



**Regione Siciliana**  
**Assessorato della Salute**  
**Dipartimento per le Attività Sanitarie**  
**e Osservatorio Epidemiologico**  
**Servizio 8**  
**“Qualità, Governo clinico e Sicurezza dei pazienti”**

**RAGGRUPPAMENTI DI ATTESA OMOGENEI (RAO)**

**GASTROENTEROLOGIA**



## **GRUPPO DI LAVORO**

Prof. Antonio Craxi  
Direttore UOC di  
Gastroenterologia ed Epatologia  
AOU Policlinico "P.Giaccone"

Dott. Roberto Di Mitri  
Presidente regionale SIED

Dott. Walter Fries  
Presidente regionale SIGE

Dott. Gianni Gatto  
Presidente regionale AIGO

Dott. Giuseppe Milazzo  
Presidente nazionale AIGO

Dott. Luigi Montalbano  
Consigliere nazionale AIGO

Il documento è stato realizzato con il contributo del Dott. Giuliano Mariotti (AGENAS) e del Dott. Salvatore Brugaletta (Direttore Generale ASP Siracusa)

Hanno collaborato al processo di condivisione i referenti regionali

Dott. Piero Biondo (SNAMI), Dott. Fabio Campo (FIMP), Dott. Francesco Paolo Carollo (ASSIMEFAC), Dott. Luigi Galvano (FIMMG), Prof. Domenico Grimaldi (FIMMG), Dott.ssa Rosalba Muratori (SMI), Dott. Luigi Orlando (SNAMID), Dott. Luigi Spicola (SIMG)

## Sommario

<b>1. PREMESSA.....</b>	<b>4</b>
<b>2. ASPETTI GENERALI.....</b>	<b>6</b>
<b>3. ASPETTI CLINICI .....</b>	<b>6</b>
<b>4. CONSIDERAZIONI ENDOSCOPICHE .....</b>	<b>8</b>
<b>5. ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA - RAO.....</b>	<b>9</b>
<b>6. COLONSCOPIA - RAO.....</b>	<b>12</b>
<b>7. VISITE GASTROENTEROLOGICHE - RAO .....</b>	<b>14</b>

**RAGGRUPPAMENTI DI ATTESA OMOGENEI (RAO) SICILIA**  
**GASTROENTEROLOGIA**  
**2016**

**L'apertura di un tavolo tecnico fra le società scientifiche di Gastroenterologia (AIGO-SIED-SIGE) e l'Assessorato alla Salute, permette di poter porre le basi per regolamentare le liste di attesa attraverso percorsi condivisi con le società di Medicina Generale.**

## **1. PREMESSA**

Le liste di attesa sono coorti di soggetti che sono in attesa di un servizio, in successione cronologica all'arrivo; il tempo di attesa dipende dal rapporto fra la domanda e l'offerta del servizio richiesto.

In sanità, il servizio richiesto è una domanda di salute pertanto, l'attesa, assume aspetti che possono influenzare lo stato di benessere e mettere a rischio la salute del soggetto.

Razionalmente, l'aumento dell'offerta, dovrebbe garantire un rapido accesso al servizio, ma le evidenze riportate in letteratura mostrano, paradossalmente, che all'aumento dell'offerta corrisponde un aumento della richiesta, con relativo aumento (Goldacre et al. 1987 e Mc Quarrie 1983) o nessuna variazione (Martin e Smith 1999) dei tempi di attesa.

L'allungamento delle liste di attesa pone in sanità una questione etica, conseguente all'indicazione clinica per cui è richiesto quel servizio e quindi al tempo di attesa ritenuto non pericoloso per la salute del paziente. Un esempio che facilmente chiarisce il concetto è l'accesso in pronto soccorso, per "urgenze mediche", che viene stabilito non dal tempo di arrivo ma secondo codici clinici di gravità valutati al triage.

Per l'endoscopia digestiva il problema è stato affrontato, alla fine del secolo scorso, inizialmente in Nuova Zelanda, attraverso l'identificazione di classi di attesa, utilizzando "parole chiave cliniche" associate direttamente a un livello di priorità definito come "tempo massimo di attesa per quella prestazione".

Resta dubbia la verifica, non essendo chiaro il gold standard che dovrebbe correlare il successo dell'applicazione della priorità con il beneficio atteso, poiché la corretta indicazione all'indagine non pone come necessario il riscontro di una patologia.

In Italia il modello R.A.O. (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) è paragonabile al modello neozelandese, in cui viene posto come punto centrale il coinvolgimento di tutti gli attori del processo mediante incontri di formazione continua, verifica e revisione del modello.

La prima sperimentazione di de Pretis e coll. (Meggio 2003) basata sull'applicazione del modello RAO, ha coinvolto i medici di medicina generale in un distretto pilota, consentendo non solo di garantire tempi di attesa differenziati rispetto alle motivazioni delle richieste ma evidenziando come, i livelli di priorità assegnati, correlino con la gravità delle patologie riscontrate (Meggio et al 2003) e come nel tempo si sia ottenuta una concordanza fra le scelte del MMG e lo specialista (Meggio et al 2003).

**I RAO individuano categorie di contenuto clinico omogenee rispetto al tempo di attesa per l'accesso ad una prestazione specialistica diagnostica o terapeutica senza compromettere la prognosi del paziente**

Quindi, la necessità di dare una priorità su base clinica e non cronologica, ha portato alla individuazione delle classi di priorità che identificano i tempi entro cui è ragionevole eseguire l'indagine richiesta non recando danni al paziente per l'attesa. Le classi così identificate e presenti nei ricettari del SSN e nelle ricette elettroniche dematerializzate di recente utilizzo, sono:

- a) Urgenza (U) entro le 48 ore
- b) Urgenza differibile entro un Breve periodo (B) entro i 10 giorni
- c) Indagine Differibile (D) entro i 30 giorni per le visite specialistiche e 60 giorni per le indagini strumentali
- d) Programmabile (P) entro i 180 giorni.

**L'inserimento in una classe di priorità avviene, nei vari modelli utilizzati in Italia, attraverso "parole cliniche chiave" che non sempre riescono a fotografare il reale bisogno clinico.**

## **2. ASPETTI GENERALI**

Negli ultimi anni il riassetto degli organici ospedalieri ha determinato una riduzione delle attività ambulatoriali specialistiche svolte dalle Unità Operative Ospedaliere che, associata alla cronica carenza di specialistica gastroenterologia ambulatoriale, rappresentano l'opportunità di consulto per il MMG, prima di effettuare una eventuale richiesta di indagine strumentale. Questo determina, da un lato un aumento delle richieste di indagini endoscopiche da parte del MMG e dall'altro un aumento di accessi in pronto soccorso da parte del paziente.

- L'aumento delle richieste è da imputare anche all'allungamento dell'età media e alla diffusione dei programmi di screening per le patologie neoplastiche del tratto gastroenterico, con l'aumento del numero delle indagini di "prevenzione/sorveglianza oncologica", che rappresentano la coorte di pazienti da sottoporre a sorveglianza endoscopica in continua crescita.

- Il flusso di richieste che arriva ai centri di prenotazione satura l'offerta ambulatoriale dei centri di endoscopia ospedalieri per le agende con priorità "B" e "D" con il conseguente aumento dei tempi di attesa delle indagini Programmabili.

## **3. ASPETTI CLINICI**

L'indicazione a una indagine diagnostica deve avere come unico obiettivo modificare il management del paziente.

Le condizioni cliniche che pongono l'indicazione all'esecuzione di una prestazione specialistica identificano una "Presentazione Clinica Breve" che viene inserita in classi omogenee che prevedono diversi tempi di attesa

### **Appropriatezza**

Misura quanto una scelta o un intervento diagnostico o terapeutico sia adeguato rispetto alle esigenze del paziente ed al contesto sanitario; risulta appropriato se nel contesto in cui si colloca risponde ai criteri di efficacia, sicurezza ed efficienza.

L'appropriatezza è un atto decisionale del medico ed esula dalla corretta esecuzione o dall'esito della procedura o dell'intervento. Questo determina la difficoltà ad avere un gold standard di validazione delle scelte.

I criteri di appropriatezza sono presenti nelle linee guida delle Società Scientifiche Nazionali e Internazionali e basano la forza di raccomandazione sui livelli di evidenza della letteratura, dalle metanalisi di trial randomizzati e all'opinione di esperti.

## **Età**

Le linee guida delle società scientifiche di gastroenterologia pongono i 45 anni come l'età che motiva un esame di screening in pazienti con sintomi aspecifici e senza fattori di rischio.

I pazienti al di sotto dei 45 anni con sintomi aspecifici, devono essere attentamente valutati prima di prescrivere ed effettuare un esame endoscopico, soprattutto se quest'ultimo non modifica il management del paziente.

L'indagine endoscopica diviene appropriata in presenza di segni o sintomi aggiuntivi di allarme o a fattori di rischio o in seguito all'inefficacia delle terapie empiriche proposte.

L'età dello screening del k colon sempre in soggetti asintomatici è fra i 49 e i 69 anni.

Il termine dello screening e della sorveglianza endoscopica viene posto a 69 anni e 80 anni rispettivamente ma, nei singoli casi, devono essere valutate le condizioni cliniche e l'età biologica del paziente.

## **Durata dei sintomi**

La comparsa di un sintomo (dolore, reflusso, pirosi, stipsi, diarrea), non pone indicazione a una immediata valutazione diagnostica strumentale ma ad una presa in carico del problema clinico nei suoi aspetti: anamnesi, esame fisico, eventuali esami bioumorali e trattamento.

Le linee guida internazionali indicano le 4 settimane come periodo fra un evento dispeptico o gastrointestinale acuto e una forma cronica meritevole di un eventuale diagnostica strumentale.

I Criteri di Roma III per la dispepsia funzionale e per il colon irritabile, pongono particolare attenzione alla durata (nota da almeno 6 mesi) e alla frequenza dei sintomi (2-3 episodi settimanali negli ultimi tre mesi).

## **I° esame o sorveglianza**

La sorveglianza endoscopica e le visite specialistiche di controllo di patologie croniche che presentano rischio neoplastico, rappresentano l'elemento principale per la prevenzione attraverso il riconoscimento e il trattamento delle lesioni suscettibili di evoluzione neoplastica. I tempi di sorveglianza sono determinati da linee guida internazionali basate sui dati della letteratura.

La conoscenza e il rispetto delle linee guida sulle indagini di sorveglianza (post-polipectomia, post-resezione per carcinoma, esofago di Barrett, post-resezione gastrica, metaplasia intestinale gastrica, familiarità per neoplasie gastrointestinali, etc), deve avere lo scopo di evitare indagini

inappropriate informando correttamente i pazienti sui tempi di sorveglianza in relazione alla propria situazione clinica.

Dopo aver eseguito un esame endoscopico, la persistenza o il ripresentarsi, alla sospensione di un trattamento, della sintomatologia dispeptica o intestinale senza insorgenza di nuovi segni di allarme non motiva comunque la ripetizione di una indagine endoscopica.

La comparsa o persistenza di sintomi aspecifici e senza carattere di allarme non motiva l'esecuzione di indagini supplementari nei pazienti in sorveglianza endoscopica.

#### **4. CONSIDERAZIONI ENDOSCOPICHE**

L'indagine endoscopica per garantire efficacia diagnostica e sicurezza del paziente deve seguire le norme dell'endoscopia di qualità. Ciò contribuisce a ridurre i dubbi al medico prescrittore, le preoccupazioni al paziente e il ricorso al restringimento dei tempi di sorveglianza e alla ripetizione dell'indagine.

Le caratteristiche di una endoscopia di qualità sono:

- a) Consenso informato
- b) Preparazione adeguata alla procedura
- c) Sedazione: locale, cosciente, profonda
- d) Strumentazione funzionale ed efficiente per la procedura
- e) Esecuzione completa dell'indagine con verifica mediante immagini
- f) Refertazione del tratto gastrointestinale esplorato
- g) Valutazione dell'efficacia dell'indagine in relazione alla presenza di residui (alimenti, residui fecali)
- h) Report fotografico delle lesioni evidenziate e delle sedi esplorate
- i) Esecuzione di prelievi biotici mirati sulle lesioni evidenziate o random, se necessario, per una valutazione istologica motivata dall'indicazione
- j) Report descrittivo delle lesioni riscontrate con ipotesi diagnostica conclusiva
- k) Trattamento delle lesioni aggredibili per via endoscopica
- l) Indicazione sul follow up
- m) Commento conclusivo dopo la refertazione anatomopatologica e indicazioni sul follow up



## 5. ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA - RAO

### **Esofagogastroduodenoscopia cod 45.13 e 45.13bb CLASSI DI PRIORITA' U (Urgenze)**

Entro le 24-48 ore: non prevista per accessi ambulatoriali

Le presentazioni cliniche che richiedono una endoscopia d'urgenza sono da considerare secondarie a patologie che richiedono un accesso "protetto" del paziente in pronto soccorso o area di emergenza:

- a) Ematemesi e/o melena
- b) Ingestione corpi estranei
- c) Ingestione sostanze caustiche
- d) Rettorragia profusa con instabilità emodinamica
- e) Estrazione di PEG o bottone gastrostomico
- f) Occlusione intestinale

### **Esofagogastroduodenoscopia cod 45.13 e 45.13bb CLASSE DI PRIORITA' B (Breve)**

Entro i 10 giorni :

- Storia di recente emorragia gastrointestinale:
  - o Emoglobina > 8 g/dl e emodinamicamente stabile
- Calo ponderale non intenzionale > 10% negli ultimi 3-6 mesi associato a dispepsia, disfagia, pirosi, rigurgito
- Disfagia, odinofagia o vomito persistente ( >= 7 giorni ), mai indagato
- Piroso, rigurgito, dispepsia persistente ( >= 4 settimane) mai indagato, > 45 anni
- Sospetto radiologico di patologia neoplastica del tratto gastrointestinale alto
- Sospette neoplasie rilevate obiettivamente o mediante diagnostica strumentale
- Anemia sideropenica di primo riscontro con Hb < 10 g/dl associata a sintomi gastrointestinali
- Necessità di escludere lesioni per terapie cardiologiche urgenti
- Particolari condizioni non previste dalle precedenti ma ben specificate (per salvaguardare ogni situazione clinica particolare che necessiti di indagini con tempi di attesa ridotti; deve essere corredata da documentazione clinica adeguata)

**Esofagogastroduodenoscopia cod 45.13 e 45.13bb**  
**CLASSE DI PRIORITA' D (Differibile)**

Entro 60 giorni:

**PRIMO ESAME:**

- Sintomi persistenti di MRGE in paziente già trattato e nonostante la eradicazione dell'Helicobacter pylori (compreso "Hp test and treat")
- Persistente dispepsia in paziente di età superiore a (45) - 50 anni senza precedenti accertamenti endoscopici
- Anemia da carenza di ferro in assenza di segni o sintomi specifici e dopo valutazione clinica delle patologie che causano perdita o mancato assorbimento
- Affezioni extra-digestive in cui la presenza di una patologia digestiva può modificare il trattamento pianificato: ad es. terapia anticoagulante a lungo termine, terapia cronica con FANS o altri antiaggreganti (in particolari situazioni ben documentate può essere utilizzata la priorità "B"), pazienti in attesa di trapianto con anamnesi positiva per lesioni ulcerative o emorragiche, pazienti con neoplasie respiratorie prossimali
- Sospetta celiachia (sierologia positiva) (anticorpi positivi)
- Ricerca varici in paziente con ipertensione portale
- Particolari condizioni non previste dalle precedenti ma ben specificate

**ESAME DI SORVEGLIANZA:**

- In patologie croniche a rischio neoplastico dopo 1 anno dalla data prevista per la sorveglianza
- Comparsa di sintomi o segni di allarme entro 1 anno dall'ultimo esame senza evidenza di lesioni che giustificano il sintomo

**Esofagogastroduodenoscopia cod 45.13 e 45.13bb**  
**CLASSE DI PRIORITA' P Programmabile**

Entro i 180 giorni:

**EGDS di sorveglianza nel follow up di patologie croniche o di prevenzione**

- Esofago di Barrett (con periodicità definita dalla presenza e dal grado di displasia)
- Acalasia (circa 15 anni dopo la diagnosi/sintomi di acalasia; intervalli non definiti)
- Sorveglianza esofagea nei pazienti con tumori del distretto testa – collo
- Lesioni da caustici (15–20 anni dopo l'ingestione dei caustici a intervalli di 1-3 anni)
- Metaplasia intestinale gastrica e gastrite cronica atrofica (non ci sono evidenze sulla utilità della sorveglianza - utilizzare Classificazione OLGA); tenere conto degli elementi etnici, familiarità, presenza dell'Helicobacter Pylori, fumo, abuso alcolici)
- Displasia gastrica
- Poliposi adenomatosa (controllo a 1 anno dalla asportazione e controlli successivi a intervalli di 3 – 5 anni)
- FAP (poliposi adenomatosa familiare)
- Pregressa resezione gastrica
- Sorveglianza periodica dei pazienti sottoposti a scleroterapia o legatura di varici esofagee
- Sorveglianza a 7-10 anni in sintomi dispeptici cronici controllati da terapia
- Sorveglianza a 1-3 anni in polipi ghiandolari cistici o iperplastici in relazione al numero

## 6. COLONSCOPIA - RAO

### COLONSCOPIA 4523 - COLONSCOPIA CON BIOPSIA 4525

#### CLASSE DI PRIORITA' B (Breve)

Entro 10 giorni:

- Evidenza di lesioni coliche sospette per neoplasia in indagini di imaging: ecografia, clisma opaco, TAC, PET, RMN
- Sanguinamento enterico riferito o accertato con perdita ematica significativa e/o anemizzazione acuta con valori di Hb patologica (< 8 g/dl)
- Diarrea intermittente con sangue presente da almeno 6 settimane
- Melena significativa e accertata (dopo aver escluso un'eziologia del tratto digestivo superiore)
- Diagnosi di neoplasia del retto/sigma ottenuta con esplorazione rettale o rettoscopia da confermare all'istologia o ricerca di primitività in metastasi documentate
- Sanguinamento "non urgente" (rettorragia non grave, ematochezia o positività del sangue occulto fecale in soggetti valutati a rischio, diarrea muco sanguinolenta di origine non infettiva)
- Anemia sideropenica di primo riscontro con Hb < 10
- Reperto di massa addominale sospetta per neoplasia
- Necessità di escludere lesioni per terapie cardiologiche urgenti
  
- Particolari condizioni non previste dalle precedenti ma ben specificate

### COLONSCOPIA 4523 - COLONSCOPIA CON BIOPSIA 4525

#### CLASSE DI PRIORITA' D (Differibile)

Entro 60 giorni:

#### **PRIMO ESAME:**

- Alterazioni dubbie (ispessimento di parete) all'ECO/TC/RMN/CLISMA OPACO in soggetti con età > di 45 -50 anni e assenza di altri segni o sintomi di allarme
- Sanguinamento gastroenterico sporadico di modesta entità (senza anemia)
- Sangue Occulto Fecale (SOF) positivo
- Calo ponderale significativo in assenza di sintomi o segni di allarme (dopo aver escluso altre eziologie)
- Lieve anemizzazione (Hb > 10 g/dl) in assenza di altre cause e segni di allarme
- Modificazioni significative e persistenti dell'alvo da almeno 3 mesi in età maggiore di 45 anni
  
- Diarrea cronica (presente da almeno 4-6 settimane) con indici di flogosi presenti e negatività dell'esame coproparassitologico e colturale delle feci

- Valutazione pre-trapianto
- Evidenza di polipi del colon a indagini di imaging
- Modificazioni significative e persistenti dell'alvo da almeno 3 mesi in età inferiore di 45 anni senza segni o fattori di rischio, dopo inefficacia trattamenti empirici e consulenza specialistica

**ESAME DI SORVEGLIANZA:**

- Comparsa di segni o sintomi di allarme entro 1 anno da una colonscopia completa, di qualità, che non ha evidenziato lesioni che giustifichino i segni o i sintomi di allarme
- Colonscopia da ripetere per conferma istologica di lesioni o post-polipectomia con margini di resezione interessanti o diarrea cronica con colonscopia negativa senza istologia
- Patologie croniche a rischio neoplastico dopo 1 anno dalla data prevista per la sorveglianza
- Malattia Infiammatoria Cronica Intestinale con riacutizzazione per valutare nuovo trattamento

**COLONSCOPIA 4523 - COLONSCOPIA CON BIOPSIA 4525**

**CLASSE DI PRIORITA' P (Programmabile)**

Entro i 180 giorni :

**ESAME DI SORVEGLIANZA:**

- Nelle patologie infiammatorie croniche intestinali
- Post-polipectomia
- Post-resezione per K colon
- Nella familiarità per K colon
- Nella prevenzione oncologica

SECONDO LE INDICAZIONI DELLE LINEE GUIDA INTERNAZIONALI

**Precisazione**

Si ritiene corretta la scelta di utilizzare le Priorità B e D, per presentazioni cliniche mai indagate (1° accesso) e la Priorità P\* per indagini di sorveglianza per patologie croniche o di prevenzione oncologica (accessi successivi)

\* Programmabile: il primo accesso entro i 180 giorni solo nei casi di prevenzione senza segni o sintomi di allarme

## **7. VISITE GASTROENTEROLOGICHE - RAO**

Principi basilari del modello RAO

Nello stabilire il livello di priorità, i medici prescrittori devono riferirsi agli elementi individuati nell'accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002 e ribaditi nel decreto 17 novembre 2009: 1) severità del quadro clinico (incluso il sospetto diagnostico); 2) prognosi (quoad vitam o quoad valitudinem); 3) tendenza al peggioramento a breve; 4) presenza di dolore e/o di deficit funzionale; 5) implicazioni sulla qualità di vita; 6) casi particolari che richiedono di essere trattati in un tempo prefissato; 7) speciali caratteristiche del paziente che possono configurare delle eccezioni, purché esplicitamente dichiarate dal medico prescrittore.

Sono medici prescrittori: MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali interni, Specialisti ospedalieri abilitati all'uso del ricettario SSN.

Sono medici erogatori: gli specialisti ambulatoriali interni, gli specialisti ospedalieri, gli specialisti privati accreditati.

Il prescrittore dovrà individuare mediante biffatura dell'apposita casella del ricettario SSN la classe di priorità correlata al quesito diagnostico secondo la presente linea guida.

La classe di priorità, individuata dal medico prescrittore, verrà registrata al momento della prenotazione oltre ai dati richiesti per prassi.

Le ricette prive di biffatura non potranno accedere al sistema di prenotazione.

Le tabelle saranno soggette a periodica revisione.

Nelle valutazioni di classe di priorità, il medico di MMG, pur considerando le presenti linee-guida, potrà derogare dalle stesse secondo il principio dell'appropriatezza prescrittiva relativa al singolo caso.

Obiettivi specifici dell'applicazione del sistema RAO sono:

- Migliorare l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali
- Migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni
- Monitorare i tempi di attesa per singola classe di priorità
- Verificare periodicamente l'appropriatezza nell'uso dei codici di priorità condivisi

## 7. Visite gastroenterologiche - RAO

Classe di priorità	Parola chiave
U Entro 48-72 ore	Classe di priorità non prevista Paziente da valutare in PS con eventuale consulenza interna*
B Entro 10 giorni	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sospette neoplasie dell'apparato digerente rilevate obiettivamente e/o con diagnostica strumentale</li> <li>- Nuovo caso e/o riacutizzazione di Rettocolite Ulcerosa o Morbo di Crohn</li> <li>- Ittero</li> <li>- Ascite</li> <li>- Vomito/disfagia con calo ponderale</li> </ul>
D Entro 30 giorni	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anemia sideropenica da sospetta origine gastro-intestinale</li> <li>- Recente alterazione test funzionali epatici (<b>&gt; 2X N e/o durata &gt; 6 mesi</b>)</li> <li>- Diarrea cronica (&gt; 4 settimane)</li> <li>- Sospetta Celiachia sulla base dell'esame sierologico</li> <li>- Dolore addominale cronico con calo ponderale &gt; 10% e/o sintomi/segni di allarme (anemia, indici di flogosi aumentati)</li> </ul>
P Entro 180 giorni	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Altre condizioni</li> <li>- Visite di follow-up **</li> </ul>

*\*Urgenza in gastroenterologia presuppone una valutazione in PS; parole chiave: rettorragia con compromissione dei parametri emodinamici e/o anemizzazione; diarrea oltre 6 evacuazioni/die con disidratazione; dolore addominale acuto; ittero conclamato; iperAST/ALT > 10XN. In genere è indicato il ricovero urgente; nelle presentazioni meno gravi è indicata la valutazione da parte del gastroenterologo in regime di consulenza che può predisporre il setting assistenziale più appropriato per il singolo paziente (ricovero in degenza ordinaria o in day-hospital/day-service).*

*\*\*Visite di follow-up: possono avere tempi d'attesa superiori ai 180 giorni ove previsto dalle linee guida (es: follow-up malattie infiammatorie intestinali in terapia di mantenimento, cirrosi compensata o in fase di scompenso responsivo alla terapia diuretica); nel caso di visita di controllo successiva alla prima per verifica risposta al primo ciclo di terapia o dei referti delle indagini prescritte ai fini della formulazione di una diagnosi i 180 giorni devono essere rispettati.*

*E' opportuno verificare la applicabilità della proposta al contesto Siciliano, in cui la Gastroenterologia territoriale è inesistente, per un periodo di prova cui dovrebbe seguire un audit e l'eventuale successiva adozione di misure correttive.*

*Il progetto deve essere condiviso dai MMG. Le forzature dei codici non basate su solide motivazioni cliniche devono essere segnalate dagli specialisti all'organismo regolatore e nella successiva fase di applicazione del progetto sanzionate. Incontri informativi tra specialisti e MMG dovranno facilitare il processo di condivisione.*

*La attribuzione dei codici è un atto medico, gli operatori dei CUP devono verificare il rispetto dei tempi previsti in base al codice attribuito e se questi non sono realizzabili con gli spazi previsti dalle UO riferire i pazienti al Reparto; le UO devono designare spazi di prenotazione per le prime visite che rispettino i codici di priorità, onde facilitare il lavoro dei CUP (ad esempio su un'offerta di 10 prime visite in una giornata 3 devono essere riservate al codice B, 3 alla D e 3 alle P).*

*I cittadini e le loro associazioni devono essere informati tramite i media.*