

**PROTOCOLLO PER LA PRESCRIZIONE
SECONDO PRIORITA':
RACCOLTA DEI CRITERI PER VISITE E
PRESTAZIONI AMBULATORIALI**

Data prima redazione: ottobre 2012

Ultimo aggiornamento: ottobre 2015

1. Scopo

Il presente documento è stato predisposto allo scopo di diffondere e rendere agevolmente accessibili le indicazioni operative e le priorità cliniche che sono state introdotte per ordinare la domanda di prestazioni specialistiche ambulatoriali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine. I criteri di priorità che sono allegati alla presente raccolta sono stati adottati dalla Regione o dalle Aziende sanitarie dell'ex Area Vasta Udinese, al termine di percorsi che hanno coinvolto i professionisti delle specialità interessate (ospedalieri e territoriali), i Medici di Medicina Generale, oltre a personale delle Direzioni aziendali e, qualora interessati per la branca trattata, delle strutture private accreditate della provincia di Udine. Per le prestazioni specialistiche ambulatoriali critiche per tempi d'attesa e/o per numero di utenti in lista d'attesa, sono state individuate, secondo quanto stabilito dalla normativa nazionale e regionale, quattro classi di priorità, che si illustrano di seguito:

Priorità	Inquadramento clinico
U (urgente)	I sintomi o il sospetto diagnostico sono riferiti a malattie gravi evolutive con danno alla salute se non trattate in tempi molto brevi (entro 24 ore)
B (breve)	Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità. Da eseguirsi entro 10 giorni
D (differibile)	Prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità. Da eseguirsi entro 30 giorni per le visite e entro 60 giorni per le prestazioni strumentali
P (programmata)	Prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, disfunzione, la disabilità. Da eseguirsi entro 180 giorni. Il tempo massimo di attesa per la visita cardiologica e l'ecografia addome in classe P è di 120 giorni.

2. Campo di applicazione

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale per le quali sono stati adottati criteri di priorità per l'accesso alle agende di prenotazione sono le seguenti:

Visite (primo accesso)

- Visita oculistica (aggiornati secondo criteri di priorità regionali – luglio 2014)
- Visita neurologica
- Visita urologica (aggiornati secondo criteri di priorità regionali – luglio 2014)
- Visita medica per patologia pneumologia
- Visita chirurgica per patologia vascolare
- Visita cardiologica
- Visita di chirurgia vertebro-midollare
- Visita dermatologica
- Visita endocrinologica
- Visita gastroenterologica
- Visita otorinolaringoiatrica (criteri di priorità regionali – aprile 2014)
- Visita ortopedica (criteri di priorità regionali – giugno 2014)
- Visita fisiatrica (età adulta e età pediatrica >2 anni)

Prestazioni diagnostiche

- Ecografia addominale
- Prestazioni di endoscopia digestiva
- Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, dei vasi periferici arteriosi e venosi ed aorta addominale
- Densitometria ossea
- Elettromiografia semplice
- Risonanza magnetica dell'encefalo e del tronco encefalico
- Risonanza magnetica della colonna vertebrale
- Diagnostica ecografica del capo e del collo
- Diagnostica della mammella (mammografia ed ecografia della mammella)

Interventi chirurgici

- Intervento di rimozione della cataratta

3. Destinatari

I destinatari del presente documento sono:

- Responsabili / Direttori delle strutture pubbliche e private accreditate che erogano le prestazioni oggetto dei criteri di priorità
- Responsabili dei Distretti sanitari, Dipartimenti di Prevenzione, di Salute Mentale e delle Dipendenze
- Medici di Medicina generale, Pediatri di Libera scelta, Medici di Continuità assistenziale
- Medici specialisti dipendenti e convenzionati con il SSR
- Referenti /coordinatori dei Centri Unici di Prenotazione
- Responsabili degli Uffici Relazioni con il Pubblico

4. Modalità di svolgimento delle attività

I medici prescrittori, all'atto della compilazione della ricetta per prescrizione di una prestazione oggetto della presente raccolta, sono tenuti a indicare la classe di priorità (U, B, D, P) che definisce il tempo massimo di attesa secondo la normativa vigente, tenendo conto dei criteri clinici contenuti nelle schede di seguito riportate.

Note generali per la prescrizione

- Le regole per l'accesso alla specialistica ambulatoriale sono definite a livello regionale nella DGR 2034 del 16/10/2015 *“Organizzazione e regole per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per la gestione dei tempi d'attesa”*
- La richiesta di visita specialistica e/o indagine strumentale deve essere corredata dalla diagnosi o dal sospetto diagnostico (art. 51 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i M.M.G - 2005 e successive modifiche).
- Qualora il paziente o, nel caso di minore, i genitori, nel rispetto della normativa dei dati sensibili (privacy), non dia/diano il consenso ad esplicitare il quesito diagnostico nella ricetta, il prescrittore dovrà consegnare al paziente in busta chiusa il quesito clinico e dovrà riportare nella ricetta la seguente dicitura *“quesito clinico riportato nell'allegato contenuto in busta chiusa e consegnato al paziente”*.

5. Distribuzione

La presente raccolta viene pubblicata ed aggiornata sul sito Internet delle Aziende Sanitaria Universitaria Integrata di Udine [asuiud.sanita.fvg.it/liste d'attesa](http://asuiud.sanita.fvg.it/liste_d'attesa).

Le strutture ed i professionisti coinvolti vengono informati della disponibilità del documento e dei successivi aggiornamenti presenti sul sito aziendale.

6. Riferimenti normativi

- Accordo Stato Regioni 14/02/2002 n. 724 “Accordo tra il Governo le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste d’attesa”
- Accordo Stato Regioni del 28/03/2006 “Piano Nazionale per il contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008”
- Accordo Stato-Regioni del 28/10/2010 “Piano Nazionale per il governo delle liste di attesa 2010/2012”
- Accordo Collettivo Nazionale per la Disciplina dei Rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell’art.8 Del D.Lgs. N. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni quadriennio normativo 2006 - 2009,biennio economico2006 – 2007;
- DGR 2747 del 29 luglio2002 “Provvedimenti urgenti in materia sanitaria” attuazione del D.P.C.M. 29\11\2001 “Definizione dei LEA”;
- DGR 269 del 20\02\06 “Accordo integrativo regionale attuativo dell’accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale. approvazione.”
- DGR 2843 del 24\11\2006 “Piano sanitario e sociosanitario regionale per il triennio 2006-2008”;
- DGR 288 del 16\02\2007 “Piano regionale attuativo del piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008”;
- L.R. n.7 del 26 \03\2009,“Disposizioni in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nell’ambito del Servizio Sanitario Regionale”
- DGR 465 dell’11/03/2010 “Piano sanitario e sociosanitario regionale P SSR 2010-2012”
- DGR 1439 del 28/07/2011 “Piano regionale attuativo del Piano nazionale di governo delle liste d’attesa per il triennio 2010-2012- approvazione”
- Comunicazioni Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia (prot. 2968/P del 6/2/14, prot. 8272/P del 17/4/14, prot. 5036/P del 7/3/14 e prot. 10712 del 5/6/14) per trasmissione decreti di adozione dei criteri di priorità regionali per *visita gastroenterologica e endoscopia digestiva, visita otorinolaringoiatrica, visita dermatologica, visita ortopedica*.
- Comunicazioni Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia (prot. 13030/P del 14/7/14, prot. 14121/P del 31/7/14) per trasmissione decreti di adozione dei criteri di priorità regionali per *visita oculistica e visita urologica in età adulta e pediatrica*.
- Comunicazione Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia (prot. 11118/P del gg 11/6/14) per trasmissione decreto 540 ASAO “*Indicazioni operative per l’accesso alla visita specialistica di chirurgia vertebro-midollare per mal di schiena o sospetto di ernia discale*”
- DGR 2034 del 16/10/2015 “*Organizzazione e regole per l’accessi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per la gestione dei tempi d’attesa*”

7. Elenco delle schede allegate

7.1	Criteri clinici di priorità per l'accesso alla visita oculistica in età adulta (aggiornati luglio 2014)	6
7.2	Criteri clinici di priorità per l'accesso alla visita oculistica in età pediatrica (aggiornati luglio 2014)	8
7.3	Criteri clinici di priorità per l'accesso alla visita neurologica	10
7.4	Criteri clinici di priorità per l'accesso alla visita urologica in età adulta (aggiornati luglio 2014).....	12
7.5	Criteri clinici di priorità per l'accesso alla visita urologica in età pediatrica (aggiornati luglio 2014).....	13
7.6	Criteri clinici di priorità per l'accesso alla visita medica per patologia pneumologica	14
7.7	Criteri clinici di priorità per l'accesso alla visita chirurgica per patologie vascolari	16
7.8	Criteri clinici di priorità per l'accesso alla visita cardiologica	18
7.9	Criteri di priorità clinica per l'accesso alla visita di chirurgia vertebro-midollare	20
7.10	Criteri clinici di priorità per l'accesso all'ecografia addominale	22
7.11	Criteri clinici di priorità per l'accesso alle prestazioni di endoscopia digestiva (documento regionale 2012) ...	23
7.12	Criteri clinici di priorità per l'accesso all'ecocolordoppler dei Tronchi sovraortici.....	25
7.13	Criteri clinici di priorità per l'accesso all'ecocolordoppler dei vasi periferici venosi	26
7.14	Criteri clinici di priorità per l'accesso all'ecocolordoppler arterioso agli arti ed aorta addominale.....	28
7.15	Criteri clinici di priorità per l'accesso alla densitometria ossea.....	29
7.16	Criteri di priorità per l'accesso all'elettromiografia semplice (EMG).....	33
7.17	Criteri di priorità per l'accesso alla risonanza magnetica dell'encefalo, tronco encefalico e c.v.	34
a)	Criteri di priorità per l'accesso alla risonanza magnetica dell'encefalo	36
b)	Criteri di priorità per l'accesso alla risonanza magnetica della colonna cervicale e dorsale.....	37
c)	Criteri di priorità per l'accesso alla risonanza magnetica della colonna lombare	38
7.18	Criteri clinici di priorità per il primo accesso alla diagnostica ecografica del capo e del collo	39
7.19	Criteri di priorità clinica per l'accesso all'intervento di rimozione di cataratta.....	40
7.20	Criteri di priorità clinica per l'accesso alla visita dermatologica nell'adulto.....	41
7.21	Criteri di priorità clinica per l'accesso alla visita dermatologica in età pediatrica (fino al 14° anno)	43
7.22	Criteri di priorità clinica per l'accesso alla visita endocrinologica nell'adulto	46
7.23	Criteri di priorità clinica per l'accesso alla visita endocrinologica in età pediatrica (fino al 14° anno).....	48
7.24	Criteri di priorità clinica per l'accesso alla visita gastroenterologica in età adulta.....	52
7.25	Criteri di priorità clinica per l'accesso alla visita gastroenterologica in età pediatrica (fino al 14° anno)	54
7.26	Criteri di priorità clinica per l'accesso alla visita otorinolaringoiatrica in età adulta.....	56
7.27	Criteri di priorità clinica per l'accesso alla visita otorinolaringoiatrica in età pediatrica (fino al 14° anno)	58
7.28	Criteri di priorità clinica per l'accesso alla visita ortopedica in età adulta.....	60
7.29	Criteri di priorità clinica per l'accesso alla visita ortopedica in età pediatrica (fino al 14° anno).....	61
7.30	Criteri di priorità clinica per l'accesso alla mammografia.....	62
7.31	Criteri di priorità clinica per l'accesso all'ECOGRAFIA MAMMARIA non associata alla mammografia.....	63
7.32	Criteri di priorità clinica per l'accesso alla visita fisiatrica in età adulta	64
7.33	Criteri di priorità clinica per l'accesso alla visita fisiatrica in età pediatrica (> 2 anni)	65

7.1 Criteri clinici di priorità per l'accesso alla visita oculistica in età adulta (aggiornati sec. criteri regionali – luglio 2014)

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa	Note
U (urgente)	<ul style="list-style-type: none"> – Glaucoma acuto; – Amaurosi; – Trauma bulbare con grave deficit del visus; – Occhio rosso dolente acuto; – Diplopia acuta, strabismo acuto, ptosi ad insorgenza acuta, insorgenza acuta di anisocoria; – Fosfeni o miodesopsie in acuzie; – Modificazione improvvisa del campo visivo; – Traumatismi oculari maggiori acuti; – Corpi estranei; – Dolore oculare acuto e persistente; – Flogosi acuta dei tessuti perioculari (sospetta dacriocistite, cellulite orbitaria). 	Entro 24 ore	La presenza di questi sintomi indicativi di particolare gravità consiglia l'opportunità di invio per "valutazione in Pronto Soccorso". Compete al medico di Pronto Soccorso che gestisce il paziente, l'eventuale richiesta delle opportune consulenze /approfondimenti diagnostici. L'invio in Pronto Soccorso non richiede la compilazione dell'impegnativa, ma si raccomanda sempre di inviare il paziente in Pronto Soccorso con la descrizione del sintomo o sospetto diagnostico.
B (breve)	<ul style="list-style-type: none"> – Occhio rosso non dolente ad esordio subacuto; – Edemi palpebrali recenti; – Neoformazioni sospette; – Calazio o orzaiolo acuti, che non risolvono con la terapia; – Congiuntivite acuta resistente alle comuni terapie. – Metamorfopsia. 	Entro 10 giorni	Escluse visite per prescrizione lenti.
D (differita)	<ul style="list-style-type: none"> – Congiuntiviti ricorrenti; – sospetto difetto visivo grave e /o strabismo; – accertamenti per avvio terapie sistemiche; 	Entro 30 giorni	

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa	Note
P (programmata)	<ul style="list-style-type: none"> – Quanto escluso dai criteri precedenti; – Difetti rifrattivi; – Rinnovo occhiali (*); – Difetti della lacrimazione e discomfort oculare; – Sospetto di cataratta; – Blefariti recidivanti, miodesopsie non recenti; – Valutazione della funzionalità ed acuità visiva dopo intervento di rimozione di cataratta (secondo indicazione dello specialista che ha effettuato l'intervento). (*) 	Entro 180 giorni	La visita di controllo in post-ricovero per cataratta viene garantita secondo le disposizioni del DGR 531 dd. 17.3.2006.

Nota: Casi particolari potranno essere discussi con lo specialista.

[*] Qualora la valutazione della funzionalità ed acuità visiva preveda anche la prescrizione/rinnovo di lenti, tale prestazione in ASUIUD viene assicurata dagli ambulatori specialistici extraospedalieri.

7.2 Criteri clinici di priorità per l'accesso alla visita oculistica in età pediatrica (aggiornati sec. criteri regionali – luglio 2014)

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa	Note
U (urgente)	<ul style="list-style-type: none"> – Glaucoma acuto; – Amaurosi; – Trauma bulbare con grave deficit del visus; – Occhio rosso dolente acuto; – Diplopia acuta; – Strabismo o ptosi palpebrale ad insorgenza acuta; – Insorgenza acuta di anisocoria o nistagmo; – Riduzione significativa improvvisa del visus; – Fosfeni o miodesopsie in acuzie; – Modificazione improvvisa del campo visivo; – Traumatismi oculari maggiori acuti; – Corpi estranei; – Dolore oculare acuto e persistente; – Flogosi acuta dei tessuti periorculari (sospetta dacriocistite, cellulite orbitaria). 	Entro 24 ore	La presenza di questi sintomi indicativi di particolare gravità consiglia l'opportunità di invio per "valutazione in Pronto Soccorso". Compete al medico di Pronto Soccorso che gestisce il paziente, l'eventuale richiesta delle opportune consulenze /approfondimenti diagnostici. L'invio in Pronto Soccorso non richiede la compilazione dell'impegnativa, ma si raccomanda sempre di inviare il paziente in Pronto Soccorso con la descrizione del sintomo o sospetto diagnostico.
B (breve)	<ul style="list-style-type: none"> – Occhio rosso non dolente ad esordio subacuto; – Edemi palpebrali recenti; – Neoformazioni sospette; – Calazio o orzaiolo acuti, che non risolvono con la terapia; – Congiuntivite acuta resistente alle comuni terapie; – Ricadute di patologie note dell'età pediatrica (cheratite erpetica, Vernal, uveite); – Leucocoria in età pediatrica; – Metamorfopsia; 	Entro 10 giorni	
D (differita)	<ul style="list-style-type: none"> – Congiuntiviti ricorrenti; – Sospetto difetto visivo grave (o deficit visivo riscontrato dal pediatra) in età pediatrica; – Sospetto strabismo (o strabismo rilevato dal pediatra) in età pediatrica; – Torcicollo o nistagmo in età pediatrica; 	Entro 30 giorni	

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa	Note
	<ul style="list-style-type: none"> – Dacriostenosi congenita che non risolve (nel primo anno di vita); – Sospetto di ritardata maturazione visiva o di cecità infantile (nel primo anno di vita); – Accertamenti per avvio terapie sistemiche. 		
P (programmata)	<ul style="list-style-type: none"> – Quanto escluso dai criteri precedenti; – Difetti rifrattivi; – Rinnovo occhiali; – Blefariti recidivanti, miodesopsie non recenti. 	Entro 180 giorni	

Nota: Casi particolari potranno essere discussi con lo specialista.

7.3 Criteri clinici di priorità per l'accesso alla visita neurologica

Categoria	Condizioni cliniche	Tempo di attesa	note
Urgente	Paziente visto dal MMG con sintomi ingravescenti (o sospetto diagnostico) di interessamento acuto (ore o pochi giorni) del sistema nervoso centrale o periferico	da inviare in Pronto soccorso	I sintomi o il sospetto diagnostico sono riferiti a malattie gravi evolutive con danno alla salute se non trattate in tempi molto brevi. In questi casi NON chiedere visita neurologica urgente ma inviare in PS con la descrizione del sintomo o del sospetto diagnostico
B breve	Modifica delle condizioni neurologiche preesistenti di nuova e/o particolarmente grave e/o recente insorgenza (*): - turbe dello stato di coscienza (es. perdita di coscienza transitoria/ probabilmente non sincopale, convulsione, mancato controllo delle crisi epilettiche in epilettico già noto) - rapida riduzione delle capacità cognitive o deterioramento mentale - alterazione (ad esordio sub-acuto o lento e progressivo) delle funzioni sensitivo motorie (es. deficit focali, recidiva di sclerosi multipla, modifica delle caratteristiche di una cefalea cronica)	Entro 10 giorni	Si tratta di condizioni in cui è necessario un arco di tempo breve per la diagnosi e/o terapia al fine di controllare in maniera significativa il dolore, la disfunzione o la disabilità. Casi clinici particolari potranno essere discussi con lo specialista per una maggior celerità d'accesso
D Differita	Modificazione significativa del quadro neurologico in pazienti con patologie croniche già note o sintomi in lento peggioramento: Es. disturbi comportamentali in demente, sospetta sindrome extrapiramidale (rallentamento e tremore) a lenta evoluzione.	Entro 30 giorni	Casi in cui la cui la tempestiva diagnosi e terapia non condizionano la prognosi a breve termine ma sono comunque richieste per il persistere del dolore, della disfunzione o della disabilità e per la peculiarità specialistica del farmaco.
P Programmata	- Altre patologie neurologiche croniche stabilizzate o a lenta evoluzione Es. cefalea cronica, lento deterioramento mentale (**), perdita della memoria - Visita di controllo se non già prenotata al momento della richiesta dallo specialista - Richiesta di certificazioni e relazioni cliniche	Entro 180 giorni	In queste condizioni la visita può essere programmata in un maggior arco di tempo in quanto l'attesa non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione o la disabilità Il sospetto di demenza potrà essere gestito nell'attesa della visita neurologica dal MMG che provvederà a richiedere gli accertamenti previsti dal protocollo

(*) *Nuova insorgenza*: da intendersi come un nuovo sintomo che si manifesta dal punto di vista semeiologico (es. persona che in uno stato di pieno benessere presenta improvvisi sintomi o segni neurologici) o come un sintomo che appartiene alla stessa sfera semeiologica di base, ma che si presenta in modo significativamente più grave (la comparsa di una netta modificazione delle caratteristiche cliniche, es. insorgenza acuta “a pugnata” della cefalea in paziente cefalgico noto, costituisce criterio di inclusione nella classe B; la significativa presenza di crisi epilettiche nell’arco della giornata in paziente epilettico noto, libero da crisi da più mesi, costituisce criterio di inclusione nella classe B; al contrario l’insorgenza di agitazione e/o insonnia e/o confusione in paziente con diagnosi di demenza non costituisce criterio di inclusione nella classe B)

(**) Protocollo degli esami da effettuare nel sospetto di demenza prima della effettuazione della visita neurologica:

- 1) esami biumorali, TSH, folati e B12, borrelia, TPHA, ECG
- 2) Tac cerebrale senza contrasto

La sindrome vertiginosa senza altre indicazioni non è considerata elemento per la richiesta di visita neurologica (se acuta ed oggettiva va inviata in PS, in altri casi è, almeno inizialmente, di pertinenza dell’ORL).

7.4 Criteri clinici di priorità per l'accesso alla visita urologica in età adulta (aggiornati sec. criteri regionali – luglio 2014)

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa	Note
U (urgente)	<ul style="list-style-type: none"> – Paziente con dolore scrotale acuto; – Colica renale non controllata dalla terapia; – Ematuria massiva; – Ritenzione acuta d'urina; – Parafimosi; – Priapismo; – Traumi; – Malfunzionamento di catetere vescicale, epicistostomico, nefrostomico; – Febbre urosettica. 	Entro 24 ore	<p>La presenza di questi sintomi indicativi di particolare gravità consiglia l'opportunità di invio per "valutazione in Pronto Soccorso".</p> <p>Compete al medico di Pronto Soccorso che gestisce il paziente, l'eventuale richiesta delle opportune consulenze / approfondimenti diagnostici.</p> <p>L'invio in Pronto Soccorso non richiede la compilazione dell'impegnativa, ma si raccomanda sempre di inviare il paziente in Pronto Soccorso con la descrizione del sintomo o sospetto diagnostico.</p>
B (breve)	<ul style="list-style-type: none"> – Diagnosi sospetta o accertata di tumore; – Macroematuria risolta; – Colica renale recidivante; – Disuria severa ingravescente; – Riscontro occasionale (non sintomatico) di dilatazione delle vie urinarie; – Pazienti con significativi cambiamenti di disturbi urologici cronici; – Riscontro di PSA elevato o in progressione in pazienti con età < a 75 anni. 	Entro 10 giorni	
D (differita)	<ul style="list-style-type: none"> – Microematuria; – Colica renale risolta; – Emospermia; – Calcolosi asintomatica. 	Entro 30 giorni	
P (programmata)	<ul style="list-style-type: none"> – Quanto non previsto nei criteri precedenti. (es. varicocele, problemi andrologici). 	Entro 180 giorni	

Note:

- In caso di uretrite, valutare l'eventuale invio alla Struttura Malattie Sessualmente Trasmesse

7.5 Criteri clinici di priorità per l'accesso alla visita urologica in età pediatrica (aggiornati sec. criteri regionali – luglio 2014)

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa	Note
U (urgente)	<ul style="list-style-type: none"> – Minore con dolore scrotale acuto; – Colica renale non controllata dalla terapia; – Ematuria massiva; – Ritenzione acuta d'urina; – Parafimosi; – Priapismo; – Traumi; – Malfunzionamento di catetere vescicale, epicistostomico, nefrostomico; – Febbre urosettica. 	Entro 24 ore	<p>La presenza di questi sintomi indicativi di particolare gravità consiglia l'opportunità di invio per "valutazione in Pronto Soccorso". Compete al medico di Pronto Soccorso che gestisce il paziente, l'eventuale richiesta delle opportune consulenze / approfondimenti diagnostici.</p> <p>L'invio in Pronto Soccorso non richiede la compilazione dell'impegnativa, ma si raccomanda sempre di inviare il paziente in Pronto Soccorso con la descrizione del sintomo o sospetto diagnostico.</p>
B (breve)	<ul style="list-style-type: none"> – Diagnosi sospetta o accertata di tumore; – Colica renale recidivante; – Disuria severa ingravescente; – Minore con significativi cambiamenti di disturbi urologici cronici; 	Entro 10 giorni	
D (differita)	<ul style="list-style-type: none"> – Colica renale risolta; – Calcolosi asintomatica. 	Entro 30 giorni	
P (programmata)	<ul style="list-style-type: none"> – Quanto non previsto nei criteri precedenti. (es. varicocele, problemi andrologici). 	Entro 180 giorni	

7.6 Criteri clinici di priorità per l'accesso alla visita medica per patologia pneumologica

Categoria	Condizioni cliniche	Tempo di attesa	Note
Urgente	<p>Emotisi moderato-severo (nota 1)</p> <p>Dispnea acuta anche a riposo (ad es. sospetto PNX, embolia polmonare, edema polmonare acuto).</p> <p>Dolore toracico acuto.</p> <p>Crisi acuta di broncospasmo non risolta dall'impiego ripetuto di Beta2 stimolanti short-acting (nota 2)</p> <p>Altre condizioni in cui i sintomi o il sospetto diagnostico riconducano a malattie gravi evolutive con danno alla salute se non trattate in tempi molto brevi</p>	Da inviare in Pronto soccorso	<p>I sintomi o il sospetto diagnostico sono riferiti a malattie gravi evolutive con danno alla salute, se non trattate in tempi molto brevi.</p> <p>In questi casi NON chiedere visita pneumologica urgente ma inviare in PS con la descrizione del sintomo o del sospetto diagnostico</p>
B Breve	<p>Valutazione di anomalia radiologica del torace espressione di patologia pleuro-parenchimale in atto.</p> <p>Peggioramento della dispnea come espressione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> Riacutizzazione di BPCO (nota 3) Asma bronchiale non controllata da terapia standard Riacutizzazione di malattia polmonare cronica già nota Polmonite non risolta dalla prima linea di terapia <p>E' auspicabile che casi clinici particolari siano discussi telefonicamente con lo specialista.</p>	Entro 10 giorni (a discrezione del MMG previa Rx Torace)	<p>Si tratta di condizioni in cui è necessario un arco di tempo breve per la diagnosi e/o terapia al fine di controllare in maniera significativa i sintomi.</p> <p>Con l'eccezione della prima condizione clinica, si tratta di situazioni già inquadrare dal punto di vista diagnostico in cui il MMG per lo più è già intervenuto con terapia di prima linea e in cui è necessaria revisione terapeutica da parte dello specialista per l'eventualità di accesso a regime di ricovero.</p>
D Differita	<p>Tosse cronica (> 3mesi) di n.d.d.</p> <p>Sospetto di apnee durante sonno (nota 4)</p> <p>Sospetto di BPCO (nota 3)</p> <p>Sospetto di asma bronchiale (nota 5)</p> <p>Dispnea ingravescente di n.d.d. (nota 6)</p> <p>Prima valutazione pneumologica di paziente con patologia neuromuscolare.</p> <p>Altri casi in cui è necessaria una definizione diagnostica (per lo più strumentale) in grado di generare un percorso terapeutico specialistico.</p>	Entro 30 giorni	<p>Casi in cui la cui la tempestiva diagnosi e terapia non condizionano la prognosi a breve termine, ma sono comunque richieste per il persistere della disfunzione o della disabilità.</p>

Categoria	Condizioni cliniche	Tempo di attesa	Note
P Programmata	Valutazione paziente in ossigenoterapia a lungo termine (OTLT) Valutazione paziente in ventilazione meccanica domiciliare non-invasiva o invasiva Controlli programmati di patologie croniche note (BPCO, sindrome di apnea durante il sonno-OSA, ecc) Altri casi di insufficienza d'organo conclamata il cui follow-up è inteso ai necessari aggiustamenti terapeutici (posologia O ₂ , setting ventilatore)	Entro 180 giorni, se non già diversamente programmati	In queste condizioni la visita può essere programmata in un maggior arco di tempo in quanto l'attesa non influenza a breve termine la terapia, la prognosi, il dolore, la disfunzione o la disabilità.

NOTE AI CRITERI DI PRIORITA' PER L'ACCESSO ALLA VISITA MEDICA PER PATOLOGIA PNEUMOLOGICA

- 1) La valutazione del grado di severità è lasciata al Medico di medicina generale.
 - 2) Si intende, indicativamente, la somministrazione di salbutamolo 200 mcg x 2 a distanza di 15-20 minuti. Per la crisi acuta di broncospasmo in paziente "naive", il trattamento di prima linea da parte del MMG o l'invio in PS dovrebbe essere stabilito dalla severità del quadro. Per la crisi acuta di broncospasmo in paziente noto per malattia cronica, respiratoria o cardiaca, si dovrebbero seguire le linee di "consensus" già esistenti.
 - 3) Si fa riferimento all'esistente "consensus" sul percorso diagnostico-terapeutico sulla BPCO (allegato 3) e sulla gestione dello scompenso cardiaco (allegato 1)
 - 4) Si fa riferimento alla presenza di russamento + ipersonnolenza diurna. E' consigliato l'utilizzo del Questionario di Berlino (allegato 2) come strumento di screening.
 - 5) L'asma bronchiale necessita di consulenza pneumologica per la definizione dell'eziologia (allergologica), di severità, di esenzione ticket e per i casi legati al rischio lavorativo.
 - 6) Dispnea che si protrae da > 3 mesi, correlata per lo più allo sforzo e non presente a riposo, in soggetto che non abbia già nota patologia cronica respiratoria o cardiaca che la giustifichi.
- Nell'ambito della definizione delle condizioni cliniche di cui alle priorità Urgente e Breve, il MMG valuta anche la presenza ed il ruolo delle malattie associate e le condizioni ambientali di assistenza.

Allegati al documento di approvazione dei criteri, disponibili sui siti aziendali

1. "Consensus" sulla gestione dello Scompenso Cardiaco (disponibile sul sito della Regione Friuli Venezia Giulia: <http://www.regione.fvg.it/rafvfg/cms/RAFVG/salute-sociale/governo-sistema-sociale-sanitario/>)
2. Questionario di Berlino (copia da far compilare al paziente e copia per l'interpretazione da parte del MMG)
3. "Consensus" su Percorsi diagnostici nella BPCO (disponibile sul sito della Regione Friuli Venezia Giulia: <http://www.regione.fvg.it/rafvfg/cms/RAFVG/salute-sociale/governo-sistema-sociale-sanitario/>)

7.7 Criteri clinici di priorità per l'accesso alla visita chirurgica per patologie vascolari

Categoria	Condizioni cliniche	Tempo di attesa	note
Urgente	<p>Forte probabilità di trombosi venosa periferica in base all'utilizzo della scala di Wells (vedi pagina successiva).</p> <p>Ischemia critica (dolore a riposo, specie la notte ad 1 o più dita o al piede ed, eventualmente, lesioni trofiche, ulcere, o gangrena).</p> <p>Sospetta patologia aneurismatica sintomatica acuta.</p> <p>Microembolia periferica ("dito blu").</p> <p>Segni di ischemia acuta degli arti (dolore, pallore, impotenza funzionale, ipotermia di recente insorgenza con assenza di polsi arteriosi).</p> <p>In questi casi <u>non</u> è prevista la prescrizione su ricettario regionale di Visita chirurgia vascolare in urgenza.</p>	Invio in PS	La presenza di questi sintomi si associa all'invio in PS.
B breve	<p>Stenosi carotidea critica in paziente sintomatico.</p> <p>Riduzione improvvisa della marcia (claudicatio ingravescente).</p> <p>Tumefazione pulsante palpabile ad un arto.</p> <p>Segni di peggioramento di arteriopatia nota con dolore a riposo e/o lesioni trofiche distali.</p> <p>Patologia aneurismatica di prima diagnosi in paziente asintomatico.</p> <p>Flebite superficiale di gamba (presenza di cordone duro ed esteso, superficiale, dolente alla palpazione, arrossato, ipertermico) non migliorata dopo 10 giorni di terapia.</p>	Entro 10 giorni	<p>Si tratta di condizioni in cui è necessario un arco di tempo breve per la formulazione della diagnosi e la instaurazione di una terapia che ha dimostrata efficacia.</p> <p>Se il caso, sarà lo specialista a chiedere/eseguire l'Ecocolordoppler.</p>
D Differita	<p>Stenosi carotidea critica in paziente asintomatico.</p> <p>Furto di succlavia.</p> <p>Arteriopatía periferica nota con notevole riduzione dell'intervallo di marcia.</p> <p>Arteriopatía periferica ostruttiva con indicazione al trattamento chirurgico o endovascolare.</p>	Entro 30 giorni	Casi in cui la cui la tempestiva diagnosi e l'avvio di una terapia specifica ed efficace non condizionano la prognosi a breve termine ma sono comunque richieste per il persistere dei sintomi, della disfunzione o della disabilità.
P programmata	Controlli ed altro, non rientrante nelle specifiche precedenti, salvo contatto con lo specialista per casi particolari.	Entro 180 giorni	Condizioni in cui l'esame può essere programmato in un maggior arco di tempo in quanto l'attesa non influenza l'esito.

Nota bene: l'Insufficienza venosa cronica con indicazione al trattamento chirurgico ha indicazione alla visita di chirurgia generale

Scala di Wells modificata per il sospetto clinico di TVP (N Engl J Med 2003)	
Parametro Clinico	Score
Neoplasia maligna in atto (terapia in corso o negli ultimi 6 mesi o palli azione)	1
Paralisi, paresi, o recente ingessatura agli arti inferiori	1
Allettamento per 3 giorni o più, o chirurgia maggiore nelle ultime 12 settimane	1
Tensione dolorosa lungo la distribuzione del sistema venoso profondo	1
Gonfiore a tutta la gamba	1
Edema del polpaccio di almeno 3 cm superiore alla gamba asintomatica (misurato 10 cm sotto la tuberosità tibiale); in pazienti con sintomi bilaterali usare la gamba più sintomatica	1
Edema con fovea della gamba sintomatica	1
Vene superficiali collaterali (non varicose)	1
Trombosi Venosa Profonda precedentemente documentata	1
Diagnosi alternativa almeno altrettanto probabile	-2
Interpretazione	
Uno score totale ≥ 2 indica che la TVP è PROBABILE	
Uno score totale < 2 indica che la TVP è IMPROBABILE	
Se lo score di Wells indica che la TVP è improbabile (<2) ed il D-Dimero è negativo, la TVP può essere ragionevolmente esclusa senza eseguire un EcocolorDoppler Venoso degli arti inferiori	

7.8 Criteri clinici di priorità per l'accesso alla visita cardiologica

(estratto da documento ARS " Sistema di accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale organizzato per priorità clinica: visita cardiologica" – luglio 2009)

Categoria	Condizioni cliniche	Tempo di attesa	note
Urgente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolore toracico in atto o nelle ultime 48 ore di sospetta origine ischemica (vedi pagina successiva) ▪ Sincope o presincope negli ultimi 7 gg ▪ Incapacità di eseguire alcuna attività fisica senza sintomi (affaticamento, palpitazioni, dispnea) e con almeno un segno compatibile con SC * ▪ Bradiaritmie (≤ 40/min) o tachicardie (≥ 120/min) obiettivabili e sintomatiche per dispnea e/o angina pectoris, sincope o presincope* (se asintomatiche, invio per solo ECG) 	Entro 24 ore	Gestione diretta ambulatorio cardiologico o attraverso Pronto Soccorso, in base agli accordi locali.
B breve	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolore toracico di sospetta origine ischemica (vedi pagina successiva) ripetuto nell'ultimo mese ▪ Dispnea, palpitazioni, affaticamento per sforzo lieve di recente insorgenza * ▪ Sincope o presincope ripetute nell'ultimo mese 	Entro 10 giorni	Far afferire le richieste al CUP/Call center o direttamente al servizio di Cardiologia per una prima valutazione e/o teleconsulto, sulla base dell'organizzazione locale.
D Differita	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instabilità e necessità di adeguamento terapeutico in: scompenso cardiaco congestizio, cardiopatia ischemica, artitmie ▪ Lieve limitazione dell'attività fisica consueta con comparsa di affaticamento, palpitazioni e dispnea, previa esecuzione di ECG, Rx torace, BNP (<i>brain natriuretic peptide</i>) o NT-proBNP (<i>frazione N-terminale del proBNP</i>) compatibili per SC * ▪ Angina atipica con rischi cardiovascolare $> 10\%$ ** 	Entro 30 giorni	Far afferire le richieste al CUP/Call center o direttamente al servizio di Cardiologia per una prima valutazione e/o teleconsulto, sulla base dell'organizzazione locale.
P Programmata	Tutte le prime visite motivate (dispnea, sincope, dolore toracico, cardiopalmo, ipertensione resistente a 3 farmaci di cui uno diuretico***, stadio A e B classe AHA/ACC sullo SC)* che non rientrano nelle classi precedenti	Entro 120 giorni	Prenotabile a CUP

(*) vedi Percorsi Diagnostici del documento di consenso dell'ARS sullo Scompenso Cardiaco (disponibile sul sito della Regione Friuli Venezia Giulia: <http://www.regione.fvg.it/rafvfg/cms/RAFVFG/salute-sociale/governo-sistema-sociale-sanitario/>)

(**) vedi "Carta del rischio cardiovascolare" ISS: <http://www.cuore.iss.it/>

(***) vedi Consensus su Ipertensione arteriosa (disponibile sul sito della Regione Friuli Venezia Giulia: <http://www.regione.fvg.it/rafvfg/cms/RAFVFG/salute-sociale/governo-sistema-sociale-sanitario/>)

SUGGERIMENTI PER L'INQUADRAMENTO DEL PAZIENTE CON DOLORE TORACICO

- Valutare la presenza di criteri di dolore ischemico:
 1. È correlato allo sforzo fisico?
 2. È di breve durata (2-20 minuti)?
 3. È alleviato dal riposo e dalla nitroglicerina sublinguale (entro 30 s ≈ pochi minuti)?
 4. È retrosternale?
 5. Si irradia (in modo centrifugo) alla gola, al collo o al braccio sinistro?
 6. Sono assenti altre evidenti cause di dolore toracico?

- Classificazione:
 - ANGINA TIPICA
 - Presenza dei criteri 1,2,3 oppure
 - Presenza di almeno 4 criteri
 - ANGINA ATIPICA
 - Presenza di due criteri oppure
 - Positività solo dei criteri 4 e 6
 - DOLORE PROBABILMENTE NON ANGINOSO
 - Presenza di un solo criterio o di nessun criterio

(Diamon GA, Forrester J.S. – New England J Medicine 1979; 300:1350-8)

7.9 Criteri di priorità clinica per l'accesso alla visita di chirurgia vertebro-midollare

I criteri e le modalità di accesso alla visita di valutazione per l'eventuale trattamento chirurgico della patologia vertebro-midollare sono stati definiti in accordo con gli specialisti interessati (neurologi, neurochirurghi, neuroradiologi, ortopedici, fisiatristi) e secondo le LLGG Regionali sul "Mal di Schiena". Per quanto riguarda il percorso diagnostico del MDS, si rinvia al Consensus Regionale N° 4 "Mal di Schiena", novembre 2008.

Si ricorda che:

- Il mal di schiena ha una alta probabilità di prognosi favorevole (il 70% dei pazienti migliora entro le prime due settimane);
- Qualora il dolore persista dopo 2 settimane senza progressivo miglioramento dei sintomi, richiede ulteriore valutazione, per indagare se esistono le così dette *yellow flag* (NOTA 1), che richiedono interventi per modificare comportamenti e per escludere la presenza di *red flag* o di cause extraspinali (NOTA 2);
- I pazienti con MDS acuto continuano a presentare nel 7-10% dei casi dei sintomi oltre 6 settimane: nel 90% si tratta di lombalgia mentre nel 10% di sciatica.

La maggior parte dei pazienti con MDS acuto può essere gestito dal Medico di Medicina Generale.

I criteri di elezione dei pazienti alla visita specialistica per valutare le indicazioni al trattamento chirurgico della patologia vertebro-midollare sono riportati di seguito, secondo una scala di progressiva severità:

Accesso programmato:

- Paziente senza "*red flags*" con storia di lombalgia che perdura da più di tre mesi con obiettività neurologica negativa e documentazione neuroradiologica che non evidenzia patologia di sicuro interesse chirurgico (patologia degenerativa senza compressione mielo-radicolare o evidente instabilità vertebrale).
- Paziente con lombalgia - lombosciatalgia, resistente alla terapia medica assunta per almeno 30 giorni, obiettività neurologica negativa, documentazione neuroradiologica con evidenza di patologia potenzialmente chirurgica (ernia discale, stenosi del canale spinale, instabilità vertebrale);
- Paziente con storia di lombosciatalgia con deficit neurologico sensitivo motorio in evoluzione, resistente alla terapia medica e documentazione neuroradiologica di patologia potenzialmente chirurgica (ernia discale, stenosi del canale spinale, instabilità vertebrale).
- Paziente con clinica non rilevante ma con "*red flag*" e diagnostica eseguita che evidenzia un potenziale problema chirurgico vertebro-midollare (neoplasia, frattura vertebrale).

Accesso urgente:

Paziente con deficit rapidamente evolutivo di tipo mielico o pluriradicolare, con o senza dolore e/o evidenza neuroradiologica di problema chirurgico vertebro-midollare (neoplasia, instabilità, etc).

NOTA 1 *yellow flag*: fattori psicosociali che possono aumentare il rischio di persistenza della lombalgia e della disabilità con assenza dal lavoro e riduzione della qualità di vita.

NOTA 2 *red flag*: Condizioni patologiche gravi responsabili del quadro lombalgico: tumore, frattura, infezione, sindrome della cauda equina, aneurisma aortico.

(segue) **Criteri di priorità clinica per l'accesso alla visita di chirurgia vertebro-midollare**

La prescrizione di questa prestazione è riservata esclusivamente a specialisti fisiatri, ortopedici o alqologi (decreto 540/ASAO del 05/06/2014 della Direzione Centrale Salute, Integrazione Sociosanitaria, Politiche sociali e Famiglia)

Categoria	Condizioni cliniche	Tempo di attesa	Note
U Urgente	Paziente con deficit rapidamente evolutivo di tipo mielico o pluriradicolare (sindrome della cauda) e dolore o con evidenza neuroradiologica di problema chirurgico vertebro-midollare (neoplasia, instabilità, etc).	Invio in PS	La gravità dei sintomi aumenta rapidamente (ore), per cui è necessario un arco di tempo breve per la diagnosi e la terapia. In questi casi NON chiedere visita specialistica urgente, ma inviare in P.S. con la descrizione del sintomo e del sospetto diagnostico.
B Breve	Paziente con storia di lombosciatalgia con deficit neurologico sensitivo motorio in evoluzione, resistente alla terapia medica e documentazione neuroradiologica di patologia potenzialmente chirurgica (ernia discale, stenosi del canale spinale, instabilità vertebrale). Paziente con clinica non rilevante ma con "red flag" e diagnostica eseguita che evidenzia un potenziale problema chirurgico vertebro-midollare (neoplasia, frattura vertebrale).	Entro 10 giorni	
D Differita	Paziente con lombalgia - lombosciatalgia, resistente alla terapia medica assunta per almeno 30 giorni, obiettività neurologica negativa, documentazione neuroradiologica con evidenza di patologia potenzialmente chirurgica (ernia discale, stenosi del canale spinale, instabilità vertebrale).	Entro 30 giorni	Casi in cui la tempestiva diagnosi e terapia non condizionano la prognosi a breve termine, ma sono richieste per il persistere del dolore, della disfunzione o della disabilità.
P Programmata	Paziente senza "red flags" con storia di lombalgia e lombosciatalgia importante, senza ripristino delle normali attività dopo tre mesi, con ripercussioni sulla qualità di vita, e documentazione neuroradiologica che non evidenzia patologia di sicuro interesse chirurgico (patologia degenerativa senza compressione mielo-radicolare o evidente instabilità vertebrale).	Entro 180 giorni	La visita per questo quadro clinico può essere programmata in un arco di tempo maggiore ed eseguita dagli specialisti fisiatri e ortopedici, in alternativa alla visita di chirurgia vertebro-midollare.

Yellow flag : fattori psicosociali che possono aumentare il rischio di persistenza della lombalgia e della disabilità con assenza dal lavoro e riduzione della qualità di vita;

Red flag: Condizioni patologiche gravi responsabili del quadro lombalgico: tumore, frattura, infezione, sindrome della cauda equina, aneurisma aortico.

7.10 Criteri clinici di priorità per l'accesso all'ecografia addominale

Categoria	Condizioni cliniche	Tempo di attesa	Note
U Urgente		Entro 24 ore	Gestione attraverso Pronto Soccorso
B Breve	Tumefazione addominale pulsante Macroematuria non flogistica Febbre urosettica Colestasi di recente insorgenza Tumefazione/massa di recente insorgenza (escluse parti molli) Rilevante e recente calo ponderale di ndd ev. accompagnato da dolore addominale	Entro 10 giorni	Far afferire le richieste al CUP/Call center o direttamente al servizio di ecografia per una prima valutazione
D Differita	Parametri di laboratorio indicativi per patologia addominale (di primo riscontro) Colica biliare/renale recente e recidivante Dolore lombare con microematuria Epatomegalia di recente insorgenza con alterazione dei parametri di laboratorio Febbre di origine sconosciuta	Entro 60 giorni	Prenotabile a CUP
P Programmata	Tutte le altre alterazioni a carico degli organi sottodiaframmatici per le quali sia indicata la ricerca di lesioni localizzate o diffuse, in particolare: colica risolta, disuria (specificare se RPM), insufficienza renale cronica	Entro 180 giorni	Prenotabile a CUP

Fonte: Criteri di priorità regionali, anno 2008.

7.11 Criteri clinici di priorità per l'accesso alle prestazioni di endoscopia digestiva (documento regionale 2012)

Condizioni cliniche	Percorso
<ul style="list-style-type: none"> • Emorragia digestiva in atto: ematemesi, melena, enterorragia massiva. • Ingestione di caustici. • Disfagia assoluta. • Ingestione corpo estraneo vulnerante. • Sindromi occlusive (E-C)* 	<p>La presenza di questi sintomi indicativi di particolare gravità consiglia l'opportunità di invio per "valutazione in Pronto Soccorso".</p> <p>Compete al medico di Pronto Soccorso che gestisce il paziente, l'eventuale richiesta delle opportune consulenze / approfondimenti diagnostici.</p> <p>L'invio in Pronto Soccorso non richiede la compilazione dell'impegnativa, ma si raccomanda sempre di inviare il paziente in Pronto Soccorso con la descrizione del sintomo o sospetto diagnostico.</p>

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa	Note
U (urgente)	Non previsto: le condizioni di urgenza non sono compatibili con il regime di erogazione delle prestazioni in ambito ambulatoriale programmato (ricetta rossa)..	Entro 24 ore	
B (breve)	<ul style="list-style-type: none"> • Sanguinamento che non rientra nell'urgenza: rapida anemizzazione non associabile ad altre cause, anemia sideropenica da perdita del tratto digestivo, rettorragia non grave, diarrea muco-sanguinolenta non infettiva (E-C). • Presenza di sintomi di allarme: vomito significativo e persistente, disfagia, odinofagia, calo ponderale rilevante (>10% negli ultimi 4-6 mesi), massa addominale (E-C). • Necessità di escludere lesioni per eseguire terapie cardiologiche urgenti (per esempio: anticoagulanti in pazienti con precedenti importanti di patologia gastrica o sintomi in atto) (E). • Riscontro Rx di neoplasie (E-C). 	Entro 10 giorni	Si tratta di condizioni in cui è necessario un arco di tempo breve per la diagnosi e/o terapia al fine di controllare in maniera significativa il dolore, la disfunzione o la disabilità.
D (differita)	<ul style="list-style-type: none"> • Sindrome doloroso-dispeptica che non risponde a trial terapeutico (definizione del tipo di terapia somministrata) o in corso di trattamento con FANS (E). • Diarrea cronica (più di 4 settimane), stipsi recente (C). • Ricerca di varici esofagee in soggetti non seguiti in follow-up (E). • Conferma di diagnosi di celiachia (E). • Diagnosi radiografica di poliposi (E-C). • Per valutare sintomi di reflusso ricorrenti o persistenti al trattamento (definizione del tipo di terapia somministrata) (E). 	Entro 60 giorni	Casi in cui la tempestiva diagnosi non condiziona la prognosi a breve termine ma è comunque richiesta per il persistere dei sintomi, della disfunzione o della disabilità.

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa	Note
	<ul style="list-style-type: none"> Per valutare affezioni a carico di altri apparati in cui la presenza di una patologia del tratto digestivo superiore può modificare il trattamento (E). Sangue occulto positivo nelle feci (senza rapida anemizzazione). 		
P (programmata)	<ul style="list-style-type: none"> Condizioni in cui l'esame può essere programmato in un maggior arco di tempo in quanto l'attesa non influenza l'esito (E-C). 	Entro 180 giorni	
<p>L'indicazione all'esecuzione di endoscopia digestiva pediatrica viene concordata tra il gastroenterologo e il pediatra ospedaliero. I centri che eseguono endoscopia digestiva pediatrica devono offrire l'endoscopia in sedazione profonda a tutte le età pediatriche, obbligatoriamente in bambini di età < 14 anni.</p>			

Legenda

*E = Indicazioni alla esofago-gastro-duodenoscopia

*C = Indicazioni alla colonscopia

7.12 Criteri clinici di priorità per l'accesso all'ecocolordoppler dei Tronchi sovraortici

Categoria	Condizioni cliniche	Tempo di attesa	note
Urgente	Segni neurologici di attacco ischemico acuto in atto (TIA, Ictus) con insorgenza da meno di 7 giorni. Non è prevista la prescrizione su ricettario regionale di ecocolordoppler TSA in urgenza.	Invio in PS	La presenza di questi sintomi si associa all'invio in PS. Non sono considerati segni neurologici di attacco ischemico acuto in atto la presenza isolata di: perdita di coscienza, sensazione di instabilità, astenia generalizzata, confusione mentale, diplopia, calo del visus con o senza ridotto livello di coscienza, incontinenza di feci ed urine.
B breve	Segni neurologici di attacco ischemico acuto (TIA, Ictus) con insorgenza compresa tra i 7 ed i 30 giorni. Non è prevista la prescrizione su ricettario regionale di ecocolordoppler TSA in queste condizioni.	Invio per visita neurologica, chirurgica vascolare o angiologica (entro 10 gg)	Si tratta di condizioni in cui è necessario un arco di tempo breve per la formulazione della diagnosi e la instaurazione di una terapia che ha dimostrata efficacia. In questi casi l'Ecocolordoppler può venire richiesto dallo specialista
D Differita	Soffio carotideo isolato (non aortico) anche se asintomatico. Sospetto di furto di succlavia (gradiente pressorio > 30 mmHg tra i due arti superiori). Richieste provenienti da ORL nell'ambito dello studio di vertigini. Richieste di specialisti in pazienti con Aterosclerosi polidistrettuale prima di chirurgia maggiore (es. cardiocirurgia).	Entro 60 giorni	Casi in cui la cui la tempestiva diagnosi e l'avvio di una terapia specifica ed efficace non condizionano la prognosi a breve termine ma sono comunque richieste per il persistere dei sintomi, della disfunzione o della disabilità.
P Programmata	Valutazione in aterosclerosi polidistrettuale con fattori di rischio. Controllo evolutivo di placca carotidea in terapia farmacologica. Altro, salvo contatto con lo specialista per casi particolari.	Entro 180 giorni	Condizioni in cui l'esame può essere programmato in un maggior arco di tempo in quanto l'attesa non influenza l'esito.

N.B. per TIA si intende l'improvvisa comparsa di segni e/o sintomi riferibili a deficit focale cerebrale o visivo attribuibile ad insufficiente apporto di sangue, di durata inferiore alle 24 ore (studio Spread).

Controlli appropriati: Dopo endoarteriectomia o angioplastica carotidea: controllo a tre mesi, a sei mesi e poi annuale salvo complicazioni. Pazienti con stenosi carotidea >50% con placca stabile nota: controllo a 6 mesi, poi annuale. Pazienti con occlusione controlaterale di carotide: controllo annuale.

7.13 Criteri clinici di priorità per l'accesso all'ecocolordoppler dei vasi periferici venosi

Categoria	Condizioni cliniche	Tempo di attesa	note
Urgente	Segni clinici di embolia polmonare. Forte probabilità di trombosi venosa periferica in base all'utilizzo della scala di Wells (vedi pagina successiva). Sospetto di trombosi venosa superficiale di coscia.	Invio in PS	La presenza di questi sintomi si associa all'invio in PS.
B breve	Flebite superficiale di gamba (presenza di cordone duro ed esteso, superficiale, dolente alla palpazione, arrossato, ipertermico) non migliorata dopo 10 giorni di terapia. Non è prevista la prescrizione su ricettario regionale di ecocolordoppler venoso in queste condizioni.	Invio per Visita chirurgica vascolare o angiologica urgente	Si tratta di condizioni in cui è necessario un arco di tempo breve per la formulazione della diagnosi e la instaurazione di una più corretta terapia che ha dimostrata efficacia. Casi clinici particolari potranno essere discussi con lo specialista per una maggior celerità d'accesso. Nel frattempo adeguata terapia a discrezione del curante.
D Differita	Linfedema e/o edema distale cronici agli arti a sospetta genesi venosa. Insufficienza venosa cronica nei vari stadi. Sospetta sindrome dell'egresso toracico. Per i controlli dopo trombosi venosa profonda: vedi sotto.	Entro 60 giorni	Casi in cui la cui la tempestiva diagnosi non condiziona la prognosi a breve termine ma è comunque richiesta per il persistere dei sintomi, della disfunzione o della disabilità.
P Programmata	Valutazione dell'indicazione alla chirurgia in sindrome varicosa cronica (non per teleangectasie o varici reticolari). Monitoraggio della malattia varicosa in presenza di sintomi aspecifici. Altro, salvo contatto con lo specialista per casi particolari.	Entro 180 giorni	Condizioni in cui l'esame può essere programmato in un maggior arco di tempo in quanto l'attesa non influenza l'esito.

Controlli in pazienti con TVP recente: primo controllo a tre mesi, poi ogni sei mesi fino al termine della terapia anticoagulante, infine annuale per i successivi due anni. I pazienti con insufficienza venosa cronica, sindrome post flebitica, varici, ecc., una volta studiati ed in assenza di eventi specifici, non necessitano di ulteriori controlli nel tempo.

Scala di Wells modificata per il sospetto clinico di TVP (N Engl J Med 2003)

Parametro Clinico	Score
Neoplasia maligna in atto (terapia in corso o negli ultimi 6 mesi o palli azione)	1
Paralisi, paresi, o recente ingessatura agli arti inferiori	1
Allettamento per 3 giorni o più, o chirurgia maggiore nelle ultime 12 settimane	1
Tensione dolorosa lungo la distribuzione del sistema venoso profondo	1
Gonfiore a tutta la gamba	1
Edema del polpaccio di almeno 3 cm superiore alla gamba asintomatica (misurato 10 cm sotto la tuberosità tibiale); in pazienti con sintomi bilaterali usare la gamba più sintomatica	1
Edema con fovea della gamba sintomatica	1
Vene superficiali collaterali (non varicose)	1
Trombosi Venosa Profonda precedentemente documentata	1
Diagnosi alternativa almeno altrettanto probabile	-2
Interpretazione	
Uno score totale ≥ 2 indica che la TVP è PROBABILE	
Uno score totale < 2 indica che la TVP è IMPROBABILE	
Se lo score di Wells indica che la TVP è improbabile (<2) ed il D-Dimero è negativo, la TVP può essere ragionevolmente esclusa senza eseguire un EcocolorDoppler Venoso degli arti inferiori	

7.14 Criteri clinici di priorità per l'accesso all'ecocolordoppler arterioso agli arti e aorta addominale

Categoria	Condizioni cliniche	Tempo di attesa	note
Urgente	Segni di ischemia acuta degli arti (dolore, pallore, impotenza funzionale, ipotermia di recente insorgenza con assenza di polsi arteriosi). Ischemia critica (dolore a riposo, specie la notte ad 1 o più dita o al piede ed, eventualmente, lesioni trofiche, ulcere, o gangrena). Sospetta patologia aneurismatica sintomatica acuta. Microembolia periferica ("dito blu").	Invio in PS	La presenza di questi sintomi si associa all'invio in PS.
B breve	Riduzione improvvisa della marcia (claudicatio improvvisa). Tumefazione pulsante palpabile ad un arto. Segni di peggioramento di arteriopatía nota con dolore a riposo e/o lesioni trofiche distali. Sospetta patologia aneurismatica in paziente asintomatico.	Entro 10 giorni	Si tratta di condizioni in cui è necessario un arco di tempo breve per la formulazione della diagnosi e la instaurazione di una terapia che ha dimostrata efficacia. Casi clinici particolari potranno essere discussi con lo specialista per una maggior celerità d'accesso.
D Differita	Arteriopatía periferica nota con notevole riduzione dell'intervallo di marcia (meno di 50 metri). Arteriopatía periferica ostruttiva in cui si preveda un trattamento chirurgico o endovascolare. Acrocianosi. Assenza di polso arterioso distale senza sintomi.	Entro 60 giorni	Casi in cui la cui la tempestiva diagnosi e l'avvio di una terapia specifica ed efficace non condizionano la prognosi a breve termine ma sono comunque richieste per il persistere dei sintomi, della disfunzione o della disabilità.
P Programmata	Soffio vascolare addominale di primo riscontro senza altri sintomi. Valutazione in aterosclerosi polidistrettuale con fattori di rischio. Altro, salvo contatto con lo specialista per casi particolari.	Entro 180 giorni	In queste condizioni l'esame può essere programmato in un maggior arco di tempo in quanto l'attesa non influenza l'esito.

Controlli appropriati:

Arteriopatía cronica ostruttiva periferica: controlli da decidere in base all'evoluzione delle condizioni cliniche.

Precedente intervento di rivascolarizzazione arteriosa femorodistale: controllo a tre/sei mesi poi annuale.

Diabetici con arteriopatía periferica: controllo ogni 12 mesi.

7.15 Criteri clinici di priorità per l'accesso alla densitometria ossea

Categoria	Condizioni cliniche	Tempo di attesa	Indicazioni
U Urgente	Non prevista	Invio in PS	
B Breve	Non prevista	Entro 10 giorni	
D Differita	<ul style="list-style-type: none"> – recente frattura da fragilità ossea, – terapia corticosteroidea sistemica cronica iniziata da almeno 4\6 mesi con posologia > 10 mgr/die di equivalente prednisonico con almeno un fattore di rischio per osteoporosi maggiore associato 	Entro 60 giorni	Per quanto riguarda i pazienti candidati al trapianto d'organo, la densitometria viene inserita nei programmi di accertamenti per lo studio e la preparazione all'intervento.
P Programmata	Tutta la casistica non ricompresa nella classe precedente.	Entro 180 giorni	

Importante: nella ricetta deve essere indicata oltre alla classe di priorità ed al quesito clinico, anche il LEA riferito ai fattori di rischio (LEA 1, LEA 2, LEA 3, LEA 4, LEA 5)

Estratto dal documento di adozione in Area Vasta Udinese dei criteri di priorità per l'accesso alla densitometria:

“Modalità di svolgimento delle attività

Criteri di appropriatezza

La densitometria ha come finalità principale la valutazione del rischio di frattura e la sua esecuzione è considerata appropriata quando il risultato serve per prendere delle decisioni riguardo la terapia e la gestione clinica del paziente (dieta, attività fisica, abitudini di vita). La densitometria non è un esame prescrivibile con caratteristiche di urgenza.

La ripetizione di esami densitometrici è giustificata di regola non prima di 18 mesi e solo se la conoscenza delle variazioni di massa ossea serve a modificare le decisioni cliniche sul singolo paziente. L'intervallo di tempo può essere più breve, comunque non inferiore a 12 mesi, in determinate condizioni fortemente osteopenizzanti (ad esempio, terapia corticosteroidea ad alte dosi, iperparatiroidismi primitivi e secondari, allettamento e immobilizzazioni prolungate superiori a 3 mesi nei pazienti con preesistenti fattori di rischio). Non vi sono evidenze né stime del rapporto costo\beneficio che giustifichino l'impiego della densitometria ossea come screening generalizzato.

Criteri LEA della Densitometria Ossea

Fattori di Rischio Maggiori:

Per soggetti di ogni età, maschi o femmine

(LEA 1)

- a) fratture patologiche o riscontro casuale Rx di fratture vertebrali
- b) riscontro radiologico di osteoporosi
- c) terapie croniche: farmaci previsti
 - cortico-steroidi sistemici (per più di tre mesi a posologie ≥ 5 mg/die di equivalente prednisonico);
 - levotiroxina (a dosi soppressive);
 - antiepilettici;
 - anticoagulanti (eparina);
 - immunosoppressori;
 - antiretrovirali;
 - sali di litio;
 - agonisti del GnRH;
 - chemioterapia in età pediatrica (1);
 - radioterapia in età pediatrica (2);
- d) patologie a rischio di osteoporosi:
 - malattie endocrine con rilevante coinvolgimento osseo (amenorrea primaria non trattata, amenorrea secondaria per oltre un anno, ipogonadismi, iperparatiroidismo, ipertiroidismo, sindrome di Cushing, acromegalia, deficit di GH, iperprolattinemia, diabete mellito tipo 1);
 - rachitismi/osteomalacia;
 - sindromi da denutrizione, compresa l'anoressia nervosa e le sindromi correlate;
 - celiachia e sindromi da malassorbimento;
 - malattie infiammatorie intestinali croniche severe;
 - epatopatie croniche colestatiche;
 - fibrosi cistica;
 - insufficienza renale cronica, sindrome nefrosica, nefrotubulopatie croniche e ipercalciuria idiopatica;
 - emopatie con rilevante coinvolgimento osseo (mieloma, linfoma, leucemia, talassemia, drepanocitosi, mastocitosi);
 - artrite reumatoide (incluso Morbo di Still), spondilite anchilosante, artropatia psoriasica, connettiviti sistemiche;

Note

(1) La Chemioterapia è prevista quale criterio di accesso nell'età adulta solo se associata a 3 o più criteri minori

(2) La Radioterapia è prevista quale criterio di accesso nell'età adulta solo se associata a 3 o più criteri minori

- patologie genetiche con alterazioni metaboliche e displasiche dell'apparato scheletrico;
- trapianto d'organo;
- allettamento e immobilizzazioni prolungate (> tre mesi);
- paralisi cerebrale, distrofia muscolare, atrofia muscolare e spinale.

1) Per donne in Menopausa

(LEA 2)

- a1 - anamnesi materna di frattura osteoporotica prima dei 75 anni
- b1 - menopausa precoce
- c1 - magrezza patologica

Fattori di Rischio Minori:

2) Presenza di 3 o più fattori di rischio minori per donne in menopausa

(LEA 3)

- a) Età > 65 anni;
- b) Anamnesi grave osteoporosi;
- c) Amenorrea premenopausale > 6 mesi;
- d) Inadeguato apporto di Calcio;
- e) Fumo > 20/die;
- f) Alcool > 60 gr/die

3) Presenza di 3 o più fattori di rischio minore in uomo > 60 anni

(LEA 4)

- a) anamnesi grave osteoporosi;
- b) magrezza patologica;
- c) inadeguato apporto di Calcio;
- d) Fumo > 20/die;
- e) Alcool > 60 gr/die.

Oltre ai fattori di rischio sopra riportati e previsti dal DPCM 5/3/2007, viene introdotto un ulteriore criterio:

4) Chemioterapia e/o radioterapia in età adulta con 3 o più fattori di rischio. (LEA 5)

Raggruppamenti di attesa omogenei (RAO) per accesso alla Densitometria Ossea

Si ritiene che i RAO ricomprendano le condizioni cliniche riferibili a: recente frattura da fragilità ossea, terapia corticosteroidica sistemica cronica iniziata da almeno 4\6 mesi con posologia > 10mgr/die di equivalente prednisonico, trapianti d'organo e si differenziano le seguenti classi :

- priorità breve non prevista
- priorità differibile (60 giorni):
 - recente frattura da fragilità ossea,
 - terapia corticosteroidica sistemica cronica iniziata da almeno 4\6 mesi con posologia > 10 mgr/die di equivalente prednisonico con almeno un fattore di rischio per osteoporosi maggiore associato
- priorità programmabile: tutta la casistica prevista dai LEA e non ricompresa nella classe precedente (anche i dosaggi di prednisone >5mg/die e <10 mg/die).

Per quanto riguarda i pazienti candidati al trapianto d'organo, la densitometria viene inserita nei programmi di accertamenti per lo studio e la preparazione all'intervento.

Controlli successivi

La normativa prevede che i controlli successivi al primo accertamento vengano eseguiti non prima di 18 mesi. L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce i quadri di osteopenia e di osteoporosi mediante un parametro (T-score) calcolato sulla deviazione standard (DS) rispetto ad un soggetto di età giovane adulta.

Osteoporosi	T-score < -2,5 DS
Osteopenia	T-score compreso tra -1 e -2,5 DS

Si sottolinea l'importanza di **correlare la densità ossea anche con età e sesso del paziente (parametro Z)**.

È da ritenersi infatti che nel caso in cui **Z > -0,9**, non ci sia una riduzione statisticamente significativa rispetto alla media per sesso ed età ovvero che il dato rientri nei limiti della normalità e pertanto potrebbero non essere necessari successivi esami di controllo, a meno che non vi siano, o sopravvengano, particolari ragioni cliniche.”

7.16 Criteri di priorità per l'accesso all'elettromiografia semplice (EMG)

codice Tariffario reg. 93.08.1

Categoria	Condizioni cliniche	Tempo di attesa	Indicazioni
U Urgente	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO Le situazioni di emergenza (es. poliradicolonevriti acute, miastenia gravis scompensata e patologie traumatiche tronculari acute) saranno valutate tramite PS.	Invio in PS	L'esame non è pienamente indicativo se non dopo 3 settimane da una lesione nervosa periferica acuta. Pertanto non vi sono condizioni cliniche che richiedano la prestazione in regime di urgenza (entro 24 ore).
B Breve	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dolore irradiato all'arto superiore o inferiore con deficit motorio oggettivo, focale, insorto da almeno 3 settimane e da non più di 60 giorni; 2. Lesioni nervose post-traumatiche con deficit sensitivi obiettivi e/o motori, insorti da almeno 3 settimane e da non più di 60 giorni. 	Entro 10 giorni	
D Differita	<ol style="list-style-type: none"> 1. Radiculopatia acuta/subacuta (ad almeno 3 settimane di distanza dall'esordio) da ernie discali recentemente documentate con TAC e/o RMN, prima di intervento chirurgico; 2. Tunnel carpale o altro intrappolamento nervoso, prima di intervento chirurgico; 3. Riacutizzazione di polineuropatia nota, insorta da almeno 3 settimane. 	Entro 60 giorni	
P Programmata	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sospetta sindrome tunnel carpale o altri intrappolamenti, senza indicazione di intervento chirurgico; 2. Tutte le altre richieste non rientranti nelle precedenti categorie. 	Entro 180 giorni	

7.17 Criteri di priorità per l'accesso alla risonanza magnetica dell'encefalo, tronco encefalico e colonna vertebrale

I criteri di priorità per l'accesso in regime ambulatoriale alla RMN dell'encefalo e del tronco encefalico e della colonna vertebrale riportati dal presente documento, fanno riferimento alle sotto riportate prestazioni del Nomenclatore Tariffario della Specialistica ambulatoriale:

88.91.1	RM DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO
88.91.2	RM DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO
88.91.3	RM DEL MASSICCIO FACCIALE
88.91.4	RM DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO
88.91.5	ANGIO RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO
88.93	RM DELLA COLONNA
88.93.1	RM DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO

Tali prestazioni permettono sia lo studio del Sistema Nervoso Centrale e/o del midollo, che può essere interessato direttamente da una patologia (patologia del "contenuto endocanalare") o indirettamente (patologia del "contenente", ovvero del comparto rachideo osteoarticolare-ligamentoso), sia lo studio delle strutture osteoarticolari-ligamentose del rachide senza compromissione delle strutture nervose.

Si precisa che le prestazioni di RM del rachide (contrassegnate dai codici 88.93 e 88.93.1) comprendono sia lo studio delle strutture endocanalari, sia lo studio di quelle osteoarticolari-ligamentose.

Le caratteristiche dei distretti anatomici interessati, la rilevanza della componente specialistica nei percorsi diagnostici, la complessità assistenziale multi professionale, l'evoluzione tecnologica dello studio del sistema nervoso centrale, del midollo e del rachide determinano l'esigenza che:

- il medico prescrittore richieda l'indagine radiologica, riportando la descrizione dei segni/sintomi e/o del quesito clinico, per una corretta esecuzione del test e della sua interpretazione;
- il medico radiologo scelga la metodologia diagnostica in grado di fornire informazioni con standard qualitativi che assicurino un'ipotesi diagnostica ed evitino la ripetizione dell'indagine (utilizzo del mdc inizialmente non previsto, estensione dell'esame ad altri distretti anatomici, integrazione con apparecchiature che consentano una maggiore definizione);
- il medico radiologo riporti nel referto un'obiettiva descrizione dei reperti e la loro interpretazione, per permettere al medico curante la diagnosi definitiva e l'adozione di appropriate condotte terapeutiche.

In base a queste considerazioni, pertanto, spetta al medico radiologo:

- decidere, prima di procedere all'esecuzione dell'esame, se l'apparecchiatura a disposizione possieda le caratteristiche tecniche adeguate e se le modalità di esecuzione dell'esame stabilite siano quelle idonee ad ottenere le informazioni necessarie;
- completare l'iter diagnostico con RM per formulare una risposta al quesito posto dal medico prescrittore;
- evitare, per quanto possa essere prevedibile, che il prescrittore, a causa della non ottimale accuratezza dell'indagine eseguita (sia per limitazioni tecniche dell'attrezzatura, sia per l'incompletezza della metodica impiegata), debba richiedere la ripetizione dell'esame con attrezzatura radiologica più appropriata.

La mancata adozione nella pratica clinica di queste indicazioni compromette l'efficacia dei sistemi per ordinare l'accesso dei pazienti per severità clinica. Tali sistemi sono determinanti, in modo particolare, per quelle prestazioni diagnostiche, come la risonanza magnetica, che registrano una domanda in forte crescita, sia per l'evoluzione e la diffusione delle tecnologie, che per i bisogni di salute correlati all'epidemiologia e ai cambiamenti demografici.

a) Criteri di priorità per l'accesso alla risonanza magnetica dell'encefalo

Categoria	Condizioni cliniche	Tempo di attesa	Note
U Urgente	NON sono previste richieste di prestazioni ambulatoriali urgenti da parte dei medici prescrittori (MMG, PLS, medici specialisti): la diagnostica RM in urgenza riguarda condizioni cliniche che richiedono l'invio in PS.	Entro 24 ore	In questi casi NON richiedere l'esame, ma inviare in PS con la descrizione del sintomo e/o del sospetto diagnostico.
B breve	Sintomatologia neurologica ad esordio < 4 settimane, caratterizzata da deficit obiettivi motori e non solo sensitivi, a carattere ingravescente. In particolare nel sospetto clinico di: - lesione espansiva (di secondo livello dopo esame TC) - sclerosi multipla o altre malattie demielinizzanti (prima diagnosi)	Entro 10 giorni	Quesiti che sottintendono una elevata probabilità di ricovero e/o trattamento.
D Differita	Sintomatologia neurologica ad esordio < 4 settimane, con sintomi solo sensitivi e senza deficit motori, senza carattere evolutivo, che non ha trovato diagnosi sufficiente in corso di TC. Completamento diagnostico a fini di planning neurochirurgico.	Entro 60 giorni	
P Programmata	Tutte le altre richieste non rientranti nelle precedenti categorie.	Entro 180 giorni	

NOTE ai criteri clinici di priorità per l'accesso alla RM dell'encefalo

- Il 90% delle indagini richiede l'impiego del mdc che viene deciso dallo specialista radiologo dopo l'acquisizione dell'esame RM "diretto"; pertanto la prescrizione deve prevedere sempre l'utilizzo del mdc.

b) Criteri di priorità per l'accesso alla risonanza magnetica della colonna cervicale e dorsale

Categoria	Condizioni cliniche	Tempo di attesa	Note
Urgente	NON sono previste richieste di prestazioni ambulatoriali urgenti da parte dei medici prescrittori (MMG, PLS, medici specialisti): la diagnostica RM in urgenza riguarda condizioni cliniche che richiedono l'invio in PS.	Entro 24 ore	In questi casi NON richiedere l'esame, ma inviare in PS con la descrizione del sintomo e/o del sospetto diagnostico.
B Breve	Sintomatologia neurologica di compromissione <u>midollare</u> e/o <u>radicolare motoria</u> , con insorgenza < 4 settimane e rapidamente ingravescente. In particolare nel sospetto di: - patologia neoplastica espansiva - patologia demielinizzante. Quadro clinico e di laboratorio indicativi per infezione vertebro-discale, all'esordio. Quadro clinico indicativo di localizzazione vertebrale in paziente con patologia oncologica.	Entro 10 giorni	Quesiti che sottintendono una elevata probabilità di ricovero e/o trattamento.
D Differita	Sintomatologia neurologica ad insorgenza < 8 settimane, senza carattere evolutivo. Dolore al rachide, recidivante e/o perdurante da > 4 settimane nonostante terapia (anche non associato al rilievo di deficit neurologici motori/sensitivi)	Entro 60 giorni	
P Programmata	Tutte le altre richieste non rientranti nelle precedenti categorie.	Entro 180 giorni	

c) Criteri di priorità per l'accesso alla risonanza magnetica della colonna lombare

Categoria	Condizioni cliniche	Tempo di attesa	Note
Urgente	NON sono previste richieste di prestazioni ambulatoriali urgenti da parte dei medici prescrittori (MMG, PLS, medici specialisti): la diagnostica RM in urgenza riguarda condizioni cliniche che richiedono l'invio in PS.	Entro 24 ore	In questi casi NON richiedere l'esame, ma inviare in PS con la descrizione del sintomo e/o del sospetto diagnostico.
B Breve	Sintomatologia neurologica di compromissione radicolare <u>motoria</u> lombo-sacrale con insorgenza < 4 settimane e rapidamente ingravescente. Quadro clinico e di laboratorio indicativi per infezione vertebro-discale, all'esordio. Quadro clinico indicativo per localizzazione vertebrale in paziente con patologia oncologica.	Entro 10 giorni	Quesiti che sottintendono una elevata probabilità di ricovero e/o trattamento.
D Differita	Lombo-sciatalgia persistente (senza deficit o con deficit solo <u>sensitivi</u>), insorta > 4 settimane e resistente alla terapia.	Entro 60 giorni	
P Programmata	Tutte le altre richieste non rientranti nelle precedenti categorie.	Entro 180 giorni	

7.18 Criteri clinici di priorità per il primo accesso alla diagnostica ecografica del capo e del collo

Descrizione della prestazione diagnostica da Tariffario di Specialistica ambulatoriale (codice 88.71.4):

DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO: ecografia di ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi.

Non associabile a Eco(color) dopplergrafia tiroidea (cod.88.71.5)

Categoria	Condizioni cliniche	Tempo di attesa	Note
U - urgente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tumefazione pulsante nella regione del collo ▪ Tumefazione laterocervicale o della regione tiroidea con segni di flogosi / sepsi 	Entro 24 ore	In questi casi NON richiedere la prestazione in classe U (urgente), ma inviare il paziente in Pronto Soccorso con la descrizione del sintomo o del sospetto diagnostico.
B - breve	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nodulo tiroideo dolente, a comparsa improvvisa (da 24- 48 ore) ▪ Tumefazione laterocervicale o delle ghiandole salivari di natura sospetta ▪ Stadiazione di neoplasia all'esordio 	Entro 10 giorni	Per nodulo tiroideo: vedi anche note ai criteri di priorità della visita endocrinologica (paragrafo 7.20 e 7.21)
D - differita	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nodulo tiroideo ▪ Tumefazione laterocervicale o delle ghiandole salivari ▪ Iperparatiroidismo non severo (Ca<12 mg/dl e PTH aumentato) 	Entro 60 gg	Per nodulo tiroideo: vedi anche note ai criteri di priorità della visita endocrinologica (paragrafo 7.20 e 7.21)
P - Programmata	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sospetta tiroidite di Hashimoto ▪ Gozzo 	Entro 180 giorni	

NOTE:

- I criteri di priorità sono da riferirsi al primo accesso alla prestazione.
- L'ecografia di controllo non è indicata di routine e comunque con intervallo non inferiore a 18 mesi, salvo diversa indicazione del clinico specialista.

7.19 Criteri di priorità clinica per l'accesso all'intervento di rimozione di cataratta

Categoria	Condizioni cliniche	Tempo di attesa
U - urgente	Categoria non prevista per la patologia	
B - breve	<ul style="list-style-type: none"> • Monocolo con grave deficit visivo nell' occhio vedente: acuità visiva < 5/10 nell'occhio da operare acuità visiva < 1/10 nell'occhio contro laterale 	Intervento entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque tali da recare grave pregiudizio alla prognosi
D - differita	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cataratta documentata con acuità visiva $\leq 5/10$ e che limiti l'indipendenza del paziente quando questo si trova in almeno una delle seguenti condizioni: <ul style="list-style-type: none"> – molto anziano (età > 90 anni) – in cattive condizioni di salute e/o con limitata aspettativa di vita 2. Urgenti e comprovati problemi concernenti l'attività lavorativa 3. Paziente affetto da maculopatia, con acuità visiva $\leq 5/10$ nell'occhio migliore in condizioni tali per cui l'intervento di cataratta sia ritenuto in grado di poter dare beneficio funzionale 4. Anisometropia superiore alle 3 diottrie 5. Insufficiente esplorabilità o accessibilità del fundus per la presenza di cataratta 6. Cataratta in presenza di un documentato angolo irido corneale occludibile con rischio di glaucoma acuto 7. Imminente rinnovo della licenza di guida in mancanza dei requisiti visivi richiesti 	Intervento entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, gravi disfunzioni o grave disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono, per l'attesa, ricevere grave pregiudizio alla prognosi
P - programmata	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cataratta complicata e/o evoluta ad un punto tale per cui un'attesa superiore ai 180 gg aumenti il rischio di complicanze intraoperatorie 2. Cataratta con acuità visiva > 5/10 e con comprovati disturbi della funzione visiva (abbagliamento, riduzione della sensibilità al contrasto, aloni notturni, ecc...) 3. Cataratta con acuità visiva $\leq 5/10$ senza criteri di priorità 	Intervento entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono, per l'attesa, ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
N – senza indicazione di priorità	Cataratta con acuità visiva > 5/10 con indicazione all'intervento	Intervento senza attesa massima per i casi clinici che non causano dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi .

NOTE: La prescrizione della prestazione riporta la classe di priorità e le condizioni cliniche correlate.

7.20 Criteri di priorità clinica per l'accesso alla visita dermatologica nell'adulto

Condizioni cliniche	Percorso
<p>Condizioni estese o con compromissione dello stato generale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • eruzioni cutanee a rapida insorgenza ed estensione (p.e. reazioni allergiche da farmaci, vasculiti necrotizzanti); • orticaria/angioedema associati a sintomi respiratori; • malattie bollose acute (pemfigo, pemfigoidi, necrolisi epidermica tossica, sindrome di Steven-Johnson, SSSS); • eritrodermie; • eruzioni cutanee gravi da cause ambientali: dopo foto-esposizione, fito-foto-dermatiti, dermatiti da fauna marina (p. es. da meduse), reazioni a rapida progressione dopo puntura di Imenotteri o altri insetti/artropodi; • infezioni cutanee acute (erisipela, cellulite, fascite, herpes zoster); • complicanze di ferite post-intervento chirurgico vengono re-indirizzate presso la struttura che ha effettuato l'intervento; • ustioni. 	<p>La presenza di questi sintomi indicativi di particolare gravità consiglia l'opportunità di invio per "valutazione in Pronto Soccorso".</p> <p>Compete al medico di Pronto Soccorso che gestisce il paziente, l'eventuale richiesta delle opportune consulenze / approfondimenti diagnostici.</p> <p>L'invio in Pronto Soccorso non richiede la compilazione dell'impegnativa, ma si raccomanda sempre di inviare il paziente in Pronto Soccorso con la descrizione del sintomo o sospetto diagnostico.</p>

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa
U (urgente)	Non previsto: le condizioni di urgenza non sono compatibili con il regime di erogazione delle prestazioni in ambito ambulatoriale programmato (ricetta rossa).	Entro 24 ore
B (breve)	<ul style="list-style-type: none"> • Le condizioni descritte per l'invio al PS, ma senza caratteristiche di estensione e/o compromissione dello stato generale. • Neoformazioni cutanee in accrescimento o sanguinanti: sospetto melanoma o altre neoplasie cutanee. • Eruzione cutanea estesa ad ampia superficie del corpo: orticaria acuta, eritema polimorfo, sub-eritrodermia, reazione da farmaci subacuta, eczema acuto esaudante. • Malattie bollose <u>ad insorgenza progressiva</u> (pemfigo, pemfigoidi, porfiria cutanea tarda). • Porpora vasculitica. • Dermatiti pustolose diffuse e non, o che interessino almeno il 20% della superficie corporea. • Eritema nodoso. • Infezioni cutanee da batteri (impetigine estesa, favo, ascesso), da funghi, da virus (<u>escluse verruche e molluschi</u>). • Infestazione da parassiti (scabbia, acariasi animali, acaro della farina, cheyletiellosi, neotrombicula, pediculosi del pube, etc.). • Eritemi anulari (malattia di Lyme inclusa). 	Entro 10 giorni

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa
	<ul style="list-style-type: none"> • Idrosadenite suppurativa (malattia di Verneuil), acne fulminans. • Dermatite insorta dopo un viaggio in Paesi Tropicali. • Comparsa / peggioramento. <ul style="list-style-type: none"> ○ Ulcera degli arti inferiori. ○ Prurito intenso e diffuso. ○ Eritemi delle pieghe cutanee che non rispondono alla terapia. 	
<p style="text-align: center;">D (differita)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orticaria cronica. • Connettiviti (Lupus, sclerodermia, dermatomiosite ...). • Patologia cutanea a diagnosi incerta presente da più di 1 mese già trattata e resistente alle terapie. • Acne grave nodulo cistica. • Dermatite cronica riacutizzata in fase di aggravamento (da contatto, seborroica, atopica, psoriasi...). • Ulcere non complicate. • Condilomi acuminati. • Verruca plantare iperalgica. • Molluschi contagiosi plurimi. 	<p style="text-align: center;">Entro 30 giorni</p>
<p style="text-align: center;">P (programmata)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tutte le altre condizioni di pertinenza dermatologica non contemplate nell'elenco precedente.. 	<p style="text-align: center;">Entro 180 giorni</p>
<p>Per garantire il migliore servizio, è opportuno indirizzare l'utenza per MST (malattie sessualmente trasmesse) direttamente negli appositi centri.</p>		

7.21 Criteri di priorità clinica per l'accesso alla visita dermatologica in età pediatrica (fino al 14° anno)

Condizioni cliniche	Percorso
<p>Condizioni estese o con compromissione dello stato generale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eruzioni cutanee a rapida insorgenza ed estensione (p.e. reazioni allergiche da farmaci, vasculiti necrotizzanti). • Orticaria/angioedema associati a sintomi respiratori. • Malattie bollose acute (pemfigo, pemfigoidi, necrolisi epidermica tossica, sindrome di Steven-Johnson, SSSS). • Eritrodermie. • Eruzioni cutanee gravi da cause ambientali: dopo foto-esposizione, fito-foto-dermatiti, dermatiti da fauna marina (p. es. da meduse), reazioni a rapida progressione dopo puntura di Imenotteri o altri insetti/artropodi. • Infezioni cutanee acute (erisipela, cellulite, fascite, herpes zoster). • Complicanze di ferite post-intervento chirurgico vengono re-indirizzate presso la struttura che ha effettuato l'intervento. • Ustioni. 	<p>La presenza di questi sintomi indicativi di particolare gravità consiglia l'opportunità di invio per "valutazione in Pronto Soccorso".</p> <p>Compete al medico di Pronto Soccorso che gestisce il paziente, l'eventuale richiesta delle opportune consulenze / approfondimenti diagnostici.</p> <p>L'invio in Pronto Soccorso non richiede la compilazione dell'impegnativa, ma si raccomanda sempre di inviare il paziente in Pronto Soccorso con la descrizione del sintomo o sospetto diagnostico.</p>

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa
U (urgente)	<ul style="list-style-type: none"> • Le condizioni descritte per l'invio al PS, ma senza caratteristiche di estensione e/o compromissione dello stato generale. • Dermatiti del neonato. • Psoriasi molto estesa. • Angioma lobulare eruttivo sanguinante. • Eczema grave e sovrainfetto. • Sospetta scabbia o parassitosi contagiosa. • Tinea capitis. • Infezioni erpetiche gravi. • Eritema multiforme. • Malattie bollose (dermatite IgA lineare, dermatite erpetiforme, pemfigo, fitofotodermatite). 	Entro 24 ore

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa
B (breve)	<ul style="list-style-type: none"> • Eruzione cutanea estesa ad ampia superficie del corpo: orticaria acuta, eritema polimorfo, sub-eritrodermia, reazione da farmaci subacuta, eczema acuto essudante. • Malattie bollose <u>ad insorgenza progressiva</u> (pemfigo, pemfigoidi, malattia IgA lineare, dermatite erpetiforme). • Abrasioni ed ulcere del cavo orale estese ed altiche (vedi punto precedente). • Dermatiti pustolose diffuse e non, o che interessino almeno il 20% della superficie corporea. • Eritema nodoso. • Infezioni cutanee da batteri (impetigine estesa, favo, ascesso), da funghi, da virus (<u>escluse verruche e molluschi</u>). • Eritemi anulari (malattia di Lyme inclusa). • Emangiomi capillari. • Angiomi piani. • Dermatiti papulari infantili (APEC, Crosti Giannotti). • Pitiriasi rosea. • Altre micosi al di fuori della tinea capitis. • Alopecia areata estesa. • Eritemi anulari e a bersaglio, compreso il sospetto Lyme e l'eritema multiforme. • Eruzioni esantematiche da probabile causa virale. • Acne cistica grave. 	Entro 10 giorni
D (differita)	<ul style="list-style-type: none"> • Orticaria cronica; • Connettiviti (Lupus, sclerodermia, dermatomiosite ...). • Patologia cutanea a diagnosi incerta presente da più di 1 mese già trattata e resistente alle terapie. • Dermatite cronica riacutizzata in fase di aggravamento (da contatto, seborroica, atopica, psoriasi...). • Condilomi acuminati. • Molluschi contagiosi. • Eczema. • Lichen (qualsiasi tipo). • Psoriasi. • Lesione delle unghie. • Alopecia areata. 	Entro 30 giorni

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa
	<ul style="list-style-type: none"> • Vitiligine. • Verruche. • Tumefazioni stabili (cisti dermoidi, pilomatricomi, cisti sebacee). • Connettiviti (sospetta sclerodermia, LES, dermatomiosite). • Chiazze iper o ipo pigmentate. • Acne. 	
P (programmata)	<p>Tutte le altre condizioni di pertinenza dermatologica non contemplate nell'elenco precedente, ad esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neoformazioni cutanee (nevi melanocitari, nevi epidermici-sebaceo, verrucoso, peloso...). 	Entro 180 giorni

7.22 Criteri di priorità clinica per l'accesso alla visita endocrinologica nell'adulto

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa
U (urgente)	<ul style="list-style-type: none"> Insufficienza surrenalica primitiva scompensata (astenia marcata, iperpiressia, segni di disidratazione, anoressia, nausea, vomito, ↓peso, aritmie, ↓Na, K↑,) <u>in paziente con M. di Addison già diagnosticato.</u> Ipercalcemia severa da sospetto iperparatiroidismo primitivo (tachicardia, astenia, alterazioni stato coscienza, calcemia ↑ 14 mg/dl, ↑ PTH, ↓ P, poliuria). Crisi tireotossica (ipertermia, alterazione dello stato coscienza, disturbi gastrointestinali, tachicardia, aritmie, scompenso cardiaco, astenia, tremori, < peso). Ipertiroidismo in cardiopatico (↓TSH, Ft4↑↑, FT3↑↑). 	Entro 24 ore
B (breve)	<ul style="list-style-type: none"> Tireopatie (Iper o Ipotiroidismo, anche subclinico) in gravidanza. Ipertiroidismo severo all'esordio sintomatico (eretismo psichico, disturbi gastrointestinali, tachiaritmie, astenia, tremori, ↓peso, ↓TSH, Ft4↑↑, FT3↑↑). Ipotiroidismo severo all'esordio sintomatico (apatia, letargia, astenia, bradicardia, stipsi severa, TSH↑↑, FT4↓↓, FT3↓↓). Patologia tiroidea indotta da amiodarone (ipo e ipertiroidismo da amiodarone). Oftalmopatia Basedowiana di grado medio-severo sintomatica (dolore retrobulbare, arrossamento congiuntivale, diplopia, fotofobia, lacrimazione, esoftalmo, strabismo). Cisti tiroidea di recente insorgenza (tumefazione dolente in loggia tiroidea). Sospetta tiroidite subacuta (dolore in loggia tiroidea con otalgia riflessa e / o febricola, VES / PCR ↑↑, FT4↑, FT3↑, ↓TSH). Diabete insipido di nuova insorgenza (v. nota¹) Ipocalcemia (Ca: ↓7 mg/dl) con comparsa di parestesie al viso e arti, crisi tetanica in paziente sottoposto a chirurgia della tiroide o paratiroidi. Ipoglicemia a digiuno (<50) o crisi ipoglicemiche da sospetto insulinoma. Ipertensioni arteriose di origine secondaria endocrinologica (v. nota²) 	Entro 10 giorni
D (differita)	<ul style="list-style-type: none"> Sospetto iperparatiroidismo primitivo (Ca↑, ↑PTH, ↓P) / (=/< Ca, ↑ PTH). Ipertiroidismo subclinico (TSH ↓ 0.1 con FT3 e FT4 =). Ipertiroidismo non complicato all'esordio. Ipotiroidismo non complicato all'esordio (TSH↑, FT4↓, FT3↓). Nodulo tiroideo sospetto (v. nota³) Ginecomastia sintomatica. Ipercortisolismo (v. nota⁴) Iperprolattinemia (> 2,5 rispetto al limite superiore del laboratorio). 	Entro 30 giorni

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa
	<ul style="list-style-type: none"> • Macroadenoma ipofisario (adenoma ipofisario di dimensioni > a 1 cm). • Adenomi ipofisari associati a sindrome endocrina. 	
<p>P (programmata)</p>	<p>Le altre condizioni / patologie endocrinologiche non contemplate nell'elenco precedente, tra cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiroidite linfocitaria di Hashimoto con eutiroidismo o ipotiroidismo subclinico (anticorpi anti tiroide (anti TPO↑, ab anti Tg↑ FT4, FT3, TSH normali). • Nodulo tiroideo (v. nota³) • Gozzo uni-multinodulare normofunzionante (v. nota³) • Sospetto iperparatiroidismo secondario. 	<p>Entro 180 giorni</p>

Legenda: ↓ Diminuzione, ↑ Aumento, = Normale

7.23 Criteri di priorità clinica per l'accesso alla visita endocrinologica in età pediatrica (fino al 14° anno)

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa
U (urgente)	<ul style="list-style-type: none"> • Sospetto di insufficienza surrenalica, in paziente non noto o crisi acuta in paziente cronico già, seguito. • Ipercalcemia grave o ipocalcemia grave. • Tireotossicosi. • Sospetto di ipotiroidismo congenito o acquisito grave. • Ipoglicemia sintomatica. • Iperglicemia anche se occasionale. • Dolorabilità acuta addominale in fase di avvio puberale o dolorabilità acuta al menarca. • Sospetto diabete insipido (poliuria nicturia polidipsia) (v. nota¹) • Sospetto di diabete tipo 1 all'esordio, indipendentemente dalla situazione clinica del paziente. 	Entro 24 ore
B (breve)	<ul style="list-style-type: none"> • Polimenorrea. • Pubertà precoce. • Sospetto di ipotiroidismo clinico. • Sospetta tiroidite subacuta. • Segni di iperandrogenismo ingravescente con virilizzazione. • Sospetto di patologia intracranica espansiva (NOTA AIFA 39). • Sospetto diabete insipido (v. nota¹) • Ginecomastia precoce (non puberale). 	Entro 10 giorni
D (differita)	<ul style="list-style-type: none"> • Pubarca precoce. • Amenorrea secondaria. • Ipotiroidismo subclinico. • Gozzo, nodulo tiroideo sospetto (v. nota³) • Iperandrogenismo cronico senza segni di virilizzazione. • Oligomenorrea. • Irsutismo. • Acne grave. • Nodulo tiroideo palpabile o di riscontro casuale in sospetto di patologia tiroidea (v. nota³) 	Entro 30 giorni

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa
P (programmata)	Le altre condizioni / patologie endocrinologiche non contemplate nell'elenco precedente, tra cui: <ul style="list-style-type: none"> • Obesità. 	Entro 180 giorni

NOTE AI CRITERI DI PRIORITA' PER LA VISITA ENDOCRINOLOGICA IN ETA' ADULTA E PEDIATRICA

¹ DIABETE INSIPIDO

Generalmente si manifesta all'improvviso con tre sintomi fondamentali:

- aumento della diuresi (poliuria): da 3 litri a 5-10 litri di urina prodotta giornalmente;
- aumento della sete (polidipsia): per compensare la grande quantità di liquidi persi con le urine;
- disidratazione, che è un aspetto particolarmente serio di questa malattia: si manifesta con secchezza e perdita di elasticità della pelle, aridità della lingua e delle mucose e perdita di tonicità dei bulbi oculari, che risultano infossati. Uno stato di disidratazione avanzato comporta sofferenza cerebrale (difficoltà di coordinamento, rallentamento psicomotorio, modificazioni nel comportamento), oltre che una situazione di sofferenza a carico di tutti gli organi).

² IPERTENSIONI ARTERIOSE DI ORIGINE SECONDARIA ENDOCRINOLOGICA.

Si deve sospettare una causa secondaria dell'ipertensione in caso di:

- ipertensione severa o refrattaria (PA \uparrow 140/90 mm/Hg con 3 farmaci a dose piena, incluso diuretico);
- improvviso incremento della pressione in un paziente iperteso precedentemente ben controllato;
- comparsa in età pediatrica o prima dei 30 anni, specie in pazienti non obesi e senza familiarità per ipertensione;
- presenza di valori elevati di catecolamine urinarie;
- valori di potassiemia \downarrow 3.5 mEq/l;
- elevati valori di aldosterone con renina soppressa.

³ NODULO TIROIDEO

Il nodulo tiroideo costituisce la più frequente patologia tiroidea e come tutte le malattie della Tiroide, incide più frequentemente nella donna rispetto all'uomo colpendo circa il 6,4 % di quelle con età tra i 30 ed i 59 anni. In realtà probabilmente la sua incidenza è ancor più alta (nei riscontri ecografici si arriva quasi al 50% dei casi) ma non diagnosticata per assenza di sintomatologia. La sua prevalenza nella popolazione generale aumenta progressivamente con l'età e talvolta si accompagna ad un ingrandimento della ghiandola (gozzo). Il MMG si trova a gestire due situazioni:

- nodulo tiroideo palpabile;
- nodulo tiroideo non palpabile, di riscontro casuale in corso di indagini ultrasonografiche ed in particolare Ecocolordoppler dei TSA.

Nodulo tiroideo: elementi di sospetto (priorità D)

<p>Fattori di rischio clinici:</p> <ul style="list-style-type: none"> • precedente irradiazione del collo; • familiarità per neoplasia tiroidea; • incremento volumetrico dei linfonodi laterocervicali; • rapida crescita e aumento della consistenza; • disturbi da compressione (disfonia, disfagia); 	<p>e/o la presenza dei seguenti elementi ecografici:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ipoecogeno; • microcalcificazioni; • vascolarizzazione intra-lesionale; • margini mal definiti; • presenza di adenopatia latero-cervicale sospetta.
<p>Indagini di laboratorio di 1° livello, consigliata e sufficiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dosaggio TSH. 	

4 IPERCORTISOLISMO

Il riscontro occasionale di ipercortisolismo nella stragrande maggioranza dei casi non corrisponde ad una diagnosi di Sindrome di Cushing considerato che studi di popolazione hanno riportato per tale sindrome un'incidenza variabile fra 0.7 e 2.4 per milione per anno.

Schematicamente si può distinguere:

- a) Ipercortisolismo da attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, e falsi positivi, senza sindrome di Cushing come si può osservare nelle seguenti condizioni:
 - Gravidanza;
 - Assunzione di estro-progestinici;
 - Patologie psichiatriche;
 - Alcolismo;
 - Obesità grave;
 - Condizioni di stress (ospedalizzazione, interventi chirurgici, dolore intenso);
 - Malnutrizione e anoressia;
 - Esercizio fisico intenso e cronico;
 - Amenorrea ipotalamica;
 - Aumento della CBG (Corticotrophin binding globulin).
- b) Ipercortisolismo con sindrome di Cushing caratterizzato da un complesso di segni e sintomi (obesità centripeta, facies lunare, gibbo dorsale, accumulo del grasso in regione sovra-claveare, ipotrofia muscolare, ecchimosi, strie rubre, iperpigmentazione nella forma ACTH-dipendente, acne, irsutismo, oligo-amenorrea, edemi, astenia, labilità emotiva/depressione/psicosi, ipertensione arteriosa, intolleranza glicidica o diabete mellito, osteoporosi, trombofilia, immuno-soppressione) determinato da un eccesso cronico di glucocorticoidi. La forma più comune di sindrome di Cushing è quella secondaria al trattamento cronico con glucocorticoidi. Al contrario l'ipercortisolismo endogeno è classicamente considerato una malattia rara.

La sindrome di Cushing endogena è più comune nelle donne rispetto agli uomini. Da un punto di vista patogenetico si divide classicamente in due varianti: ACTH-dipendente (80% dei casi) e ACTH-indipendente (20%). Fra le forme ACTH dipendenti l'80% ha un'origine ipofisaria (Malattia di Cushing) e il 20% dipende da una produzione ectopica di ACTH. Le forme ACTH indipendenti sono dovute alla presenza di un adenoma o adenocarcinoma surrenalico.

La diagnosi di sindrome di Cushing è spesso difficoltosa e dovrebbe essere riservata allo specialista endocrinologo. Il test di soppressione con desametasone (1 mg overnight) è molto utile al fine di distinguere le forme da attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene dalle forme di ipercortisolismo con sindrome di Cushing e può essere anche programmato dal medico di base prima di inviare il paziente dallo specialista. La risposta al test viene considerata positiva quando si raggiungono valori di cortisolo post-desametasone di 5 g/dl (138 nmol/L).

7.24 Criteri di priorità clinica per l'accesso alla visita gastroenterologica in età adulta

Condizioni cliniche	Percorso
<ul style="list-style-type: none"> • Dolore addominale acuto di recente insorgenza (colica addominale)/ addome acuto/ sospetta colangite. • Ingestione di corpo estraneo. • Vomito incoercibile. • Disfagia assoluta. • Diarrea profusa > 3 giorni con disidratazione/diarrea ematica profusa > 3 giorni. • Riacutizzazione di IBD¹ severa (> 6 scariche/die con sangue e febbre ed eventuali altri sintomi). • Dislocazione PEG². 	<p>La presenza di questi sintomi indicativi di particolare gravità consiglia l'opportunità di invio per "valutazione in Pronto Soccorso".</p> <p>Compete al medico di Pronto Soccorso che gestisce il paziente, l'eventuale richiesta delle opportune consulenze / approfondimenti diagnostici.</p> <p>L'invio in Pronto Soccorso non richiede la compilazione dell'impegnativa, ma si raccomanda sempre di inviare il paziente in Pronto Soccorso con la descrizione del sintomo o sospetto diagnostico.</p>

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa
U (urgente)	Non previsto: le condizioni di urgenza non sono compatibili con il regime di erogazione delle prestazioni in ambito ambulatoriale programmato (ricetta rossa).	Entro 24 ore
B (breve)	<ul style="list-style-type: none"> • Riacutizzazione moderata di IBD¹ nota. • Sintomatologia gastroenterica con segni e sintomi di allarme (calo ponderale, anemia a rapida insorgenza, riscontro di massa addominale all'esame obiettivo confermata con tecniche di imaging). • Ittero di ndd senza colica in atto né colangite (previa esecuzione di esami biumorali ed ecografia). • Vomito ripetuto/disfagia persistenti e ingravescenti. • Valutazione per posizionamento PEG² (<i>previo contatto telefonico con il prescrittore</i>). • Valutazione digestiva di terapie cardiologiche o vascolari urgenti. • Ipertransaminasemia (> 10 vv UNV) senza segni di scompenso epatico (ittero, ascite, encefalopatia). 	Entro 10 giorni
D (differita)	<ul style="list-style-type: none"> • Riacutizzazione lieve di IBD¹ nota, non responsiva a iniziale terapia domiciliare. • Sintomi gastrointestinali di recente insorgenza non risolti dopo terapia domiciliare senza segni/sintomi di allarme (ad es. stipsi, diarrea non ematica, dolore addominale,...). • Sindrome dispeptico-dolorosa di recente insorgenza in soggetti > 50 anni. 	Entro 30 giorni

¹ Inflammatory bowel disease (malattie infiammatorie intestinali)

² Percutaneous endoscopic gastrostomy (Gastrostomia Endoscopica Percutanea)

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa
	<ul style="list-style-type: none"> • Anemia sideropenica ad elevato indice di sospetto per origine dal tratto digerente. • Diarrea cronica (almeno 3 scariche liquide al giorno per più di 4 settimane) non ematica senza segni di scompenso (IRC³, etc). • Dolore toracico persistente di origine non cardiaca (valutazioni cardiologiche negative). • Ipertransaminasemia (< 10 vv UNV). 	
P (programmata)	Le altre condizioni / patologie gastroenterologiche non contemplate nell'elenco precedente.	Entro 180 giorni

³ Insufficienza Renale Cronica.

7.25 Criteri di priorità clinica per l'accesso alla visita gastroenterologica in età pediatrica (fino al 14° anno)

Condizioni cliniche	Percorso
<ul style="list-style-type: none"> • Ingestione di corpo estraneo; • emorragia digestiva in atto; • sindrome oclusiva; • vomito biliare; • addome acuto; • calo ponderale in lattante; • vomito incoercibile; • dolore addominale acuto • disfagia assoluta; • ittero acuto; • epatite acuta. 	<p>La presenza di questi sintomi indicativi di particolare gravità consiglia l'opportunità di invio per "valutazione in Pronto Soccorso". Compete al medico di Pronto Soccorso che gestisce il paziente, l'eventuale richiesta delle opportune consulenze / approfondimenti diagnostici.</p> <p>L'invio in Pronto Soccorso non richiede la compilazione dell'impegnativa, ma si raccomanda sempre di inviare il paziente in Pronto Soccorso con la descrizione del sintomo o sospetto diagnostico.</p>

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa
U (urgente)	Non previsto: le condizioni di urgenza non sono compatibili con il regime di erogazione delle prestazioni in ambito ambulatoriale programmato (ricetta rossa).	Entro 24 ore
B (breve)	<ul style="list-style-type: none"> • sospetta malattia infiammatoria cronica intestinale; • diarrea cronica (> 15 giorni); • emorragia digestiva non acuta; • vomito ricorrente; • calo ponderale (età > 1 anno); • disfagia; • ittero subacuto; • complicanze in paziente in nutrizione artificiale domiciliare (febbre, occlusione catetere, ecc.) 	Entro 10 giorni
D (differita)	<ul style="list-style-type: none"> • sospetta celiachia; • encopresi; • sospetto reflusso gastroesofageo; • epatite cronica; • scarsa crescita; 	Entro 30 giorni

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa
	<ul style="list-style-type: none"> • anemia cronica da perdite gastrointestinali; • anoressia; • problematiche gastroenterologiche in paralisi cerebrale infantile (malnutrizione, disfagia) epatite subacuta, stipsi, dolori addominali ricorrenti. 	
P (programmata)	Le altre condizioni / patologie gastroenterologiche non contemplate nell'elenco precedente.	Entro 180 giorni

7.26 Criteri di priorità clinica per l'accesso alla visita otorinolaringoiatrica in età adulta

Condizioni cliniche	Percorso
<p>Si intendono escluse dalla richiesta di visita ORL prioritarizzata tutti i casi che a giudizio del medico presentano caratteristiche di emergenza. Ad esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otorragia in trauma cranico. • Dispnea inspiratoria acuta. • Disfagia acuta. • Corpi estranei nelle vie aero-digestive superiori o cervico facciali. • Reazioni allergiche con edema delle vie aeree digestive superiori o cervico facciali. • Emorragia o ematoma importante in atto in distretto orl (comprese vie aero-digestive superiori o cervico facciali). • Emorragia post intervento ORL. • Epistassi profusa. • Traumi e ferite in distretto ORL (testa, collo, massiccio faciale). • Ascesso peritonsillare. • Sindrome vertiginosa acuta con sintomi neurologici. 	<p>La presenza di questi sintomi indicativi di particolare gravità consiglia l'opportunità di invio per "valutazione in Pronto Soccorso". Compete al medico di Pronto Soccorso che gestisce il paziente, l'eventuale richiesta delle opportune consulenze / approfondimenti diagnostici. L'invio in Pronto Soccorso non richiede la compilazione dell'impegnativa, ma si raccomanda sempre di inviare il paziente in Pronto Soccorso con la descrizione del sintomo o sospetto diagnostico.</p>

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa
U (urgente)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Otorrea e/o otalgia complicata (purulenta con febbre e/o cefalea e/o vertigine e/o paralisi faciale e/o segni di mastoidite). ▪ Rinorrea complicata (purulenta, con febbre e/o cefalea e/o sintomi oculari e/o tumefazione frontale e/o segni di meningite o neurologici). ▪ Ipoacusia monolaterale insorta improvvisamente (dopo esclusione di tappo di cerume e otite acuta). ▪ Tumefazione flogistica del collo senza dispnea. ▪ Sindrome vertiginosa acuta grave, senza segni neurologici. ▪ Paralisi acuta del facciale. 	Entro 24 ore
B (breve)	<ul style="list-style-type: none"> • Otorragia non dovuta a trauma cranico. • Escreato striato di sangue. • Disfonia ingravescente o persistente. • Disfagia ingravescente o persistente. • Tumefazioni del collo senza segni di flogosi. • Lesioni vegetanti, ulcerate, infiltranti le vie aero-digestive superiori e/o i tegumenti cervico-facciali. 	Entro 10 giorni

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa
D (differita)	<p>Prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità. Ad esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ostruzione respiratoria nasale bilaterale di recente insorgenza persistente. • Ipertrofia tonsillare con importante ostruzione respiratoria. • Sindrome vertiginosa subacuta, in atto, senza sintomi e/o segni neurologici. 	Entro 30 giorni
P (programmata)	Tutti i casi non previsti alle voci precedenti di non recente insorgenza e che non presentino caratteri di urgenza/emergenza o senza la presenza di complicanze.	Entro 180 giorni

7.27 Criteri di priorità clinica per l'accesso alla visita otorinolaringoiatrica in età pediatrica (fino al 14° anno)

Condizioni cliniche	Percorso
<ul style="list-style-type: none"> • Epistassi severa. • Mastoidite / otite acuta o cronica con complicazioni. • Sinusite complicata. • Dispnea acuta da ostruzione laringea (inspiratoria) e/o frattura laringo-tracheale. • Disfagia acuta. • Corpo estraneo delle vie aero-digestive superiori (se il corpo estraneo è una batteria vale anche per il condotto uditivo). • Ascesso o ematoma (es. ascesso peritonsillare, ematoma del setto o auricolare, ascesso del collo). • Trauma ORL auricolare o nasale con esposizione della cartilagine. • Reazioni allergiche con edema delle vie aeree digestive superiori o cervico facciali. • Emorragia post chirurgia ORL. 	<p>La presenza di questi sintomi indicativi di particolare gravità consiglia l'opportunità di invio per "valutazione in Pronto Soccorso".</p> <p>Compete al medico di Pronto Soccorso che gestisce il paziente, l'eventuale richiesta delle opportune consulenze / approfondimenti diagnostici.</p> <p>L'invio in Pronto Soccorso non richiede la compilazione dell'impegnativa, ma si raccomanda sempre di inviare il paziente in Pronto Soccorso con la descrizione del sintomo o sospetto diagnostico.</p>

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa
U (urgente)	<p>Danno funzionale maggiore, infezione o dolore incontrollabili resistenti alla terapia, trauma che non richiede attenzione immediata. Ad esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Paralisi acuta del nervo facciale. ▪ Ipoacusia improvvisa (non otite media diffusiva o otite media acuta). ▪ Vertigine severa. ▪ Peggioramento di apnee notturne già documentate di grado severo (≥ 4 episodi della durata di almeno 10 secondi). ▪ Peggioramento di laringomalacia nota. ▪ Stridor con distress respiratorio di entità moderata (utile consulto preventivo con l'ospedale). ▪ Frattura nasale senza esposizione della cartilagine. ▪ Vertigine oppure otite media acuta in impianto cocleare recente (3-6 mesi). 	Entro 24 ore
B (breve)	<p>Sospetto di danno funzionale maggiore, infezione o dolore poco controllabili, rischio moderato di danno permanente a tessuti sistemi, sospetta neoplasia. Ad esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disfonia con disfagia presente da più di 4 settimane. • Disfagia persistente e progressiva. • Linfoadenopatia cervicale indagata e non chiarita o sospetta neoplasia/massa testa/collo. 	Entro 10 giorni

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa
	<ul style="list-style-type: none"> • Sinusite già documentata e non responsiva a terapia. • Otorrea non rispondente a terapia. 	
D (differita)	<p>Danno funzionale di grado moderato, restrizione di attività (anche comunicativa) di grado non severo, condizioni che causano episodi infettivi ricorrenti, dolore controllato da farmaci. Ad esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ostruzione nasale. • Epistassi ricorrente di grado minore. • Otite media effusiva > 3 mesi. • Dolore post-traumatico. • Mal di gola persistente. • Disfonia senza rischio documentato. • Sospetta ipoacusia¹. • Ritardo di linguaggio o ritardo dell'apprendimento. • Patologia ORL correlata a palatoschisi. • Insufficienza velare. • Russamento notturno. • Vertigine episodica. • Tonsillite ricorrente • Rinite. 	Entro 30 giorni
P (programmata)	<p>Visite specialistiche che non richiedono priorità, come i danni funzionali lievi o le disabilità estetiche minime. Ad esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anomalie auricolari / nasali. • Anchiloglossia senza disturbi di suzione. 	Entro 180 giorni

¹ Per i bambini entro 3 anni con sospetta ipoacusia o fattori di rischio audiologici: vedi programma regionale di screening uditivo e sorveglianza uditiva.

7.28 Criteri di priorità clinica per l'accesso alla visita ortopedica in età adulta

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa
U (urgente)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Traumatismo osteoarticolare acuto ▪ Sospetta lesione dei legamenti, rotture tendinee o muscolari ▪ Ematoma suscettibile di aspirazione ▪ Blocco articolare (ginocchio, spalla, anca, etc.) <u>con deficit funzionale</u> ▪ Versamento articolare (idarto) importante ▪ Complicanze (febbre, dolore, etc) dopo trattamento di frattura o intervento chirurgico ▪ Stati dolorosi acuti del rachide o di altre articolazioni, <u>resistenti al trattamento</u> ▪ Sospetti crolli vertebrali acuti 	Entro 24 ore
B (breve)	<ul style="list-style-type: none"> • Riaccutizzazione di patologie croniche osteoarticolari resistenti al trattamento • Tendinite acuta e/o entesite acuta • Patologia tumorale o sospetto di patologia tumorale non inquadrata (ad esempio, osteolisi di ndd) 	Entro 10 giorni
D (differita)	<ul style="list-style-type: none"> • Patologie degenerative croniche (osteoarticolari, tendinee, etc.) • Sindromi canalicolari (sindrome del tunnel carpale, tenosinovite stenosante). 	Entro 30 giorni
P (programmata)	Le altre condizioni / patologie ortopediche non contemplate nell'elenco precedente.	Entro 180 giorni

7.29 Criteri di priorità clinica per l'accesso alla visita ortopedica in età pediatrica (fino al 14° anno)

Priorità	Condizioni cliniche	Tempo d'attesa
U (urgente)	<ul style="list-style-type: none"> • Segni di intolleranza apparecchi gessati di immobilizzazione (per esempio bruciore alla pianta del piede; dita del piede o della mano tumefatte; disturbi di sensibilità o della motilità,...) • Rottura di apparecchi gessati confezionati dopo riduzione di frattura • Coxalgia (anche epifisiolisi), gonalgia, torcicollo senza anamnesi di traumi • Tumefazione di natura da determinare • Complicanza in esito di recente intervento chirurgico (febbre, secrezioni dalla ferita chirurgica,...) 	Entro 24 ore
B (breve)	<ul style="list-style-type: none"> • Piede torto congenito • Positività segni clinici di DCA¹ o LCA² (Ortolani, asimmetrie arti inferiori e/o dell'articolarià delle anche) • Ecografia positiva per DCA o LCA • Traumi ostetrici (torcicollo, lesione del plesso brachiale) • Zoppia senza anamnesi di trauma • Coxalgia, gonalgia, torcicollo non traumatici non risolti (con riposo, terapia antinfiammatoria,...) • Rachide rigido 	Entro 10 giorni
D (differita)	<ul style="list-style-type: none"> • Piede piatto, piede pronato dopo i 10 anni di età • Osteocondrosi /osteocondriti dell'adolescente; tallonite, gonalgia dello sportivo • Ginocchio valgo o varo, mal allineamento dell'arto inferiore in paziente dopo i 10 anni di età • Scoliosi, cifosi, deformità del rachide • Dito a scatto, cisti sinoviale della mano, del polso, del ginocchio con esame ecografico che ne attesti la benignità • Visita ortopedica di controllo dopo ciclo di terapia riabilitativa 	Entro 30 giorni
P (programmata)	<ul style="list-style-type: none"> • Piede piatto, piede pronato fino a 10 anni di età • Deambulazione a punte in dentro • Ginocchio valgo o varo, mal allineamento dell'arto inferiore paziente fino a 10 anni di età 	Entro 180 giorni

¹ DCA: Displasia Congenita dell'Anca

² LCA: Lussazione Congenita dell'Anca

7.30 Criteri di priorità clinica per l'accesso alla mammografia

Categoria	Condizioni cliniche	Tempodi attesa	Indicazioni
U Urgente	Livello di priorità non previsto	Entro 24 ore	
B Breve	Pazienti con <u>sospetto clinico di neoplasia</u> : <ul style="list-style-type: none"> • nodulo o placca di recente insorgenza • nodulo già noto con segni di rapido accrescimento • retrazioni cutanee e/o del capezzolo, cute a buccia d'arancia, anche senza tumefazione sottostante, erosione/ulcerazione del capezzolo • mastite al di fuori dell'allattamento (dopo periodo di terapia antibiotica) • secrezione ematica o siero-ematica dal capezzolo • linfadenomegalia ascellare 	Entro 10 giorni	N.B. la mastodinia non rappresenta indicazione a prescrizione con priorità B e D
D Differita	<ul style="list-style-type: none"> – Pazienti asintomatiche di età <50 o >74 anni, inviate per la prima volta per diagnosi precoce di neoplasia. – Secrezioni bilaterali pluriorifiziali non ematiche – Esame richiesto dallo specialista prima di stimolazioni ormonali in donna > 35 anni 	Entro 60 gg <i>Gli intervalli per i controlli successivi sono stabiliti dal radiologo (*)</i>	
P Programmata	<ul style="list-style-type: none"> – Pazienti con mastodinia mono e/o bilaterale non associata ad alcun altro rilievo clinico – Pazienti che non aderiscono allo screening sull'unità mobile. – Primo accesso dopo intervento chirurgico per ca mammario. 	Entro 180 gg <i>Gli intervalli per i controlli successivi sono stabiliti dal radiologo (*)</i>	N.B. Per le donne di età inferiore ai 40 anni non sintomatiche la mammografia non è appropriata come primo approccio diagnostico.

(*) Si raccomanda agli specialisti radiologi delle strutture pubbliche di stabilire l'intervallo di tempo per l'esame successivo, prescrivere e prenotare la prestazione (secondo le modalità organizzative delle diverse strutture), dandone opportuna informazione all'utente, anche attraverso il referto dell'esame e/ o la consegna del promemoria allegato al referto.

7.31 Criteri di priorità clinica per l'accesso all'ECOGRAFIA MAMMARIA non associata alla mammografia

Categoria	Condizioni cliniche	Tempo di attesa	Indicazioni
U urgente	Livello di priorità non previsto	Entro 24 ore	
B breve	a) Nodulo di recente riscontro clinicamente sospetto in donna <40 anni b) Nodulo di recente insorgenza in gravidanza o allattamento c) Nodulo di recente riscontro in donna >40 anni che abbia eseguito una mammografia negativa nell'ultimo anno d) Sospetto ascesso o cisti infetta e) Sospetto ematoma post-traumatico f) Secrezione ematica o siero-ematica mono o bilaterale in donna <40 anni.	Entro 10 gg.	Nel caso di mastite al di fuori dell'allattamento è necessario periodo di antibiotico terapia (10-15 gg) per "raffreddamento"
D differita	a) Nodulo di recente riscontro in donna <40 anni clinicamente benigno. b) Esame richiesto dallo specialista prima di stimolazioni ormonali in donna <35 anni c) Accrescimento di nodulo "benigno" noto (fibroadenoma).	Entro 60 gg.	
P programmata	a) Esame consigliato a completamento di mammografia sostanzialmente negativa (vedi indicazioni). b) Secrezioni <u>non</u> siero-ematiche monolaterali in donna <40 anni	Entro 180 gg.	Lo specialista radiologo che consiglia il completamento ecografico post-mammografia deve assumersi anche l'onere di organizzarne l'esecuzione, contestuale o differita.

Si raccomanda agli specialisti radiologi delle strutture pubbliche di stabilire l'intervallo di tempo per l'esame successivo, prescrivere e prenotare la prestazione (secondo le modalità organizzative delle diverse strutture), dandone opportuna informazione all'utente, anche attraverso il referto dell'esame e/ o la consegna del promemoria allegato al referto.

7.32 Criteri di priorità clinica per l'accesso alla visita fisiatrica in età adulta

Categoria	Condizioni cliniche	Tempo di attesa	Indicazioni
U Urgente	Livello di priorità non previsto	Entro 24 ore	
B Breve	<ul style="list-style-type: none"> — Postumi di patologia traumatica recente (entro 15 giorni dall'evento indice) — Postumi di intervento chirurgico all'apparato loco-motore (entro 15 giorni dall'evento indice) — Patologie neurologiche S.N.C. e S.N.P. , ad esordio acuto, incluse le cervicobrachialgie e lombosciatalgie resistenti alla terapia medica, con deficit sensitivo-motorio, senza red flags, potenzialmente di competenza della Chirurgia Vertebro-Midollare. — Postumi di infortunio sul lavoro (INAIL) con inabilità temporanea in corso. — Sindrome iperalgica distrettuale (capsulite adesiva e algodistrofia) 	Entro 10 giorni	
D Differita	<ul style="list-style-type: none"> — Grave limitazione funzionale resistente alla terapia medica in corso di patologia osteo-articolare flogistica e/o degenerativa — Malattie neurologiche croniche in aggravamento funzionale — Disfunzioni vescico-sfinteriche dopo chirurgia urologica o uro-ginecologica 	Entro 30 giorni	
P Programmata	<ul style="list-style-type: none"> — Tutte le patologie non comprese nelle priorità B-D 	Entro 180 giorni	

DISFUNZIONI VESCICO-SFINTERICHE: prima visita presso Servizio di Diagnosi e riabilitazione perineale I.M.F.R. Gervasutta di Udine o presso la SOC Recupero e Riabilitazione Funzionale dell'Ospedale di Palmanova

VALUTAZIONE PROTESICA: La richiesta viene effettuata su ricetta SSR, senza specificazione di priorità e con dicitura **VALUTAZIONE PROTESICA**; la prenotazione viene effettuata presso le Segreterie Ospedaliere e/o Distrettuali di riferimento territoriale dell'utente.

7.33 Criteri di priorità clinica per l'accesso alla visita fisiatrica in età pediatrica (> 2 anni)

Categoria	Condizioni cliniche	Tempo di attesa	Indicazioni
U Urgente	Livello di priorità non previsto	Entro 24 ore	
B Breve	Recente ospedalizzazione, problema ortopedico acuto: postumi fratture, interventi all'apparato locomotore, patologie da immobilizzazione, interventi NCH.	Entro 10 giorni	
P Programmata	Patologia evolutiva dell'apparato locomotore: scoliosi di qualsiasi grado nella prima infanzia, scoliosi con rotazione => a 5° nell'adolescenza, cifosi non completamente riducibile, cammino in punta.	Entro 180 giorni	
<p>N.B. I bambini con età < 2 anni o con quadri clinici non previsti dai criteri sopra riportati vanno indirizzati esclusivamente presso la SOS Riabilitazione Patologie ad Esordio Infantile dell'I.M.F.R. Gervasutta di Udine.</p>			