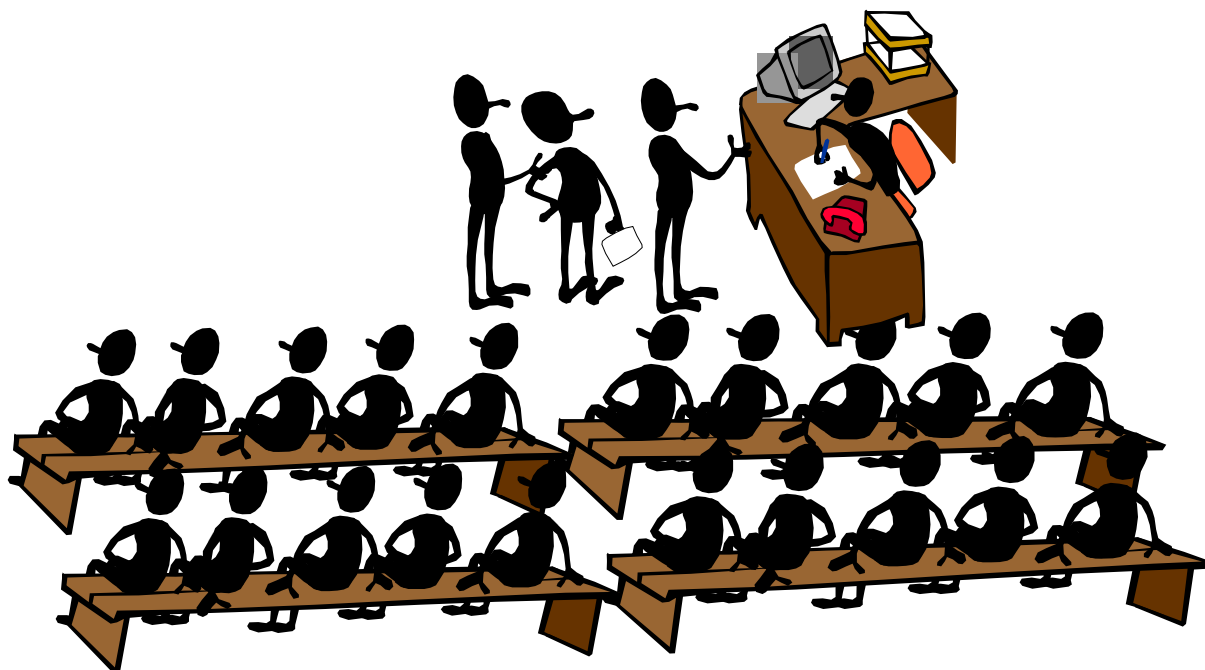


# PRESTAZIONI AMBULATORIALI



## ■ DEFINIZIONE DI PRIMO ACCESSO / PRIMO ESAME

E' l'accesso in cui il problema attuale del paziente viene affrontato per la prima volta e per il quale viene formulato un preciso quesito diagnostico, accompagnato dall'esplicita dizione di **"primo accesso"**. Possono anche essere considerati primi accessi quelli effettuati da pazienti noti, affetti da malattie croniche, che presentino una fase di riacutizzazione o l'insorgenza di un nuovo problema, non necessariamente correlato con la patologia cronica, tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva e/o una revisione sostanziale della terapia (si dovrà in questo caso indicare sulla ricetta "primo accesso").

LA PRENOTAZIONE VIENE EFFETTUATA SULL'AGENDA DI "PRIMO ACCESSO" SE:

1. **È SPECIFICATO** sull'impegnativa che si tratta di una **PRIMA VISITA O PRIMO ACCESSO**
2. **OPPURE È SPECIFICATO** il **PROBLEMA CLINICO** o il **SOSPETTO DIAGNOSTICO** senza ulteriori specificazioni (es. visita oculistica per sospetto glaucoma – primo accesso)
3. **OPPURE È SPECIFICATA** l'indicazione dell'**AREA DI RISCHIO** (come individuato nella DGR n. 2828 - AREA ONCOLOGICA, CARDIOVA-

SCOLARE – MATERNO INFANTILE – GERIATRICA per pazienti che abbiano compiuto i 75 anni)

4. **OPPURE** la prescrizione rientri fra quelle previste in **CLASSE DI PRIORITÀ "A" / "B"** (vedasi scheda [classi di priorità](#))

I primi accessi / prime visite devono essere erogati in un tempo massimo previsto dalla [tabella allegata](#) .

Per le prestazioni non esplicitate nella tabella il tempo di norma deve essere pari a

- 30 giorni per le prime visite
- 60 giorni per i primi esami strumentali

Per i casi che rientrano nelle suddette **aree di rischio** appositamente definite (vedasi [tabella allegata](#))

- le visite dovranno essere erogate entro 16 giorni
- gli esami strumentali dovranno essere erogati entro 40 giorni.

## ■ **DEFINIZIONE DI VISITA o ESAME DI CONTROLLO , FOLLOW UP, o "CLASSE C"**

Per visita/esame di controllo/follow up/classe C si intendono:

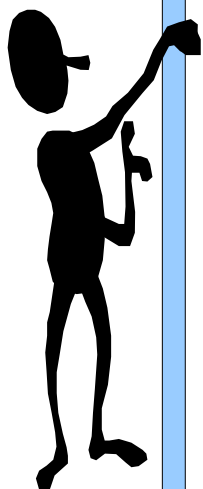
- ◆ Le visite o accertamenti diagnostici strumentali successivi ad un inquadramento diagnostico già concluso che ha definito il caso ed eventualmente già impostato una prima terapia; si tratta di **PRESTAZIONI FINALIZZATE AD ESEMPIO A: SEGUIRE NEL TEMPO L'EVOLUZIONE DI PATOLOGIE CRONICHE, VALUTARE A 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 necessitano di approfondimento)
- ◆ **TUTTE** le prestazioni prescritte con l'indicazione del **CODICE DI ESENZIONE PER PATOLOGIA** sulla ricetta

◆ **TUTTE** le prestazioni per cui **NON SIA PRESENTE IL QUESITO DIAGNOSTICO.**

Tali prestazioni possono essere programmate e di conseguenza erogate in un maggiore arco di tempo, di norma entro **180 GIORNI** e comunque nei tempi eventualmente indicati sulla prescrizione, in quanto lo stesso non va ad influenzare la prognosi ed il corretto svolgimento dell'iter terapeutico.

■ **PRESTAZIONI URGENTI DIFFERIBILI**

I medici di famiglia e i pediatri, qualora ravvisino un caso di urgenza, possono richiedere che la prestazione sia garantita **ENTRO 72 ORE** dalla prenotazione mediante l'applicazione del **"BOLLINO VERDE"** come già avviene da alcuni anni.



**QUALORA IL TEMPO DI ATTESA PREVISTO PER UNA PRESTAZIONE NON SIA RISPETTATO LA STRUTTURA EROGATRICE SI IMPEGNA, SU RICHIESTA DEL PAZIENTE, AD EROGARE LA PRESTAZIONE STESSA IN REGIME LIBERO PROFESSIONALE, FACENDOSI CARICO DELL'INTERA TARIFFA, FATTO SALVO L'EVENTUALE TICKET CHE RISULTA A CARICO DEL PAZIENTE**