



REGIONE TOSCANA
UFFICI REGIONALI GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DEL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 02/03/2026 (punto N 72)

Delibera

N 230

del 02/03/2026

Proponente

MONIA MONNI

DIREZIONE SANITA', WELFARE E COESIONE SOCIALE

Pubblicità / Pubblicazione Atto pubblicato su Banca Dati (PBD)

Dirigente Responsabile Federico GELLI

Direttore Federico GELLI

Oggetto:

Criteri clinici per l'attribuzione delle classi di priorità per le prestazioni di primo accesso

Presenti

Eugenio GIANI

Bintou Mia DIOP

David BARONTINI

Filippo BONI

Alberto LENZI

Cristina MANETTI

Leonardo MARRAS

Monia MONNI

Alessandra NARDINI

ALLEGATI N°1

ALLEGATI

<i>Denominazione</i>	<i>Pubblicazione</i>	<i>Riferimento</i>
A	Si	CRITERI clinici per l'attribuzione delle classi di priorità per le prestazioni di primo accesso

STRUTTURE INTERESSATE

<i>Denominazione</i>
DIREZIONE SANITA', WELFARE E COESIONE SOCIALE

Allegati n. 1

A *CRITERI clinici per l'attribuzione delle classi di priorità per le prestazioni di primo accesso*

0b146d7ff68ffa420a060d1f86125755ef3de5c86d3b1753ec884e782d995ef1

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la Legge Regionale della Toscana 24 febbraio 2005, n. 40 Disciplina del servizio sanitario nazionale;

Visto il DPCM 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502), ed in particolare l'allegato 4, nel quale sono definite le prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del Servizio Sanitario Nazionale;

Vista l'Intesa (Rep. Atti 28/CSR) sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021, siglata tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano ai sensi degli articoli 2, comma 1, lettera b) e 4, comma 1 del d.lgs. 28/agosto/1987, n. 281, in data 21 Febbraio 2019;

Richiamata la DGR 604/2019 "Piano Regionale Governo Liste di Attesa 2019 – 2021" che adotta il Piano regionale per il governo delle Liste di attesa per il triennio 2019-2021; in particolare richiamato l'Allegato A che prevede l'adozione di strumenti a supporto della prescrizione;

Richiamato il Piano sanitario e sociale integrato (PSSIR 2024-2026), approvato dal Consiglio Regionale con deliberazione n.67 del 30 luglio 2025;

Valutati i dati di prescrizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale effettuate in Regione Toscana con particolare riferimento al trend di prescrizione, all'utilizzo dei codici di priorità, all'indicazione del quesito diagnostico, alle prescrizioni ripetute nell'arco di un anno per lo stesso paziente;

Osservato che negli ultimi anni si è assistito ad un incremento di domanda di visite specialistiche e prestazioni diagnostiche, anche a seguito di riemersione del fabbisogno di salute conseguente alle ridotte attività che hanno caratterizzato gli anni pandemici;

In particolare, osservato che i dati di prescrizione dell'anno 2024 raffrontate con le prescrizioni dell'anno 2019 evidenziano un incremento delle richieste di visite specialistiche e prestazioni strumentali pari al 43%, e, nello specifico, un incremento del 39,02% per le visite specialistiche di primo accesso e del 46,7% per le prestazioni di diagnostica strumentale;

Considerato che tra le prestazioni a maggiore criticità sia in termini di aumento di prescrizione che di conseguenti tempi di attesa proposti ai pazienti in fase di prenotazione, sono comprese le prestazioni di endoscopia digestiva nonché la visita dermatologica;

Valutata la strategicità dell'implementazione di un sistema per omogeneizzare i quesiti diagnostici utilizzati in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche ambulatoriali anche per garantire un'appropriata presa in carico dei pazienti;

Considerato che sono stati costituiti dei Tavoli di confronto regionali con i professionisti di riferimento delle seguenti discipline:

- Dermatologia
- Ortopedia

- Cardiologia
- Neurologia
- Gastroenterologia

al fine di condividere le necessarie azioni per migliorare l'appropriatezza prescrittiva e ridurre le relative liste d'Attesa;

Valutati i lavori di sintesi prodotti dai suddetti Tavoli;

Precisato che i documenti prodotti dai Tavoli hanno la finalità di fornire le indicazioni per lo sviluppo di un sistema in grado di supportare e guidare i prescrittori (MMG/PDF; Specialisti, Altri prescrittori) al momento della richiesta delle prestazioni;

Ritenuto, pertanto, di dare mandato a Estar e alla Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale al fine di implementare all'interno dei sistemi informatici a disposizione dei prescrittori (MMG/PDF; Specialisti, Altri prescrittori) le indicazioni cliniche di cui al presente atto;

Precisato che è previsto un monitoraggio dell'attuazione della presente delibera ed una manutenzione con revisione annuale a cura della Direzione regionale sanità e che la stessa avverrà con il contributo dei Tavoli di lavoro ai quali parteciperanno gli specialisti del SSR incaricati con decreto del Direttore della Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale;

Per tutto quanto sopra argomentato, rilevata la necessità di intervenire secondo le indicazioni riportate nell'Allegato A "Criteri clinici per l'attribuzione delle classi di priorità per le prestazioni di primo accesso";

Precisato che il presente atto non comporta oneri aggiuntivi a carico del SSR;

A voti unanimi

DELIBERA

1. di approvare l'Allegato A "Criteri clinici per l'attribuzione delle classi di priorità per le prestazioni di primo accesso" parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di precisare che il presente atto non comporta oneri aggiuntivi a carico del Bilancio Regionale;
3. di dare mandato alla Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale di adottare tutti gli atti necessari all'attuazione della presente delibera;
4. di dare mandato a Estar e alla Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale al fine di implementare all'interno dei sistemi informatici a disposizione dei prescrittori (MMG/PDF; Specialisti, Altri prescrittori) le indicazioni cliniche di cui al presente atto.

Il presente atto è pubblicato sulla banca dati dagli atti amministrativi della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 18 della L.R. 23/2007.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Il Direttore
FEDERICO GELLI



Criteri clinici per l'attribuzione delle classi di priorità per le prestazioni di primo accesso

Introduzione

In Regione Toscana, così come nel resto del Paese, la crescita esponenziale delle prescrizioni di visite specialistiche ha reso il sistema sanitario sempre meno sostenibile, generando liste d'attesa con tempi non compatibili con i bisogni assistenziali. In Regione Toscana i dati di prescrizione dell'anno 2024 raffrontate con le prescrizioni dell'anno 2019 evidenziano un incremento delle richieste di visite specialistiche e prestazioni strumentali pari al 43%, e, nello specifico, un incremento del 39,02% per le visite specialistiche di primo accesso e del 46,7% per le prestazioni di diagnostica strumentale. Questa iperprescrizione appare legata a due principali fattori: il disallineamento tra il pensiero clinico degli specialisti e quello dei prescrittori (medici di medicina generale o altri specialisti) e la diffusione di pratiche di medicina difensiva. In risposta, abbiamo implementato un sistema di supporto prescrittivo basato su quesiti diagnostici standardizzati. Infatti il precedente utilizzo sperimentale del sistema su prestazioni di diagnostica per immagini (RMN e TAC) ha comportato in Regione Toscana una riduzione dell'11% delle prescrizioni inappropriate. Sono attesi risultati analoghi nell'ambito delle visite specialistiche.

A partire dal maggio 2025 dunque, sono stati istituiti gruppi di lavoro multispecialistici (almeno tre specialisti per branca) insieme a un contributo di Fondazione Toscana Gabriele Monasterio per la parte cardiologica e Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer per la pediatria, incaricati di definire quesiti diagnostici per l'accesso alle visite specialistiche. Per tale lavoro è stato altresì chiesto il contributo dei medici di medicina generale, attraverso il confronto con i Rappresentanti di categoria, i direttori dei dipartimenti di medicina generale e/o delegati di AFT. Tali quesiti, validati con riferimento alla letteratura internazionale e ai criteri RAO nazionali (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) per quanto riguarda le classi di priorità, vengono integrati nel software regionale per le prescrizioni dematerializzate. Il sistema propone al medico, mediante menu a tendina, le indicazioni cliniche appropriate e la relativa classe di priorità. Per gestire casistiche non contemplate nella lista dei quesiti diagnostici, è sempre prevista la possibilità di selezionare la voce "altro" specificando il quesito per cui si richiede la prestazione.

Sono state prodotte liste di quesiti diagnostici per le seguenti specialità: Neurologia, Dermatologia, Ortopedia, Cardiologia, Gastroenterologia (colonscopia e esofagogastroduodenoscopia) e per le medesime specialità in ambito Pediatrico. Per ciascun quesito diagnostico sono state indicate le classi di priorità.

I quesiti diagnostici sono pubblicati con Delibera di Giunta Regionale con lo scopo di ufficializzarne non solo la valenza amministrativa, ma anche medico-legale. L'adozione pubblica dello strumento da parte della Regione eleva l'iniziativa al rango di "buona pratica" clinica ai sensi dell'art. 5 della legge 24/2017 (Legge Gelli-Bianco) e, in caso di contenzioso, sarà un supporto a quello che è stato il percorso decisionale del medico rafforzandone significativamente la posizione.

La esperienza del sistema RAO nazionale prodotto da AGENAS e introdotto con l'obiettivo di classificare le prestazioni specialistiche ambulatoriali in base alla priorità clinica, migliorando l'equità e la trasparenza nell'accesso, è stata recuperata in questo lavoro, sebbene a nostro avviso abbia mostrato alcuni limiti, compresa una scarsa accettazione da parte dei medici. I RAO si sono concentrati sulla prioritizzazione della prestazione, ma non sull'indicazione clinica della prestazione stessa. In altre parole, stabiliscono "quando"

fare una visita, ma non “se” sia davvero necessaria. Questo ha lasciato intatta la radice del problema dell’iperprescrizione, contribuendo scarsamente alla riduzione della domanda impropria. I RAO inoltre non sono stati integrati nativamente nei software di prescrizione: la loro applicazione richiede un inserimento manuale o una consultazione a parte, rallentando l’atto prescrittivo.

In funzione dell’effettivo risultato di questa iniziativa, misurato sul campo, se ne prevederà la estensione ad altre branche specialistiche.

Per garantire la sua efficacia nel tempo, sarà fondamentale prevedere una manutenzione dinamica del sistema, con aggiornamenti periodici sulla base dell’evoluzione delle evidenze scientifiche e dei fabbisogni assistenziali emergenti.

Sarà fondamentale anche prevedere dei momenti di feed-back con i prescrittori che vanno coinvolti nel percorso perché si riconoscano come parte centrale dell’intero processo gestionale.

Nelle Tabelle successive sono riportati i Quesiti diagnostici collegati al codice di priorità più appropriato

APPROPRIATEZZA ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGDS) E COLONSCOPIA RETE EPATO-GASTROENTEROLOGICA	
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	
Classe di Priorità	Indicazioni
U (ENTRO 72 H)	LIVELLO NON PREVISTO IN AMBITO AMBULATORIALE
B (ENTRO 10 GG)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anemizzazione di recente insorgenza con sintomi digestivi, con Hb <10 g/dl 2. Esigenza di escludere lesioni per terapie cardiologiche urgenti in pazienti con fattori di rischio per emorragia digestiva 3. Sintomi d’allarme: • vomito ricorrente (presenti da almeno 5-7 giorni) con esclusione di cause di natura infettiva, metabolica, neurologica e psicogena • disfagia/odinofagia (presenti da almeno 5-7 giorni) • calo ponderale significativo con sintomi digestivi 4. Sospette neoplasie rilevate obiettivamente e/o con diagnostica strumentale 5. Altro (max 10%): specificare
D (ENTRO 60 GG)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anemia sideropenica 2. Pazienti ≥ 55 anni con sindrome da reflusso gastroesofageo o sindrome dispeptica dolorosa di recente insorgenza (< 6 mesi), persistente (> 4 settimane) o non responsivi alla terapia (mai indagata con EGDS) 3. Sospetta celiachia-malassorbimento 4. Stadiazione pretrapianto 5. Valutazione varici/gastropatia da ipertensione portale 6. Altro (max 10%): specificare
P (120 gg)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pazienti < 55 anni con sindrome da reflusso gastroesofageo o sindrome dispeptica (mai indagata con EGDS) con sintomi persistenti anche dopo test and treat per HP 2. 2. Follow-up di patologie neoplastiche e precancerose (con indicazione e prescrizione da parte dello specialista che lo ha in carico) 3. Follow-up di varici esofagee (con indicazione e prescrizione da parte dello specialista che lo ha in carico) 4. Altro (max 10%): specificare

APPROPRIATEZZA ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGDS) E COLONSCOPIA RETE EPATO-GASTROENTEROLOGICA

COLONSCOPIA

Classe di priorità	Indicazioni
U (ENTRO 72 H)	LIVELLO NON PREVISTO IN AMBITO AMBULATORIALE
B (ENTRO 10 GG)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anemizzazione di recente insorgenza con sintomi digestivi, con Hb <10 g/dl 2. Sanguinamento non compendiatto come urgente, rettorragia/enterorragia non grave, diarrea muco-sanguinolenta non infettiva 3. Sospetto clinico e/o strumentale di neoplasia 4. Altro (max 10%): specificare
D (ENTRO 60 GG)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anemia sideropenica 2. Diarrea che perdura da almeno 4 SETTIMANE con accertamenti infettivologici negativi 3. Perdite ematiche minori (ematochezia) 4. Sangue occulto positivo nelle feci in paziente asintomatico 5. Sintomatologia dolorosa addominale e alterazione dell'alvo (mai indagata con colonscopia) in paziente con età > 50 anni 6. Alterazioni radiologiche di natura non neoplastica con quadro clinico compatibile 7. Stadiazione pretrapianto 8. Altro (max 10%): specificare
P (120 gg)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Modificazioni significative e persistenti dell'alvo da almeno 3 mesi in pazienti < 50 anni, senza segni o fattori di rischio, dopo inefficacia trattamenti empirici 2. Follow-up di patologie neoplastiche e precancerose (con indicazione e prescrizione da parte dello specialista che lo ha in carico) 3. Altro (max 10%): specificare

**CRITERI CLINICI PER L'ATTRIBUZIONE DELLE CLASSI DI PRIORITÀ
PER LA PRIMA VISITA ORTOPEDICA**

Classe di Priorità	Indicazioni
U (ENTRO 72 H)	<ul style="list-style-type: none"> • Gonalgia acuta con blocco articolare, senza trauma, di probabile tipologia chirurgica • Altro (max 10%): specificare
B (ENTRO 10 GG)	<ul style="list-style-type: none"> • Patologie acute di media gravità con limitazione funzionale poco rispondenti al trattamento antalgico (p.es.: epicondiliti, periartriti, patologie reumatiche del polso e della mano) • Patologia tumorale o sospetta tumorale non inquadrata (p.es.: osteolisi di ndd) • Versamenti endoarticolari non cronici per eventuale drenaggio del liquido sinoviale • Altro (max 10%): specificare
D (ENTRO 30 GG)	<ul style="list-style-type: none"> • Tutte le sindromi canalicolari (p.es.: dito a scatto, tunnel carpale) • Artralgia cronica o sub-acuta di probabile tipologia chirurgica • Altro (max 10%): specificare

**CRITERI CLINICI PER L'ATTRIBUZIONE DELLE CLASSI DI PRIORITÀ
PER LA PRIMA VISITA DERMATOLOGICA**

Classe di Priorità	Indicazioni
U (ENTRO 72 H)	<ul style="list-style-type: none"> • Orticaria acuta-Angioedema • Reazione da farmaci • Esantemi febbrili • Eritrodermia (eritema con desquamazione che interessa tutta, o quasi, la cute) • Infezioni cutanee acute (eventualmente specificare) • Ustioni • Neoformazioni cutanee sanguinanti • Lesioni purpuriche di recente insorgenza • Sospetta MST acuta (eventualmente specificare) • Altro (max 10%): specificare
U PEDIATRICO (ENTRO 72 H)	<ul style="list-style-type: none"> • Stato eritrodermico esteso • Emangioma infantile sanguinante • Sospetta scabbia • Altro (max 10%): specificare
B (ENTRO 10 GG)	<ul style="list-style-type: none"> • Lesioni di sospetta natura neoplastica maligna • Infezioni cutanee non acute • Sospetta scabbia (e altre infestazioni parassitarie) • Dermatosi bollose • Prurito intenso (che interferisce con il sonno) • Altro (max 10%): specificare
B PEDIATRICO (ENTRO 10 GG)	<ul style="list-style-type: none"> • Infezioni cutanee a rapida esenzione (virali, batteriche, micotiche o parassitologiche) • Dermatite atopica grave estesa e resistente al trattamento • Emangioma infantile in rapida crescita, ulcerati e in sedi critiche • Altro (max 10%): specificare
D (ENTRO 30 GG)	<ul style="list-style-type: none"> • Dermatosi infiammatorie (incluse le autoimmuni) • Ulcere trofiche cutanee • Visite programmabili non riconducibili alle precedenti classi • Altro (max 10%): specificare
D PEDIATRICO (ENTRO 30 GG)	<ul style="list-style-type: none"> • Psoriasi estesa • Orticaria persistente • Malattie autoimmuni • Acne • Dermatite atopica • Molluschi e verruche • Altro (max 10%): specificare

**INDICAZIONI DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA (+ E.C.G.)**

Classe di Priorità	Indicazioni
INVIO PS	<ul style="list-style-type: none"> • Dolore toracico a riposo e da sforzo di recente insorgenza di verosimile origine cardiaca • Sincopi di verosimile origine cardiaca non vaso-vagale, senza prodromi • Segni di scompenso cardiaco acuto con classe NYHA \geq III con caratteristiche di recente insorgenza in soggetti senza precedente diagnosi di cardiopatia; • Scompenso cardiaco cronico in fase di riacutizzazione (classe NYHA \geq III) non rispondente agli aggiustamenti terapeutici (già messi in atto) • Riscontro di verosimile aritmia da fibrillazione atriale precedentemente non nota, in paziente sintomatico. Soprattutto se l'insorgenza è $<$ 48 h per provvedere a cardioversione • Aritmie ipercinetiche persistenti anche se asintomatiche • Aritmie ipocinetiche ($<$ 40 bpm) sintomatiche (dispnea con NYHA $>$ II, angina con CCS $>$ II, alterazioni dello stato di coscienza) • Segnale sonoro di Pace-Maker (salvo se percorso dedicato) • Scarica di defibrillatore automatico impiantato • Emergenza ipertensiva (pressione arteriosa sistolica $>$180 mmHg, diastolica $>$120 mmHg con danno d'organo acuto) • Altro (max 10%): specificare
U (ENTRO 72 H)	<ul style="list-style-type: none"> • Peggioramento grave della tolleranza allo sforzo e dalla dispnea in soggetti con scompenso cardiaco noto che non risponde all'aumento di diuretico; • Dispnea per sforzi lievi (NYHA III), verosimilmente di natura cardiaca, di recente insorgenza in soggetti senza precedente diagnosi di cardiopatia; • Cardiopalmo parossistico o persistente di recente insorgenza, oggettivato con esame obiettivo da parte del MMG; • Riscontro di verosimile fibrillazione atriale in paziente asintomatico. • Altro (max 10%): specificare
B (ENTRO 10 GG)	<ul style="list-style-type: none"> • Dispnea da sforzo (NYHA $<$ III) e/o edemi di recente insorgenza, di sospetta natura cardiologica; • Insufficienza cardiaca cronica riacutizzata con passaggio di classe NYHA, oltre la II (con segni e sintomi di scompenso, non è sufficiente l'elevazione dei valori di BNP o NT-proBNP); • Sospetta angina da sforzo con caratteristiche cliniche stabili; • Soffi cardiaci non noti accompagnati da sintomi (dispnea/ cardiopalmo/ sincope/ dolore toracico) senza caratteristiche di instabilità; • Bradicardia severa ($<$40 battiti/minuto) di recente insorgenza, asintomatica, non iatrogena. • Altro (max 10%): specificare
D (ENTRO 30 GG)	<ul style="list-style-type: none"> • Dispnea da sforzo (NYHA II) in soggetto con fattori di rischio cardiologici (valutare BNP o NT-proBNP: se nei limiti possibile ruling-out di causa cardiogena) • Cardiopalmo extrasistolico sintomatico non noto in precedenza, con caratteristiche di stabilità emodinamica; • Prima visita in pregressa emergenza/urgenza ipertensiva; • Valutazione di Portatori di Malattia Sistemica e/o Malattia cronico degenerativa (ad es.:connettivopatie, endocrinopatie, malattie metaboliche, malattie infettive) in presenza di segni e sintomi che possano suggerire coinvolgimento dell'apparato cardiovascolare • Altro (max 10%): specificare

**CRITERI CLINICI PER L'ATTRIBUZIONE DELLE CLASSI DI PRIORITÀ
PER LA PRIMA VISITA NEUROLOGICA**

Classe di Priorità	Indicazioni
INVIO PS	sintomi insorti acutamente vanno direttamente in PS in quanto potenzialmente trattabili nell'ambito di percorsi tempo dipendente (es. ictus)
U (ENTRO 72 H)	Non previsto
B (ENTRO 10 GG)	<p>i sintomi insorti in maniera subacuta (nell'arco di "pochi giorni- 4/6 settimane")</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cefalea • Sospetto decadimento cognitivo • Disturbo comportamentale • Stato confusionale • Disturbo del sonno • Crisi epilettica • Disturbo cerebrovascolare • Trauma cranico • Lesione cerebrale di ndd • Tremore • Disturbo del movimento • Vertigine • Mielopatia • Diplopia • Disturbo della sensibilità • Neuropatia periferica • Paresi del nervo faciale • Nevralgia del trigemino • Cervicobrachialgia • Lombosciatalgia • Sindrome del tunnel carpale • Ipertono muscolare /spasticità • Altro (max 10%): specificare
D (ENTRO 30 GG)	<p>sintomi cronici (sintomi presenti da "mesi")</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cefalea • Sospetto decadimento cognitivo • Disturbo comportamentale • Stato confusionale • Disturbo del sonno • Crisi epilettica • Disturbo cerebrovascolare • Trauma cranico • Lesione cerebrale di ndd • Tremore • Disturbo del movimento • Vertigine • Mielopatia • Diplopia • Disturbo della sensibilità • Neuropatia periferica • Paresi del nervo faciale • Nevralgia del trigemino • Cervicobrachialgia • Lombosciatalgia • Sindrome del tunnel carpale • Ipertono muscolare /spasticità • Altro (max 10%): specificare