

**Azienda Sanitaria Locale  
n° 3 “ Genovese”**

**Manuale delle Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali**

**Con accesso per Priorità Clinica**

Direzione Sanitaria – Direzione Cure Primarie  
(versione 1.0 del 03/01/2012)

## INDICE

PROCEDURA OPERATIVA.....	5
Scopo.....	5
Campo di applicazione.....	5
Definizioni e abbreviazioni.....	5
Documenti normativi e orientativi.....	5
TITOLARITA' PRESCRITTIVA.....	6
MODALITÀ DI COMPILAZIONE DELLA RICHIESTA (RICETTARIO REGIONALE) DI PRESTAZIONE SPECIALISTICA.....	6
Modalità operative.....	8
La tabella sottostante contiene i criteri generali.....	13
ELENCO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI CON ACCESSO PER PRIORITA' CLINICA.....	14
PRIME VISITE.....	15
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA.....	16
(Vedi pagina 61).....	16
CHIRURGIA VASCOLARE / FLEBOLOGIA (VISITA).....	17
DERMATOLOGIA (VISITA).....	18
ENDOCRINOLOGIA (VISITA).....	19
FISIATRIA (VISITA).....	20
GINECOLOGIA (VISITA).....	21
GASTROENTEROLOGIA (VISITA).....	22
NEUROLOGIA (VISITA).....	23
OCULISTICA (VISITA).....	24
ORTOPEDIA ADULTI (VISITA).....	25
OTORINOLARINGOIATRIA (VISITA).....	26
PNEUMOLOGIA (VISITA).....	27
UROLOGIA (VISITA).....	28
PRESTAZIONI STRUMENTALI.....	30
ECOCOLORCARDIOGRAFIA.....	30
ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO.....	31
ECOCOLORDOPPLER VENOSO.....	32
ECOGRAFIA MAMMARIA.....	33
ECOGRAFIA.....	34
ECOGRAFIA OSTETRICO – GINECOLOGICA.....	35
MAMMOGRAFIA.....	36

RM ENCEFALO – CRANIO .....	37
RM ADDOME SUPERIORE e/o INFERIORE .....	38
RM MAMMARIA .....	39
RM MUSCOLO SCHELETRICA.....	40
TAC ADDOME SUPERIORE E/O INFERIORE .....	43
TAC ENCEFALO-CRANIO .....	44
TAC TORACE.....	45
TAC COLONNA .....	46
ALTRI ESAMI SPECIALISTICI.....	47
AUDIOMETRIA .....	48
COLONSCOPIA + ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA .....	49
ELETTROMIOGRAFIA .....	50
HOLTER CARDIACO .....	51
ACCESSI PRIORITARI “U” .....	52
ELENCO TELEFONI SERVIZI .....	52
Azienda Sanitaria Locale n° 3 “Genovese” .....	53
Ente Ospedaliero Galliera .....	57
Ente Ospedaliero Evangelico .....	61
MODULISTICA PER TAC e RMN .....	64
TAC.....	65
RMN.....	66



# PROCEDURA OPERATIVA

## Scopo

Al fine di ottemperare a quanto previsto dall' Accordo Conferenza Stato Regioni del 28/10/2010 (pubblicato sulla GU n° 274 del 23/11/2010) e dalla DGR 545 del 20/05/2011 ed organizzare l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali secondo "PRIORITA' CLINICHE" è stato definito, in accordo con specialisti, medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS), una nuova modalità prescrittiva, basata su tempi di attesa differenziati per singola prestazione in base al bisogno clinico dell'utente. A tal fine sono stati individuati raggruppamenti di attesa omogenei (RAO) per singola prestazione specialistica così come sono stati definiti in altre realtà regionali ed in particolare si è convenuto di seguire la traccia del lavoro svolto a Trento ( Tempi di attesa e Priorità in Sanità - Giuliano Mariotti – ed. Franco Angeli).

## Campo di applicazione

Le successive indicazioni si applicano alle prestazioni specialistiche ambulatoriali (utenti non ricoverati) erogate presso le strutture di tutta l'Azienda Sanitaria Locale n° 3 "Genovese" e prescritte da tutti i medici dipendenti ASL e convenzionati.

## Definizioni e abbreviazioni

Concordanza	La richiesta è ritenuta ragionevole (in altre parole: si concorda) considerati: 1) quesito clinico posto dal richiedente, 2) RAO scelto, 3) in assenza di sufficienti informazioni può essere utilizzato anche il risultato della prestazione
CUP	Centro unico (prenotazioni)
MMG	Medico di medicina generale
PLS	Pediatra di libera scelta
Priorità clinica di attesa	Condizione clinica che consente al medico di attribuire ad un paziente un tempo di attesa ritenuto ragionevole per ottenere una prestazione specialistica senza per questo compromettere la prognosi
RAO	Raggruppamenti di attesa omogenei per priorità clinica di attesa
SC	Struttura Complessa

## Documenti normativi e orientativi

Ministero della Sanità, Commissione di studio sulle liste di attesa istituita con DM 28.12.2000: *Analisi e Proposte in tema di liste di attesa nel SSN. Relazione Finale*. Roma, Maggio 2001.

DPCM 16.4.2002, Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi d'attesa. *Gazzetta Ufficiale, Serie Generale*, n. 122 del 27.5.2002.

Delibera Giunta Regionale n. 545 del 20/05/2011- Recepim. Intesa Stato/Regioni 29/04/2010 sul documento “Sistema CUP – Linee Guida Naz.li”. e dell’intesa Stato\*/Regioni 28/10/2010 “Piano naz. Di governo delle liste di attesa 2010 – 2012. Adozione dle Piano Liste di attesa. Deliberazione Aziendale n° 950 del 21/07/2011

## TITOLARITA' PRESCRITTIVA

L'utilizzo del ricettario del SSN è riservato ai medici, dipendenti del SSN o convenzionati (MMG, PLS, Medici specialisti convenzionati interni (SUMAI) e nell'ambito **esclusivo** dei rispettivi compiti istituzionali (restano quindi per ora esclusi i medici di strutture convenzionate/accreditate private).

È escluso l'utilizzo del ricettario SSN da parte di medici dipendenti o Specialisti ambulatoriali convenzionati per prestazioni conseguenti o connesse con l'attività erogata in regime libero – professionale intra o extra muraria e ai medici di strutture convenzionate/accreditate private.

## MODALITÀ DI COMPILAZIONE DELLA RICHIESTA (RICETTARIO REGIONALE) DI PRESTAZIONE SPECIALISTICA

### 1. PRIMA VISITA/ESAME Specialistica/o

Per **prima visita/primo esame strumentale** si intende la visita/esame in cui il problema del paziente viene affrontato per la prima volta ed in cui viene predisposta una documentazione scritta (cartella clinica o scheda); inoltre sono considerate **prime visite/esami** quelle effettuate nei confronti di pazienti noti, affetti da malattie croniche, che presentino una fase di riacutizzazione tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva ed una rivisitazione della terapia in atto. Il medico prescrittore ha l'obbligo di segnalare sulla ricetta che si tratta di prima visita / esame strumentale (vedi modalità di prescrizione)

### 2. VISITA SUCCESSIVA O DI CONTROLLO / 2° ESAME SPECIALISTICO

Per visita successiva o “di controllo” si intende:

- **visite o accertamenti diagnostici strumentali successivi ad un inquadramento diagnostico già concluso che ha definito il caso ed eventualmente già impostato una prima terapia; si tratta di prestazioni finalizzate ad esempio a: seguire nel tempo l'evoluzione di patologie croniche, valutare a distanza l'eventuale insorgenza di complicanze, verificare la stabilizzazione della patologia o il mantenimento del buon esito dell'intervento, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto al primo accesso;**

- **le prestazioni successive al primo accesso e programmate dallo specialista che ha già preso in carico il paziente (comprese le prestazioni di 2° e 3° livello rese a pazienti a cui è già stato fatto un inquadramento diagnostico che necessita di approfondimento);**
- **tutte le prestazioni prescritte con l'indicazione del codice di esenzione per patologia sulla ricetta.**

Il medico prescrittore ha l'obbligo di segnalare sulla ricetta che si tratta di seconda visita / esame strumentale(vedi modalità di prescrizione)

**Casi particolari :** nel caso in cui un paziente si presenti nell'ambulatorio per la prima visita e in un' altro ambulatorio per il controllo, queste visite sono da considerarsi entrambe **prime visite** anche se riguardano lo stesso problema; viceversa se nell'ambito dello stesso ambulatorio, un paziente viene visitato per lo stesso problema da due medici diversi in tempi diversi, queste non possono essere considerate entrambe come prime visite.

E' **obbligo dello Specialista** la prescrizione della seconda visita / controllo e di qualunque ulteriore indagine reputata necessaria al fine del completamento dell'iter diagnostico e contestuali alla prestazione inizialmente richiesta.

Al fine di evitare i disagi ai pazienti e limitare il fenomeno delle prescrizioni indotte **sarà normalmente a carico del MMG l'impegnativa per le prime visite mentre sarà compito dello specialista redigere l'impegnativa, che non ha scadenza temporale, per il controllo programmato indicato nell'ultimo referto.**

E' **obbligo del MEDICO PRESCRITTORE** indicare sulla richiesta il quesito diagnostico

## Modalità operative

1	Le presenti indicazioni operative si applicano alle prestazioni specialistiche ambulatoriali descritte nelle Tabelle allegate.
2	Le presenti indicazioni operative si applicano a partire dal giorno <b>01/01/2012</b> _____.
3	I medici che possono prescrivere le prestazioni di cui al punto 1 sono tutti i medici dipendenti e convenzionati (MMG, PLS e specialisti "SUMAI") che operano per conto dell'Azienda Sanitaria Locale n° 3 Genovese.
4	A partire dal giorno <b>01/01/2012</b> , fino ad altra comunicazione ufficiale, i medici prescrittori di cui al punto 3 potranno prescrivere ai propri utenti le prestazioni di cui al punto 1 indicando, oltre alle informazioni già di norma comunicate, anche la tipologia di prescrizione, facendo anche riferimento alle indicazioni riportate nelle Tabelle allegate e barrando <b>OBBLIGATORIAMENTE</b> una delle caselle poste in alto a destra della ricetta regionale e dedicate appunto all'indicazione della priorità clinica e il codice 1 o 0 se trattasi di primo accesso o secondo accesso
5	Ad ogni prestazione specialistica di cui al punto 1 prescritta secondo le modalità di cui al punto 4 corrisponderà un identico vincolo di tempo di attesa: urgente = da indirizzare in pronto soccorso o al servizio tipo U = entro 72 ore; tipo B = entro 10 giorni; tipo D = 30/60 giorni; tipo P = prestazione programmata.
6	Le singole prestazioni indicate al punto 1 utilizzano tutte o in parte i codici priorità indicati al punto 5. Per un uso corretto dei codici è utile fare riferimento alle indicazioni nelle Tabelle allegate ed alle eventuali "Linee guida". <b>Si sottolinea che le prescrizioni, se prive di codice priorità, verranno considerate di tipo P.</b>
7	Il medico prescrittore deve <b>OBBLIGATORIAMENTE</b> indicare <b>se trattasi di primo accesso/esame o secondo accesso/esame utilizzando il codice 1 se trattasi di primo accesso / esame oppure 0 (zero) se trattasi di secondo accesso/esame.</b> Tali codici devono essere <b>anteposti, sulla ricetta, al quesito diagnostico anch'esso obbligatorio</b> ( vedi schemi successivi compilazione ricetta). Il criterio di definizione se trattasi di primo accesso o secondo è <b>legato alla problematica clinica motivo della richiesta .</b>
8	Tutti gli operatori addetti alla prenotazione che riceveranno una richiesta di prenotazioni di prestazioni indicate al punto 1, con la dichiarazione verbale (se il paziente è al telefono) o con l'indicazione scritta sull'impegnativa (se il paziente è allo sportello) del codice priorità, dovranno prenotare la prestazione secondo i tempi di attesa come indicato al punto 5. Sono escluse le richieste con codice U salvo diversa indicazione
9	I medici specialisti che operano negli ambulatori o nelle strutture private accreditate , riceveranno i piani di lavoro con indicati gli utenti prenotati secondo la «priorità» di cui al punto 5
10	Ai fini del calcolo del tempo massimo di attesa verrà tenuta in considerazione la differenza fra la data <b>del contatto con il servizio CUP</b> (non la data dell'impegnativa) e la data di <b>della prenotazione per effettuare la prestazione.</b>
11	Il referto dovrà essere consegnato tempestivamente all'utente, o a persona autorizzata. La tempestività deve essere correlata al tempo massimo di attesa del grado di priorità. Tipo U = stesso giorno della prestazione; Tipo B = entro max 3 giorni dall'esecuzione della prestazione e Tipo D entro 7/10 giorni
12	Le informazioni ed i problemi connessi all'applicazione della presente procedura devono essere comunicati al Comitato Tecnico Permanente. Eventuali proposte di modifica delle tabelle vanno comunicate al Comitato Tecnico Permanente



## MODALITA' DELLA PRESCRIZIONE E DI ACCESSO

### ACCESSO PRIORITARIO "U"

Il medico prescrittore deve obbligatoriamente:

- Indicare il quesito diagnostico
- Barrare l'indicazione del tipo di priorità di accesso
- Indicare se trattasi di 1° Accesso o 2° Accesso : indicando 1 se si tratta primo Accesso; 0 (zero) se trattasi di secondo accesso. I codici 0 o 1 devono essere anteposti sulla ricetta , al quesito diagnostico

The diagram shows a medical prescription form with various fields and sections. Key elements include:

- Header:** "SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE" and "CODICE FISCALE".
- Prescription Section:** "PRESCRIZIONE" with fields for "CODICE ESTERNO", "R", "S", "H", "U", "B", "D", "P".
- Annotations:**
  - A box labeled "Cod 0 o 1" points to the "CODICE ESTERNO" field.
  - A box labeled "QUESITO DIAGNOSTICO" points to the "R" field.
  - A box labeled "BARRA 'U'" points to the "U" field in the prescription section.
- Bottom Section:** "RUBRICA PROGRESSIVA" and "IMPRESA" with fields for "CODICE" and "NUMERO".

## ACCESSO PRIORITARIO “B”

Il medico prescrittore deve obbligatoriamente:

- Indicare il quesito diagnostico
- Barrare l’indicazione del tipo di priorità di accesso
- Indicare se trattasi di 1° Accesso o 2° Accesso : indicando 1 se si tratta primo Accesso; 0 (zero) se trattasi di secondo accesso. I codici 0 o 1 devono essere anteposti sulla ricetta , al quesito diagnostico

The image shows a standard Italian medical prescription form with several key areas highlighted and annotated:

- REGIONE:** Located at the top left, next to the Servizio Sanitario Nazionale logo.
- COFFICE FISCALE:** A row of boxes at the top right for the fiscal office code.
- FORMA AUTO CERTIFICANTE:** A row of boxes in the middle for the self-certifying form code.
- PRESCRIZIONE:** A vertical red bar on the left side of the form.
- QUESTIONI:** A grid of boxes in the lower middle section for recording diagnostic questions.
- PRIORITY BAR:** A row of six boxes on the right side, labeled "PRIORITY BAR". The second box contains the letter "B", which is highlighted by a callout box labeled "BARRA 'B'".
- Annotations:** Two callout boxes are present: one labeled "Cod 0 o 1" pointing to the first box of the diagnostic question grid, and another labeled "BARRA 'B'" pointing to the second box of the priority bar.

## ACCESSO PRIORITARIO “D”

Il medico prescrittore **deve obbligatoriamente:**

- **Indicare il quesito diagnostico**
- **Barrare l’indicazione del tipo di priorità di accesso**
- **Indicare se trattasi di 1° Accesso o 2° Accesso : indicando 1 se si tratta primo Accesso; 0 (zero) se trattasi di secondo accesso. I codici 0 o 1 devono essere anteposti sulla ricetta , al quesito diagnostico**

The image shows a medical prescription form with several key sections and annotations:

- Top Section:** Includes the logo of the Servizio Sanitario Nazionale (SSN) and the Regione (Region).
- Fields:** Fields for patient name, date of birth, and fiscal code (Codice Fiscale).
- Priority Selection:** A section with buttons labeled S, H, U, B, D, P. The 'D' button is highlighted with a box labeled "BARRA 'D'", indicating the selection of priority access.
- Diagnostic Question:** A section labeled "QUESITO DIAGNOSTICO" with a box labeled "Cod 0 o 1" pointing to it, indicating the need to specify the type of access (1st or 2nd).
- Medication List:** A section for listing medications with fields for code and quantity.
- Signature and Date:** Fields for the prescriber's name, date, and signature.

## ACCESSO PRIORITARIO “P”

Il medico prescrittore deve obbligatoriamente:

- Indicare il quesito diagnostico
- Barrare l'indicazione del tipo di priorità di accesso
- Indicare se trattasi di 1° Accesso o 2° Accesso : indicando 1 se si tratta primo Accesso; 0 (zero) se trattasi di secondo accesso. I codici 0 o 1 devono essere anteposti sulla ricetta , al quesito diagnostico

The image shows a standard Italian medical prescription form (Ricetta) with several annotations. At the top, it includes the logo of the Servizio Sanitario Nazionale and the Regione. The form is divided into several sections for patient information, prescriber information, and the prescription itself. A vertical red bar on the left side is labeled "PRESCRIZIONE".

Key annotations include:

- A box labeled "Cod 0 o 1" pointing to the space before the diagnostic question.
- A box labeled "QUESITO DIAGNOSTICO" pointing to the diagnostic question area.
- A box labeled "BARRA 'P'" pointing to the priority access bar (S, H, P) in the top right section.

The form contains various fields for codes, numbers, and dates, all outlined in red. The priority access bar (S, H, P) is located in the top right section, with the 'P' bar being the one indicated by the annotation.

La tabella sottostante contiene i criteri generali

<b>CLASSI DI PRIORITA'</b>	<b>INDICAZIONI</b>
<b>CLASSE B</b>	Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve distanza del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità. Da eseguirsi entro 10 giorni.
<b>CLASSE D</b>	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 di disabilità. Da eseguirsi entro <b>30</b> giorni per le prime visite ed entro <b>60</b> giorni per le prestazioni strumentali
<b>CLASSE P</b>	Prestazione che può essere programmata in un maggior arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, disfunzione o disabilità. Da eseguirsi entro 180 giorni.

## ELENCO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI CON ACCESSO PER PRIORITA' CLINICA

### VISITE SPECIALISTICHE

Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice branca
Visita cardiologica	89.71J	02
Visita chirurgia vascolare	89.71J	05
Visita endocrinologica	89.71J	09
Visita neurologica	89.71J	15
Visita oculistica	89.71J	16
Visita ortopedica	89.71J	19
Visita ginecologica	89.71J	20
Visita otorinolaringoiatrica	89.71J	21
Visita urologica	89.71J	25
Visita dermatologica	89.71J	06
Visita fisiatrica	89.71J	12
Visita gastroenterologica	89.71J	10
Visita oncologica	89.71J	18
Visita pneumologica	89.71J	22

### PRESTAZIONI STRUMENTALI - Diagnostica per Immagini

Prestazione	Codice Nomenclatore
Mammografia	87.37.1 - 87.37.2
TC senza e con contrasto Torace	87.41 - 87.41.1
TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2 - 88.01.1
TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4 - 88.01.3
TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6 - 88.01.5
TC senza e con contrasto Capo	87.03 - 87.03.1
TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	88.38.2 - 88.38.1
TC senza e con contrasto Bacino	88.38.5
RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2
RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4 - 88.95.5
RMN Muscoloscheletrica	88.94.1 - 88.94.2
RMN Colonna vertebrale	88.93 - 88.93.1
Ecografia Capo e collo	88.71.4
Ecocolordoppler cardiaca	88.72.3
Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73.5
Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77.2
Ecografia Addome	88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1
Ecografia Mammella	88.73.1 - 88.73.2
Ecografia Ostetrica - Ginecologica	88.78 - 88.78.2

(\*) Progressivamente saranno inserite tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali

**TABELLE INDICATIVE ACCESSI PRIORITARI**  
**PRIME VISITE**

DA COMPILARE A CURA DEL MMG

RICHIESTA DI VISITA ENTRO 10 GG RICHIESTA DI VISITA ENTRO 30 GG PRENOTAZIONE GIÀ EFFETTUATA DALLO STUDIO 

DA COMPILARE A CURA DEL CARDIOLOGO

ENTRO 10-30 GG ENTRO 180 GG 

AMBULATORIO 1° SCELTA

AMBULATORIO 2° SCELTA

## SCHEDA INFORMATIVA PER LA RICHIESTA DI VISITA CARDIOLOGICA IN ACCESSO PRIORITARIO

MEDICO CURANTE		TEL
PAZIENTE	Cognome e Nome	
COD FISCALE	TEL	

## ANAMNESI CARDIOLOGICA

## CARDIOPATIA NOTA

ISCHEMICA VALVOLARE ARITMIE MAGGIORI INSUFF. CARDIACA/SCOMPENSO 
 CLASSE NYHA I   
 II   
 III   
 IV 
ALTO RCV DIABETE IPERTENSIONE FUMO DISLIPIDEMIA BPCO IRE ALTRO 

## MOTIVO DELLA RICHIESTA : SINTOMI

DISPNEA RIFERITO DOLORE TORACICO\*\* PALPITAZ/CARDIOPALMO   
ARITMIA SIGNIFICATIVALIPOTIMIA /SINCOPE NESSUNO ALTRO 

## MOTIVO DELLA RICHIESTA : SEGNI

SOFFI CARDIACI ARITMIA EDEMI AAIL TURGORE GIUGULARE 

P.A.

FREQ/MIN

## PRIMA VISITA CARDIOLOGICA

La scheda corretta relativa alla  
Cardiologia verrà inviata  
successivamente perché correlata al  
progetto della Cardiologia  
(Telecardiologia) in atto già da alcuni  
anni



**CHIRURGIA VASCOLARE / FLEBOLOGIA (VISITA)**

	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni cliniche
<b>TIPO U</b>	3 gg	VISITA CON ECODOPPLER ARTERIOSO ARTI INFERIORI: - ischemia critica dell'arto: dolore ischemico a riposo, resistente a terapia con analgesici da almeno due settimane; - Sospetto di Microembolie periferiche (dita blu) VISITA CON ECODOPPLER VENOSO: - Tromboflebite superficiale della coscia - Sospetto Clinico di TVP secondo scala di Wells (*) Altro (10%)
<b>TIPO B</b>	10 gg	VISITA CON ECODOPPLER ARTERIOSO ARTI INFERIORI - Insorgenza improvvisa di Claudicatio Intermittens già nota o "grave peggioramento" VISITA CON ECODOPPLER VENOSO: - Tromboflebite superficiale di gamba PATOLOGIA ADDOMINALE ecc. - obiettività fisica suggestiva per aneurisma dell'aorta addominale o periferico (popliteo, ascellare ecc.)

<b>TIPO D</b>	30 gg	<p>TRONCHI SOVRA ORTICI (TSA):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- reperto di soffio carotideo in paziente neurologicamente asintomatico per disturbi di tipo ischemico cerebrale;</li> <li>- presenza di gradiente pressorio &gt;30 mm Hg tra i due arti superiori;</li> </ul> <p>PATOLOGIA ARTERIOSA ARTI INFERIORI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- claudicatio intermittens con intervallo libero di marcia “invalidante” (indicativamente: inferiore a 100-200 metri in piano) senza recenti peggioramenti</li> </ul> <p>PATOLOGIA VENOSA PERIFERICA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ulcere perimalleolari di qualsiasi origine.</li> <li>- Pazienti con sindrome varicosa per inquadramento terapeutico</li> <li>-</li> </ul> <p>Altro (10%)</p>
<b>TIPO P</b>	Attesa programmata	<p>TRONCHI SOVRA ORTICI (TSA):</p> <p>ecocolor Doppler TSA in pazienti diabetici, coronaropatici sintomatici, nefropatici cronici;</p> <p>Follow up di pazienti già noti</p>

**Altro (10%)** Qualsiasi condizione clinica non prevista che si ritiene giustifichi l'attribuzione a quello specifico raggruppamento

## DERMATOLOGIA (VISITA)

	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
<b>TIPO U</b>	3 gg	<p>Patologie infettive acute (ad es.: impetigine, flemmone)</p> <p>Neoformazioni sanguinanti e/o suppurate (ad es.: melanoma, carcinoma spinocellulare, cisti suppurata, granuloma piogenico)</p> <p>Altro (10%)</p>
<b>TIPO B</b>	10 gg	<p>Patologie eruttive a rapida comparsa (ad es.: psoriasi eruttiva, eczema acuto, pitiriasi rosea);</p> <p>Patologie dolenti infette e non (ad es.: ulcera varicosa grave, unghia incarnita complicata);</p> <p>Altro (10%)</p>
<b>TIPO D</b>	30 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
	Attesa programmata	Altre patologie non acute (ad es.: psoriasi, eczema, micosi, acne, verruche virali, ecc.)

<b>TIPO P</b>		Neoformazioni non sanguinanti (ad es.: carcinoma basocellulare) Patologia vascolare cronica (ad es.: ulcera) Altro (10%) Follow up
---------------	--	---

**Altro (10%)** Qualsiasi condizione clinica non prevista che si ritiene giustifichi l'attribuzione a quello specifico raggruppamento

## ENDOCRINOLOGIA (VISITA)

	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni cliniche
<b>TIPO U</b>	3 gg	tutte le endocrinopatie in gravidanza; Altro (10%)
<b>TIPO B</b>	10 gg	ipo-ipertiroidismo severo all'esordio; oftalmopatia Basedowiana di grado medio-severo; tumefazione tiroidea insorta acutamente; ipercalcemia > 12.5 mg/dl; paziente con neoformazioni ipofisarie in programma per intervento neurochirurgico;

		diabete insipido; Altro (10%)
<b>TIPO D</b>	30 gg	ipertiroidismo non complicato all'esordio; ipotiroidismo non complicato all'esordio; incidentaloma surrenalico; incidentaloma ipofisario; iper-iposurrenalismo all'esordio; Altro (10%)
<b>TIPO P</b>	Attesa programmata	Follow up

**Altro (10%)** Qualsiasi condizione clinica non prevista che si ritiene giustifichi l'attribuzione a quello specifico raggruppamento

## FISIATRIA (VISITA)

	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni cliniche
<b>TIPO U</b>	3 gg	Paralisi faciale, paresi sciatico popliteo esterno in paziente non neurochirurgico, situazioni di patologie respiratorie in cui il supporto riabilitativo migliora la ventilazione
<b>TIPO B</b>	10 gg	esiti di fratture o trauma trattati con gesso o immobilizzazione o chirurgia entro un mese dall'evento indice esiti di chirurgia protesica elettiva complicati entro un mese dall'evento indice esiti di intervento chirurgico ricostruttivo (capsula-tendini-legamenti) esiti di lesione nervosa periferica recente – entro 1 mese dall'evento indice

		esiti di lesione del sistema nervoso centrale entro tre mesi dall' evento indice linfedema post mastectomia a non oltre tre mesi dall' evento indice Altro (10%)
<b>TIPO D</b>	30 gg	Patologia dell' apparato locomotore in presenza di segni ematochimici e/o radiologici di flogosi. Sindromi radicolari acute Sindrome dolorosa regionale complessa Altro ( 10% )
<b>TIPO P</b>	Attesa programmata ( valutazione funzionale )	perdite funzionali recenti in esiti di lesione del sistema extrapiramidale, e di ictus. Altro (10%) Followup

**Altro (10%)** Qualsiasi condizione clinica non prevista che si ritiene giustifichi l'attribuzione a quello specifico raggruppamento

## GINECOLOGIA (VISITA)

	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni cliniche
<b>TIPO U</b>	3 gg	Vaginiti. Dolore pelvico. Perdite ematiche atipiche (soprattutto dopo la menopausa). Altro (10%)

<b>TIPO B</b>	10 gg	Massa pelvica. PAP test “positivo”. Altro (10%)
<b>TIPO D</b>	30 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
<b>TIPO P</b>	Attesa programmata	Follow up

**Altro (10%)** Qualsiasi condizione clinica non prevista che si ritiene giustifichi l'attribuzione a quello specifico raggruppamento

## **GASTROENTEROLOGIA (VISITA)**

	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni cliniche
<b>TIPO U</b>	3 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
<b>TIPO B</b>	10 gg	IBD: malattie infiammatorie croniche (Malattia di Crohn e rettocolite ulcerosa ); nuovo caso IBD ( <b>Endo</b> ); riacutizzazione di IBD;

		ascite: di ndd; anemia significativa (Hb < 10) di sospetta origine gastroenterologica ( <b>Endo</b> )
<b>TIPO D</b>	30 gg	epatopatia cronica (visita epatologica)
<b>TIPO P</b>	Attesa programmata	Follow up

**Endo:** endoscopicamente indagato. In questo caso è da considerarsi già eseguito l'esame endoscopico (colonscopia e/o EGDS)

Altro (10%) : Qualsiasi condizione clinica non prevista che si ritiene giustifichi l'attribuzione a quello specifico raggruppamento

## NEUROLOGIA (VISITA)

	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni cliniche
<b>TIPO U</b>	3 gg	cefalea continuativa, senza altri sintomi, da più di 7 giorni, in soggetto precedentemente asintomatico; cefalea da recente trauma cranico (già indagata con TAC encefalo negativo); recente episodio di perdita di coscienza; sospetti segni e/o sintomi di TIA; ricidiva in sclerosi multipla; Altro (10%)

<b>TIPO B</b>	10 gg	scompenso in trattamento antiparkinsoniano; scompenso in trattamento antiepilettico; deficit motorio periferico di recente insorgenza; paresi periferica del nervo faciale a lenta risoluzione; Altro (10%)
<b>TIPO D</b>	30 gg	sindrome vertiginosa cronica; emicrania accessoriale; Altro (10%)
<b>TIPO P</b>	Attesa programmata	deterioramento mentale; cefalea cronica; Altro (10%) Follow up

**Altro (10%)** Qualsiasi condizione clinica non prevista che si ritiene giustifichi l'attribuzione a quello specifico raggruppamento

## OCULISTICA (VISITA)

	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
<b>TIPO U</b>	3 gg	occhio rosso e dolente; disturbi del visus improvvisi; oculocefalalgie (non diagnosticate); leucocoria, riflesso rosso assente (bambino); Altro (10%)
<b>TIPO B</b>	10 gg	cataratta nel bambino; disturbi oculari in patologie sistemiche; patologie iatrogene;



		sospetti glaucomi; Altro (10%)
<b>TIPO D</b>	30 gg	ulteriore riduzione del visus imprecisata o dubbia; deficit del visus in età scolare (problemi a scuola); Altro (10%)
<b>TIPO P</b>	Attesa programmata	Follow up fundus per diabetici; fundus per ipertesi; glucoma

**Altro (10%)** Qualsiasi condizione clinica non prevista che si ritiene giustifichi l'attribuzione a quello specifico raggruppamento

## ORTOPEDIA ADULTI (VISITA)

	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
<b>TIPO U</b>	3 gg	blocco meccanico grosse articolazioni (spalla, gomito, anca, ginocchio,) con impossibilità di movimento attestato dal medico prescrittore; lombosciatalgie acute con insufficienza rachide + Lasegué vivace + Valsalva positiva; cervicalgie acute con blocco vertebrale; patologia sospetta tumorale non inquadrata (osteomieliti di ndd) versamenti endoarticolari occasionali e che comunque non si inscrivono in patologie croniche Altro (10%)
<b>TIPO B</b>	10 gg	patologie acute di media gravità poco rispondenti al trattamento antalgico (p.es.: epicondiliti, periartriti, patologie reumatiche del polso e della mano);

		versamenti endoarticolari cronici; Altro (10%)
<b>TIPO D</b>	30 gg	tutte le sindromi canalicolari (p.es.: dito a scatto, tunnel carpale ecc.); patologia subacuta; Altro (10%)
<b>TIPO P</b>	Attesa programmata	Controlli post dimissione e altri follow up

**Altro (10%)** Qualsiasi condizione clinica non prevista che si ritiene giustifichi l'attribuzione a quello specifico raggruppamento

**AVVERTENZE** : è opportuno che il paziente inviato allo Specialista ORTOPEDICO sia in possesso dei necessari esami strumentali utili all'atto della visita

## OTORINOLARINGOIATRIA (VISITA)

	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
<b>TIPO U</b>	3 gg	epistassi recidivante nelle ultime 48 ore; ipoacusia insorta improvvisamente con acufeni, vertigini Altro (10%)
<b>TIPO B</b>	10 gg	disfagia e/o disfonia presente da almeno 20 giorni; otalgia resistente alla terapia (adulto); emofte; epistassi recidivanti; tumefazione ghiandola salivare; sindrome vertiginosa;

		Ipertrofia adenotonsillare nel bambino con apnee notturne; Altro (10%)
<b>TIPO D</b>	30 gg	Ipertrofia adenotonsillare nel bambino con importante ostruzione respiratoria alta; Altro (10%)
<b>TIPO P</b>	Attesa programmata	Ipertrofia adenotonsillare; Altro (10%) Follow up

**Altro (10%)** Qualsiasi condizione clinica non prevista che si ritiene giustifichi l'attribuzione a quello specifico raggruppamento raggruppamento

## PNEUMOLOGIA (VISITA

	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
<b>TIPO U</b>	3 gg	Emoftoe recente oppure anche soltanto anamnestica; Rx torace indicativo di lesione sospetta, anche se non evidentemente neoplastica; Dispnea ingravescente; Asma bronchiale riacutizzata; Sospetta TBC; Altro (10%)
<b>TIPO B</b>	10 gg	Dolore toracico (escluso quello acuto, di pertinenza P.S.); Asma bronchiale non controllata sufficientemente dalla terapia; BPCO riacutizzata senza compromissione emogasanalitica; Tosse di ndd; Rivalutazione di Insufficienza Respiratoria Cronica già accertata e documentata;

		Dispnea di nnd (non cardiogena); Altro (10%)
<b>TIPO D</b>	30 gg	Controlli in patologie già studiate e documentate (Asma , BPCO, Insufficienza Respiratoria); Altro (10%)
<b>TIPO P</b>	Attesa programmata	Controlli post dimissione e altri follow-up

**Altro (10%)** Qualsiasi condizione clinica non prevista che si ritiene giustifichi l'attribuzione a quello specifico raggruppamento

## UROLOGIA (VISITA)

	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
<b>TIPO U</b>	3 gg	colica reno-ureterale risolta di prima insorgenza; macroematuria persistente; Altro (10%)
<b>TIPO B</b>	10 gg	macroematuria pregressa; nodulo testicolo, epididimo o pene; polipi o papillomi della vescica; calcolosi ureterale; massa renale accertata ecograficamente; PSA aumentato con relativa ridotta quota del PSA libero; pielo-ureterectasia asintomatica; recente ritenzione acuta d'urina. Altro (10%)
<b>TIPO D</b>	30 gg	colica renale o ureterale già valutate ecograficamente senza stasi urinaria; calcolosi renale; infezione vie urinarie nel maschio; nodulo prostatico; cistiti recidivanti;

		microematuria; PSA aumentato (esclusi casi di Tipo B); controllo K prostata non programmato; emospermia. Altro (10%)
<b>TIPO P</b>	Attesa programmata	varicocele; ipertrofia della prostata; idrocele e cisti del testicolo o epididimo valutate ecograficamente; fimosi semplice; disturbi minzionali; Altro (10%) Controlli post dimissione e altri follow-up

**Altro (10%)**      Qualsiasi condizione clinica non prevista che si ritiene giustifichi l'attribuzione a quello specifico raggruppamento

## TABELLE INDICATIVE ACCESSI PRIORITARI

# PRESTAZIONI STRUMENTALI

## ECOCOLORCARDIOGRAFIA

	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
<b>TIPO U</b>	3 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
<b>TIPO B</b>	10 gg	insufficienza cardiaca non compensata (paziente gestibile a domicilio); soffio cardiaco nel neonato asintomatico; Altro (10%)
<b>TIPO D</b>	60 gg	soffi cardiaci in assenza di sintomi/segni di insufficienza cardiaca;

		Altro (10%)
<b>TIPO P</b>	Attesa programmata	Follow up

**Altro (10%)**      Qualsiasi condizione clinica non prevista che si ritiene giustifichi l'attribuzione a quello specifico raggruppamento.

## ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO

	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
<b>TIPO U</b>	3 gg	Ecocolordoppler dei TSA: soggetti sintomatici con attacchi ischemici transitori (TIA) sindrome vertiginosa con sospetto furto della succlavia; Ecocolordoppler arterioso arti inferiori: pazienti con ischemia critica cronica. Altro (10%)

<b>TIPO B</b>	10 gg	Vertigini dopo aver escluso patologie di pertinenza. sospetto clinico di aneurisma aorta addominale o periferico Ecocolordoppler arterioso periferico: grave PAOD con claudicatio invalidante Altro (10%)
<b>TIPO D</b>	60 gg	Ecocolordoppler dei TSA: soffio cervicale isolato in paziente asintomatico; Ecocolordoppler arterioso periferico: grave PAOD con claudicatio invalidante; Altro (10%)
<b>TIPO P</b>	Attesa programmata	Follow up

**Altro (10%)** Qualsiasi condizione clinica non prevista che si ritiene giustifichi l'attribuzione a quello specifico raggruppamento.

## ECOCOLORDOPPLER VENOSO

	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
<b>TIPO U</b>	3 gg	sospetta TVP e tromboflebite superficiale di coscia
<b>TIPO B</b>	10 gg	Flebite superficiale della gamba non rispondente al trattamento (vedi anche scheda Visita



		CHIRURGIA VASCOLARE / FLEBOLOGIA)
<b>TIPO D</b>	60 gg	sindrome varicosa sintomatica (edemi serotini , ulcere ecc.)
<b>TIPO P</b>	Attesa programmata	Follow up di TVP: controllo a 7 gg. se punteggio di Wells > 1 e prima ecografia negativa

**Altro (10%)** Qualsiasi condizione clinica non prevista che si ritiene giustifichi l'attribuzione a quello specifico raggruppamento.

## ECOGRAFIA MAMMARIA

	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
<b>TIPO U</b>	3 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
<b>TIPO B</b>	10 gg	evidenza clinica di neoplasia in pz. <30 anni; mastite o galattoforite in pz. <30 anni; <sup>1</sup> perdita ematica dal capezzolo in pz. <30 anni; <sup>1</sup> addensamento o forma espansiva clinicamente palpabile in pz. <30 anni;

		addensamento o distorsione sospetta in mammografia; Altro (10%)
<b>TIPO D</b>	60 gg	Sospetto clinico di patologia espansiva benigna (cisti o fibroadenoma) in pazienti che non hanno mai effettuato l'esame (il fibroadenoma accertato diventa RAO E); Altro (10%)
<b>TIPO P</b>	Attesa programmata	Pazienti sottoposte a biopsia con esame istologico negativo; Mastopatia, mastodinia, noduli diffusi in pz. <30 anni; Fibroadenoma già diagnosticato in pz. <30 anni; Formazioni cistiche già accertate e sottoposte a svuotamento; Se sul referto ecografico non è espressamente specificato il periodo di attesa per il controllo, la successiva ecografia va data a due anni dalla precedente in pz. <30 anni; Terapia ormonale in pz. <30 anni (il richiedente deve contattare il servizio di mammografi o diagnostica senologica) Follow up Altro (10%)

**Altro (10%)** Qualsiasi condizione clinica non prevista che si ritiene giustifichi l'attribuzione a quello specifico raggruppamento

## ECOGRAFIA

	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
<b>TIPO U</b>	3 gg	colica reno-ureterale urgente non ancora indagata ecograficamente; colica biliare persistente; sospetto ittero ostruttivo; (Altro 10%)

<b>TIPO B</b>	10 gg	macroematuria non associata ad altre condizioni cliniche; massa addominale; tumefazioni nella regione del collo, delle logge parotidiche (ghiandole salivari) e delle regioni sovraclavari; sospetta ascite; tumefazioni testicolari non dolorose; alterazione significativa dei valori di PSA in pazienti senza patologia prostatica nota; (Altro 10%)
<b>TIPO D</b>	60 gg	infezioni acute urinarie resistenti alla terapia antibiotica e forme ricorrenti; dolori addominali subacuti ricorrenti, solo quando già escluse patologie gastriche o intestinali; neoformazioni palpabili dei tessuti molli clinicamente sospette (esclusa senologia); 1° riscontro di alterazione dei test di funzionalità epatica e/o renale e/o pancreatico; sospetto idrocele o varicocele; ecografia renale nel bambino in pielonefrite acuta (per ricerca dilatazioni o scar); (Altro 10%)
<b>TIPO P</b>	Attesa programmata	ecografia renale di follow up nel neonato (1, 3, 6, 12 mesi) in pielectasie; altri controlli periodici concordati e follow up in patologie già diagnosticate secondo indicazioni linee guida

**Altro (10%)** Qualsiasi condizione clinica non prevista che si ritiene giustifichi l'attribuzione a quello specifico raggruppamento

## ECOGRAFIA OSTETRICO – GINECOLOGICA

	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
<b>TIPO U</b>	3 gg	<b>OSTETRICA:</b> sospetto aborto ritenuto, minaccia di parto prematuro per misurazione collo, sospetta malformazione fetale, dubbio presentazione a termine, per interruzione volontaria di gravidanza, aritmia fetale con scompenso cardiaco, sospetta gravidanza extrauterina, sanguinamenti atipici in gravidanza, IUGR severo con flussi patologici; <b>GINECOLOGICA:</b> masse endopelviche sintomatiche, metrorragia, dolore pelvico di sospetta origine ginecologica, pelvipерitonite;

<b>TIPO B</b>	10 gg	<b>OSTETRICA:</b> sospetto ritardo di crescita fetale, sospetta macrosomia, controllo per minaccia di aborto, sospetto gravidanza gemellare, per ridatazione della gravidanza, ecografia di secondo livello (in ogni caso differenziare l'urgenza; ci sono situazioni in cui l'eco di 2° livello si può programmare per tempo: es. assunzione di farmaci presunti pericolosi); <b>GINECOLOGICA:</b> sanguinamenti in menopausa, localizzazione di IUD; stadiazione se paziente sintomatica
<b>TIPO D</b>	60 gg	<b>OSTETRICA:</b> ecografia di primo livello secondo protocollo ministeriale; <b>GINECOLOGICA:</b> controllo per endometriosi, controlli postintervento, dolore pelvico cronico, sanguinamenti irregolari intermestruali, masse endopelviche asintomatiche;
<b>TIPO P</b>	Attesa programmata	<b>OSTETRICA :</b> controlli programmati; <b>GINECOLOGICA:</b> controlli programmati; controlli endometrio in corso di terapia, se asintomatica (esempio terapia sostitutiva);

**Altro (10%)** Qualsiasi condizione clinica non prevista che si ritiene giustifichi l'attribuzione a quello specifico raggruppamento

## MAMMOGRAFIA

	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
<b>TIPO U</b>	3 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
<b>TIPO B</b>	10 gg	evidenza clinica di neoplasia; sospetta mastite >30 anni perdita ematica dal capezzolo >30 solo dopo ecografia e striscio del secreto su vetrino Addensamento o distorsione sospetta dopo ecografia .
<b>TIPO D</b>	60 gg	Sospetto clinico di patologia espansiva benigna (fibroadenoma) in pazienti che non hanno mai effettuato l'esame (il fibroadenoma accertato diventa RAO E);

		Altro (10%)
<b>TIPO P</b>	Attesa programmata	Mastopatia, mastodinia, noduli diffusi; Richiesta di mammografia per screening con età inf. ai 50 anni e sup. ai 70 anni; Ectasie duttali e papillomi duttali chirurgicamente accertati con es. istologico negativo; Altre condizioni cliniche; Microcalcificazioni con carattere di benignità già accertate; Patologia cistica già sottoposta ad agoaspirazione; Pazienti sottoposte a pregresso intervento chirurgico di nodulectomia con istologia negativa; Accertamenti in pazienti oncologiche con neoplasia primitiva misconosciuta; Se sul referto mammografico non è espressamente specificato il periodo di attesa per il controllo, la successiva mammografia va data a due anni dalla precedente, se paziente asintomatica; Paziente in terapia ormonale, se non aderisce allo screening.(Il Medico richiedente deve contattare il servizio di mammografia o senologia diagnostica ); Follow up

**Altro (10%)** Qualsiasi condizione clinica non prevista che si ritiene giustifichi l'attribuzione a quello specifico raggruppamento

## RM ENCEFALO – CRANIO

	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
<b>TIPO U</b>	3 gg	Processo occupante spazio a livello intracranico (di secondo livello dopo esame TAC);
<b>TIPO B</b>	10 gg	Sclerosi multipla o altre malattie demielinizzanti ( <b>prima diagnosi</b> ) Epilessia ( <b>prima diagnosi</b> ); Idrocefalo (TAC non dirimente); Altro (10%)

<b>TIPO D</b>	60 gg	Morbo di Parkinson ( <b>prima diagnosi</b> ); Controllo in esiti di lesione traumatica con crisi epilettiche; Altro (10%)
<b>TIPO P</b>	Attesa programmata	Follow up in esiti di lesione traumatica (ai fini medico-legali); Follow up di processi occupanti spazio o di esiti di intervento neurochirurgico; Follow up di malattie demielinizzanti pre o post-terapia; Altro (10%)

**Altro (10%)** Qualsiasi condizione clinica non prevista che si ritiene giustifichi l'attribuzione a quello specifico raggruppamento

- Si raccomanda valutazione della funzionalità renale prima della somministrazione di mdc paramagnetico;
- L'utilizzo e.v. del mdc paramagnetico è assolutamente **CONTROINDICATO** in pazienti con insufficienza renale grave (GFR<60 ml/minuto);
- Effettuare la dialisi dopo la RM se il paz è in trattamento dialitico ( I seduta: entro 2 ore; Il seduta entro 24 ore dalla prima)

### RM ADDOME SUPERIORE e/o INFERIORE

	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
<b>TIPO U</b>	3 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
<b>TIPO B</b>	10 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
<b>TIPO D</b>	60 gg	Incidentaloma surrenalico evidenziato ecograficamente.
<b>TIPO P</b>	Attesa programmata (concordata con radiologo)	ADD. INF: Stadiazione locoregionale di neoplasia <b>già accertata</b> istologicamente o citologicamente espansiva nell'ambito di percorso diagnostico terapeutico (neoplasia endometrio, cervice, retto, prostata) successiva ad esame endoscopico e/o prelievo biptico , seguita da TAC per stadiazione a distanza. ADD. SUP: identificazione di lesioni focali epatiche dubbie o sospette, dopo TAC non risolutiva, per pianificazione chirurgica ( <b>preferibilmente mediante utilizzo di mdc epatospecifico</b> ) Lesione renale dubbia all'ecografia e alla TAC (es. angiomiolipoma, o cisti sec. Cleassificazione

		Bosniack II-III), <b><u>in pazienti con funzionalità renale conservata *</u></b> . ADD. SUP e/o COLANGIO RM: Sospetto clinico di patologia litiasica delle vie biliari in paziente itterico o subitterico o con dilatazione delle vie biliari evidenziate all'ecografia; Dolore persistente post-colecistectomia; Valutazione anatomica delle vie biliari e del dotto pancreatico per pianificazione chirurgica;
--	--	---

**Altro (10%)** Qualsiasi condizione clinica non prevista che si ritiene giustifichi l'attribuzione a quello specifico raggruppamento

- **Si raccomanda valutazione della funzionalità renale prima della somministrazione di mdc paramagnetico;**
- **L'utilizzo e.v. del mdc paramagnetico è assolutamente CONTROINDICATO in pazienti con insufficienza renale grave (GFR<60 ml/minuto);**
- **Effettuare la dialisi dopo la RM se il paz è in trattamento dialitico ( I seduta: entro 2 ore; II seduta entro 24 ore dalla prima)**

## **RM MAMMARIA**

	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
<b>TIPO U</b>	3 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
<b>TIPO B</b>	10 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
<b>TIPO D</b>	60 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
<b>TIPO P</b>	Attesa programmata (da concordare con il Radiologo )	Studio di impianti protesi in sospetto clinico di rottura o patologia protesica dopo ecografia positiva o dubbia Valutazione multifocalità o multicentricità in neoplasia già accertata microistologicamente per pianificazione chirurgica

		Valutazione pre e post terapia neoadiuvante in neoplasie localmente avanzate Sospetta CUP Sindrome in paz. Con ecografia e mammografia negativa Valutazione diagnosi differenziale fibrosi cicatriziale/recidiva neoplastica su cicatrice
--	--	---

**Altro (10%)** Qualsiasi condizione clinica non prevista che si ritiene giustifichi l'attribuzione a quello specifico raggruppamento

- **Si raccomanda valutazione della funzionalità renale prima della somministrazione di mdc paramagnetico;**
- **L'utilizzo e.v. del mdc paramagnetico è assolutamente CONTROINDICATO in pazienti con insufficienza renale grave (GFR<60 ml/minuto);**
- **Effettuare la dialisi dopo la RM se il paz è in trattamento dialitico ( I seduta: entro 2 ore; II seduta entro 24 ore dalla prima)**

## RM MUSCOLO SCHELETRICA

	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
<b>TIPO U</b>	3 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
<b>TIPO B</b>	10 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
<b>TIPO D</b>	60 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO



<p><b>TIPO D</b></p>	<p>Attesa programmata (concordata con il Radiologo Da 10 a 60 giorni)</p>	<p>Stadiazione locoregionale di lesione neoplastica muscolo-scheletrica nell'ambito di percorso diagnostico terapeutico (ad esempio: stadiazione locale tumore osseo o muscolare primitivo) associata a studio TC Follow up di lesioni note ESAME RM WHOLE BODY: follow up /valutazione metastasi scheletriche o malattie mieloproliferative (es mieloma). Sospetta osteomielite in fase acuta o riacutizzata Sospetta osteonecrosi non visibile all'indagine RX convenzionale</p>
----------------------	---	--

**Altro (10%)**      Qualsiasi condizione clinica non prevista che si ritiene giustifichi l'attribuzione a quello specifico raggruppamento

## RM COLONNA

	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
<b>TIPO U</b>	3 gg	Mielopatia da sospetto tumore o da sospetta patologia infettiva (es. spondilodiscite)
<b>TIPO B</b>	10 gg	Lombalgia acuta o cronica riacutizzata in paziente di età <40 anni con <b>grave e persistente</b> sintomatologia radicolare (dolore acuto e/o deficit motorio e/o sensitivo clinicamente documentato) in paziente operato di ernia discale; Lombalgia acuta o cronica riacutizzata in paziente di età <40 anni con <b>grave e persistente</b> sintomatologia radicolare (dolore acuto e/o deficit motorio e/o sensitivo clinicamente documentato) dopo 3 settimane di riposo e/o terapia medica senza risultati; Altro (10%)
<b>TIPO D</b>	60 gg	<b>Gravi</b> dolori cervicali, <b>grave cervico-rachialgia</b> con alterazioni degenerative e con evidenza di sofferenza radicolare cervicale; Altro (10%)
<b>TIPO P</b>	Attesa programmata no max	Lombalgia acuta o subacuta o cronica o recidivante con sintomatologia radicolare modesta (dolore non persistente senza deficit motorio) in paziente di età <40 anni; Lombalgia acuta o subacuta o cronica o recidivante isolata in paziente di età <40 anni. Cervicobrachialgia; Intervento per ernia discale già programmato; Follow up Altro (10%)

**Altro (10%)** Qualsiasi condizione clinica non prevista che si ritiene giustifichi l'attribuzione a quello specifico raggruppamento

- Si raccomanda valutazione della funzionalità renale prima della somministrazione di mdc paramagnetico;
- L'utilizzo e.v. del mdc paramagnetico è assolutamente **CONTROINDICATO** in pazienti con insufficienza renale grave (GFR<60 ml/minuto);
- Effettuare la dialisi dopo la RM se il paz è in trattamento dialitico ( I seduta: entro 2 ore; II seduta entro 24 ore dalla prima)

## TAC ADDOME SUPERIORE E/O INFERIORE

	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
<b>TIPO U</b>	3 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
<b>TIPO B</b>	10 gg	<u>UroTC</u> (s/mdc) in sospette coliche renali persistenti con dilatazione della via urinaria escrettrice senza dimostrazione di calcoli ureterali all'ecografia.
<b>TIPO D</b>	60 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
<b>TIPO P</b>	Attesa programmata (concordata con radiologo)	Stadiazione a distanza di lesione espansiva neoplastica certa o sospetta nell'ambito di percorso diagnostico terapeutico per pianificazione terapeutica (es. tumore pancreas, tumore gastrico, tumore intestinale, ecc) Massa palpabile addominale, successiva ad ecografia se quest'ultima non è dirimente. Ittero ostruttivo ecograficamente dimostrato. Identificazione/valutazione di lesione/i focale/i epatiche per valutazione resecabilità e corretta pianificazione terapeutica chirurgica. Lesioni espansive renali solide o cistiche complesse di 1-1.5 cm circa o più grandi per caratterizzarle accuratamente.

**Altro (10%)** Qualsiasi condizione clinica non prevista che si ritiene giustifichi l'attribuzione a quello specifico raggruppamento

- Si raccomanda valutazione della funzionalità renale prima della somministrazione di mdc paramagnetico;
- L'utilizzo e.v. del mdc paramagnetico è assolutamente **CONTROINDICATO** in pazienti con insufficienza renale grave (GFR<60 ml/minuto);
- Effettuare la dialisi dopo la RM se il paz è in trattamento dialitico ( I seduta: entro 2 ore; II seduta entro 24 ore dalla prima)

## TAC ENCEFALO-CRANIO

	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
<b>TIPO U</b>	3 gg	TIA; Processo occupante spazio (RMN in seconda istanza); Sospetto ematoma sottodurale cronico; Altro (10%)
<b>TIPO B</b>	10 gg	Esiti di trauma con tendenza (a distanza di 10 giorni o più dal trauma) a deterioramento neurologico (rallentamento cognitivo, disturbi della parola, movimenti lenti e impacciati con alterazioni dell'equilibrio, sonnolenza); Altro (10%)
<b>TIPO D</b>	60 gg	Cefalea semplice persistente con esame neurologico negativo; Demenza o deterioramento mentale a lenta evoluzione (prima diagnosi) (per escludere ematoma sottodurale cronico o idrocefalo normoteso); Altro (10%)
<b>TIPO P</b>	Attesa programmata	Stadiazione di lesione espansiva nell'ambito di percorso diagnostico terapeutico; Follow up in esiti di TIA; Altro

**Altro (10%)** Qualsiasi condizione clinica non prevista che si ritiene giustifichi l'attribuzione a quello specifico raggruppamento

- Si raccomanda valutazione della funzionalità renale prima della somministrazione di mdc paramagnetico;
- L'utilizzo e.v. del mdc paramagnetico è assolutamente **CONTROINDICATO** in pazienti con insufficienza renale grave (GFR<60 ml/minuto);
- Effettuare la dialisi dopo la RM se il paz è in trattamento dialitico ( I seduta: entro 2 ore; II seduta entro 24 ore dalla prima)

## TAC TORACE

	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
<b>TIPO U</b>	3 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
<b>TIPO B</b>	10 gg	Sospetta lesione maligna pleurica o polmonare o mediastinica
<b>TIPO D</b>	60 gg	Rivalutazione di addensamento parenchimale polmonare o di versamento pleurico dopo terapia medica e controllo RX
<b>TIPO P</b>	Attesa programmata	Stadiazione di lesione espansiva nell'ambito di percorso diagnostico terapeutico. Follow up di neoplasia dopo trattamento

**Altro (10%)** Qualsiasi condizione clinica non prevista che si ritiene giustifichi l'attribuzione a quello specifico raggruppamento

## TAC COLONNA

	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
<b>TIPO U</b>	3 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
<b>TIPO B</b>	10 gg	Lombalgia acuta o cronica riacutizzata in paziente di età >40 anni con <b>grave e persistente</b> sintomatologia radicolare (dolore acuto e/o deficit motorio e/o sensitivo clinicamente documentato) in paziente operato di ernia discale; Lombalgia acuta o cronica riacutizzata in paziente di età >40 anni con <b>grave e persistente</b> sintomatologia radicolare (dolore acuto e/o deficit motorio e/o sensitivo clinicamente documentato) dopo 3 settimane di riposo e/o terapia medica senza risultato; Altro (10%)
<b>TIPO D</b>	60 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
<b>TIPO P</b>	Attesa programmata	Lombalgia acuta o subacuta o cronica o recidivante con sintomatologia radicolare modesta (dolore non persistente senza deficit motorio) in paziente di età >40 anni; Lombalgia acuta o subacuta o cronica o recidivante isolata in paziente di età >40 anni; Altro Intervento per ernia discale già programmato (ove RM non disponibile); Follow up

**Altro (10%)** Qualsiasi condizione clinica non prevista che si ritiene giustifichi l'attribuzione a quello specifico raggruppamento

## **ALTRI ESAMI SPECIALISTICI**

## AUDIOMETRIA

	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
<b>TIPO U</b>	3 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
<b>TIPO B</b>	10 gg	Sospetta ipoacusia, qualora non chiaramente trasmissiva (accompagnata da motivata relazione clinica);
<b>TIPO D</b>	60 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
<b>TIPO P</b>	Attesa programmata	Percorso diagnostico concordato; Follow up



## COLONSCOPIA + ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni cliniche
<b>TIPO U</b>	3 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
<b>TIPO B</b>	10 gg	sanguinamento non compendiatto come “tipo urgente” : rettorragia non grave, diarrea muco-sanguinolenta non infettiva, ematochezia <b>(E-C)</b> ; anemia sideropenica di primo riscontro con Hb < 10 g/dl <b>(E-C)</b> ; “ <i>sintomi d’allarme</i> ”: vomito significativo e persistente, disfagia, odinofagia, calo di peso importante (10% negli ultimi mesi), massa addominale <b>(E-C)</b> ; necessità di escludere lesioni per terapie cardiologiche urgenti <b>(E)</b> ; sospette neoplasie rilevate radiologicamente <b>(E-C)</b> ; Altro (10%)
<b>TIPO D</b>	60 gg	anemia sideropenica cronica, perdite ematiche minori (sputo ematico, emottisi dubbia, tracce ematiche nel pulirsi) <b>(E-C)</b> ; Sindrome dispeptico-dolorosa minore > 45 anni (non già indagata con <b>E</b> ) <b>(E)</b> ; diarrea cronica, stipsi recente o eventi sub-occlusivi; riscontro radiologico di polipi <b>(C)</b> ; Altro (10%)
<b>TIPO P</b>		Altre indicazioni non compendiate nelle precedenti categorie: Screening; controlli di eradicazione varici esofagee e di polipectomie; follow up di: neoplasie, malattie infiammatorie croniche intestinali (Inflammatory Bowel Disease o IBD), Barrett <b>(E-C)</b> ; - sintomatologia tipo colon irritabile (non già indagata con <b>C</b> ) <b>(C)</b> ; - positività test del sangue occulto in asintomatico <b>(C)</b> ; - sindrome dispeptico-dolorosa < 45 anni (nell’attesa eseguire trial terapeutico; l’indagine potrà esser sospesa se vi sarà risposta alla terapia) <b>(E)</b> ; - ricerca di varici esofagee <b>(E)</b> ; - biopsie per sospetta celiachia <b>(E)</b> ; - patologie minori già valutate endoscopicamente <b>(E)</b> ;

## ELETTROMIOGRAFIA

	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
<b>TIPO U</b>	3 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
<b>TIPO B</b>	10 gg	Dolore irradiato all'arto superiore o inferiore con deficit motorio oggettivo, focale, presente da più di 2 settimane, ed insorto da non più di 40 giorni. Altro (10%)
<b>TIPO D</b>	60 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
<b>TIPO P</b>	Attesa programmata	Follow up e prestazione programmata per intervento neurochirurgico

**Altro (10%)**      Qualsiasi condizione clinica non prevista che si ritiene giustifichi l'attribuzione a quello specifico raggruppamento

## HOLTER CARDIACO

	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
<b>TIPO U</b>	3 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
<b>TIPO B</b>	10 gg	Aritmia ipercinetica ventricolare sintomatica in grave cardiopatia organica; Altro (10%)
<b>TIPO D</b>	60 gg	Cardiopalmi extrasistolici in cardiopatia organica; Altro (10%)
<b>TIPO P</b>	Attesa programmata	Cardiopalmi extrasistolici in assenza di cardiopatia; Altre condizioni cliniche Follow up

**Altro (10%)** Qualsiasi condizione clinica non prevista che si ritiene giustifichi l'attribuzione a quello specifico raggruppamento

ACCESSI PRIORITARI “U”

ELENCO TELEFONI SERVIZI

## Azienda Sanitaria Locale n°3 "Genovese"

### P.O. LA COLLETTA

<b>SPECIALITA'</b>	<b>DIRIGENTE MEDICO</b>	<b>TELEFONO</b>	<b>ORARIO</b>
RADIOLOGIA	SEGRETERIA	010/8498593	dalle 12,00 alle 13,00
	ECOGRAFIA -	010/8498593	dalle 12,00 alle 13,00
	RMN -	010/8498593	dalle 12,00 alle 13,00
CARDIOLOGIA	PROVE DA SFORZO	010/8498548	dalle 8,00 alle 14,00
	ECOCARDIOGRAFIA -	010/8498549	dalle 8,30 alle 13,30
	AMB. SCOMPENSO	010/8498066	dalle 8,30 alle 15,00
PNEUMOLOGIA	SPIROMETRIA -	010/8498083	dalle 9,00 alle 15,00

## P.O. GALLINO

SPECIALITA'	DIRIGENTE MEDICO	TELEFONO	ORARIO
CHIRURGIA VASCOLARE	DR.DESILVA	010/8499710	ML 13,00-14,20
CHIRURGIA SENOLOGICA	DR.MUNICINO'	010/8499798	ML. 13,30-14,30
CHIRURGIA ONCOLOGICA	DR.CIFERRI	010/8499715 - 8498821	MA.13,30-15,00
ONCOLOGIA	DR.COIALBU	0108499704 - 010/8498820	L.V. 11,00-13,00
DIABETOLOGIA	DR.ALACEVICH-DR.BEVEVINO	010/8499712	L.G. 09,30-13,00 M.09,00- 13,00
UROLOGIA	DR.BOZZO - DR.MALCANGI - DR. PITTALUGA	010/8499702	ML. alterni 08,00-13,30
EEG	EQUIPE INFERMIERISTICA	010/8499729	M.ML.G.V.09,30-16,30
GINECOLOGIA	DR. RAGNINI	010/8499702	G.08,00/13,00
ORL	EQUIPE ORL - DR.SCASSO	010/8499709	ML. 08,00-13,00
OCULISTICA	DR.BOCCA - DR. LAGOMARSINO	010/8499709	MA.G.08,00-13,00 ML.14,00- 18,00
DERMATOLOGIA	DR. MORENO	010/8499709	M.(sala operatoria) 14,00- 17,30 V. 08,30-12,30
AMB. DIABETOLOGIA	EQUIPE INFERMIERISTICA	010/8499710	M. 09,00-10,30
ENDOSCOPIA DIGESTIVA	DR. BIAGINI - DR.D'ADDAZIO	010/8499742	L. V. 08,00 -15,00
RADIOLOGIA	SEGRETERIA	010/8499722	
	TAC	010/8499793	
	ECO	010/8499793	
	DIAGNOSTICA	010/8499727	
	REF. MEDICI	010/8499706	
	DR.CASERZA	010/8499728	
CARDIOLOGIA	SEGRETERIA	010/8499239	
	ECOCARDIO	010/8499204	
	HOLTER	010/8498828	
	PACE MAKER	010/8498829	
	VISITE	010/8499768	
	PROVE DA SFORZO	010/8499785	

## P.A. MICONE

SPECIALITA'	DIRIGENTE MEDICO	TELEFONO	ORARIO
NEUROLOGIA	SEGRETERIA	010/8498359	
CARDIOLOGIA		010/8498401	
ORL		010/8498315 – 010/8498319	fino alle ore 20
RADIOLOGIA	SEGRETERIA	010/8498400	da L. a V. 12,00-14,00
	TAC	010/8498448	
	RM	010/8498200	
	ECO	010/8498262	
	MAMMOGRAFIE	010/8498259	
GASTROENTEROLOGIA	SALA INFERMIERI	010/8498427 – 010/8498358	L.ML.G.V fino alle 15,00
OCULISTICA	PS CAPOSALA	010/8498320	da L. a V. entro le 14,00
	PS MEDICO GUARDIA	010/8491	festivi e pomeriggio fino alle 20,00

## P.O. VILLA SCASSI

<b>SPECIALITA'</b>	<b>DIRIGENTE MEDICO</b>	<b>TELEFONO</b>
CARDIOLOGIA		010/8492351
CHIRURGIA VASCOLARE		010/8492379
ENDOCRINOLOGIA		3292605401
NEUROLOGIA		010/8492633
OCULISTICA		010/8492905
ORTOPEDIA		010/8492493
GINECOLOGIA		010/8492495
ORL		010/8492599
DERMATOLOGIA		010/8492293
PNEUMOLOGIA		010/8492383
TAC CAPO		010/8492650
RMN CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO		010/8492658
RMN COLONNA VERTEBRALE		010/8492658
ECO CAPO E COLLO		010/8492642
ECO ADDOME		010/8492642
ECOCOLORDOPPLER TSA		010/8492379
ECOGRAFIA OSTETRICO- GINECOLOGICA		010/8492495



## Ente Ospedaliero Galliera

VISITE SPECIALISTICHE						
Prestazione	Codice Nomenclatore	Livelli priorità erogati				Modalità di espletamento di prestazioni Urgenti (U): 1) posti definiti a CUP; 2) contatto diretto con MMG - recapito telefonico
		U	B	D	P	
Visita cardiologica (con ECG)	89.71J		B			LIVELLO DI PRIORITÀ U NON PREVISTO - ASSICURATO LIVELLO DIFFERIBILE (A) - 1 AL GIORNO – TELEFONO SEGRETERIA 010 5634170 DA LUN-VEN DALLE 8.30-12.00
Visita chirurgia vascolare	89.71J	U	B	D	P	2) TELEFONARE AL 010 563 4946 dalle 08.00 alle 20.00 (chiedere del medico di guardia in reparto per accordi diretti)
Visita endocrinologica	89.71J	U	B	D	P	2) Contattare il/i seguente/i numeri telefonici: 010 5634302 dalle 12.00 alle 13.00
Visita neurologica	89.71J	U	B	D	P	2) Telefonare allo 010 563 4591/90 (segreteria ambulatorio) Lun-Ven dalle 08.30 alle 13.30
Visita oculistica	89.71J	U	B	D	P	1) posti a CUP per urgenze – Ambulatori contattabili per necessità particolari allo 010 563 4641/4642 Lun-Ven dalle 08.30 alle 13.00
Visita ortopedica	89.71J	U	B	D	P	2)Telefonare allo 010/5634681- Ambulatorio di Ortopedia e Traumatologia- Lun.-Ven. dalle ore 08.00 alle ore 12.00
Visita ginecologica	89.71J	U	B	D	P	1) posti a CUP per urgenze
Visita otorinolaringoiatrica	89.71J	U	B	D	P	1) posti a CUP per urgenze - per casi particolari contatto telefonico: 0105634721 da LUN-VEN dalle ore 08.00 alle 12.30
Visita urologica	89.71J	U	B	D	P	2) Telefonare allo 010 5632984 da LUN-VEN dalle ore 08.30 alle 12.30
Visita dermatologica	89.71J	U	B	D	P	1) posti a CUP per urgenze
Visita fisiatrica	89.71J		B	D	P	LIVELLO DI PRIORITÀ U NON PREVISTO Per casi particolari: 0105634854 (dr. Vallone) - 0105634551 (dott.ssa Giorgini) - orari disponibilità: dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 9.30
Visita gastroenterologica	89.71J		B	D	P	LIVELLO DI PRIORITÀ U NON PREVISTO

Visita gastroenterologica ambulatorio di EPATOLOGIA	89.71J			<b>D</b>	<b>LIVELLO DI PRIORITÀ U NON PREVISTO</b>
Visita gastroenterologica ambulatorio di CELIACHIA	89.71J			<b>D</b>	<b>LIVELLO DI PRIORITÀ U NON PREVISTO</b>

<b>PRESTAZIONI STRUMENTALI - Diagnostica per immagini</b>						
<b>Struttura erogante Prestazione</b>	<b>Codice Nomenclatore</b>	<b>Livelli priorità erogati</b>				Modalità di espletamento di prestazioni Urgenti (U): 1) posti definiti a CUP 2) contatto diretto con MMG - recapito telefonico
		<b>U</b>	<b>B</b>	<b>D</b>	<b>P</b>	
Ecocolocardiografia	88.72.3					<b>Non disponibili posti U per esterni ma solo per PS.</b>
Ecocolordoppler arterioso TSA e Periferico (Ch. Vascolare)	89.13.05	<b>U</b>	<b>B</b>	<b>D</b>	<b>P</b>	<b>1) posti a CUP per urgenze</b>
Ecocolordoppler arterioso TSA (SC Neurologia)	89.13.05		<b>B</b>	<b>D</b>	<b>P</b>	<b>2) Telefonare allo 010 563 4591/90 (segreteria ambulatorio) Lun-Ven dalle 08.30 alle 13.30</b>
Ecocolordoppler venoso (Ch. Vascolare)	89.17.02	<b>U</b>	<b>B</b>	<b>D</b>	<b>P</b>	<b>1) posti a CUP per urgenze</b>
Ecografia addome	88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1		<b>B</b>	<b>D</b>	<b>P</b>	<b>2) Per urgenze inviare i pazienti direttamente presso la Segreteria/Acettazione della Radiodiagnostica o tel. al 0105634806/4801 dal Lun-Ven dalle 7.30-15.00</b>
Ecografia Ginecologica	88.78 - 88.78.2		<b>B</b>	<b>D</b>	<b>P</b>	<b>1) posti a CUP per urgenze</b>
RM Cervello e tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2	<b>U</b>	<b>B</b>	<b>D</b>	<b>P</b>	<b>1) posti a CUP per urgenze</b> <b>Per Urgenze preferibilmente contattare i seguenti numeri telefonici: 0105634622 (TC) - 0105634626 (segreteria) Lun-Ven dalle 8.00 alle 13.00</b>
RM addome				<b>D</b>	<b>P</b>	<b>LIVELLO DI PRIORITÀ U NON PREVISTO</b> <b>per altre prenotazioni inviare i pazienti direttamente presso la Segreteria/Acettazione della Radiodiagnostica o tel. al 0105634806/4801 dal Lun-Ven dalle 7.30-15.00</b>
RM Mammaria					<b>P</b>	<b>LIVELLO DI PRIORITÀ U NON PREVISTO</b> <b>per altre prenotazioni inviare i pazienti direttamente presso la Segreteria/Acettazione della Radiodiagnostica o tel. al 0105634806/4801 dal Lun-Ven dalle 7.30-15.00</b>

<b>PRESTAZIONI STRUMENTALI - Diagnostica per immagini</b>						
<b>Struttura erogante Prestazione</b>	<b>Codice Nomenclatore</b>	<b>Livelli priorità erogati</b>				Modalità di espletamento di prestazioni Urgenti (U): 1) posti definiti a CUP 2) contatto diretto con MMG - recapito telefonico
		<b>U</b>	<b>B</b>	<b>D</b>	<b>P</b>	
RM Muscoloscheletrica	88.94.1 – 88.94.2				<b>P</b>	<b>LIVELLO DI PRIORITÀ U NON PREVISTO</b> per altre prenotazioni inviare i pazienti direttamente presso la Segreteria/Acettazione della Radiodiagnostica o tel. al 0105634806/4801 dal Lun-Ven dalle 7.30-15.00
RM Colonna vertebrale	88.93 – 88.93.1	<b>U</b>	<b>B</b>	<b>D</b>	<b>P</b>	1) posti a CUP per urgenze Per Urgenze contattare preferibilmente contattare i seguenti numeri telefonici: 0105634622 (TC) - 0105634626 (segreteria) Lun-Ven dalle 8.00 alle 13.00
TC senza e con contrasto Addome superiore TC senza e con contrasto Addome inferiore TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.2 – 88.01.1 88.01.4 – 88.01.3 88.01.6 – 88.01.5		<b>B</b>		<b>P</b>	<b>LIVELLO DI PRIORITÀ U NON PREVISTO</b> per altre prenotazioni inviare i pazienti direttamente presso la Segreteria/Acettazione della Radiodiagnostica o tel. al 0105634806/4801 dal Lun-Ven dalle 7.30-15.00
TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale - colonna	88.38.2 – 88.38.1		<b>B</b>	<b>D</b>	<b>P</b>	Per eventuali casi particolari, contattare i seguenti numeri telefonici: 0105634622 (TC) - 0105634626 (segreteria) Lun-Ven dalle 8.00 alle 13.00
TC senza e con contrasto Capo	87.03 – 87.03.1	<b>U</b>	<b>B</b>	<b>D</b>	<b>P</b>	1) posti a CUP per urgenze preferibilmente contattare comunque i seguenti numeri telefonici: 0105634622 (TC) - 0105634626 (segreteria) Lun-Ven dalle 8.00 alle 13.00
TC senza e con contrasto Torace	87.41 - 87.41.1		<b>B</b>	<b>D</b>	<b>P</b>	<b>LIVELLO DI PRIORITÀ U NON PREVISTO</b> per altre prenotazioni inviare i pazienti direttamente presso la Segreteria/Acettazione della Radiodiagnostica o tel. al 0105634806/4801 dal Lun-Ven dalle 7.30-15.00

**ALTRI ESAMI SPECIALISTICI**

Struttura erogante Prestazione	Codice Nomenclatore	Livelli priorità erogati				Modalità di espletamento di prestazioni Urgenti (U): 1) posti definiti a CUP 2) contatto diretto con MMG - recapito telefonico
		U	B	D	P	
audiometria	95.41.1			D	P	LIVELLO DI PRIORITÀ U NON PREVISTO
colonscopia	45.23 – 45.25 – 45.42		B	D	(P)	LIVELLO DI PRIORITÀ U NON PREVISTO (P) solo per prescrittori interni
esofagogastroduodenoscopia	45.13 – 45.36		B	D	(P)	LIVELLO DI PRIORITÀ U NON PREVISTO (P) solo per prescrittori interni
elettromiografia	93.08.1		B	D	P	LIVELLO DI PRIORITÀ U NON PREVISTO
elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50		B		D	Agende vincolate a prescrizione specialistica (cardiologi interni o esterni) contattare SEGRETERIA 010 5634170 DA LUN- VEN DALLE 8.30-12.00
elettrocardiogramma da sforzo	89.41 – 89.43		B		D	

# Ente Ospedaliero Evangelico

## SEDE VOLTRI

Per la maggior parte degli ambulatori del presidio di Voltri è stato riportato il telefono della piastra ambulatoriale presente in tale sede

tipo di prestazione	Unità erogante	telefono
Visita angiologica	Chirurgia Generale Day Surgery	0106449847-9999
Visita chirurgica	Chirurgia Generale Day Surgery	0106449847-9999
chirurgia vascolare	Amb Chir. Vasc.Day Surgery	0106449847-9999
Visita endocrinologia	Allergologia	0106449847-9999
Visite ortopedica	Ortopedia	0106449847-9999
Visite ortopediche spalla	Ortopedia	0106449847-9999
Visita ginecologica	Ostetricia e Ginecologia	0106449811
Ecografia reni	Neonatologia	0106449986
Ecografia	Radiologia	0106449888
Mammografia	Radiologia	0106449909
TAC con/senza mdc	Radiologia	0106449888
Visite dermatologiche	Dermatologia	0106449847-9999
Visite otorinolaringoiatriche	Otorinolaringologia	0106449847-9999
Visite urologiche	Urologia	0106449847-9999
Visite oncologiche		0106449847-9999
Elettroencefalogramma	Amb. Eeg	0106449847-9999
Elettromiografia	Neurologia	0106449847-9999
Visite neurologiche	Neurologia	0106449847-9999
tipo di prestazione	Unità erogante	telefono
ECG Holter	Cardiologia	0106449847-9999
Visita cardiologica ecg	Cardiologia	0106449847-9999
Ecocardiogramma	Cardiologia	0106449847-9999
Colonscopia	Amb. Endoscopia digestiva	0106449847-9999
Gastroscopia	Amb. Endoscopia digestiva	0106449847-9999

# SEDE CASTELLETTO

tipo di prestazione	Unità erogante	lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì	sabato	telefono	orario
Visita chirurgica	Chirurgia Generale	10,00-12,15 14,30-17,00	10,00-12,45	10,00-12,15	10,00-12,45	10,00-11,30		0105522221	dal lunedì al venerdì al mattino
Eco-doppler	Chirurgia Generale	8,30-12,30			8,30-12,30	8,30-12,30		0105522221	dal lunedì al venerdì al mattino
Visita endocrinologica	Endocrinologia					15,00-18,00	9,00-12,00	0105522280	venerdì pomeriggio e sabato mattina
Visita dermatologica	Dermatologia	9,00-12,30				13,00-17,30		0105522381- 382	dal lunedì al venerdì al pomeriggio
Visite ortopediche caviglia-piede	Ortopedia	15,00-17,45						0105522248	dal lunedì al venerdì al pomeriggio
Visite ortopediche mano	Ortopedia		14,00-15,30					0105522248	dal lunedì al venerdì al pomeriggio
Visite ortopediche spalla	Ortopedia			15,00-17,15				0105522248	dal lunedì al venerdì al pomeriggio
Visite ortopediche ginocchio	Ortopedia				15,00-17,00			0105522248	dal lunedì al venerdì al pomeriggio
Visite ortopediche ginocchio-anca	Ortopedia					14,50-16,30		0105522248	dal lunedì al venerdì al pomeriggio
Ecografia ostetrica	Ostetricia e Ginecologia	9,00-13,30	9,00-13,00	14,30-18,00	9,00-13,30			0106449811	dal lunedì al venerdì anche di pomeriggio
Ecografia addome-tiroide-testicolare	Radiologia		10,00-11,00			10,00-12,40		105522295	dal lunedì al venerdì al mattino
Ecografia mammaria	Radiologia	10,00-12,15	11,00-12,15					105522295	dal lunedì al venerdì al mattino
Ecografia tronchi sovraortici	Radiologia	12,20-13,00	12,40-13,00					105522295	dal lunedì al venerdì al mattino
Ecografia transvaginale-transrettale	Radiologia		13,00-13,40			12,40-13,00		105522295	dal lunedì al venerdì al mattino
RM spalla-bacino	Radiologia	8,00-10,30		8,00-10,30		8,00-10,30		0105522231	dal lunedì al venerdì al mattino
RM colonna lombosacrale	Radiologia		8,00-10,30			8,00-10,30		0105522231	dal lunedì al venerdì al mattino
RM bacino-spalla senza mdc	Radiologia	14,30-18,30	16,00-18,30	15,00-18,30	14,30-18,30			0105522231	dal lunedì al venerdì al mattino
RM colonna lombosacrale	Radiologia		14,00-16,00	14,30-15,00	14,00-14,30			0105522231	dal lunedì al venerdì al mattino
ECG dinamico Holter	Medicina	8,00-9,50	8,00-9,50	8,00-9,50	8,00-9,50	8,00-9,50		0105522251	dal lunedì al venerdì al mattino
Visita cardiologica ecg	Medicina	8,30-12,30	8,30-12,30	8,30-12,30	8,30-12,30	8,30-12,30		0105522251	dal lunedì al venerdì al mattino
Ecocardiogramma	Medicina	9,00-10,20 14,00-15,00	14,00-15,00	9,00-10,20	9,00-10,20	14,00-15,00		0105522251	dal lunedì al venerdì al mattino

tipo di prestazione	Unità erogante	lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì	sabato	telefono	orario
Visita gastroenterologica	Medicina		14,00-15,00					0105522234	dal lunedì al venerdì al mattino
Colon-rettosopia	Medicina	9,30-12,00	9,30-12,00	9,30-12,00	9,30-12,00	9,30-12,00		0105522234	dal lunedì al venerdì al mattino
Gastroscopia	Medicina	8,00-9,30	8,00-9,30	8,00-9,30	8,00-9,30	8,00-9,30		0105522234	dal lunedì al venerdì al mattino
Visita neurologica	Medicina	9,00-13,00 14,00-15,00	14,00-16,30	9,00-13,00 14,00-15,00	9,00-13,00 14,00-15,00	9,00-13,00 14,00-15,00		0105522230	dal lunedì al venerdì al mattino
Visite Oculistiche Generali	Oculistica	8,30-10,20		8,20-10,20	8,20-10,00			0105522332	dal lunedì al venerdì al mattino
riapertura TAC con e senza mdc	Radiologia							0105522231	dal lunedì al venerdì al mattino

**MODULISTICA PER TAC e RMN**  
(SCARICABILE DAL SITO AZIENDALE)



# TAC



DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI  
Direttore Dottoressa Nicoletta GANDOLFO

## MODULO DI RICHIESTA PER ESAMI TC con o senza MDC

COGNOME _____	NOME _____
NATO A _____	IL _____
REPARTO DI DEGENZA : _____	
AMBULATORIALE : _____ MEDICO RICHIEDENTE _____	

Il giorno dell'esame il paziente deve presentarsi a digiuno da 6-8 ore per cibi solidi e 2 ore per liquidi.  
E' assolutamente necessario portare tutti gli esami precedenti: RX, ecografie, TC, RM ed eventuali cartelle cliniche.

E' necessario da parte del prescrivente fornire un quesito clinico dettagliato, corredato da notizie clinico-anamnestiche, al fine di consentire allo specialista radiologo di rispondere in maniera idonea al quesito diagnostico.

Indagine richiesta
Scopo dell'esame
Precedenti clinici di interesse (interventi chirurgici e altre notizie)

### AL MEDICO PRESCRITTORE:

Precedenti anamnestici di allergia	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	a mezzi di contrasto iodati NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Storia allergica trattata con farmaci	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	
Storia di asma	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	
Iperteroidismo	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	
Cardiopatia	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	
Diabete Mellito	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	
Insufficienza renale	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	
Iperensione arteriosa	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	
Insufficienza epatica	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	



DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI  
Direttore Dottoressa Nicoletta GANDOLFO

Valore Creatinina \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ (se non posseduta è obbligatorio eseguirla prima dell'esame TC)

In caso di valori di Creatinina superiori contattare il Servizio di Radiologia per ulteriori informazioni e, appurata la necessità di eseguire l'indagine con Mdc iodato, prendere accordi per attuare il protocollo per la prevenzione della nefropatia d Mdc.

In caso di terapia farmacologia con Metformina, è INDISPENSABILE sospendere il farmaco 48 ore prima e dopo l'esecuzione dell'esame con mdc, per la prevenzione della nefropatia da Mdc.

In caso di terapia farmacologia con interleukina 2, aminoglicosidi, beta-bloccanti, specificare quale:

\_\_\_\_\_

Firma e timbro del Medico richiedente

Data \_\_\_\_\_

### SPAZIO RISERVATO ALLA STRUTTURA COMPLESSA DI RADIOLOGIA

#### Consenso informato

Informato dell'indicazione clinica, delle modalità esecutive e delle eventuali complicanze connesse con l'esecuzione dell'esame richiesto e con la somministrazione del mezzo di contrasto, dichiaro di acconsentire allo svolgimento dell'indagine con mezzo di contrasto.

Data \_\_\_\_\_ Firma del paziente \_\_\_\_\_

Præo atto delle informazioni assunte direttamente dal paziente e dei dati clinico-anamnestici raccolti dal Medico Curante/Prescrivente, del quesito e dell'indagine proposta, si ritiene:

- di procedere all'esame:.....
- di NON procedere all'esame:.....
- di sostituire l'esame proposto con altra indagine:.....

NOTE .....

Firma e timbro del Medico Radiologo

Data \_\_\_\_\_

# RMN



DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI  
Direttore Dott.ssa Nicoletta GANDOLFO

## MODULO DI RICHIESTA DI ESAME RISONANZA MAGNETICA

COGNOME _____ NOME _____
NATO A _____ IL _____
DISTRETTO DA ESAMINARE _____
RELAZIONE CLINICA INDICANDO LE EVENTUALI PATOLOGIE DI RILEVO E PRECISO QUESITO CLINICO: _____ _____

**PORTARE SEMPRE ESAMI PRECEDENTI RELATIVI AL QUESITO DIAGNOSTICO :  
RX , ETG, TAC, RMN, ALTRO**

### CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM NON POSSONO EFFETTUARE L'ESAME

I Pazienti portatori di:

1. pace-maker cardiaco;
2. protesi valvolari cardiache metalliche non RM-compatibili;
3. schegge metalliche intra-oculari o in adiacenza di strutture vascolari.

Inoltre non possono effettuare l'esame le pazienti nel primo trimestre di gravidanza. A partire dal secondo trimestre il Medico Radiologo potrà valutare, a seguito di accordo con il Medico Richiedente la prestazione, la possibilità di effettuazione dell'esame.

### CONTROINDICAZIONI RELATIVE ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

POSSONO EFFETTUARE L'ESAME SOLO SE VIENE PRODOTTA CERTIFICAZIONE DI MAGNETO-COMPATIBILITA' DEL MATERIALE METALLICO UTILIZZATO (TALE DICHIARAZIONE DEVE ESSERE IN FORMA SCRITTA E FIRMATA DAL MEDICO DELLA STRUTTURA OVE E' STATO EFFETTUATO L'INTERVENTO)

I Pazienti portatori di:

1. protesi, placche, viti metalliche da interventi ortopedici;
2. clip; e punti metallici da interventi toracici e/o addominali;
3. clip; metalliche e stent vascolari;
4. altro materiale metallico derivante da interventi chirurgici o incidenti;
5. protesi al cristallino (intervento di cataratta)

Inoltre i pazienti portatori di tatuaggi e lenti a contatto devono informare il personale tecnico prima dell'esecuzione dell'esame.

Su base clinica ed anamnestica emergono situazioni riferibili a:

-Comprovato rischio allergico	SI (specificare _____)	NO
-Allergie ai metalli (es. nichel)	SI	NO
-Insufficienza renale	SI (dosaggio creatinemia)	NO
-Grave insufficienza epatica	SI	NO

### AD ESCLUSIONE DELLE RISONANZE ARTICOLARI

A giudizio del medico esaminatore potrà essere necessario somministrare per via endovenosa sostanze paramagnetiche perché si possa ottenere il migliore risultato diagnostico nel qual caso il Paziente dovrà essere a digiuno.

Firma e timbro del Medico Richiedente/Curante

In caso di disdetta chiamare il numero Verde CUP 3 giorni prima 800098543

