



Ministero della Salute



**Piano Nazionale di
Governo delle
Liste di Attesa
(PNGLA 2010-2012)**

**Linee guida sulle modalità di
trasmissione e rilevazione dei
flussi informativi per il
monitoraggio dei tempi di attesa**

PIANO NAZIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DELLE ATTESA 2010-2012

Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa

Monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero

1. Monitoraggio ex post

Ambito del monitoraggio

Il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex post, viene effettuato attraverso il flusso informativo ex art. 50 della legge 326/2003 che, nell'aggiornamento del comma 5 del decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 18 marzo 2008, è stato implementato delle informazioni necessarie al suddetto monitoraggio. I dati raccolti sono relativi alle prestazioni indicate al paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12 erogate presso le strutture indicate nei programmi attuativi aziendali.

L'allegato 1 descrive il processo individuato per la misura dei tempi d'attesa ex-post.

Contenuti informativi

I campi inseriti nel tracciato del comma 5 dell'art. 50 della L. 326/03 per il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali sono da considerarsi tutti obbligatori ai fini del monitoraggio stesso. In particolare:

1. **Data di prenotazione:** data riferita all'assegnazione di una disponibilità di prestazione susseguente ad una specifica richiesta.

Il campo è di tipo alfanumerico (aaaammgg)

2. **Data di erogazione della prestazione:** data riferita all'effettiva erogazione della prestazione.

Il campo è di tipo alfanumerico (aaaammgg)

3. **Tipo di accesso:** indica se la prestazione richiesta si riferisce ad un primo accesso (prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e nel caso di un paziente cronico, si considera primo accesso, la visita o l'esame strumentale, necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) o accesso successivo (visita o prestazione di approfondimento, per pazienti presi in carico dal primo specialista, , controllo, follow up).

Il campo è di tipo alfa numerico (1 carattere) con la seguente codifica:

1= primo accesso

0= altra tipologia di accesso

4. **Classe di priorità:** fa riferimento ad un sistema di prenotazione definito per classi di priorità che differenzia l'accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute dell'utente e quindi alla gravità del quadro clinico.

Il campo è di tipo alfa numerico (1 carattere) con la seguente codifica:

U= urgente (nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore)

B= entro 10 gg

D= entro 30 gg (visite) entro 60 gg (prestazioni strumentali)

P= programmabile

La valorizzazione del campo "classe di priorità" è obbligatoria solo per il primo accesso.

L'indicazione del valore da attribuire a tale campo è a cura del prescrittore. Nel caso in cui nella

ricette siano presenti più prestazioni, la classe di priorità sarà ricondotta a tutte le prestazioni presenti.

Le prestazioni contraddistinte da classe di priorità P, rappresentano nell'ambito dei primi accessi, quelle prestazioni con priorità non ascrivibile alle classi U, B, D, in quanto il tempo di attesa per l'erogazione non influenza lo stato clinico/prognosi del paziente.

Oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa saranno esclusivamente le classi di priorità B e D, mentre per le classi U e P, le Regioni e Province Autonome, dovranno fornire al Ministero della Salute indicazioni sulle modalità organizzative di presa in carico degli utenti in relazione alle predette classi. Successivamente a tale ricognizione saranno definiti i criteri per uno specifico monitoraggio, che saranno definiti nell'ultimo trimestre 2011 e successivamente a regime da gennaio 2012

5. Garanzia dei tempi massimi: indica se ci troviamo di fronte a una situazione in cui l'utente accede alla garanzia dei tempi massimi oppure, per motivi vari (tra cui la scelta dell'utente diversa dalla prima disponibilità) il SSR non è tenuto a garantire i tempi massimi di attesa previsti.

Il campo è di tipo alfa numerico (1 carattere) con la seguente codifica:

1= utente a cui devono essere garantiti i tempi massimi di attesa;

0= utente che non rientra nella categoria precedente.

La valorizzazione del campo "Garanzia dei tempi massimi" è obbligatoria solo per il primo accesso e per le classi di priorità B e D.

6. Codice struttura che ha evaso la prestazione : indica il codice della struttura sanitaria che eroga la prestazione.

Il campo è di tipo alfanumerico di 6 caratteri.

Punti di attenzione

In riferimento alle prestazioni ambulatoriali di cui paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12, laddove le Regioni trasmettono attraverso il flusso dell'articolo 50 i codici delle prestazioni identificate secondo i propri nomenclatori regionali, per le finalità del monitoraggio dei tempi di attesa è necessario procedere alla transcodifica dei codici delle prestazioni. Le Regioni e Province Autonome sono tenute a comunicare al Ministero della Salute le informazioni transcodificate secondo il seguente schema:

Codice prestazione nomenclatore regionale	Descrizione prestazione nomenclatore regionale	Codice prestazione nomenclatore nazionale	Descrizione prestazione nomenclatore nazionale
---	--	---	--

In riferimento alle strutture nell'ambito delle quali sono garantiti al 90% degli utenti i tempi di attesa massimi regionali per le prestazioni di cui al PNGLA 2010-12, laddove le Regioni trasmettono, attraverso il flusso dell'articolo 50, codici delle strutture diversi da quanto previsto nei modelli SIS (D.M. 6 dicembre 2006), per le finalità del monitoraggio dei tempi di attesa è necessario procedere alla transcodifica dei codici delle strutture. Le Regioni e Province Autonome sono tenute a comunicare al Ministero della Salute le informazioni transcodificate secondo il seguente schema:

Codice Asl	Codice struttura art. 50	Codice Asl	Codice struttura SIS	Descrizione struttura SIS
------------	--------------------------	------------	----------------------	---------------------------

Modalità e tempi di trasmissione

Il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex post, si effettua attraverso la trasmissione, da parte delle Regioni e Province Autonome, del flusso di specialistica ambulatoriale ex art. 50 L. 326/2003 al Ministero dell'Economia e Finanze, con cadenza mensile entro 10 gg del mese successivo a quello di rilevazione. Successivamente il Ministero dell'Economia e Finanze provvede a trasferire il suddetto flusso al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute entro la fine del mese successivo a quello di rilevazione.

2. Monitoraggio ex ante

Ambito del monitoraggio

Il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex ante, si basa su una rilevazione, effettuata in un periodo indice, stabilito a livello nazionale, dei dati sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali di cui al paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12.

In particolare per l'anno 2011 il monitoraggio verrà effettuato sulle seguenti prestazioni:

Numero	Prestazioni oggetto di monitoraggio	Codice nomenclatore
1	<i>visita cardiologica</i>	89.7
2	<i>visita chirurgia vascolare</i>	89.7
3	<i>visita endocrinologica</i>	89.7
4	<i>visita neurologica</i>	89.13
5	<i>visita oculistica</i>	95.02
6	<i>visita ortopedica</i>	89.7
7	<i>visita ginecologica</i>	89.26
8	<i>visita otorinolaringoiatra</i>	89.7
9	<i>visita urologica</i>	89.7
10	<i>visita dermatologica</i>	89.7
11	<i>visita fisiatrice</i>	89.7
12	<i>visita gastroenterologica</i>	89.7
13	<i>visita oncologica</i>	89.7
14	<i>visita pneumologica</i>	89.7
17	<i>TAC con e senza contrasto Addome superiore</i>	88.01.2 - 88.01.1;
18	<i>TAC con e senza contrasto Addome inferiore</i>	88.01.4 - 88.01.3;
19	<i>TAC con e senza contrasto Addome completo</i>	88.01.6 - 88.01.5;
20	<i>TAC con e senza contrasto capo</i>	87.03 – 87.03.1
23	<i>RMN cervello e tronco encefalico</i>	88.91.1 - 88.91.2;
26	<i>RMN colonna vertebrale</i>	88.93 – 88.93.1;
31	<i>Ecografia Addome</i>	88.74.1 - 88.75.1 88.76.1;

Per l'anno 2012 le prestazioni da monitorare sono tutte quelle contenute nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12.

Sono tenute alla rilevazione tutte le strutture pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni per conto e a carico del SSN. Il periodo indice è rappresentato dalla prima settimana dei mesi di aprile e ottobre di ciascun anno.

Il monitoraggio ex ante si dovrà effettuare solo per il primo accesso e per le classi di priorità B e D.

Contenuti informativi

I contenuti informativi rilevanti per le finalità connesse al monitoraggio ex ante sono:

TESTATA

Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
Regione	Denominazione della Regione	Inserire denominazione
Codice ASL	Indica la ASL del bacino territoriale di riferimento in cui operano tutte le strutture, pubbliche e private accreditate, che erogano prestazioni per conto e a carico del SSN.	Inserire il codice MRA (MRA è un'applicazione dell'NSIS che costituisce l'anagrafe delle ASL in relazione alla loro competenza territoriale e ai dati sulla popolazione residente in ciascun comune afferente alla ASL)
Anno di riferimento	Indicare l'anno di riferimento	Inserire l'anno di riferimento
Semestre di riferimento	Indicare il semestre di riferimento	Inserire 1 o 2

DETTAGLIO

Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
Progressivo	Numero progressivo che identifica la prestazione come definito nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12	Inserire numero progressivo
Codice prestazione	Indica il codice nomenclatore identificativo delle prestazioni indicate nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12	Inserire il codice prestazione, selezionandolo tra i valori predefiniti indicati nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12
Numero totale di prenotazioni	Indica il numero totale di prenotazioni per ciascuna prestazione nella settimana indice	Inserire il numero totale di prenotazioni per ciascuna prestazione nella settimana indice
Numero prenotazioni da garantire	Indica il numero di prenotazioni <u>che devono essere garantite dal SSR</u> per ciascuna prestazione nella settimana indice	Inserire il numero di prenotazioni per ciascuna prestazione nella settimana indice (è un di cui del valore precedente)
Numero prenotazioni con classe di priorità B	Indica, tra tutte le prenotazioni <u>che devono essere garantite dal SSR</u> , il numero di prenotazioni con classe di priorità B, per ciascuna prestazione nella settimana indice	Inserire il numero di prenotazioni con classe di priorità B per ciascuna prestazione nella settimana indice
N. di prenotazioni garantite entro i tempi della classe di priorità B	Indica il numero di prenotazioni della classe di priorità B garantite nei tempi previsti (entro 10 gg)	Numero delle prestazioni con classe di priorità B garantite entro 10 gg
Numero prenotazioni con classe di	Indica, tra tutte le prenotazioni <u>che devono essere garantite dal SSR</u> , quella quota di prenotazioni con classe di	Inserire il numero di prenotazioni con classe di priorità D per ciascuna prestazione nella settimana indice

priorità D	priorità D, per ciascuna prestazione nella settimana indice	
N. di prenotazioni garantite entro i tempi della classe di priorità D	Indica il numero di prenotazioni della classe di priorità D garantite nei tempi previsti (entro 30/60gg)	Numero delle prenotazioni con classe di priorità D garantite entro 30 gg per le visite e 60 gg per gli esami diagnostici.

Modalità e tempi di trasmissione

Il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex ante, prevede il trasferimento dei contenuti informativi sopra indicati attraverso la trasmissione, da parte delle Regioni e Province Autonome, dell'apposito modello di rilevazione in formato "excel" riportato all'allegato 2 a partire dal **1 gennaio 2011**. Le informazioni devono essere rilevate nella settimana indice, e trasmesse al NSIS, con cadenza semestrale, entro il mese di maggio e novembre.

3. Monitoraggio dei ricoveri ospedalieri

Ambito della rilevazione

Il Decreto Ministeriale del 8 luglio 2010 n. 135 sul Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380, ha previsto l'inserimento della data di prenotazione e della classe di priorità per il monitoraggio dei tempi di attesa per i ricoveri ospedalieri.

Il monitoraggio riguarda le prenotazioni dei ricoveri ospedalieri programmabili indicati al paragrafo 3.2 del PNGLA 2010-12 effettuati presso tutte le strutture indicate nei programmi attuativi aziendali.

L'allegato 3 descrive il processo individuato per la misura dei tempi d'attesa dei ricoveri ospedalieri.

Contenuti informativi

I campi inseriti nel tracciato SDO utili per il monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri ospedalieri sono:

Codice struttura: indica il codice della struttura di ricovero (compresi gli stabilimenti).

Il campo è di tipo alfanumerico di 8 caratteri.

Tipo di ricovero

Individua i ricoveri programmati distinguendoli dai ricoveri di urgenza e dai ricoveri obbligatori. Il codice a un carattere da utilizzare è il seguente:

1= ricovero programmato non urgente

2= ricovero urgente

3= ricovero TSO

4= ricovero programmato con preospedalizzazione.

Pertanto il monitoraggio interesserà le prestazioni n. 1 (ricovero programmato non urgente) e n. 4 (ricovero programmato con preospedalizzazione), con esclusione delle prestazioni n. 2 (ricovero urgente) e n. 3 (ricovero TSO).

Regime di ricovero

Il regime di ricovero distingue il ricovero ordinario dal ricovero diurno. Il codice a un carattere da utilizzare è il seguente:

1= regime di ricovero ordinario

2= regime di ricovero diurno (day-hospital/daysurgery)

Data di prenotazione

Indica la data in cui la richiesta di ricovero programmato è pervenuto all'operatore addetto alla prenotazione con conseguente iscrizione del paziente nella lista di attesa. Tale data deve corrispondere a quella riportata nei registri di ricovero, ex art. 3 comma 8 della Legge 724/94.

Classe di priorità

Il codice, ad un carattere, da utilizzare è il seguente:

- A - Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.
- B - Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
- C - Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
- D - Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Codice intervento chirurgico/procedura diagnostico terapeutica

E' relativo agli interventi chirurgici/procedure diagnostico terapeutiche che si sono effettuati nel corso del ricovero secondo quanto previsto nel paragrafo n. 6 del disciplinare tecnico del D.M. 380/2000 e s.m.i. L'indicazione del codice intervento chirurgico/procedura diagnostico terapeutica è ricercato in qualsiasi campo dedicato alla loro codifica, al fine di individuare le prestazioni erogate nel corso dei ricoveri ospedalieri programmabili indicati al paragrafo 3.2 del PNGLA 2010-12 effettuati presso tutte le strutture indicate nei programmi attuativi aziendali.

Data intervento chirurgico/ procedura diagnostico terapeutica

Indica la data in cui è stato eseguito l'intervento chirurgico/procedura diagnostico terapeutica.

Se la data di intervento non è presente si considera la data di ricovero più la degenza media preoperatoria regionale.

Si riportano di seguito le tabelle dei codici intervento per il monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri:

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL//DAY SURGERY			
Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
44	Chemioterapia	99.25	V58.1
45	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
46	Biopsia percutanea del fegato	50.11	
47	Emorroidectomia	49.46 - 49.49	
48	Riparazione ernia inguinale	53.0X - 53.1X	

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO			
Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
49	Interventi chirurgici tumore Mammella	Categoria 85.4	Categoria 174
50	Interventi chirurgici tumore Prostata	60.5	185
51	Interventi chirurgici tumore colon retto	45.7x - 45.8; 48.5 - 48.6	Categorie 153 - 154
52	Interventi chirurgici tumori dell'utero	Da 68.3 a 68.9	Categoria 182
53	By pass aortocoronarico	Sottocategoria 36.1X	
54	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66 -36.09	
55	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
56	Intervento protesi d'anca	81.51 - 81.52 - 81.53 - 00.70 - 00.71 - 00.72 - 00.73	162
57	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.3 - 32.4 - 32.5 - 32.9	
58	Tonsillectomia	28.2 - 28.3	

Modalità e tempi di trasmissione

Il monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri ospedalieri si effettua attraverso la trasmissione, da parte delle Regioni e Province Autonome, del flusso SDO al NSIS, con le tempistiche previste dal citato DM del 8 luglio 2010 n. 135, a partire dal **1 luglio 2010**.

Il monitoraggio avverrà a partire dai dimessi dell'ultimo trimestre 2010 e consisterà nel verificare la presenza di data di prenotazione e classi di priorità. In particolare la completezza di trasmissione dei campi data di prenotazione e classe di priorità deve essere pari al 50% nell'ultimo trimestre 2010; al 70% nel 2011 e al 90% nel 2012.

Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione

Ambito del monitoraggio

La rilevazione afferisce alle sospensioni delle attività di erogazione di prestazioni adottate in casi eccezionali da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere (solo per gravi o eccezionali motivi) e nel rispetto di alcune regole. In tal senso, le sospensioni programmate non sono oggetto di rilevazione in quanto oggetto di pianificazione e quindi gestibili anticipatamente.

Il monitoraggio riguarderà le sospensioni relative alle prestazioni indicate al paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12 erogate presso tutte le strutture regionali, nel caso in cui la sospensione riguardi l'erogazione totale di una certa prestazione in una singola struttura, cioè non ci siano altre risorse che continuano ad erogare tale prestazione garantendo così il servizio. .

Al fine della presente rilevazione, si considerano oggetto del monitoraggio gli eventi di sospensione delle attività di erogazione aventi durata superiore a un giorno, mentre non sono oggetto di monitoraggio le chiusure definitive dovute a riorganizzazione dei servizi offerti.

Contenuti informativi

I contenuti informativi rilevanti per le finalità connesse al monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere, sono:

TESTATA

Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
Regione	Denominazione della Regione	Inserire denominazione
Anno di riferimento	Indicare l'anno di riferimento	Inserire l'anno di riferimento
Semestre di riferimento	Indicare il semestre di riferimento	Indicare 1 o 2

DETTAGLIO

Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
Progressivo	Numero progressivo che identifica il singolo evento di sospensione delle attività di erogazione	Inserire numero progressivo
Codice Struttura erogazione (STS)	Indica la struttura di erogazione presso la quale si è verificato l'evento di sospensione delle attività di erogazione	Inserire codice regione (3), codice azienda (3) e codice STS (6) – campo testo
Durata della sospensione	Indica la durata dell'evento di sospensione delle attività di erogazione	Selezionare tra i seguenti valori predefiniti: 1. Durata ricompresa nell'intervallo maggiore o uguale a 2 giorni e minore o uguale a 7giorni solari 2. Durata superiore ai 7 giorni solari

Causa della sospensione	Indica il motivo tecnico che ha comportato l'evento di sospensione delle attività di erogazione	Selezionare tra i seguenti valori predefiniti: 1. Inaccessibilità alla struttura 2. Guasto macchina 3. Indisponibilità del personale 4. Indisponibilità materiale/dispositivi
Codice raggruppamento prestazioni oggetto di sospensione	Indica il codice identificativo del raggruppamento di prestazioni basato sulla classificazione delle prestazioni indicate dal PNGLA 2010-2012 al paragrafo 3.1	Selezionare tra i seguenti valori predefiniti indicati nella tabella riportata all'Allegato 4.

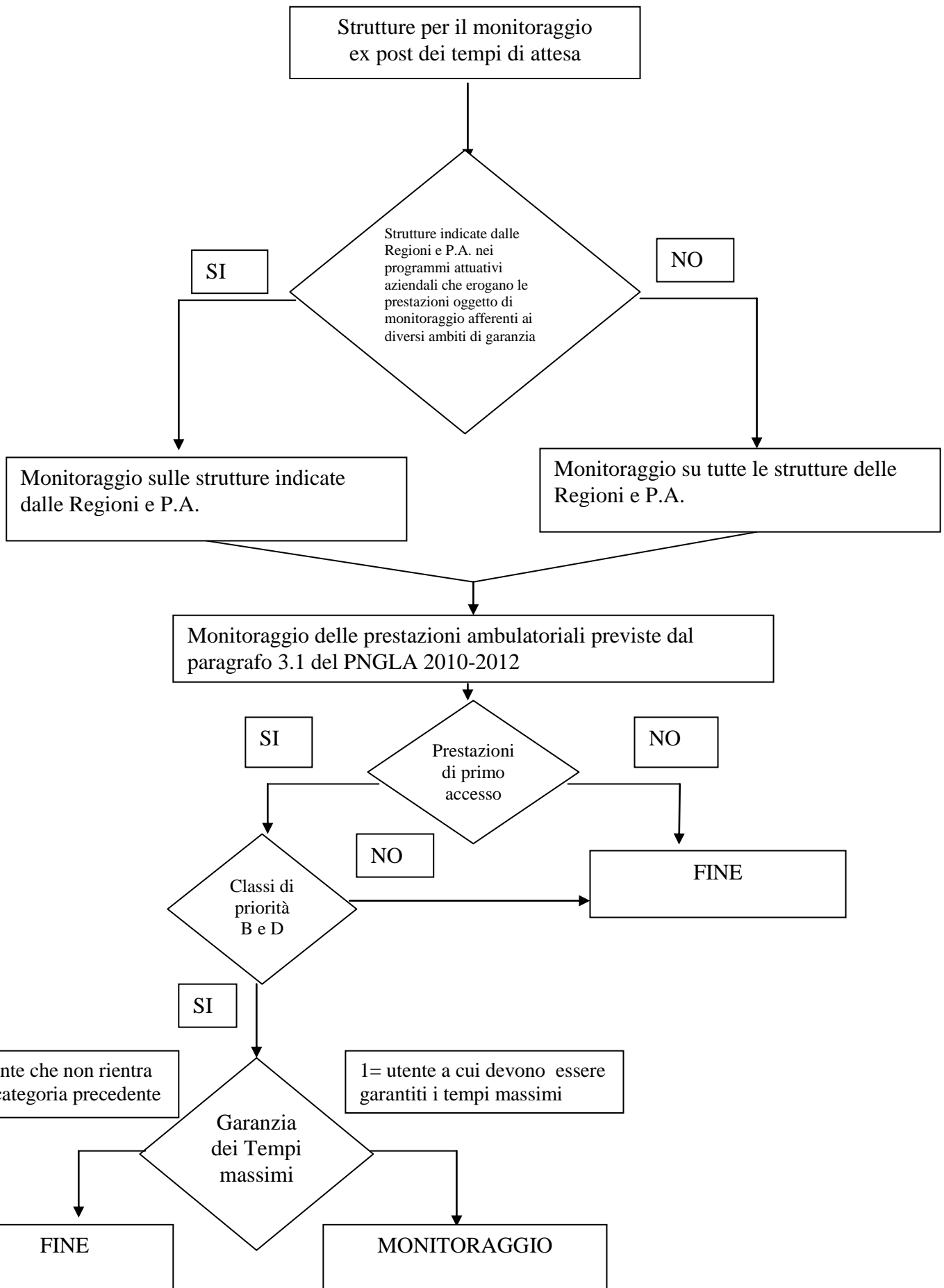
Modalità e tempi di trasmissione

La rilevazione delle sospensioni prevede il trasferimento dei dati sopra indicati relativi a tali eventi attraverso la trasmissione, da parte delle Regioni e Province Autonome, dell'apposito modello di rilevazione in formato "excel" riportato all'allegato 5 a partire dal **1 gennaio 2011**. Le informazioni devono essere rilevate al verificarsi presso le strutture erogatrici degli eventi di sospensione dell'erogazione dei servizi, e trasmesse al NSIS, con cadenza semestrale, entro il mese successivo al semestre di riferimento in cui si sono verificati gli eventi stessi.

Fino al 1° semestre 2011 il monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione si svolgerà secondo le modalità ed i tempi già previsti nel PNCTA 2006-2008, mentre, a partire dal II semestre 2011 sarà individuata, tramite una sperimentazione (così come indicato nelle linee guida per la Certificazione LEA al punto F2), una nuova modalità di raccolta delle informazione relative al suddetto ambito di monitoraggio.

ALLEGATI

Allegato 1 – Flowchart per il monitoraggio ex post

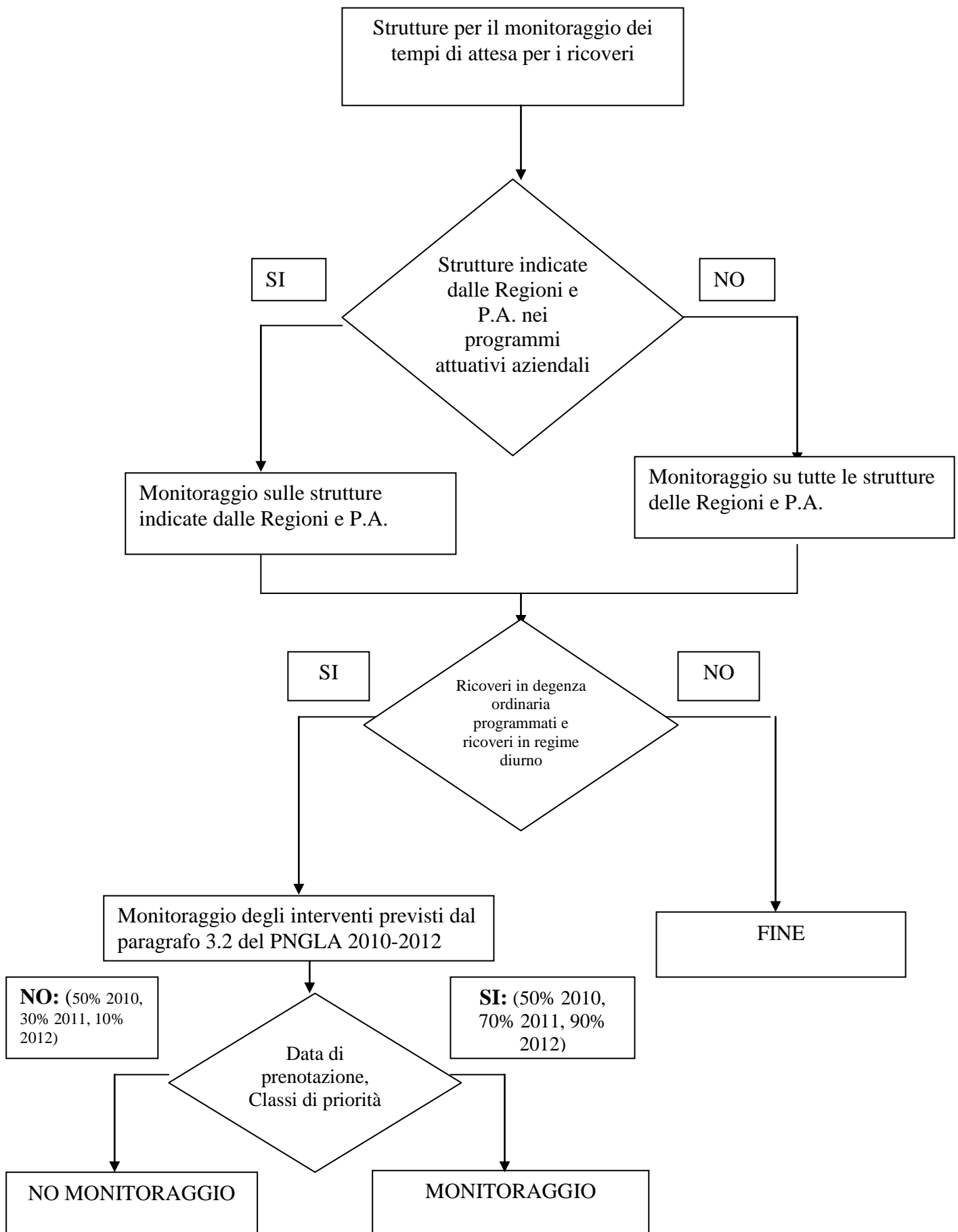


Allegato 2 – Fac simile Modello di rilevazione del monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali in modalità ex ante.

Regione	<i>specificare denominazione Regione</i>
ASL	<i>Indica la ASL del bacino territoriale di riferimento utilizzando il codice MRA (fase1)</i>
Anno di riferimento	<i>Indicare l'anno di riferimento</i>
Semestre di riferimento	<i>Indicare il semestre di riferimento (1 o 2)</i>

N. Prog.	Codice prestazione	N. totale prenotazioni	N. prenotazioni da garantire	N. prenotazioni con classe di priorità B	% copertura entro i tempi della classe di priorità B	Numero prenotazioni con classe di priorità D	% di copertura entro i tempi della classe di priorità D

Allegato 3 – Flowchart per il monitoraggio dei ricoveri



Allegato 4 - Codice raggruppamento prestazioni ambulatoriali oggetto di sospensione

Codice raggruppamento	Prestazioni oggetto di monitoraggio	Codici tabella 46 prestazioni indicate dal PNGLA 2010-2012	Codice nomenclatore
1.1	visita cardiologica	1	89.7
1.2	visita chirurgia vascolare	2	89.7
1.3	visita endocrinologica	3	89.7
1.4	visita neurologica	4	89.13
1.5	visita oculistica	5	95.02
1.6	visita ortopedica	6	89.7
1.7	visita ginecologica	7	89.26
1.8	visita otorinolaringoiatra	8	89.7
1.9	visita urologica	9	89.7
1.10	visita dermatologica	10	89.7
1.11	visita fisiatrica	11	89.7
1.12	visita gastroenterologica	12	89.7
1.13	visita oncologica	13	89.7
1.14	visita pneumologica	14	89.7
2.1	Mammografia	15	87.37.1 - 87.37.2
2.2	TAC (con e senza contrasto)	16, 17, 18, 19, 20, 21, 22	87.41 - 87.41.1; 88.01.2 - 88.01.1; 88.01.4 - 88.01.3 88.01.6 - 88.01.5; 87.03 - 87.03.1 88.38.2 - 88.38.1; 88.38.5
2.3	RMN	23, 24, 25, 26	88.91.1 - 88.91.2; 88.95.4 - 88.95.5; 88.94.1 - 88.94.2; 88.93 - 88.93.1;
2.4	ecografia mammella	32	88.73.1 - 88.73.2
2.5	ecografia ostetrico-ginecologica	33	88.78 - 88.78.2;
2.6	Ecografie varie	27, 31	88.74.1 - 88.75.1 88.76.1; 88.71.4
2.7	ecocolordoppler	28, 29, 30	88.72.3; 88.73.5; 88.77.2;
3.1	Esami endoscopici	34, 35, 36	45.23; 45.25; 45.42; 45.24; 45.13 - 45.16;
3.2	ECG	37, 39	89.52; 89.41 - 89.43;
3.3	ECG Holter	38	89.50
3.4	Audiometria	40	95.41.1
3.5	Spirometria	41	89.37.1 - 89.37.2
3.6	Fondo oculare	42	95.09.1
3.7	Elettromiografia	43	93.08.1
4.1	Chemioterapia ⁽¹⁾	44	99.25; V58.1
4.2	Biopsia percutanea del fegato ⁽¹⁾	46	50.11
4.3	Riparazione ernia inguinale ⁽¹⁾	48	53.0 - 53.10

(1) Per le regioni che erogano la prestazione prevalentemente o esclusivamente in regime ambulatoriale

Allegato 5 – Fac simile Modello di rilevazione delle sospensioni delle attività di erogazione da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere

Regione	<i>specificare denominazione Regione</i>
Anno di riferimento	<i>Indicare l'anno di riferimento</i>
Semestre di riferimento	

Prog.	Codice Struttura di erogazione (STS)	Durata della sospensione	Causa della sospensione	Codice raggruppamento prestazioni oggetto di sospensione
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				