

ALLEGATO B - PAA CLA

ASL SALERNO DE

L'ALLEGATO 1



ALLEGATO C

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO

agenas.s.



AGENZIA NAZIONALE PER
I SERVIZI SANITARI REGIONALI

Via Piemonte 60 - 00187 Roma
tel. 06 427491 - fax 06 42749488
agenas@pec.agenas.it

Via Puglia 23 - 00187 Roma
tel. 06 427491 - fax 06 42749488
agenas@pec.agenas.it



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Questo documento è stato redatto da

Giovanni Caracci (Ex Dirigente Ufficio Qualità sicurezza, buone pratiche ed umanizzazione delle cure - Agenas)

Giulia Chiarelli (Ufficio Qualità sicurezza, buone pratiche ed umanizzazione delle cure - Agenas)

Raffaella Cingolani (Ufficio Qualità sicurezza, buone pratiche ed umanizzazione delle cure - Agenas)

Simone Furfaro (Ufficio Qualità sicurezza, buone pratiche ed umanizzazione delle cure - Agenas)

Maria Gentilini (Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa - APSS di Trento)

Giuliano Mariotti (Agenas/APSS di Trento)

Emanuela Reale (Ufficio Qualità sicurezza, buone pratiche ed umanizzazione delle cure - Agenas)

Quinto Tozzi (Dirigente Ufficio Qualità sicurezza, buone pratiche ed umanizzazione delle cure - Agenas)

Per approfondimenti: reale@agenas.it

Agenas, Roma, Giugno 2017 (aggiornamento al 30/01/2019)



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

REFERENTI PROGETTO

Elenco dei Referenti Istituzionali, delle Associazioni e delle Società scientifiche e di organizzazione sanitaria nominati per il supporto alla realizzazione del Progetto.

Ministero della Salute	Andrea Piccioli, Susanna Ciampalini
Istituto Superiore della Sanità	Luigi Bertinato
Cittadinanzattiva	Tonino Aceti, Carla Berliri, Sabrina Nardi, Daniela Agrimi (Gruppo Aiuto Tiroide), Salvo Leone (Amici Onlus)
Regione Abruzzo	Mariangela Galante, Anita Saponari
Regione Basilicata	Gabriella Sabino, Giuseppe Citro (ASP di Potenza)
Regione Calabria	Sergio Petrillo
Regione Campania	Rosanna Formato, Maria Rosaria Romano, Imma Borrelli (Asl di Salerno), Antonio Cajafa (Asl Napoli Nord), Anna Maria Ferriero (Asl di Salerno)
Regione Emilia-Romagna	Antonio Brambilla
Regione Friuli-Venezia Giulia	Michele Chittaro, Paola Toscani
Regione Lazio	Giorgio Cerquetani, Giulio De Michelis, Gianluca Ferrara, Paolo Papini
Regione Liguria	Marco Macchi, Lorenzo Bistolfi, Enrica Orsi
Regione Lombardia	Aldo Bellini, Cinzia Vanzini, Marco Soncini (AO San Carlo Borromeo)
Regione Marche	Giuseppina Benedetto, Giovanni Lagalla, Claudio Martini, Andrea Doga (AOU Ospedali Riuniti di Ancona), Massimiliano Petrelli (AOU Ospedali Riuniti di Ancona)
Regione Molise	Raffaele Malatesta
Regione Piemonte	Emanuela Zandonà, Carmela Giordano, Raffaella Ferraris
Regione Puglia	Ettore Attolini, Rodolfo Rollo (Asl di Lecce)
Regione Sicilia	Giuseppe Murolo, Giovanni De Luca, Salvatore Brugaletta (Asp di Siracusa), Luigi Maria Montalbano (AO Ospedali Riuniti di Palermo), Giuseppe Milazzo (Asp di Trapani)
Regione Toscana	Gabriella Bellagambi, Carla Rizzuti, Susanna Tamburini (Azienda USL Toscana Centro)



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Regione Umbria	Paola Casucci, Simona Panzolini, Ombretta Checconi, Efisio Puxeddu (AO di Perugia)
Regione Valle d'Aosta	Patrizia Vittori, Paola Bullio, Riccardo Papalia, Massimo Pesenti
Regione Veneto	Francesco Bortolan, Milvia Marchiori, Paolo Costa (Azienda ULSS 9 Scaligera), Pierpaolo Faronato (Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana), Domenico Scibetta (Azienda Ulss 6 Euganea), Alessio Gioffredi (ULSS 1 Dolomiti)
P.A. Bolzano	Luca Armanaschi, Pierpaolo Bertoli, Cristina Ghedina, Elisabeth Plancher, Roberta Vanzetta, Michele Comberlato (Ospedale di Bolzano), Anton Wieser (Ospedale di Merano)
P.A. Trento	Giuliano Mariotti (APSS di Trento), Alberto Meggio (Struttura Ospedaliera di Rovereto), Mauro Recla (Struttura ospedaliera di Trento)



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

AREA ANGIOLOGIA, CARDIOLOGIA E CHIRURGIA VASCOLARE

ANMCO	Michele Massimo Gulizia, Antonio Francesco Amico, Domenico Gabrielli
ANCECARDIO	Antonio Vittorio Panno, Salvo Gibiino
ARCA	Giovanni Battista Zito, Luciano Arcari, Achille Dato
SIAPAV	Maria Amitrano
SIC	Mauro Borzi
SICVE	Stefano Bartoli

AREA ANDROLOGIA, DIABETOLOGIA, ENDOCRINOLOGIA, E OSTETRICIA E GINECOLOGIA

AMD	Domenico Mannino, Amodio Botta, Paolo Di Bartolo
AME	Vincenzo Toscano
AOGOI	Elsa Viora, Enrico Vizza
SIAMS	Daniele Gianfrilli
SID	Giuseppe Lepore, Giuseppina Russo
SIE	Daniele Gianfrilli
SIEOG	Giuseppe Rizzo

AREA GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA

AIGO	Gioacchino Leandro, Marco Soncini
SIED	Bastianello Germanà, Maria Caterina Parodi, Romano Sassateli
SIGE	Santino Marchi

AREA RADIOLOGIA e MEDICINA NUCLEARE

AIMN	Oreste Bagni, Maria Cristina Marzola
SIRM	Carlo Masciocchi, Antonio Orlacchio, Enrico Pofi



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

AREA PEDIATRIA

FIMP	Teresa Cazzato, Valdo Flori, Adima Lamborghini
SICUPP	Flavia Ceschin, Giuseppe Ragnatela, Pier Luigi Tucci
SIEDP	Pietro Buono
SIP	Mauro Bozzola, Elena Bozzola

AREA DI MEDICINA GENERALE

SIMG	Claudio Cricelli, Giulio Nati, Damiano Parretti, Mauro Ruggeri
SNAMID	Francesco Chiumeo, Enzo Pirrotta, Paolo Spriano

ALTRE SOCIETÀ

ANMDO	Gianfranco Finzi, Maria Teresa Cuppone, Michele Tancredi Loiudice, Giuseppe Schirripa, Cristina Sideli, Karl Kob
ANCI	Giacomo Bazzoni
CARD	Rosa Borgia, Gilberto Gentili, Renato Lisio, Gennaro Volpe
FEDERSANITA'	Angelo Lino Del Favero
FIASO	Nicola Pinelli, Chiara Gibertoni, Adalgisa Protonotari
SIFOP	Francesco Losurdo, Giancarlo Roscio



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Indice

1. PREMESSA ALLA FASE II	1
1.1. Ambiti territoriali di applicazione	1
1.2. Regioni/PA partecipanti all'applicazione	2
2. VINCOLI STRUTTURALI	2
2.1. Strumenti di prenotazione.....	2
2.2. Referenti.....	2
3. VINCOLI DI PROCESSO.....	3
3.1. Prestazioni previste dall'applicazione	3
3.2. Indicazioni cliniche condivise dai gruppi tematici Agenas.....	4
3.2.1. Regioni che intraprendono o riavviano l'implementazione.....	4
3.2.2. Regioni che già applicano il modello	4
3.2.3. Tutte le Regioni partecipanti.....	4
3.2.4. Quali indicazioni cliniche?	5
3.2.5. Quali classi temporali?	5
3.2.6. Valutazione concordanza	7
3.2.7. Numerosità	7
3.2.8. Audit clinici.....	8
3.3. Riassunto dati necessari da raccogliere per l'applicazione	8
3.4. Procedura operativa	8

Allegati

1. Manuale RAO Agenas
2. Fac-simile per raccolta dati in fase di erogazione
3. Tracciato record per raccolta dati per Agenas
4. Excel per raccolta dati per Agenas



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

1. PREMESSA ALLA FASE II

1.1. Ambiti territoriali di applicazione

- 1.1.1. Nella fase di avvio dell'implementazione di un modello basato su priorità cliniche condivise è necessario considerare le diverse caratteristiche delle organizzazioni sanitarie, soprattutto associate alle diverse dimensioni territoriali, che vedono coinvolte le aree distrettuali e le aree specialistiche ospedaliere e poliambulatoriali distrettuali. Sulla base dei dati empirici, ad oggi raccolti con varie esperienze di cosiddetta "integrazione ospedale-territorio", si ritiene di poter individuare 3 principali aree: i) area rurale e area di valle, caratterizzata da un numero limitato di medici di famiglia che dispongono di una struttura specialistica di riferimento all'interno del proprio territorio; ii) area provinciale, caratterizzata da un numero ampio di medici di famiglia che dispongono di una o più strutture specialistiche di riferimento all'interno del proprio territorio; iii) area metropolitana, caratterizzata da una grande dimensione della struttura urbana con numerose strutture specialistiche di riferimento di elevata complessità sociale per la grande quantità di soggetti che di fatto interagiscono per l'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali.
- 1.1.2. Mentre, da un lato, nelle aree rurali e di valle l'integrazione territorio-ospedale può essere caratterizzata, in funzione della disponibilità dei medici specialisti al contatto telefonico o con altra efficace tecnologia informativa, da contatti diretti fra medici delle cure primarie e medici delle cure secondarie e viceversa, dall'altro lato, nelle aree metropolitane, vi è una enorme quantità di erogatori ed una complessa circolazione dei pazienti nel territorio urbano che rende non solo difficile e oneroso il contatto diretto, ma anche molto impegnativo il coinvolgimento partecipativo efficace di medici delle cure primarie e secondarie, vista la tendenza dei cittadini a spostarsi su diversi erogatori.
- 1.1.3. L'ambito che si ritiene ideale per il coinvolgimento partecipativo efficace è quello provinciale, nel quale gli erogatori sono limitati ed il numero di medici delle cure primarie è, di norma, attorno a valori massimi compresi fra 400 e 500 unità. In queste ultime aree, gli ambiti distrettuali con strutture specialistiche nel proprio interno geografico (ad es.: ospedali per acuti e/o strutture poliambulatoriali distrettuali) sono network ideali per un programma di coinvolgimento partecipativo per l'applicazione di classi di priorità cliniche.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

1.2. Regioni/PA partecipanti all'applicazione

- 1.2.1. Le Regioni che stanno iniziando ad applicare o sviluppare (in quanto già in parte sperimentato in passato) il modello RAO¹ è opportuno che scelgano, in una prima fase, un ambito provinciale.
- 1.2.2. Le Regioni/PA, che già applicano il modello, procedono nel percorso di diffusione in ambito regionale, se l'applicazione è ancora limitata ad aree sub-regionali, oppure consolidano il modello, se è già diffuso su tutto l'ambito di Regione/PA.

2. VINCOLI STRUTTURALI

2.1. Strumenti di prenotazione

- 2.1.1. Le aree soggette all'applicazione devono disporre di strumenti informatizzati di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali (sarebbe opportuno fossero in grado di interfacciarsi con sistemi di prescrizione con ricetta dematerializzata²). Tali strumenti possono essere centralizzati (tutte le agende delle strutture erogatrici sono visibili tramite un unico applicativo informatico) oppure possono essere suddivisi in applicativi informatici diversi.

2.2. Referenti

- 2.2.1. Ogni struttura erogatrice sarebbe opportuno che disponesse di almeno un referente della specialistica ambulatoriale, che, fra le mansioni, deve gestire, direttamente o tramite collaboratori, le agende della struttura.
- 2.2.2. Ogni Servizio di prenotazione sarebbe opportuno che disponesse di un referente (se non fosse un operatore sanitario, dovrebbe però fare riferimento ad uno o più referenti sanitari) per eventuali valutazioni e decisioni in fase di prenotazione.
- 2.2.3. Sarebbe opportuno che la Regione/PA indicasse un MMG referente della medicina generale e un PLS referente della pediatria.

¹ Il modello RAO è descritto nel documento di Agenas, *Modello RAO (sintesi)* (<http://www.agenas.it/applicazione-diffusa-priorita-cliniche-alle-prestazioni-specialistiche>) ed inoltre nell'articolo pubblicato su *Health Policy* (117) 2014, 54-63 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851014000311>)

² Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 2 novembre 2011 – Gazzetta Ufficiale n. 264 del 12 novembre 2011



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3. VINCOLI DI PROCESSO

3.1. Prestazioni previste dall'applicazione

3.1.1. In considerazione delle semplici caratteristiche organizzative, ma al tempo stesso di sufficiente esaustività che deve avere l'applicazione (prima fase di azione di un processo di cambiamento), si propone di effettuare la predetta applicazione limitatamente ad 11 dei 50 set di prestazioni condivise dai Gruppi tematici³. Tra gli 11 set di prestazioni scelti (Tabella I), che si ritiene siano di elevato impatto sociale (considerata anche la relativa elevata quantità della domanda di tali prestazioni) e di rilevanza diagnostica, vi sono rappresentate, con diversa proporzione, le tre discipline specialistiche dei Gruppi tematici (cardiologia, gastroenterologia ed endoscopia digestiva, radiologia).

Tabella I: set di prestazioni individuate per l'applicazione

SET DI PRESTAZIONI "PILOTA" ⁴	
1	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Codice 45.23 COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.23.3 COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.23.4
2	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO - Codice 88.71.4
3	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI - Codice 88.73.5
4	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO - Codice 88.76.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE - Codice 88.75.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.74.1
5	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.1 ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.2
6	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] - Codice 45.13 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.16.1 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.16.2 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA DELL'ESOFAGO - Codice 42.24
7	MAMMOGRAFIA BILATERALE - Codice 87.37.1 MAMMOGRAFIA MONOLATERALE - Codice 87.37.2
8	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA - Codice 89.7A.3
9	RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE - Codice 88.93.4 RM DEL RACHIDE LOMBO-SACRALE SENZA E CON MDC - Codice 88.93.9
10	TC CRANIO-ENCEFALO - Codice 87.03 TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC - Codice 87.03.1
11	TC DEL TORACE - Codice 87.41 TC DEL TORACE SENZA E CON MDC - Codice 87.41.1

La Regione/PA può applicare procedure simili ad ulteriori prestazioni.

³ I Gruppi Tematici sono stati nominati nell'ambito del Progetto di Agenas e riguardano le Aree di Cardiologia, Gastroenterologia ed endoscopia digestiva, Radiologia. I Gruppi Tematici hanno definito le indicazioni cliniche anche in coerenza con i contenuti dell'Allegato 4D del DPCM 12/01/2017 e i codici delle prestazioni in base all'Allegato 4 dello stesso DPCM.

⁴ I codici riportati nella Tabella I sono coerenti con quelli contenuti nel nomenclatore nazionale (Allegato 4D) del DPCM 12/01/2017. Le Regioni/PA partecipanti alla sperimentazione faranno riferimento ai codici da loro utilizzati.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.2. Indicazioni cliniche condivise dai gruppi tematici Agenas

3.2.1. Regioni che intraprendono o riavviano l'implementazione

- 3.2.1.1. Le indicazioni cliniche, condivise dai Gruppi Tematici del progetto Agenas, verranno introdotte ex novo per le prestazioni previste dall'applicazione e contenute nel Manuale RAO Agenas (**Allegato 1**) come raccomandazioni di appropriatezza e tempestività di erogazione (priorità cliniche) da parte delle Regioni/PA che stanno intraprendendo l'applicazione o riavviando esperienze parziali già svolte.
- 3.2.1.2. L'implementazione, che ha in parte caratteristiche comunicative top-down, deve prevedere uno o più momenti di confronto plenario con agenti della domanda e dell'offerta (medici di famiglia e medici specialisti), oltre che con i referenti dei servizi di prenotazione, che sono i gestori delle interfacce prescrittore-cittadino-erogatore ed i referenti della specialistica ambulatoriale delle aziende sanitarie.
- 3.2.1.3. A tali momenti di confronto possono partecipare referenti di Agenas o referenti esperti di alcune Regioni/PA che applicano già il modello.

3.2.2. Regioni che già applicano il modello

- 3.2.2.1. Le Regioni/PA che stanno già applicando il modello aggiorneranno le raccomandazioni di appropriatezza e tempestività di erogazione (priorità cliniche) con le indicazioni cliniche condivise nell'ambito dei Gruppi Tematici del progetto Agenas, per le prestazioni previste dall'applicazione e contenute nel Manuale RAO Agenas (**Allegato 1**).
- 3.2.2.2. L'aggiornamento delle indicazioni cliniche già in uso, che ha in parte caratteristiche comunicative top-down, deve prevedere uno o più momenti di confronto plenario con agenti della domanda e dell'offerta (medici di famiglia e medici specialisti), oltre che con i referenti dei servizi di prenotazione, che sono i gestori delle interfacce prescrittore-cittadino-erogatore ed i referenti della specialistica ambulatoriale delle aziende sanitarie. A tali momenti di confronto possono partecipare referenti di Agenas o referenti esperti di alcune Regioni/PA che applicano già il modello.

3.2.3. Tutte le Regioni partecipanti

- 3.2.3.1. Devono essere previsti, anche con il contributo di referenti aziendali ove presenti (ad esempio: URP), uno o più momenti di confronto plenario con Cittadinanzattiva/Tribunale dei diritti del malato (Movimento di partecipazione civica), e con eventuali altre associazioni che rappresentano categorie di cittadini



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

della propria realtà regionale, al fine di trasmettere fin da subito l'informazione sull'inizio dell'applicazione coordinata da Agenas. Inoltre, deve essere contestualmente proposta a Cittadinanzattiva/Tribunale dei diritti del malato e ad eventuali altre associazioni che operano nell'ambito sanitario, una collaborazione per il "monitoraggio dal lato del cittadino" dell'efficacia percepita. A tali momenti di confronto possono partecipare referenti di Agenas o referenti esperti di alcune Regioni/PA che applicano già il modello.

3.2.4. Quali indicazioni cliniche?

- 3.2.4.1. Le indicazioni cliniche condivise nell'ambito dei Gruppi Tematici sono di norma riferite a situazioni che richiedono l'esecuzione della prestazione per una diagnosi differenziale. Possono tuttavia essere presenti indicazioni riferite a necessità cliniche per accedere a percorsi diagnostico-terapeutici (ad esempio: mammografia con indicazione clinica "nodulo/addensamento di recente riscontro clinicamente sospetto" che potrebbe rientrare nel PDTA "neoplasia della mammella") o in percorsi organizzativi di accesso specifici.
- 3.2.4.2. Sono escluse le indicazioni cliniche che presuppongono una presa in carico del paziente in emergenza clinica (Pronto Soccorso).
- 3.2.4.3. Oltre alle prime visite⁵ sono incluse anche le prime prestazioni (ad esempio: prima mammografia per sospetta neoplasia).
- 3.2.4.4. Nell'ambito dell'applicazione dovrebbero essere escluse le visite a completamento della prima visita (controlli a breve distanza di tempo) e le visite di controllo (follow-up), che dovrebbero avere percorsi "privilegiati" di accesso alla prenotazione⁵, indipendentemente dal tempo trascorso dalla prima visita.

3.2.5. Quali classi temporali?

- 3.2.5.1. Le classi temporali di attesa derivano dalle definizioni ad esse date dal Decreto 17.3.2008, che definisce gli attuali campi "priorità" della RICETTA SSN in uso (U, B,

⁵ Le seguenti definizioni sono tratte dall'Allegato 4 ("Legenda") del DPCM 12.1.2017 (Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n. 65, Supplemento ordinario n. 15 del 18.3.2017).

Prima visita: nella prima visita il problema clinico principale del paziente è affrontato per la prima volta, viene predisposta appropriata documentazione clinica ed impostato un eventuale piano diagnostico-terapeutico. Include la visita di un paziente, noto per una patologia cronica, che presenta un diverso problema clinico o un'evoluzione imprevista della malattia.

Visita a completamento della prima: nella visita a completamento della prima viene completato l'iter diagnostico, stilata la diagnosi definitiva ovvero evidenziati ulteriori quesiti diagnostici, prescritto un adeguato piano terapeutico ed aggiornata la documentazione clinica.

Visita di controllo: nella visita di controllo un problema già inquadrato dal punto di vista diagnostico e terapeutico (ad esempio un paziente cronico) viene rivalutato dal punto di vista clinico e la documentazione scritta esistente viene aggiornata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

D, P)⁶. Da tali classi temporali dovrebbero essere escluse le prestazioni di controllo o successive alla prima, che presuppongono una gestione del paziente da parte della struttura specialistica.

- 3.2.5.2. Le Regioni/PA, nelle loro articolazioni aziendali, in alcuni casi come risulta dai rispettivi Piani regionali, prevedono limiti massimi di attesa diversi ma non superiori a quelli previsti dal Decreto 17.3.2008 e dal PNGLA⁷. Ad esempio: 7 oppure 8 giorni invece che 10 della classe "B"; 30 giorni invece che 60 per le prestazioni strumentali della classe "D". Le modalità sopra descritte permettono comunque la prenotabilità delle prestazioni e quindi la tracciabilità dei tempi di attesa (dalla data di contatto con il sistema di prenotazione alla data di erogazione della prestazione) per singolo evento.
- 3.2.5.3. Vi sono Regioni/PA che, nelle loro articolazioni aziendali, prevedono, per prescrizioni con RICETTA SSN di classe di priorità "U", l'accesso diretto (open) degli utenti ai servizi ambulatoriali, pertanto senza prenotazione. Sebbene l'accesso degli utenti, con tali modalità, garantisca tempi ridotti rispetto ai limiti definiti dalle norme nazionali, nell'ambito dell'applicazione, ai fini della valutazione della concordanza e/o dell'audit clinico, vanno definite dalla Regione/PA modalità ad hoc di raccolta dati.
- 3.2.5.4. Oltre a condizioni cliniche che presuppongono la differibilità temporale entro i limiti massimi di attesa sopra indicati, vi sono situazioni cliniche che non la prevedono, pertanto da effettuare "nel più breve tempo possibile" da parte dei servizi dell'emergenza sanitaria territoriale e/o da parte dei servizi di Pronto Soccorso. Le indicazioni definite dai Gruppi tematici non riguardano tali fattispecie di condizioni cliniche e pertanto, ai fini dell'applicazione, non è necessario vengano monitorate.
- 3.2.5.5. Nell'ambito dell'applicazione, l'eventuale superamento dei limiti massimi di attesa (fra la data di contatto con il Servizio di prenotazione e la data di presunta erogazione della prestazione) per i livelli di priorità U, B, D, nei singoli casi, è gestito e autorizzato dal referente del Servizio di prenotazione (se non fosse un operatore sanitario, dovrebbe però fare riferimento ad uno o più referenti sanitari).

⁶ Quanto segue è tratto dalle definizioni contenute nel paragrafo 3.1.4.8 ("Priorità della prescrizione") dell'Allegato 1 del Decreto del Ministero delle Finanze 17.3.2008 (Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n. 86, Supplemento ordinario del 11.4.2008).

Lettera "U", da eseguire: nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore (secondo l'Allegato 1 del precedente Decreto del Ministero delle Finanze 18.5.2004, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n.251 del 25-10-2004 - Suppl. Ordinario n. 159, tale livello di priorità non prevedeva differibilità ma soltanto "nel più breve tempo possibile").

Lettera "B", da eseguire: entro 10 giorni.

Lettera "D", da eseguire: entro 30 giorni per le visite, entro 60 giorni per gli accertamenti specialistici (quest'ultima dizione si ritiene ragionevole corrisponda alle cosiddette "prestazioni strumentali" con finalità diagnostica).

Lettera "P", da eseguire: senza priorità (secondo l'Allegato 1 del precedente Decreto del Ministero delle Finanze 18.5.2004, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n.251 del 25-10-2004 - Suppl. Ordinario n. 159, tale limite era esplicitato in "entro 180 giorni").

⁷ Piano Nazionale per il Contenimento dei Tempi di Attesa (PNCTA) 2006-2008 approvato con Intesa Stato-Regioni 28 Marzo 2006 e il Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2010-2012 approvato con Intesa Stato-Regioni del 28 ottobre 2010.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

- 3.2.5.6. Nell'ambito dell'applicazione, non saranno monitorate le prenotazioni per le quali l'utente, per motivi personali e non clinici, sceglie una specifica struttura o uno specifico professionista che non sono coerenti con la priorità assegnata e per le quali, pertanto, il SSR non è tenuto a garantire i tempi massimi di attesa previsti.
- 3.2.5.7. Ai fini del calcolo del tempo massimo di attesa andrà monitorato il tempo intercorso tra la data della prenotazione (data di contatto con il Servizio di prenotazione) e la data di presunta erogazione della prestazione. Nell'ambito dell'applicazione, andrà monitorato anche il tempo intercorso fra la data della prescrizione della RICETTA SSN e la data di prenotazione (data di contatto con il Servizio di prenotazione).

3.2.6. Valutazione concordanza

- 3.2.6.1. Ad ogni utente, lo specialista, preferibilmente prima di erogare la prestazione⁸, attribuirà una classe di priorità, al fine di permettere il confronto inter-soggetti delle attribuzioni di priorità (valutazione di concordanza).
- 3.2.6.2. La raccolta dei dati, in assenza di applicativi informatici ad hoc, potrà essere effettuata su carta, utilizzando griglie prestampate (**Allegato 2**). A ciò dovrà seguire l'inserimento dei dati raccolti in applicativi informatici di minima ma sufficiente adeguatezza per fare analisi statistiche descrittive e poterli eventualmente trasferire su altri applicativi per analisi statistiche inferenziali.

3.2.7. Numerosità

- 3.2.7.1. Per ciascun set di prestazioni degli 11 oggetto di monitoraggio (Tabella I) si richiede vengano raccolte almeno 100 prescrizioni per struttura erogante prestazioni (ad esempio: presidio ospedaliero, poliambulatorio distrettuale), con relativa attribuzione del codice di priorità da parte dello specialista che eroga la prestazione (per successiva valutazione di concordanza). Le suddette prescrizioni devono essere raccolte in modo consecutivo dalla data scelta come inizio dell'applicazione. Agenas fornirà indicazioni sulla dimensione dei campioni, stratificandoli in base alle aree di applicazione che verranno individuate da parte delle Regione/PA.

⁸ L'attribuzione della classe di priorità clinica da parte dello specialista dovrebbe essere "in cieco" rispetto a tutte le informazioni contenute nella prescrizione (ad esempio: ricetta SSN) e nella prenotazione (ad esempio: priorità attribuita dal medico prescrittore). Tale condizione organizzativa, nella pratica quotidiana, può essere di difficile realizzazione. Pertanto si ritiene necessario ribadire l'opportunità (non la "pretesa") della attribuzione "in cieco" della priorità clinica da parte dello specialista.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.2.8. Audit clinici

3.2.8.1. In aggiunta alla valutazione di concordanza, possono essere attuati audit clinici (analisi ex post sulla documentazione clinica) al fine di confrontare i dati contenuti nella prescrizione con raccomandazioni di appropriatezza definite da linee guida riconosciute dalla società scientifiche a livello nazionale e/o internazionale.

3.3. Riassunto dati necessari da raccogliere per l'applicazione

3.3.1. I dati minimi necessari da raccogliere per ciascun evento, caratterizzato da prescrizione-prenotazione-erogazione della singola prestazione, associate al singolo utente, sono descritti nell'**Allegato 3**.

3.4. Procedura operativa

3.4.1. Nell'**Allegato 1 (Manuale RAO Agenas)** viene anche riportato lo schema di procedura operativa da utilizzare nell'ambito dell'applicazione, con la finalità di ridurre al minimo la disomogeneità di comportamento da parte di chi gestisce prescrizione, prenotazione ed erogazione della prestazione specialistica, oltre che la raccolta dati, nelle diverse articolazioni organizzative coinvolte.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

ALLEGATI



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

ALLEGATO 1



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Manuale RAO

Agenas



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Indice

PROCEDURA OPERATIVA PER L'APPLICAZIONE (FASE II) PROGETTO AGENAS	1
SCOPO	1
CAMPO DI APPLICAZIONE	1
DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI	2
DOCUMENTI NORMATIVI E ORIENTATIVI	2
BIBLIOGRAFIA	3
INDICAZIONI DI MODALITÀ OPERATIVE	9
TABELLE RAO	11
COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Codice 45.23	13
COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.23.3	13
COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.23.4	13
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO - Codice 88.71.4	15
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo - Codice 88.72.2	17
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI - Codice 88.73.5	19
ECOCOLORDOPPLER ARTERIE RENALI - Codice 88.74.9	20
ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO - Codici 88.77.4 e 88.77.5	21
ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO - Codici 88.77.6 e 88.77.7	21
ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI - Codice 88.76.3	22
ECOENCEFALOGRAFIA - Codice 88.71.1	23
ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO - Codice 88.76.1	24
ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE - Codice 88.75.1	25
ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.74.1	26
ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale - Codice 88.78.2	27
ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale - Codice 88.78.2	28
ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.1	29
ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.2	29
ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE - Codice 88.79.3	30
ECOGRAFIA OSTETRICA - Codice 88.78	32
ECOGRAFIA SCROTALE - Codice 88.79.6	33
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (secondo Holter) - Codice 89.50	34



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] - Codice 45.13.....	35
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.16.1.....	35
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.16.2.....	35
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA DELL'ESOFAGO - Codice 42.24.....	35
MAMMOGRAFIA BILATERALE - Codice 87.37.1.....	37
MAMMOGRAFIA MONOLATERALE - Codice 87.37.2.....	37
ORTOPANORAMICA DELLE ARCADE DENTARIE - Codice 87.11.3.....	38
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA - Codice 89.7A.3.....	39
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA - Codice 89.7A.9.....	41
RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC - Codice 88.95.5.....	43
RM DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.95.1.....	44
RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC - Codice 88.95.2.....	45
RM DEL COLLO - Codice 88.91.6.....	46
RM DEL COLLO SENZA E CON MDC - Codice 88.91.7.....	46
RM DELLA COLONNA IN TOTO - Codice 88.93.6.....	47
RM DEL RACHIDE CERVICALE, DORSALE, LOMBOSACRALE E SCROCOCCIGEO - Codici 88.93.2, 88.93.3, 88.93.4 e 88.93.5.....	47
RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC - Codici 88.93.7 e 88.93.B.....	48
RM DEL RACHIDE DORSALE, LOMBO-SACRALE E SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC - Codici 88.93.8, 88.93.9, 88.93.A.....	48
RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.91.2.....	49
RM MUSCOLOSCHIELETRICA (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, BACINO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE) SENZA E CON MDC - Codici 88.94.H, 88.94.J, 88.94.K, 88.94.L, 88.94.M, 88.94.N, 88.94.P, 88.94.Q, 88.94.R, 88.94.S, 88.94.T, 88.94.U, e 88.94.V.....	50
RM MUSCOLOSCHIELETRICA (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, BACINO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE) - Codici 88.94.4, 88.94.5, 88.94.6, 88.94.7, 88.94.8, 88.94.9, 88.94.A, 88.94.B, 88.94.C, 88.94.D, 88.94.E, 88.94.F, e 88.94.G.....	51
RX DELLA CAVIGLIA - Codice 88.28.1.....	53
RX DEL PIEDE [CALCAGNO] - Codice 88.28.2.....	53
RX DELLA COLONNA CERVICALE, DORSALE E LOMBOSACRALE - Codici 87.22, 87.23,87.24.....	54
RX MORFOMETRIA VERTEBRALE DORSALE E LOMBARRE - Codici 87.23.64, 87.24.7.....	54
RX STANDARD SACROCOCCIGE - Codice 87.24.6.....	54
RX DEL FEMORE - Codice 88.27.1.....	55
RX DEL GINOCCHIO - Codice 88.27.2.....	55
RX DELLA GAMBA - Codice 88.27.3.....	55



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

<i>RX DEL GOMITO - Codice 88.22.1</i>	56
<i>RX DELL'AVAMBRACCIO - Codice 88.22.2</i>	56
<i>RX DEL POLSO - Codice 88.23.1</i>	57
<i>RX DELLA MANO - Codice 88.23.2</i>	57
<i>RX DELLA SPALLA - Codice 88.21.2</i>	58
<i>RX DEL TORACE - Codice 87.44.1</i>	59
<i>TC DELL'ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC - Codice 88.01.2</i>	60
<i>TC DELL'ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC - Codice 88.01.4</i>	60
<i>TC DELL'ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC - Codice 88.01.6</i>	60
<i>TC ARTICOLARE (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, SPALLA E BRACCIO, GOMITO E AVAMBRACCIO, POLSO E MANO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA, PIEDE, GINOCCHIO E GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE) - Codici 88.38.G, 88.38.H, 88.38.J, 88.38.K, 88.38.L, 88.38.M, 88.38.N, 88.38.P, 88.38.Q, 88.39.2, 88.39.3, 88.39.4, 88.39.5, 88.39.6, 88.39.7, 88.39.8 e 88.39.9</i>	61
<i>TC ARTICOLARE (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, SPALLA E BRACCIO, GOMITO E AVAMBRACCIO, POLSO E MANO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA, PIEDE, GINOCCHIO E GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE) SENZA E CON MDC - Codici 88.38.R, 88.38.S, 88.38.T, 88.38.U, 88.38.V, 88.38.W, 88.38.X, 88.38.Y, 88.38.Z, 88.39.A, 88.39.B, 88.39.C, 88.39.D, 88.39.E, 88.39.F, 88.39.G e 88.39.H</i>	62
<i>TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE - Codice 88.38.5</i>	63
<i>TC CRANIO-ENCEFALO - Codice 87.03</i>	64
<i>TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC - Codice 87.03.1</i>	65
<i>TC MASSICCIO FACCIALE - Codice 87.03.2</i>	66
<i>TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC - Codice 87.03.3</i>	67
<i>TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE, TORACICO, LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE - Codici 88.38.A, 88.38.B, 88.38.C</i>	68
<i>TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE, TORACICO, LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE SENZA E CON MDC - Codici 88.38.D, 88.38.E, 88.38.F</i>	69
<i>TC DEL TORACE - Codice 87.41</i>	70
<i>TC DEL TORACE SENZA E CON MDC - Codice 87.41.1</i>	71
NOTE	72



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

PROCEDURA OPERATIVA PER L'APPLICAZIONE (FASE II) PROGETTO AGENAS

SCOPO

La procedura ha la finalità di descrivere alcuni passi operativi orientativi, finalizzati a rendere il più possibile uniformi i comportamenti di prescrizione-prenotazione-erogazione fra le diverse Regioni/PA e loro articolazioni organizzative, che partecipano al progetto Agenas sulla diffusione di priorità cliniche condivise.

CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica alle prestazioni erogate in attività specialistica ambulatoriale (utenti non ricoverati) presso le strutture specialistiche aziendali e prescritte da medici di famiglia o medici specialisti. Il set di prestazioni oggetto dell'applicazione è riportato nella Tabella I.

Tabella I: set di prestazioni individuate per l'applicazione

SET DI PRESTAZIONI "PILOTA" ¹	
1	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Codice 45.23 COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.23.3 COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.23.4
2	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO - Codice 88.71.4
3	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI - Codice 88.73.5
4	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO - Codice 88.76.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE - Codice 88.75.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.74.1
5	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.1 ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.2
6	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] - Codice 45.13 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.16.1 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.16.2 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA DELL'ESOFAGO - Codice 42.24
7	MAMMOGRAFIA BILATERALE - Codice 87.37.1 MAMMOGRAFIA MONOLATERALE - Codice 87.37.2
8	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA - Codice 89.7A.3
9	RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE - Codice 88.93.4 RM DEL RACHIDE LOMBO-SACRALE SENZA E CON MDC - Codice 88.93.9
10	TC CRANIO-ENCEFALO - Codice 87.03 TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC - Codice 87.03.1
11	TC DEL TORACE - Codice 87.41 TC DEL TORACE SENZA E CON MDC - Codice 87.41.1

La Regione/PA può applicare procedure simili ad ulteriori prestazioni.

¹ I codici riportati nella Tabella I sono coerenti con quelli contenuti nel nomenclatore nazionale (Allegato 4D) del DPCM 12/01/2017. Le Regioni/PA partecipanti alla sperimentazioni faranno riferimento ai codici da loro utilizzati.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

CONCORDANZA	Valutazione di corrispondenza, relativa allo stesso caso clinico, tra la classe di priorità attribuita dal medico prescrittore e quella attribuita dallo specialista
CUP	Centro Unico (o unificato) Prenotazioni
DEMAT	Ricetta elettronica dematerializzata
MCA	Medici di Continuità Assistenziale
MMG	Medici di Medicina Generale
PA	Provincia Autonoma
PLS	Pediatri di Libera Scelta
PRIORITÀ CLINICA	Indicazione clinica che consente al medico di prescrivere ad un paziente una prestazione specialistica attribuendo un tempo differito di attesa che, sulla base di linee guida, raccomandazioni condivise da società scientifiche o scelte motivate clinicamente dal prescrittore, si ritiene, in considerazione della diagnosi differenziale posta o del quadro clinico di cui è nota la diagnosi, non comprometta la prognosi
RAO	Raggruppamenti di Attesa Omogenea per priorità clinica
RICETTA SSN	Ricetta SSN prescritta manualmente o informaticamente (non dematerializzata)
SSN	Servizio Sanitario Nazionale

DOCUMENTI NORMATIVI E ORIENTATIVI

- Ministero della Sanità, Commissione di studio sulle liste di attesa istituita con DM 28.12.2000: Analisi e Proposte in tema di liste di attesa nel SSN. Relazione Finale. Roma, Maggio 2001
- DPCM 16.4.2002, Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi d'attesa. Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 122 del 27.5.2002
- Accordo Stato Regioni 11 luglio 2002 (Allegato Tecnico), Repertorio Atti n. 1488
- Piano Nazionale per il Contenimento dei Tempi di Attesa (PNCTA) 2006-2008 approvato con Intesa Stato-Regioni 28 Marzo 2006
- Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2010-2012 approvato con Intesa Stato-Regioni del 28 ottobre 2010
- Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 2 novembre 2011 – Gazzetta Ufficiale n. 264 del 12 novembre 2011



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

- DPCM LEA 12/01/2017 definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui art. 1, comma 7 del D. Lgs 30/12/1992, n. 502. G.U. 18 marzo 2017, n. 65
- D.lgs. n. 187/2000, Attuazione della direttiva 97/43/EURATOM in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche. Modificato dall'art. 39, Legge 1 marzo 2002, n. 39

BIBLIOGRAFIA

Area Cardiologia

- Aspromonte N, Gulizia MM, Di Lenarda A, Mortara A, Battistoni I, De Maria R, Gabriele M, Iacoviello M, Navazio A, Pini D, Di Tano G, Marini M, Ricci RP, Alunni G, Radini D, Metra M, Romeo F. ANMCO/SIC Consensus Document: cardiology networks for outpatient heart failure care. *European Heart Journal Supplements* (2017) 19 (Supplement D), D89-D101.
- Crawford MH, Bernstein SJ, Deedwania PC, DiMarco JP, Ferrick KJ, Garson A Jr, Green LA, Greene HL, Silka MJ, Stone PH, Tracy CM. ACC/AHA guidelines for ambulatory electrocardiography: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the Guidelines for Ambulatory Electrocardiography). *J Am Coll Cardiol.* 1999; 34: 912-48.
- Cherubini A, Mureddu GF, Temporelli PL, Frisinghelli A, Clavario P, Cesana F, Fattirolli F, a nome dell'Area Prevenzione Cardiovascolare ANMCO. Appropriatelyzza delle procedure diagnostiche in prevenzione cardiovascolare: di che cosa possiamo fare a meno?. *G Ital Cardiol.* 2014; 15 (4): 253-263.
- Chou R; High Value Care Task Force of the American College of Physicians. Cardiac screening with electrocardiography, stress echocardiography, or myocardial perfusion imaging: advice for high-value care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2015; 162 (6): 438-447.
- Douglas PS, Garcia MJ, Haines DE, Lai WW, Manning WJ, Patel AR, Picard MH, Polk DM, Ragosta M, Ward RP, Weiner RB. ACCF/AHA/ASA/ASNC/ HFA/HR/SCAI/SCCM/SCCT/SCMR 2011 appropriate use criteria for echocardiography: a report of the American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force, American Society of Echocardiography, American Heart Association, American Society of Nuclear Cardiology, Heart Failure Society of America, Heart Rhythm Society, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Critical Care Medicine, Society of Cardiovascular Computed Tomography, and Society for Cardiovascular Magnetic Resonance. *J Am Coll Cardiol.* 2011; 57: 1126-66.
- Lattanzi F., Magnani M., Cortigiani L., Mandorla S., Zuppiroli A., Lorenzoni R., a nome del Gruppo di Valutazione dell'Appropriatezza ANMCO-Toscana. La valutazione dell'appropriatezza della prescrizione dell'ecocardiogramma. *Ital Heart J. Suppl* 2002; 3 (6): 613-618.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

- Mandorla S., Trambaiolo P., De Cristofaro M., Baldassi M., Penco M., a nome del Consiglio Direttivo 2005-2007 della Società Italiana di Ecografia Cardiovascolare. Appropriatelyzza dell'esame ecocardiografico e definizione delle classi di priorità: una proposta della Società Italiana di Ecografia Cardiovascolare. *G Ital Cardiol.* 2010; 11 (6): 503-533.
- Marques AC, Calderaro D, Yu PC, Gualandro DM, Carmo GA, Azevedo FR, et al. Impact of cardiology referral: clinical outcomes and factors associated with physicians' adherence to recommendations. *Clinics.* 2014; 69 (10): 666-671.
- Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, Albus C, Benlian P, Boysen G, Cifkova R, Deaton C, Ebrahim S, Fisher M, Germano G, Hobbs R, Hoes A, Karadeniz S, Mezzani A, Prescott E, Ryden L, Scherer M, Syv anne M, Scholte op Reimer WJ, Vrints C, Wood D, Zamorano JL, Zannad F; European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR); ESC Committee for Practice Guidelines (CPG). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur Heart J.* 2012; 33 (13): 1635-701.
- Steinberg JS, Varma N, Cygankiewicz I, et al. 2017 ISHNE-HRS expert consensus statement on ambulatory ECG and external cardiac monitoring/telemetry. *Ann Noninvasive Electrocardiol.* 2017; 22: e12447. <https://doi.org/10.1111/anec.12447> (ultimo accesso 5 giugno 2017).

Area Gastroenterologia ed endoscopia digestiva

- American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Appropriate use of gastrointestinal endoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy.* 2000; 52: 831-837.
- Buri L., Hassan C. et al. Appropriateness guidelines and predictive rules to select patients for upper endoscopy: a nationwide multicenter study. *Am J Gastroenterology.* 2010 jun; 105 (6): 1327-37.
- Di Giulio E., Hassan C., Pickhardt PJ, Zullo A., Laghi A., Kim DH, Iafrate F.. Cost-effectiveness of upper gastrointestinal endoscopy according to the appropriateness of the indication. *Scand J gastroenterology.* 2009; 44 (4): 491-8.
- Di Giulio E., Hassan C. et al. Appropriateness of the indication for upper endoscopy: a meta-analysis. *Dig Liver Dis.* 2010 feb; 42 (2): 122-6.
- Fassil et al. Approaches for classifying the indications for colonoscopy using detailed clinical data. *BMC Cancer.* 2014; 14: 95.
- Hassan C., Bersani G., Buri L., Zullo A., Anti M., Bianco MA, Di Giulio E., Ficano L., Morini S., Di Matteo G., Loriga P., Pietropaolo V., Cipolletta L., Costamagna G.. Appropriateness of upper -GI endoscopy: an Italian survey on behalf of the Italian Society of Digestive Endoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy.* 2007 May; 65 (6): 767-74.
- Minoli G., Meucii G., et al. The ASGE guidelines for the appropriate use of colonoscopy in an open access system. *Gastrointestinal Endoscopy.* 2000; 52: 175-179.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

- Paterson WG, Depew WT, Paré P. et al. for the Canadian Association of Gastroenterology Wait Time Consensus Group, Canadian consensus on medically acceptable wait times for digestive health care, *Can J Gastroenterol.* 2006; 20 (6): 411-423.
- Società Italiana di Endoscopia Digestiva. *Linee Guida SIED.* 2007 Aug (<http://www.sied.it/>) (ultimo accesso 5 giugno 2017)
- Vader JP, Froehlich F, Dubois RW, Beglinger C, Wietlisbach V, Pittet V, Ebel N, Gonvers JJ, Burnand B. European Panel on the Appropriateness of Gastrointestinal Endoscopy (EPAGE): conclusion and WWW Site. *Endoscopy.* 1999; 31 (8): 687-694.

Area Radiologia

- American College of Radiology. *ACR–ASNR–ASSR–SPR Practice Parameter for the Performance of Computed Tomography (CT) of the Spine.* Revised 2016.
https://www.acr.org/~media/ACR/Documents/PGTS/guidelines/CT_Spine.pdf?db=web (ultimo accesso 5 giugno 2017).
- Bingol O, Ayrik C, Kose A, et.al. Retrospective analysis of whole-body multislice computed tomography findings taken in trauma patients. *Turk J Emerg Med.* 2015; 15 (3): 116-121.
- Chong AL, Chandra RV, Chuah KC, Roberts EL, Stuckey SL. Proton Density MRI increases detection of cervical spinal cord multiple sclerosis lesions compared with T2-weighted Fast Spin-Echo. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2016; 37 (1): 180-184.
- Chou R., Fu R., Carrino JA, et al. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2009; 373 (9662): 463-472.
- Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT Jr, Shekelle P, Owens DK. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians/American Pain Society. Low Back Pain Guidelines Panel. *Ann Intern Med.* 2007; 147 (7): 478-491.
- Chou R., Qaseem A., Owens DK, et al. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2011; 154 (3): 181-189.
- Royal Australian College of General Practitioners. *Clinical guidance for MRI referral.* East Melbourne, 2013.
<http://www.racgp.org.au/download/Documents/Guidelines/MRI%20referrals/clinicalguidancemri%20referral.pdf> (ultimo accesso 5 giugno 2017).
- Cohan S., Chen C., Baraban E., Stuchiner T., Grote L. MRI utility in the detection of disease activity in clinically stable patients with multiple sclerosis: a retrospective analysis of a community based cohort. *BMC Neurology.* 2016; 16 (1): 184.
- Dagenais S, Tricco AC, Haldeman S. Synthesis of recommendations for the assessment and management of low back pain from recent clinical practice guidelines. *The Spine Journal.* 2010; 10 (6): 514-529.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

- Dreizin D., Letzing M., Sliker CW, et al. Multidetector CT of blunt cervical spine trauma in adults. *Radiographics*. 2014; 34 (7): 1842-1865.
- Dutoit JC, Verstraete KL. MRI in multiple myeloma: a pictorial review of diagnostic and post-treatment findings. *Insights into Imaging*. 2016; 7 (4): 553-569.
- Fairbairn KJ, Saifuddin A, Green RAR. Musculoskeletal tumours. In: Nicholson T (ed). *Recommendations for cross-sectional imaging in cancer management*, Second edition. London: The Royal College of Radiologists, 2014.
- Galler S., Stellmann J-P, Young KL, Kutzner D., Heesen C., Fiehler J., Siemonsen S. Improved lesion detection by using axial T2-weighted MRI with full spinal cord coverage in multiple sclerosis. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2016; 37 (5): 963-969.
- Geyer LL, Korner M., Hempel R. et al. Evaluation of a dedicated MDCT protocol using iterative image reconstruction after cervical spine trauma. *Clinical Radiology*. 2013; 68 (7): e391-e396.
- Goertz M, Thorson D, Bonsell J, et al. *Adult acute and subacute low back pain*. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2012.
https://www.icsi.org/guidelines__more/catalog_guidelines_and_more/catalog_guidelines/catalog_musculoskeletal_guidelines/low_back_pain/ (ultimo accesso 5 giugno 2017)
- Kneisl JS, Rosenberg AE, Anderson PM, et al. Bone. In: *AJCC Cancer Staging Manual*, 8th. Amin MB. (Ed), AJCC, Chicago. 2017.
- Lateef H, Patel D. What is the role of imaging in acute low back pain? *Curr Rev Musculoskelet Med*. 2009; 2 (2): 69-73.
- Lim CY, Ong KO. Imaging of musculoskeletal lymphoma. *Cancer Imaging*. 2013; 13 (4): 448-457.
- *Linee guida per la diagnostica per immagini*, Atto rep. n. 2113 del 28 ottobre 2004, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale - serie generale - n. 100 del 2 maggio 2005 - supplemento ordinario n. 79.
- McLellan AM, Daniel S., Corcuera-Solano I., Joshi V., Tanenbaum LN. Optimized imaging of the postoperative spine. *Neuroimaging Clinics of North America*. 2014; 24 (2): 349-364.
- Modic MT, Obuchowski NS, Ross JS et al. Acute low back pain and radiculopathy: MR imaging findings and their prognostic role and effect on outcome. *Radiology*. 2005; 237 (2): 597-604.
- Nandini PD et al. ACR Appropriateness Criteria Low Back Pain. *Journal of the American College of Radiology*. 2016,13 (9): 1069-1078, 10p
- Pengel LHM, Herbert RD, Maher CG, Refshange KM. Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ*. 2003; 327 (7401): 323.
- Riederer I., Karampinos DC, Settles M., Preibisch C., Bauer JS, Kleine JF, Muhlau M., Zimmer C. Double inversion recovery sequence of the cervical spinal cord in multiple sclerosis and related inflammatory diseases. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2015; 36: 219-225.
- Rovira À., Auger C., Rovira A. Other noninfectious inflammatory disorders. *Handbook of Clinical Neurology*. 2016; 135: 425-446.
- Società Italiana di Radiologia Medica. *Modello di appropriatezza prestazionale quali-quantitativa in diagnostica per immagini*. Documenti SIRM, 2012.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

- Sundarakumar DK, Smith CM, Hwang WD, Mossa-Basha M, Maravilla KR. Evaluation of Focal Cervical Spinal Cord Lesions in Multiple Sclerosis: Comparison of White Matter–Suppressed T1 Inversion Recovery Sequence versus Conventional STIR and Proton Density–Weighted Turbo Spin-Echo Sequences. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2016; 37 (8): 1561-6.
- Sun R., Skeete D., Wetjen K., et al. A pediatric cervical spine clearance protocol to reduce radiation exposure in children. *J Surg Res.* 2013; 183 (1): 341-346.
- Tillema J-M, Pirko I. Neuroradiological evaluation of demyelinating disease. *The Adv Neurol Disord.* 2013; 6 (4): 249-268.
- Traboulee A, Simon JH, Stone L, Fisher E, Jones DE, Malhotra A, Newsome SD, Oh J, Reich DS, Richert N, Rammohan K., Khan O, Radue E-W, Ford C, Halper J, Li D. Revised recommendations of the Consortium of MS Centers Task Force for a standardized MRI protocol and clinical guidelines for the diagnosis and follow-Up of multiple sclerosis. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2016; 37 (3): 394-401.
- Utz M., Khan S., O' Connor D., Meyers S. MDCT and MRI evaluation of cervical spine trauma. *Insights Imaging.* 2014; 5: 67-75.
- Wong CC, McGirt MJ. Vertebral compression fractures: a review of current management and multimodal therapy. *Journal of Multidisciplinary Healthcare.* 2013; 6: 205-214.
- Yi JS, Cha JG, Han JK, Kim HJ. Imaging of herniated discs of the cervical spine: Inter-modality differences between 64-Slice Multidetector CT and 1.5-T MRI. *Korean J Radiol.* 2015; 16 (4): 881-888.

Gestione della prescrizione-erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali

- ABIM Foundation. Choosing Wisely campaign, <http://www.choosingwisely.org/>, Philadelphia, PA (ultimo accesso 5 giugno 2017)
- Akbari A., Mayhew A., Al-Alawi MA, Grimshaw J., Winkens R., Glidewell E., Pritchard C., Thomas R., Fraser C.. *Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care.* Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group, 2008.
- Blank L, Baxter S, Woods HB, Goyder E, Lee A, Payne N, Rimmer M. What is the evidence on interventions to manage referral from primary to specialist non-emergency care? A systematic review and logic model synthesis. *Health Services and Delivery Research.* Southampton (UK): NIHR Journals Library, 2015.
- Mariotti G., Siciliani L., Rebba V., Fellini R., Gentilini M., Benea G., Bertoli P., Bistolfi L., Brugaletta S., Camboa P., Casucci P., Dessi D., Faronato P., Galante M., Gioffredi A., Guarino TM, Pofi E., Liva C. Waiting time prioritisation for specialist services in Italy: the homogeneous waiting time groups approach. *Health Policy.* 2014; 117 (1): 54-63.
- Mehrotra A., Forrest C. B., Lin C. Y.. Dropping the Baton: Specialty Referrals in the United States. *The Milbank Quarterly.* 2011; 89 (1): 39-68).



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

- National Institute for Health and Clinical Excellence. *Referral Advice: A guide to appropriate referral from general to specialist services*. NICE, 2001.
[http://carepathways4gp.org.uk/Acne_Care_Pathway/Referral_criteria_\(NICE\)_files/iGWmJf-Referraladvice.pdf](http://carepathways4gp.org.uk/Acne_Care_Pathway/Referral_criteria_(NICE)_files/iGWmJf-Referraladvice.pdf) (ultimo accesso 5 giugno 2017).
- Nuti S, Vainieri M. Managing waiting times in diagnostic medical imaging. *BMJ Open*. 2012; 2: e001255. <http://bmjopen.bmj.com/content/2/6/e001255> (ultimo accesso 5 giugno 2017).
- Sharma T., Choudhury M., Kaur B., Naidoo B., Garner S., Littlejohns P., Staniszewska S.. Evidence informed decision making: the use of "colloquial evidence" at nice. *Int J Technol Assess Health Care*. 2015; 31 (3): 138-46.
- Siciliani L., Borowitz M. and Moran V. (eds.). *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 2013.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en> (ultimo accesso 5 giugno 2017)
- Slow Medicine. Riflessioni in progress. Slow Medicine sulle liste d'attesa, <https://www.slowmedicine.it/index.php/it/il-pensiero-di-slow-medicine/riflessioni-in-progress/95-slow-medicine-sulle-liste-d-attesa>, Torino (ultimo accesso 5 giugno 2017)



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

INDICAZIONI DI MODALITÀ OPERATIVE

1	I medici che possono prescrivere le prestazioni sono tutti i medici dipendenti e convenzionati (MMG, PLS, MCA e specialisti) o altri medici autorizzati ad utilizzare la RICETTA SSN o la DEMAT, dell'ambito territoriale che partecipa all'applicazione.
2	Gli specialisti che erogano le prestazioni sono tutti i medici dipendenti e convenzionati (specialisti convenzionati e specialisti delle strutture private convenzionate) che operano presso le strutture a gestione diretta o accreditate con la Azienda sanitaria/Regione/PA, dell'ambito territoriale che partecipa all'applicazione. Alla modalità di erogazione secondo criteri di priorità clinica partecipa anche il personale non medico, ove coinvolto.
3	I medici prescrittori prescrivono ai propri utenti le prestazioni, indicando sempre la priorità della prescrizione per le prime visite e le prime prestazioni strumentali diagnostiche.
4	Ad ogni prestazione specialistica corrisponde un identico vincolo di tempo massimo di attesa: classe U = max 3 giorni; classe B = max 10 giorni; classe D = max 30 giorni per le visite e max 60 giorni per le prestazioni strumentali; classe P = senza limite massimo di attesa o secondo le indicazioni del Piano regionale per il Governo dei tempi di attesa.
5	Le prescrizioni di prestazioni da indirizzare ai Servizi di urgenza/emergenza (prestazione da erogare al più presto possibile) devono riportare la dicitura per esteso "urgente" (o altra indicazione definita a livello di Regione/PA). Tali prescrizioni non fanno riferimento alle indicazioni cliniche previste dal Manuale RAO Agenas.
6	Per un uso corretto delle indicazioni cliniche e dei rispettivi codici occorre fare riferimento al Manuale RAO Agenas. Si stabilisce che nel caso in cui una ricetta fosse priva del codice priorità, la prestazione viene prenotata come fosse di classe "P" (senza priorità) e secondo le indicazioni del Piano regionale per il Governo dei tempi di attesa.
7	L'informazione della prescrizione può essere presa in carico dall'operatore di prenotazione: i) direttamente (prescrittore gestisce la prenotazione), ii) con la dichiarazione verbale (se il paziente è al telefono), iii) con l'indicazione scritta sulla ricetta SSN (se il paziente è allo sportello) della classe di priorità o iv) tramite prenotazione on-line da parte dell'utente. Ove disponibile la DEMAT, la prenotazione tramite operatore o, ove previsto, direttamente da parte dell'utente, potrà essere facilitata grazie alla trasmissione informatica dei dati della ricetta.
8	Al momento della prenotazione, l'operatore indica nell'agenda, oltre alle informazioni richieste per prassi, la classe di priorità indicata dal medico prescrittore (classe "P" ove fosse assente l'indicazione della classe). Nel caso di DEMAT le informazioni saranno direttamente accessibili all'operatore.
9	Il medico specialista che sottopone il paziente alla prestazione deve attribuire il codice priorità (U-B-D-P) al paziente stesso sulla base della valutazione clinico-anamnestica al fine di permettere il confronto inter-soggetti delle attribuzioni di priorità (valutazione di concordanza). Qualora non vi fosse contatto con il paziente (ad esempio: prestazioni radiologiche), l'attribuzione del codice di priorità sarà effettuato sulla base del quesito clinico contenuto nel campo note della ricetta SSN.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

10	L'attribuzione della classe di priorità da parte dello specialista è opportuno venga effettuata prima dell'erogazione della prestazione.
11	Lo specialista attribuisce la classe di priorità sulla base delle indicazioni cliniche contenute nel Manuale RAO Agenas. Qualora la prescrizione si riferisse ad indicazioni cliniche non esplicite (indicazioni "Altro (10%)"), lo specialista attribuirà una priorità sulla base della valutazione delle condizioni clinico-anamnestiche del paziente oppure sulla base del quesito clinico incluso nel campo note della ricetta SSN.
12	In assenza di sufficienti informazioni per attribuire una classe di priorità, il caso dovrà essere classificato come "non valutabile": ad esempio, qualora non vi fosse contatto con il paziente (ad esempio: prestazioni radiologiche) o fosse incongruo quanto riportato nel campo note della ricetta SSN (ad esempio: campo note non compilato).
13	Nel caso di controindicazione all'esecuzione della prestazione (ad esempio: RM in paziente portatore di dispositivi metallici o altro), il caso dovrà essere classificato come "non erogabile".
14	Se nell'ambulatorio specialistico non si utilizza un applicativo informatico che permetta di attribuire la priorità al momento, ad esempio, della refertazione, la priorità assegnata dallo specialista deve essere indicata in una griglia ad hoc (esempio in Allegato 2).
15	Il referente della specialistica ambulatoriale, o suo collaboratore, deve poter apportare correzioni nel caso rilevasse errori (difformità) tra i dati presenti nella ricetta SSN originale e quelli utilizzati in fase di prenotazione (ad esempio: nominativo prescrittore, data impegnativa, classe di priorità prenotata).
16	Ai fini del calcolo del tempo massimo di attesa andrà monitorato il tempo intercorso tra la data della prenotazione (data di contatto con il Servizio di prenotazione) e la data di presunta erogazione della prestazione. Nell'ambito dell'applicazione, andrà monitorato anche il tempo intercorso fra la data della prescrizione della RICETTA SSN e la data di prenotazione (data di contatto con il Servizio di prenotazione).
17	Le informazioni ed i problemi connessi all'applicazione della presente procedura devono essere comunicati tempestivamente al referente della specialistica ambulatoriale della propria struttura (_____; tel. fisso: _____; tel. mobile _____; e-mail: _____@_____), che a sua volta, nel caso il problema non fosse risolvibile, lo segnalerà tempestivamente al referente della Regione/PA dell'applicazione (_____; tel. fisso: _____; tel. mobile _____; e-mail: _____@_____).