 e n. 1012/2014 e delle Determine DG ASUR n. 280 e n. 312/2014 per le individuazioni dei tempi massimi di attesa.

IL RESPONSABILE/REFERENTE SPECIALISTICA

AREA VASTA 2
Rag. Angelo Tini

IL DIRETTORE AREA VASTA 2

Dott. Giovanni Stroppa