

MOD. CAJINI

P3C



Ministero della Salute

UFFICIO DI GABINETTO

Ministero della Salute

GAB

0013457-P-02/08/2023

I.4.c.c/5



601967712

Presidenza del Consiglio dei Ministri

DAR 0018506 A-4.37.2.10

del 02/08/2023



47722309

Al Direttore dell'Ufficio di coordinamento
della Segreteria della Conferenza
permanente per i rapporti tra lo Stato, le
Regioni e le Province autonome di Trento e
Bolzano

e, p.c.

Al Direttore generale della
programmazione sanitaria

OGGETTO: *Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano
sul documento recante "Linee di indirizzo per la gestione delle liste di attesa
per ricoveri programmati nelle strutture sanitarie e corretta tenuta delle
agende di prenotazione"*

Si trasmette in allegato il documento in oggetto per l'inserimento all'ordine del giorno
della prima seduta utile della Conferenza Stato-Regioni.

IL CAPO DI GABINETTO

Prof. Avv. Arnaldo Morace Pinelli

Accordo, ai sensi dell'art. 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul documento "Linee di indirizzo per la gestione delle liste di attesa per ricoveri programmati nelle strutture sanitarie e corretta tenuta delle agende di prenotazione"

**LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO,
LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO**

VISTO l'art. 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affida a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

VISTA l'Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 21 febbraio 2019 (Rep. Atti n. 28/CSR) sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'attesa per il triennio 2019-21, di cui all'art. 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266 e, in particolare, l'allegato A, che stabilisce che le Regioni e Province Autonome prevedano l'uso sistematico delle classi di priorità per tutti i ricoveri programmati, definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito dell'Accordo dell'11 luglio 2002, del Piano Nazionale di Contenimento dei Tempi di Attesa 2006-2008 e del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'attesa 2010-2012;

DATO ATTO che la predetta Intesa Stato-Regioni del 21 febbraio 2009 prevede all'allegato A, paragrafo 3.2 per i ricoveri programmati che l'inserimento nella lista di attesa avvenga tramite procedura informatizzata a livello regionale, delle Province Autonome o di singola azienda/istituzione privata accreditata, e che tenga conto di criteri di appropriatezza e priorità clinica;

VISTE le "Linee di Indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato", di cui all'Accordo Stato-Regioni del 9 luglio 2020 (Rep. Atti n. 100/CSR), richiamati anche nel documento "Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2" emanato dal Ministero della salute, che tratta all'Allegato 5 e all'Appendice 1 il tema delle liste di attesa;

VISTO il decreto ministeriale 21 giugno 2019, successivamente modificato con decreto ministeriale 31 dicembre 2021, che ha istituito l'Osservatorio Nazionale sulle Liste d'Attesa (di seguito, "Osservatorio") composto da rappresentanti designati in sede di Conferenza Stato-Regioni ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettera d), del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, con il compito di affiancare Regioni e Province autonome nell'implementazione del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa, monitorare l'andamento degli interventi previsti dallo stesso, rilevare le criticità e fornire indicazioni per uniformare comportamenti, superare le disuguaglianze e rispondere in modo puntuale ai bisogni dei cittadini;

CONSIDERATO che il paragrafo 3.2 dell'Allegato A della summenzionata Intesa Stato-Regioni del 21 febbraio 2009 prevede che l'Osservatorio Nazionale sulle liste di attesa adotti uno specifico set di

indicatori di flusso, di utilizzo comune nell'analisi delle attività ospedaliere, atto a monitorare l'efficienza gestionale dei ricoveri ospedalieri;

VISTO il decreto del Direttore generale della Programmazione sanitaria del Ministero della salute del 21 gennaio 2020 con il quale è stato istituito all'interno dell'Osservatorio, il Sottogruppo di lavoro per il monitoraggio delle attività di ricovero e relativi indicatori con il compito di definire le modalità di monitoraggio delle prestazioni in regime di ricovero di cui al paragrafo 3 del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'attesa per il triennio 2019-21 e individuare i relativi indicatori utili al monitoraggio;

CONSIDERATO che il Sottogruppo di lavoro per il monitoraggio delle attività di ricovero e relativi indicatori ha predisposto il documento "*Linee di indirizzo per la gestione delle liste di attesa per ricoveri programmati nelle strutture sanitarie e corretta tenuta delle agende di prenotazione*" con l'obiettivo di uniformare a livello nazionale il modello organizzativo per l'accesso al ricovero programmato e formalizzare la gestione delle agende di ricovero (registri di prenotazione/lista d'attesa) anche al fine di identificare indicatori di monitoraggio delle attività di ricovero;

VISTO il resoconto della riunione plenaria dell'Osservatorio del 15 dicembre 2022 nel quale sono state discusse ed approvate le predette Linee di indirizzo;

RITENUTO di dover adottare un sistema di gestione uniforme e standardizzato sul territorio nazionale per la gestione e la tenuta delle agende di ricovero funzionale all'identificazione e al monitoraggio degli indicatori di flusso dei ricoveri ospedalieri e fornire indirizzi e regole omogenee, su tutto il territorio nazionale per assicurare che la gestione delle liste di attesa dei ricoveri avvenga secondo criteri di appropriatezza, equità e trasparenza, garantendo la tutela dei diritti dei cittadini, facilitando la fruizione delle prestazioni assistenziali ed al contempo rafforzando strumenti e regole di governo del percorso del paziente e della programmazione delle risorse;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento allegato, parte integrante del presente Accordo, recante "*Linee di indirizzo per la gestione delle liste di attesa per ricoveri programmati nelle strutture sanitarie e corretta tenuta delle agende di prenotazione*"

Art. 1

1. È approvato il documento "*Linee di indirizzo per la gestione delle liste di attesa per ricoveri programmati nelle strutture sanitarie e corretta tenuta delle agende di prenotazione*" che, allegato al presente Accordo, ne fa parte integrante e sostanziale;
2. Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano si impegnano a recepire integralmente i contenuti del presente Accordo entro il termine di due mesi;

3. Alle disposizioni del presente Accordo si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie previste a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

*OSSERVATORIO NAZIONALE SULLE LISTE DI ATTESA
SOTTOGRUPPO RICOVERI*

LINEE DI INDIRIZZO

**GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA PER RICOVERI PROGRAMMATI
NELLE STRUTTURE SANITARIE E CORRETTA TENUTA DELLE AGENDE DI
PRENOTAZIONE**

Condiviso il 15 dicembre 2022

INDICE

1. PREMESSA	3
2. GESTIONE DELL'ACCESSO AI RICOVERI PROGRAMMATI	4
2.1. Prenotazione: procedure di creazione della lista d'attesa per ricoveri programmati	4
2.2. Prenotazione: attribuzione delle priorità di lista d'attesa per ricoveri programmati	6
2.3. Prenotazione: notifica scritta da rilasciare all'assistito	7
3. GESTIONE E TENUTA DELLA LISTA D'ATTESA PER RICOVERI PROGRAMMATI	8
3.1. Scorrimento della lista d'attesa per ricoveri programmati	8
3.2. Convocazione al ricovero: scelta della data, gestione del rifiuto e corretta manutenzione della lista	9
4. MONITORAGGIO E RESPONSABILITA' SULLA LISTA D'ATTESA PER RICOVERI PROGRAMMATI 13	
4.1. Responsabilità del Direttore Sanitario	13
4.2. Responsabilità del Referente Unico per l'Accesso ai ricoveri programmati (RUA_ric) ...	13
4.3. Responsabilità dei Direttori/Responsabili di Unità Organizzativa	13
4.4. Responsabilità del Direttore di Dipartimento/Presidio	14
5. PROCEDURA DI GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA PER RICOVERI PROGRAMMATI NELLE STRUTTURE SANITARIE E CORRETTA TENUTA DELLE AGENDE DI PRENOTAZIONE	14
5.1. Contenuti minimi della procedura	14
5.2. Procedura di gestione delle liste di attesa per ricoveri programmati e programmazione ospedaliera in ottica di rete: liste d'attesa, volumi ed esiti	15
6. INDICATORI E PROCEDURA DI MONITORAGGIO	16
7. GLOSSARIO	18

1. PREMESSA

Per ricovero programmato¹ (di seguito "RP") si intende il ricovero in regime ordinario o in regime di day-hospital che, in relazione alle condizioni cliniche del paziente o ai trattamenti cui il paziente deve essere sottoposto, può essere programmato per un periodo successivo al momento in cui è stata rilevato il bisogno. L'indicazione al ricovero programmato può essere posta da un medico dipendente o convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale (Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta; Medico specialista ambulatoriale convenzionato; Dirigente medico della Struttura a cui afferisce il registro di prenotazione, in istituzionale o in libera professione; Dirigente medico, di altra Struttura o Presidio ospedaliero che rientri in un PDTA formalizzato, in istituzionale) e la relativa proposta (impegnativa) va formulata su ricettario SSN. La richiesta di ricovero deve produrre il ricovero dell'assistito con un tempo di attesa determinato dalla Classe di Priorità assegnata al momento in cui è stata rilevata l'indicazione e alla capacità di risposta del presidio di riferimento. Per il dovere di presa in carico del bisogno, il Servizio Sanitario Regionale deve rendere disponibile al cittadino, come requisito essenziale di qualità, un sistema di accesso alle prestazioni di ricovero appropriato, equo, oggettivo e trasparente².

La gestione dei ricoveri programmati in una struttura sanitaria deve essere funzionale a:

- garantire equità nell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato;
- garantire che l'accesso del paziente alle prestazioni di ricovero sia gestito ad un livello qualitativo ottimale;
- favorire l'ottimizzazione nell'impiego delle risorse aziendali;
- definire modalità uniformi di determinazione delle variabili da utilizzare per il calcolo della durata delle attese per gruppi omogenei di prestazioni;
- stimolare l'attività di programmazione strategica aziendale sul tema delle liste di attesa, con l'obiettivo di migliorare il livello di accessibilità a tali prestazioni in un'ottica di *clinical governance* garantendo il perseguimento del rapporto tra volumi di attività, esiti delle cure e numerosità delle strutture, anche sotto il profilo della qualità e della gestione del rischio clinico, secondo il modello a rete dell'assistenza ospedaliera.

Per tutti i ricoveri programmati le Regioni e Province autonome prevedono l'uso sistematico delle Classi di priorità, definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito dell'Accordo dell'11 luglio 2002 e del PNCTA 2006-2008 e del PNGLA 2010-2012 e riportate nel PNGLA vigente.

Le presenti linee di indirizzo, redatte dal *Sottogruppo per il monitoraggio delle attività di ricovero e relativi indicatori* (di seguito, SG-RIC) dell'Osservatorio Nazionale Liste d'Attesa, si propongono di uniformare a livello nazionale il modello organizzativo per l'accesso al ricovero programmato e formalizzare la gestione delle agende di ricovero (registri di prenotazione/lista d'attesa) anche al fine di identificare indicatori di monitoraggio delle attività di ricovero.

Indirizzi e regole omogenee, su tutto il territorio nazionale, hanno lo scopo di assicurare che la gestione delle liste di attesa dei ricoveri avvenga secondo criteri di appropriatezza, equità e trasparenza, garantendo la tutela dei diritti dei pazienti, facilitando la fruizione delle prestazioni assistenziali ed al contempo rafforzando strumenti e regole di governo del percorso del paziente chirurgico e della programmazione delle risorse.

Rientra tra gli obiettivi del presente documento, l'implementazione delle "*Linee di Indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato*", di cui all'Accordo Stato-Regioni del 9 luglio 2020 (Rep. Atti n. 100/CSR), richiamati anche nel documento "*Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie*

¹ Mattone Tempi di Attesa

<http://www.mattoni.salute.gov.it/mattoni/paginaInternaMenuMattoni.jsp?id=9&menu=mattoni>

² A tale proposito, va anche ricordato che la legge n. 724/94 all'art. 3, comma 8, istituisce, al fine di garantire la trasparenza nella gestione dell'accesso, sotto la personale responsabilità del Direttore Sanitario, il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e dei ricoveri ospedalieri

non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2" 0001525-24/01/2022 che tratta in Allegato 5 e Appendice 1 il tema delle Liste di Attesa.

Nella stesura delle presenti linee di indirizzo, sono stati considerati i risultati qualitativi e quantitativi di una survey condotta sulle regioni partecipanti al SG-RIC, che documentano un esteso utilizzo di agende di prenotazione dei ricoveri programmati, sebbene prevalentemente limitato ai soli ricoveri chirurgici. Dall'indagine emerge, altresì, che l'agenda è in larga misura in formato elettronico e, nella metà delle aziende partecipanti all'indagine, è unica per l'intera azienda. Si segnalano aziende nelle quali l'agenda è gestita dalla singola unità operativa. Nella maggior parte delle aziende, l'agenda di ricovero riporta tutti i campi obbligatori e facoltativi del Mattone "Tempi di Attesa": *Linee guida per le Agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili*. In particolare, il campo «tipo di percorso/intervento» scelto all'atto dell'inserimento in lista è indicato con codifica ICD-9-CM.

Nel 91% delle aziende è formalmente adottata una procedura di gestione dei ricoveri programmati.

Nella metà delle aziende oggetto di indagine, l'inserimento del paziente in lista d'attesa per ricovero programmato avviene contestualmente al momento in cui viene posta indicazione al ricovero. Nella maggior parte delle aziende, la valutazione di appropriatezza della proposta di ricovero è condotta dallo specialista ospedaliero che effettua la visita filtro.

2. GESTIONE DELL'ACCESSO AI RICOVERI PROGRAMMATI

2.1. Prenotazione: procedure di creazione della lista d'attesa per ricoveri programmati

Il percorso solitamente inizia con il paziente che espone al suo medico (MMG, PLS, specialista, ecc.) un problema di salute, per il quale il medico lo invia ad uno specialista per valutazione oppure, eventualmente dopo alcuni accertamenti preliminari, propone direttamente il ricovero. Dal punto di vista processuale, il percorso può essere così descritto:

1. Il Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta (MMG, PLS) prescrive il ricovero su ricettario regionale SSN su suggerimento o meno di uno specialista (territoriale o ospedaliero), indicando:
 - il tipo di ricovero (ordinario o day-hospital);
 - il quesito clinico (o motivo del ricovero);
 - la classe di priorità (A, B, C, D);
 - l'eventuale necessità di intervento chirurgico;
2. A) Il paziente, con questa impegnativa recante l'indicazione al ricovero (e non necessariamente alla visita ambulatoriale) accede alla "visita filtro" (funzione specialistica) del reparto – senza compartecipazione alla spesa/ticket;
B) È possibile che la "visita filtro" coincida con la visita specialistica ambulatoriale. In questo caso è comunque raccomandabile che il paziente esibisca l'impegnativa di cui al punto 1. all'atto del ricovero;
3. Durante la "visita filtro", lo specialista valuta la prescrizione di ricovero da parte del MMG o del PLS e ne verifica l'appropriatezza relativamente a:
 - effettiva presenza del problema segnalato (valutazione clinica);
 - pertinenza al regime di ricovero (valutazione organizzativa);
 - pertinenza strutturale (idoneità della struttura in relazione a tecnologie, risorse, competenze, ecc.).

Lo specialista, di fatto, è titolare del giudizio sull'appropriatezza del ricovero proposto dal MMG/PLS, nonché sull'ammissione del bisogno specifico al livello di assistenza ospedaliera (priorità indicata, regime di ricovero ordinario o diurno) e può verificare i requisiti relativi alla intensità assistenziale

necessaria, in risposta alla gravità del quadro clinico e alla intensità degli interventi diagnostico/terapeutici possibili valutati nel corso della "visita filtro";

In caso di non concordanza con la richiesta (di ricovero) del medico prescrittore, lo specialista deve indicare il livello di assistenza appropriato per il caso clinico in esame, attivando direttamente, se condiviso dal cittadino-utente, un diverso percorso assistenziale. In tal caso lo specialista si assume la responsabilità del nuovo percorso e della nuova classe di priorità e si assume l'onere di facilitare il nuovo progetto terapeutico del paziente;

4. Lo specialista ospedaliero che valuta la proposta di ricovero del MMG/PLS o il responsabile dell'unità cui afferisce l'ambulatorio, sia che valuti la proposta di altri, sia che formuli egli stesso l'indicazione al ricovero, garantisce l'inserimento del paziente in lista d'attesa, potendo prevedere, se il caso lo richiede, una fase di approfondimento diagnostico o la necessità di terapie adiuvanti;

→ Ai sensi del vigente PNGLA, per garantire trasparenti ed efficaci strumenti di governo, le Regioni e le Province autonome adottano di un **sistema di prenotazione informatizzato centralizzato (agenda, registro)** per la gestione dei ricoveri programmati, garantendo in questo modo anche le programmazioni ex ante.

→ **Si raccomanda che il sistema di prenotazione sia unico per Azienda o per Presidio ospedaliero, o, di minima, per le unità organizzative che gestiscono casistiche similari e/o condividono le medesime piattaforme produttive (es. chirurgia).** È opportuno che si attuino interventi volti a superare progressivamente i registri di prenotazione in dotazione della singola unità operativa, fatte salve discipline o setting di cura con specifiche caratteristiche (es. DH oncologico).

→ **Si raccomanda, altresì, che il sistema di prenotazione dei singoli erogatori preveda la convergenza delle posizioni di lista ad un *database* in sola lettura verso la regione di competenza, con una frequenza prestabilita di invio (es. 24h) e uguale per tutti i soggetti invianti.**

5. Lo specialista che ha valutato il caso e validato la proposta di ricovero, al momento della prenotazione, inserirà nel sistema di prenotazione i seguenti dati:
 - a) Nome cognome del paziente
 - b) Identificativo paziente (Codice fiscale-STP-ENI-TEAM)
 - c) Sesso
 - d) Data nascita
 - e) Numero telefonico del paziente
 - f) Persona da informare (nome e telefono)
 - g) Codice diagnosi ICD9CM (o sospetto diagnostico, anch'esso codificato in ICD9CM)
 - h) Classe di priorità
 - i) Nome prescrittore
 - l) Data di prescrizione della richiesta da parte del prescrittore
 - m) Data inserimento del paziente nella agenda di prenotazione
 - n) Data prevista per la prestazione (prima offerta disponibile)
 - o) Data di prenotazione accettata dal paziente
 - p) Motivi eventuale esclusione/cancellazione, anticipazione o spostamento nella lista in apposito campo note
 - q) Data in cui avviene il ricovero
 - r) Codice prestazione ICD9CM (Intervento).

→ **Ai fini della determinazione della consistenza della lista d'attesa, si raccomanda di utilizzare sistemi codificati per l'identificazione della diagnosi (g) e della prestazione (r).** Tale modalità facilita, altresì, la corretta pianificazione degli accessi secondo logiche di flessibilità ed efficienza e una migliore programmazione nell'utilizzo delle piastre produttive (posti letto, sedute operatorie, prestazioni intermedie, pre-ricovero, ecc.). A tal fine, si suggerisce di far riferimento alla metodologia di classificazione delle prestazioni chirurgiche di cui all'Appendice 1 del documento "*Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2 0001525-24/01/2022*".

→ Nella fase di inserimento in lista, è possibile che la fase diagnostica non sia ancora completata e quindi non ancora puntualmente definiti l'indicazione all'intervento chirurgico, il livello di gravità clinica del paziente, oppure potrebbe esservi la necessità di effettuare trattamenti farmacologici, terapie adjuvanti o attendere un tempo prestabilito di osservazione o valutazione prima dell'intervento. Per tali circostanze, è possibile inserire il paziente in una "**lista di presa in carico**", a valle della quale sarà confermata o disconfermata l'indicazione al ricovero.

La fase di presa in carico non cuba sul tempo di attesa esperito dal paziente: quest'ultimo, di fatto, è il tempo che intercorre tra la convalida del bisogno di ricovero e la realizzazione dello stesso. A tal fine, si raccomanda che **l'inserimento in lista d'attesa coincida con il momento in cui viene convalidata l'indicazione al ricovero, e cioè quando il paziente è nelle effettive condizioni di essere sottoposto ad intervento chirurgico³** avendo già eseguito gli eventuali trattamenti coadiuvanti e tutti gli approfondimenti diagnostici necessari per la corretta diagnosi e per definire l'indicazione terapeutica.

Lo specialista inoltre fornisce al paziente tutte le informazioni relative ai tempi presunti del ricovero, alla fase di pre-ricovero, nonché tutte le coordinate per potersi informare telefonicamente o di persona presso il reparto in cui è stato prenotato.

2.2. Prenotazione: attribuzione delle priorità di lista d'attesa per ricoveri programmati

1. Lo specialista ospedaliero è tenuto ad assegnare al paziente un attributo di priorità alla luce di valutazioni cliniche (dolore, disfunzioni, disabilità) e prognostiche. Nella tabella 1, si riportano le Classi di priorità (e relativo criterio che ne sottende l'individuazione) per prestazioni erogate in regime di ricovero, in conformità a quanto previsto nell'Accordo Stato Regioni dell'11 luglio 2002, nel Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2010-2012.

→ **L'attribuzione della classe di priorità è un giudizio (e un atto) clinico** e, a differenza della convocazione al ricovero, non è influenzato dalla capacità di offerta della struttura ospedaliera.

³ Dal Mattone *Tempi di Attesa*: Per data di inserimento del paziente nella agenda si deve invece intendere la data in cui il soggetto previsto dalla struttura (di solito lo specialista del reparto) conferma la necessità di ricovero e provvede all'inserimento del paziente nella agenda di prenotazione.

A tale proposito, è però opportuno ricordare che può accadere che, specie in casi in cui i tempi di attesa siano lunghi, stabilita la necessità di ricovero per un paziente, in una prima fase egli non venga materialmente inserito in una agenda, ma solo in una qualche forma di "pre-lista" di candidati all'intervento, e venga invece inserito nella agenda solo al momento in cui si renda con precisione disponibile un posto letto o una seduta operatoria. Dato che lo scopo della rilevazione è quello di avere un quadro preciso del tempo che intercorre tra la convalida del bisogno di ricovero e la realizzazione dello stesso, è evidente che il dato da inserire nel sistema di rilevazione è quello relativo al momento della conferma del riconoscimento del bisogno da parte dello specialista della struttura, e non già quello, meramente organizzativo, relativo al momento della attribuzione precisa di una data per il ricovero. Questa data, relativa alla identificazione del bisogno (momento della convalida dello specialista), è anche quella che dovrà essere utilizzata per la compilazione del campo "data di prenotazione", previsto nel nuovo modello della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Tabella 1 - Classi di priorità per ricoveri programmati

Classe di priorità per il ricovero	Indicazioni
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 di 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.

Le classi attribuite sono da considerarsi suscettibili di modifiche successive in funzione dell'evoluzione delle condizioni cliniche del singolo caso: in tal caso è necessario aggiornare la classe di priorità, motivando e registrando la scelta nel sistema informatizzato da parte dello specialista. Si precisa che in caso di modifica della priorità, il tempo di attesa complessivo è comunque conteggiato dal giorno del primo inserimento in lista (il tempo già trascorso rientra nel tempo di attesa). Lo scopo della classe di priorità è quello di determinare l'ordine di ingresso alla prestazione, consentendo di identificare i tempi massimi entro i quali deve essere garantita la prestazione.

La classe è da assegnare valutando:

1. condizione clinica del paziente, natura della patologia e delle possibili evoluzioni peggiorative del quadro clinico e della prognosi, in relazione al tempo necessario al trattamento;
2. presenza di dolore e/o deficit funzionale o altre complicanze previste;
3. casi particolari che, indipendentemente dal quadro clinico, richiedano di essere trattati in un tempo prefissato, purché esplicitamente dichiarati dal medico che lo ha in carico.

2.3. Prenotazione: notifica scritta da rilasciare all'assistito

All'atto dell'inserimento in lista, lo specialista ospedaliero che ha indicato il ricovero e inserito il paziente in lista d'attesa, rilascerà a quest'ultimo una stampa dell'avvenuto inserimento, recante i seguenti campi:

Informazioni inerenti al paziente

- 1) Nome 2) Cognome 3) Identificativo paziente (Codice Fiscale, STP, ENI, TEAM) 4) Residenza
- 5) Codice di prenotazione [NUMERO DI LISTA] 6) Data di prenotazione [DATA DI INSERIMENTO IN LISTA D'ATTESA] 7) Ora di prenotazione 8) Classe di priorità con relativo codice
- 9) Tempo Massimo Regionale o, se minore, Aziendale (espresso in giorni: ENTRO ___gg)
- 10) Codice e descrizione della prestazione richiesta; motivo del ricovero
- 11) Tempo di attesa previsto (espresso in giorni)⁴ inteso come stima del Tempo medio/mediano di erogazione del ricovero (calcolato sulla media dei tempi d'attesa dei ricoveri erogati con pari codice diagnosi codice procedura e classe di priorità)
- 12) Data della prestazione accettata dall'utente

⁴ I campi 11), 12) e 13) potrebbero non essere ancora noti all'atto dell'inserimento in lista, specie nei casi in cui la prestazione non ha priorità elevata (es. Classe B o C o D). In tali casi, tali date non saranno indicate nel promemoria ma comunicate telefonicamente al paziente in un momento successivo e immediatamente inserite nel sistema elettronico di prenotazione.

- 13) Ambito territoriale/ Struttura erogatrice accettata dall'utente
- 14) A chi e come il paziente deve comunicare un eventuale cancellazione o modifica della disponibilità prenotazione (es. nome e cognome del Medico proponente, denominazione e sede della U.O. e telefono del Centralino)
- 15) Accettazione/rifiuto il ricovero presso altra struttura rispetto a quella in cui è inserito in LDA per accedere al ricovero in tempi più brevi presso altre strutture equivalenti
- 16) eventuali criticità in ordine ai tempi di attesa;
- 17) descrizione dell'offerta di sedi alternative, nell'ambito territoriale di competenza, quando presente e formalizzata una rete interospedaliera;
- 18) informativa riguardo alle modalità di sospensione, rinvio e cancellazione dalla lista;
- 19) modalità di rinuncia;
- 20) riferimenti per informazioni nel corso della permanenza in lista.

→ Nei casi in cui, all'atto dell'inserimento del paziente in lista d'attesa, non sia nota la data di convocazione si raccomanda di **fornire al paziente l'indicazione di massima del tempo di attesa previsto** (campo 9). Questo dato può essere reso disponibile mediante una modalità implicita (stima dello specialista) o, preferibilmente, usando criteri espliciti, quali, ad esempio, il tempo medio o mediano di attesa per quel tipo di ricovero con quella classe di priorità nei precedenti sei mesi (campo 11).

→ Nel caso di rifiuto esplicito (indicato sia nella notifica cartacea che nel sistema informativo ospedaliero) il tempo di attesa per la prestazione non rientrerà tra quelle monitorate, tranne che per le classi A. È fondamentale che questo tipo di informazione sia strutturata a livello informatico.

→ Si raccomanda che ciascuna Azienda adotti un piano di comunicazione, con particolare riferimento all'accessibilità dell'offerta e alle regole di tutela dell'equità e trasparenza. Durante la permanenza in lista andranno previsti contatti gestiti dagli operatori attraverso canali di comunicazione anche diversificati (telefono, posta elettronica, canali informatici per il contatto diretto), che permettano di: richiedere al paziente conferma della volontà di permanere in lista, a fronte del tempo che è realisticamente prospettabile, avvisare il paziente in prossimità della data di ricovero, o di avvio del percorso pre-ricovero e prospettare sedi alternative di trattamento in caso di previsto superamento dei tempi di attesa.

→ Si raccomanda che, durante l'intera fase di presa in carico del paziente, dall'inserimento in lista alla convocazione al ricovero, si presti particolare cura alla relazione umana con il paziente, non burocratica ma attenta all'ascolto, ispirata al rispetto reciproco, curando l'individualità e tenendo conto del contesto sociale, economico, culturale di vita.

3. GESTIONE E TENUTA DELLA LISTA D'ATTESA PER RICOVERI PROGRAMMATI

3.1. Scorrimento della lista d'attesa per ricoveri programmati

La lista d'attesa si compone dell'elenco dei pazienti prenotati, ciascuno dei quali occupa un record sul sistema di prenotazione. Dal record, oltre alle informazioni anagrafiche e di contatto del paziente, devono essere evidenti la data di prenotazione, il regime di ricovero, la classe di priorità, la diagnosi e la procedura attesa.

Per scorrimento della lista si intendono le operazioni di consultazione della lista dei prenotati e la selezione dei convocandi al ricovero.

→ Si raccomanda, per agevolare tali operazioni, che il sistema di prenotazione renda immediatamente **identificabili i record dei pazienti per i quali si sta per raggiungere il tempo massimo di attesa** (combinazione di classe di priorità e data di inserimento in lista) ovvero che consenta di ordinare i record in funzione della medesima variabile.

3.2. Convocazione al ricovero: scelta della data, gestione del rifiuto e corretta manutenzione della lista

La convocazione si sostanzia nella individuazione della data in cui la struttura diventa disponibile al ricovero del paziente e la conseguente chiamata del paziente al ricovero.

1. Indipendentemente dall'operatore che prende contatto con il paziente, il responsabile della struttura (o lo specialista ospedaliero sotto la responsabilità del responsabile) garantisce che l'indicazione della data prevista per il ricovero (prima data utile) e, di conseguenza, la data di convocazione, derivi dalla considerazione di:
 - a. livello di priorità clinica
 - b. ordine cronologico di iscrizione in lista
 - c. risorse necessarie

L'ordinamento dei pazienti in lista in base a questo score, in grado di coniugare sia l'aspetto di urgenza (definito dalla classe di priorità) sia l'aspetto temporale (espresso dal tempo già trascorso in lista d'attesa), garantisce una maggiore equità, in quanto i pazienti vengono ordinati non solo in base all'urgenza, ma anche al tempo di attesa maturato, e maggiore efficienza, in quanto i pazienti in lista da molto tempo non vengono "tralasciati", bensì inseriti all'interno del processo di scorrimento della lista.

Si propone di seguito di utilizzare la formula seguente

$$Score_i = TdA_i \frac{\text{Tempo massimo previsto dalla classe di priorità meno urgente}}{\text{Tempo massimo previsto dalla classe di priorità}}$$

In questo modo, i pazienti che attendono dallo stesso numero di giorni avanzano nella lista di attesa a velocità differenti in accordo con la propria classe di priorità tale velocità di avanzamento, inoltre, è proporzionale alla gravità complessiva della specifica lista di attesa. È rapportata alla classe di priorità "minima" effettivamente presente in lista in modo da garantire un avanzamento proporzionato anche per i pazienti con priorità inferiore che diversamente rischierebbero di "scivolare" negli ultimi posti della lista.

Dunque⁵, a parità di priorità clinica, sarà convocato al ricovero il paziente iscritto per primo in lista d'attesa; a parità di data di iscrizione in lista, sarà convocato al ricovero il paziente con più alta priorità (A>B>C>D).

⁵ L'algoritmo che deriva dagli items a. e b. è, naturalmente, DINAMICO: un paziente cui sia stata assegnata una classe di priorità B (ricovero da effettuarsi entro 60 giorni) potrà essere ricoverato prima del paziente cui sia stata assegnata una classe di priorità A (ricovero da effettuarsi entro 30 giorni) qualora sia stato iscritto in lista oltre un mese prima. Lo stesso valga, proporzionalmente al tempo massimo di attesa indicato dalla PRGLA (vedi tabella 1) per i casi con priorità C e D

Per risorse necessarie (punto c) si intendono le considerazioni di carattere organizzativo, clinico e assistenziale (es. sedute operatorie, disponibilità di posti letto in terapia post operatoria, attesa per valutazioni cliniche o laboratoristiche ulteriori, materiale necessario, ecc.) che si rendono necessarie a condurre il ricovero con il maggior livello di efficacia, efficienza, sicurezza e qualità della prestazione. In ogni caso, queste ultime non possono determinare uno slittamento significativo del tempo di attesa oltre quello massimo consentito ai sensi del PNGLA (vedi tabella) e vanno debitamente indicate in un apposito campo "NOTE" del sistema di prenotazione quali "Motivi di eventuale anticipazione/posticipazione".

→ Si raccomanda che la struttura ospedaliera introduca nell'organizzazione, ove non ancora presenti, sistemi di **gestione operativa** (o, di minima, funzioni di bed management, emergency management, operating room management ecc.) capaci di generare un costante collegamento funzionale tra le piattaforme produttive ospedaliere (posti letto, sale operatorie, servizi di diagnostica, ecc.) e le funzioni di governo dell'accesso al ricovero programmato tali da favorire soluzioni tempestive, flessibili ed appropriate.

2. Lo specialista ospedaliero, al momento dell'iscrizione in lista, oppure il medico del reparto titolato a stabilire la data del ricovero, indicherà la "data di convocazione" ovvero (in caso di ricovero chirurgico con pre-ricovero) la "data di pre-ospedalizzazione".

Se, come accade nella maggior parte dei casi, non è possibile stabilire la data di convocazione al momento della prenotazione, essa va fissata (e proposta) in un tempo congruo rispetto al tempo massimo di attesa previsto per la priorità assegnata al paziente (es. massimo 20 giorni dopo l'iscrizione in lista di paziente con classe di priorità A).

→ Si raccomanda che le procedure aziendali precisino le modalità di compilazione di questo campo, anche perché una sua attenta lettura potrebbe fornire informazioni utili a chi deve occuparsi della programmazione delle attività.

3. Il medico (o il personale incaricato⁶) contatteranno il paziente al numero da questi rilasciato al momento della prenotazione e comunicheranno la data di convocazione. Il paziente potrà:
 - a. ACCETTARE la data proposta
 - b. RIFIUTARE temporaneamente la data proposta o non rendersi rintracciabile alla telefonata
 - c. RIFIUTARE la data proposta ma accettarne una successiva

→ La data offerta al paziente è un elemento cruciale sia per la programmazione ospedaliera sia per la valutazione della capacità di offerta della struttura e, di conseguenza, per il monitoraggio dei tempi di

⁶ Dal Mattone Tempi di Attesa: "Tra i possibili strumenti per ottimizzare la gestione delle prenotazioni va considerata anche la **gestione centralizzata**, che permetterebbe di:

- poter contare su personale maggiormente qualificato per l'attività di contatto con il pubblico rispetto a coloro che svolgono questo compito all'interno del reparto, a tutto vantaggio della qualità del rapporto col paziente; inoltre, essendo incaricato di svolgere esclusivamente tale tipo di funzioni, questo personale è in grado di gestire con maggiore efficacia l'attività di chiamata dei pazienti e non è costretto a intrattenere con l'utenza relazioni sbrigative o superficiali per il timore di penalizzare altre mansioni ritenute più utili e più confacenti alla propria professionalità;
- dare luogo, tramite il contatto telefonico e la comune attività di sportello, a un servizio più continuativo di assistenza e informazione al paziente, anche allo scopo di orientare l'utenza e di non generare in essa quella sensazione di abbandono che si verifica assai di frequente in tali occasioni;
- coordinare al meglio le attività di prenotazione dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali in modo da ottimizzare l'iter complessivo di preparazione alla degenza; questo aspetto assumerebbe ulteriore rilevanza in considerazione della possibilità di creare un sistema CUP integrato i cui sportelli possano gestire ogni tipo di prenotazione, ambulatoriale e di ricovero".

attesa. Per tale motivo, **si raccomanda che siano correttamente censite sul sistema di prenotazione i casi di indisponibilità del paziente** (rifiuto temporaneo o definitivo).

A tal fine, si raccomanda che il sistema di prenotazione registri i “cambi di stato”, secondo le seguenti indicazioni:

- a. Se il paziente ACCETTA la data proposta, il medico o il personale di cui al punto precedente indicherà “ACCETTA” e lo stato del paziente sarà modificato da PRENOTATO a CONVOCATO-CONFERMATO⁷. In tale caso il tempo di attesa equivarrà alla reale capacità di offerta della struttura.
- b. Se il paziente RIFIUTA temporaneamente la data proposta o non si rende rintracciabile alla telefonata, il medico o il personale incaricato indicherà “RIFIUTA” o “NON RISPONDE” e lo stato sarà modificato da PRENOTATO a CONVOCATO- DA CONFERMARE. In tale caso, se il rifiuto temporaneo si protrae oltre la data scelta, sul sistema deve essere tracciata la prima disponibilità utile sebbene non utilizzata.
- c. Se il paziente RIFIUTA la data proposta ma ne accetta una successiva, il medico o il personale incaricato chiederà al paziente di indicare un intervallo temporale di disponibilità al ricovero. Ottenuta questa, il medico proporrà una nuova data di convocazione compatibile con tale intervallo. Al momento dell'accettazione della nuova data di convocazione proposta, medico indicherà “ACCETTA” e lo stato del paziente sarà modificato da PRENOTATO a CONVOCATO-CONFERMATO. Anche in tale caso, sul sistema deve essere tracciata la prima disponibilità utile sebbene non utilizzata.

→ Si raccomanda che il sistema di prenotazione sia in grado di tracciare il primo rifiuto o che preveda un periodo di SOSPENSIONE (stato SOSPEO) durante il quale il paziente mantiene il livello di priorità maturato (punteggio, score); il periodo di sospensione deve avere una data di inizio e una di fine, certa o presunta: in questo stato il contatore è fermo e il tempo di sospensione deve essere sottratto dal tempo di attesa.

Lo stato di SOSPENSIONE può dipendere da

- motivi sanitari del paziente (insorgenza di controindicazioni);
- indisponibilità del paziente per motivi personali.

È necessario che, a livello locale, si adottino comportamenti e procedure operative che tengano monitorato e governino il fenomeno dei pazienti sospesi affinché sia sempre nota la condizione che giustifica e/o rinnova il periodo di sospensione, evitando così che permangano posizioni di pazienti in lista di attesa non gestiti o non noti. Nel caso il periodo di sospensione si protragga per un tempo giudicato troppo lungo è opportuno pianificare e concordare con il paziente una visita di rivalutazione.

Quando la visita di rivalutazione clinica conferma la necessità di eseguire l'intervento, il medico avvia l'appropriato iter terapeutico, fornendo una data di ricovero.

Ogni modifica dello stato di lista, ogni atto diagnostico o terapeutico, ogni contatto e ogni cambio di iter terapeutico, deve avere riscontro nel registro informatizzato e comunicato puntualmente al paziente.

4. Nella giornata in cui si effettua il ricovero, l'operatore addetto all'accettazione del ricovero o della pre-ospedalizzazione, nella data indicata come al punto 3, ricercherà il paziente in Lista per ricovero tra i pazienti CONVOCATI e, solo se il paziente è regolarmente iscritto per quella data, procederà all'accettazione del paziente, evitando il ricorso a “inserimento nuovo ricovero”.

⁷ La nomenclatura qui adottata in ordine agli “stati” è meramente indicativa. Resta fortemente raccomandato utilizzare un sistema in grado di censire e tracciare tutte le fasi attraversate dal paziente durante il percorso di transito in lista d'attesa.

→ Si raccomanda che il sistema elettronico di gestione della lista d'attesa abbia un'architettura funzionale **a interdire e gestire il fenomeno dei ricoveri programmati inseriti *ex novo* e non scaricati dalla lista d'attesa** e a renderlo tracciabile nelle interrogazioni successive. In particolare, nel caso in cui la data di presentazione del paziente al ricovero sia diversa dalla data di convocazione (precedente o successiva) l'operatore di accettazione NON procederà al ricovero, se non previo contatto con il medico del reparto che avrà l'opportunità, se ritenuto necessario, di modificare la data di convocazione, motivando la modifica nell'apposito campo note del sistema di prenotazione.

→ Si raccomanda che il sistema di prenotazione dei ricoveri programmati sia **interoperabile con il sistema ADT** in modo da poter garantire la corretta manutenzione della lista (eliminazione dal record) al momento del passaggio del paziente dallo stato di PRENOTATO/CONVOCATO allo stato di RICOVERATO. In caso contrario, è necessario gestire con altre modalità la manutenzione costante della lista d'attesa in ordine alla necessità di lasciare in lista esclusivamente i pazienti che sono in attesa di ricovero.

→ Per le medesime finalità di corretta manutenzione della lista, si raccomanda di adottare un sistema per certificare e scaricare dalla lista i record dei pazienti che hanno definitivamente manifestato il rifiuto al ricovero. In particolare, l'applicativo dovrà consentire la vista delle posizioni e la selezione dei vari stati di lista (Inserito, Ricoverato, Cancellato) con le relative date di ricovero e cancellazione, se presenti.

In tutti i casi, l'eliminazione dalla lista del paziente ricoverato o che non intende ricoverarsi deve riguardare esclusivamente la gestione in linea della lista d'attesa. Deve essere, altresì, sempre consultabile lo storico delle prenotazioni, comprensivo di tutti i pazienti transitati in lista e dei relativi esiti (ricoverato, ricovero rifiutato, sospeso, ecc.).

→ Al fine di realizzare un sistema integrato di gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato, le Aziende in forma singola o aggregata, dovranno garantire l'adozione di strumenti di classificazione degli interventi in lista d'attesa e l'introduzione di metodi tecnico- organizzativi, percorsi formativi e prodotti (software e applicativi) tali da consentire:

- uniformità a livello regionale e nazionale, nel rispetto delle politiche aziendali, delle modalità di gestione delle Liste di Attesa;
- diffusione completa, a livello aziendale, dell'adozione degli strumenti informatici per la gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato;
- monitoraggio aziendale prospettico, con sistemi di avviso (cruscotto, mail, ecc.), in grado di consentire interventi mirati laddove risultano evidenti criticità nel rispetto dei tempi di attesa;
- integrazione con i sistemi aziendali che gestiscono la programmazione delle sale operatorie;
- possibilità di programmare l'assegnazione delle risorse operatorie sulla base della consistenza e della criticità delle liste di attesa per disciplina, patologia e/o classe di priorità;
- attivazione dei percorsi tecnici ed organizzativi per la pulizia delle liste al fine di soddisfare i criteri di corretta gestione delle agende promuovendo l'utilizzo di verifiche delle liste medesime;
- garanzia di una corretta e trasparente informazione al paziente relativamente alla sua posizione in lista.

→ Si ricorda, infine, che il pre-ricovero rappresenta una tappa intermedia tra il momento dell'inserimento in lista e il momento di reale trattamento del paziente. Pertanto, la data di effettuazione del pre-ricovero non viene valutata ai fini del monitoraggio del tempo d'attesa, che andrà sempre riferito alla data di ricovero.

4. MONITORAGGIO E RESPONSABILITA' SULLA LISTA D'ATTESA PER RICOVERI PROGRAMMATI

4.1. Responsabilità del Direttore sanitario

Il Direttore sanitario, in conformità con la normativa vigente, dovrà garantire la vigilanza in ordine alla gestione appropriata della lista di attesa e dei registri di prenotazione per assicurare trasparenza ed equità, predisponendo anche controlli ad hoc sulle relazioni fra attività libero professionale ed attività istituzionale e sul rapporto fra interventi urgenti e programmati. Dovrà inoltre individuare in modo formale le responsabilità dei diversi operatori interessati. La funzione di vigilanza e gestione del percorso di ricovero potrà essere assolta dal Direttore sanitario in primis o Responsabile/Referente Unico per le liste di attesa dei ricoveri programmati (RUA_ric).

4.2. Responsabilità del Referente Unico per l'Accesso ai ricoveri programmati (RUA_ric)

Il RUA_ric, identificato dal Direttore sanitario, avrà la responsabilità di potenziare il controllo centralizzato delle liste di attesa. A tal fine dovrà vigilare sulle attività, presidiando il sistema informatizzato di gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato al fine di garantire:

- una gestione totalmente informatizzata delle agende di prenotazione;
- la centralizzazione delle liste d'attesa per presidio/dipartimento/azienda;
- la definizione dei criteri di priorità per l'accesso secondo modalità coerenti rispetto alle indicazioni regionali e correnti con il PNGLA;
- la finalizzazione delle risorse, ivi compresa la committenza verso le strutture private accreditate, al superamento delle criticità in materia di liste di attesa.

Le funzioni andranno specificate, restando comunque ferma la possibilità che le direzioni generali agiscano direttamente su dinamiche particolarmente critiche.

Il RUA_ric garantisce il presidio dell'organizzazione dell'intero percorso di ricovero, affinché venga assicurata uniformità di accesso e trasparenza, nonché l'ottimale utilizzo delle risorse disponibili, fermo restando che la responsabilità complessiva, compresa la corretta gestione delle liste di attesa, rimane in capo al Direttore sanitario.

4.3. Responsabilità dei Direttori/Responsabili di Unità Organizzativa

Il Direttore/Responsabile del reparto di ricovero dovrà vigilare sulle procedure di inserimento in lista e convocazione al ricovero, garantendo il rispetto delle corrette procedure di scorrimento della lista sin ora descritte, assicurando – di concerto, eventualmente, con il Direttore del Dipartimento/Presidio e con il RUA_ric - il superamento delle eventuali criticità organizzative che ne ostacolano la piena adesione

Il Direttore/Responsabile del reparto di ricovero è tenuto a monitorare il RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI ATTESA di cui al paragrafo 2.2 per la propria unità organizzativa, consultando il sistema di prenotazione e verificando settimanalmente la garanzia dei tempi per ciascun paziente prenotato. In caso di superamento del tempo di attesa previsto in funzione della data di inserimento in lista e del criterio di priorità clinica attribuito, il Direttore/Responsabile del reparto di ricovero è tenuto a verificare le motivazioni e/o le problematiche che compromettono il rispetto dei tempi e intervenire per il superamento delle stesse. In caso di problematiche non risolvibili a livello di unità organizzativa, Direttore/Responsabile del reparto di ricovero è tenuto a dare debita informativa al Direttore del Dipartimento/Presidio, chiedendo esplicito intervento per la risoluzione della criticità riscontrata.

4.4. Responsabilità del Direttore di Dipartimento/Presidio

Il Direttore del Presidio/Dipartimento è tenuto a monitorare il RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI ATTESA di cui al paragrafo 2.2 per il proprio Presidio/Dipartimento consultando il sistema di prenotazione, verificando periodicamente la garanzia dei tempi per ciascun paziente prenotato nelle unità organizzative afferenti al proprio Presidio/Dipartimento e intervenendo nei casi di criticità segnalati dai Direttori/Responsabili di unità organizzativa. In caso di superamento del tempo di attesa previsto in funzione della data di inserimento in lista e del criterio di priorità clinica attribuito, il Direttore del Presidio/Dipartimento è tenuto a verificare le motivazioni e/o le problematiche che compromettono il rispetto dei tempi e intervenire per il superamento delle stesse. In caso di problematiche non risolvibili a livello di Presidio/Dipartimento, il Direttore del è tenuto a dare debita informativa al Direttore sanitario e al RUA_ric, chiedendo esplicito intervento per la risoluzione della criticità riscontrata.

Il RUA_ric è tenuto a monitorare il RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI ATTESA per l'intera Azienda, consultando il sistema di prenotazione e fornendo report settimanale ai Direttori di Presidio/Dipartimento e ai Direttori/Responsabili di unità organizzativa sui casi di superamento dei tempi previsti. Copia di tale report sarà sottoposta al Direttore sanitario aziendale con cadenza mensile.

5. PROCEDURA DI GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA PER RICOVERI PROGRAMMATI NELLE STRUTTURE SANITARIE E CORRETTA TENUTA DELLE AGENDE DI PRENOTAZIONE

La Direzione aziendale deve definire una procedura generale per la gestione dei registri di ricovero (Agende/Sistema di prenotazione dei ricoveri programmabili), che può prevedere variazioni, comunque esplicitate ed approvate, per adeguamento alle specificità dei presidi, dipartimenti o UU.OO.

La procedura deve prevedere criteri espliciti per la definizione delle priorità di accesso, coerenti con le indicazioni nazionali e regionali in merito.

→ Si raccomanda che ciascuna Regione e Azienda sanitaria predisponga un regolamento per la corretta gestione delle Liste di Attesa per ricovero programmato, in cui siano definite le modalità dell'inserimento del paziente in lista di attesa, di permanenza e di chiamata, nonché per la pulizia e manutenzione, tenuta e gestione informatizzata della lista. Dovranno essere inoltre declinati i livelli di responsabilità ed il diritto di accesso e comunicazione al paziente.

In particolare, al fine di rendere il processo di chiamata da Lista di Attesa più efficiente ed equo, è opportuno integrare uno score di priorità che oltre alla Classe di Priorità, assegnata dal medico al paziente, tenga in considerazione la data di inserimento in Lista di Attesa.

5.1. Contenuti minimi della procedura

La procedura per la gestione delle agende di prenotazione dei ricoveri deve definire quali sono i soggetti che:

- a) possono richiedere una prenotazione
- b) decidono l'inserimento nell'agenda di prenotazione
- c) inseriscono materialmente i dati
- d) possono consultare le agende, a quali scopi, come, quando, quanto (quali campi).

Tra i soggetti che possono avere accesso ai dati saranno ovviamente sempre previsti gli incaricati delle direzioni sanitarie e delle regioni, che hanno il compito di vigilare e verificare sul rispetto dei principi di equità, trasparenza, efficienza, ecc., compresi gli aspetti applicativi delle priorità di accesso.

La esplicitazione di procedure e riferimenti permetterà inoltre all'utente di esercitare un maggiore controllo sull'iter seguito dalla propria richiesta di ricovero oltre che di collaborare in modo più fattivo con le strutture, ad esempio segnalando per tempo eventuali rinunce.

La procedura deve indicare il *process owner* del sistema di prenotazione per ciascuna unità organizzativa, con particolare riferimento a: gestione quotidiana, inserimento dati, conservazione, tutela accesso e riservatezza.

La Direzione sanitaria deve garantire una attività di vigilanza continua, in particolare relativamente all'utilizzo corretto, trasparente ed appropriato delle agende; tale attività di vigilanza deve avvenire con precise responsabilità e modalità operative.

Devono essere definite le procedure e le responsabilità sul controllo della qualità dei dati, con particolare riferimento alla congruenza delle classi di priorità assegnate ai pazienti e dei tempi di effettiva erogazione. Vanno periodicamente valutate la sensibilità e la specificità dei criteri utilizzati per l'attribuzione alle diverse classi di priorità. Le informazioni derivate dalle attività di verifica devono essere periodicamente portate a conoscenza dei prescrittori e dei decisori.

È opportuno ricordare che il dPCM 19/05/1995 (punto 4.3) prevede la possibilità di svolgere azioni di controllo sulle agende di prenotazione anche da parte di soggetti esterni, in particolare i MMG. Pertanto, la configurazione delle agende, siano essi su supporto cartaceo od informatico, deve prevedere la possibilità dello svolgimento di questi controlli nel rispetto della normativa sulla privacy, ovvero rendendo verificabili i dati inerenti ai criteri e alle date di prenotazione, senza però rendere accessibili i dati di identificazione del paziente.

Le procedure aziendali dovranno precisare le modalità di compilazione dei campi relativi alla prima disponibilità, alla convocazione, alla gestione del rifiuto temporaneo e definitivo, alla manutenzione della lista.

5.2. Procedura di gestione delle liste di attesa per ricoveri programmati e programmazione ospedaliera in ottica di rete: liste d'attesa, volumi ed esiti

Il D.M. n. 70/2015, all'art. 1 comma 5 lettera indica alle regioni di "assumere come riferimento quanto indicato nel paragrafo 4 dell'Allegato 1, in materia di rapporto tra volumi di attività, esiti delle cure e numerosità delle strutture, anche sotto il profilo della qualità e della gestione del rischio clinico, provvedendo, altresì, ad assicurare modalità di integrazione aziendale ed interaziendale tra le varie discipline secondo il modello dipartimentale e quello di intensità di cure al fine di assicurare la maggior flessibilità organizzativa nella gestione dei posti letto rispetto alla domanda appropriata di ricovero e dando specifica rilevanza per le necessità provenienti dal pronto soccorso aventi le caratteristiche dell'urgenza e dell'emergenza". Inoltre, al paragrafo 4 dell'Allegato 1, precisa:

4.1 L'unità di riferimento per valutare opzioni di razionalizzazione della rete ospedaliera è rappresentata dai volumi di attività specifici per processi assistenziali (percorsi diagnostico-terapeutici) e l'appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni, a cui deve fare seguito un coerente numero di posti letto, nel contesto di un efficace sistema di governo dell'offerta.

[...]

4.2 Per numerose attività ospedaliere sono disponibili prove, documentate dalla revisione sistematica della letteratura scientifica, di associazione tra volumi di attività e migliori esiti delle cure (ad esempio mortalità a 30 giorni, complicanze od altri esiti);

[...]

4.7 [...] le regioni e le province autonome dovranno:

- identificare, in relazione alle risorse disponibili, le strutture (Ospedali ed Unità Operative in relazione allo specifico requisito) che possono svolgere le funzioni assistenziali identificate, per garantire le soglie di volume e di esito stabilite.

→ In tale ottica, si raccomanda che la procedura di gestione delle liste di attesa per ricoveri programmati concorra ad attuare tali indirizzi, favorendo la centralizzazione dei ricoveri programmati, con particolare riferimento ai ricoveri chirurgici e interventistici, nei poli accreditati per le specifiche procedure nell'ambito della rete regionale e provinciale.

In particolare, al fine di incrementare l'accessibilità all'SSN è opportuno valutare la possibilità di accordi di rete e sinergie tra le aziende sanitarie.

Nel caso in cui la struttura non sia nelle condizioni di garantire il rispetto dei tempi di attesa, a fronte di specifici accordi o protocolli definiti, viene proposta al paziente una valida ed equivalente alternativa di ricovero all'interno della rete degli ospedali, pubblici o del privato accreditato, prioritariamente nel territorio provinciale, assicurando il rispetto dei tempi previsti per la classe di priorità assegnata. Qualora il paziente non accetti di effettuare l'intervento in altra struttura, così come proposto, viene a cadere il vincolo "contrattuale" di rispetto dei tempi massimi di attesa. Rimane valida l'iscrizione del paziente in lista di attesa e i tempi di esecuzione dell'intervento chirurgico seguiranno i tempi di scorrimento disponibili nella struttura ospedaliera.

È indispensabile la puntuale documentazione dei passaggi procedurali e la formalizzazione della scelta effettuata dal paziente.

6. INDICATORI E PROCEDURA DI MONITORAGGIO

In una prima fase di attuazione delle presenti Linee di Indirizzo, saranno monitorati i seguenti indicatori:

Indicatori organizzativo-procedurali

- Adozione formale della *Procedura aziendale di gestione delle liste di attesa per ricoveri programmati nelle strutture sanitarie e corretta tenuta delle agende di prenotazione* in tutte le aziende del SSR
- Identificazione, nell'ambito della Procedura aziendale, di un Responsabile Unico dell'Accesso ovvero di un Referente Unico Liste d'Attesa con le responsabilità di cui al paragrafo 4.2
- Adozione di un regolamento per la formulazione e la gestione della lista di presa in carico
- Adozione di un regolamento per la centralizzazione delle procedure di cui al D.M. n. 70/2015 nelle strutture accreditate della rete ospedaliera
- Incremento dell'utilizzo di agende di ricovero uniche per dipartimento, presidio o unità organizzative affini
- Incremento dell'utilizzo di agende di ricovero per ricoveri medici

Indicatori di performances

INDICATORE	CALCOLO (FORMULA)	DEFINIZIONE	SIGNIFICATO
Consistenza della lista ⁸	$LdA = \sum pz LdA$	Numerosità dei pazienti in lista d'attesa stratificati per: - Classe di priorità	Permette di conoscere il numero dei cittadini in attesa, orientando la programmazione ospedaliera

⁸ M1 del Progetto Modelli applicativi

		- Regime - Unità Operativa	
Tempo di attesa per classe di priorità ⁹ - tutti i ricoveri	$TdA = DATAric - DATAInsLdA$	Differenza tra data di ricovero e data di inserimento in lista d'attesa, espresso in giorni. Va stratificato per: - Classe di priorità - Regime - Unità Operativa	Rappresenta il tempo di attesa per singolo paziente
Tempo di chiamata al pre-ricovero ¹⁰ - ricoveri chirurgici	$T.Preric = DATApreric - DATAInsLdA$	Differenza tra data di pre-ricovero e data di inserimento in lista d'attesa, espresso in giorni.	Letto insieme all'indicatore successivo, orienta la struttura nella risoluzione delle criticità.
Tempo di idoneità ¹¹ - ricoveri chirurgici	$T.I. = DATAric - DATApreric$	Differenza tra data di ricovero e data di pre-ricovero, espresso in giorni. Permette di valutare la validità clinica della valutazione medico-diagnostica	Per l'organizzazione, l'indicatore suggerisce eventuali criticità nella programmazione dei flussi. A livello istituzionale, l'indicatore esprime l'attitudine degli erogatori a governare i tempi di attesa.
Tasso di arruolamento	$T.Arr. = (\text{tot ingressi in LDA}) - (\text{ricoveri} + \text{cancellazioni})$	L'indicatore misura il tasso di incremento o decremento delle posizioni in lista d'attesa rispetto al 1 gennaio. Il calcolo potrebbe venir fatto per Unità operativa (come possibile obiettivo) o per tipologia di intervento monitorato (per seguire il trend tra domanda ed offerta) a livello regionale servirebbe a valutare la sostenibilità tra domanda e offerta di ricovero.	L'indicatore ci consente di visualizzare un eventuale accumulo di posizioni in lista in evase entro l'anno dando all'azienda degli strumenti per poter agire o dal lato della domanda o dal lato dell'offerta, evitando abusi della lista come strumento di contrattazione da parte dei professionisti, se non suffragato da una corretta gestione.

Indicatori di corretto utilizzo della lista d'attesa

- Numero di ricoveri programmati non transitati sul sistema di prenotazione (congruenza SDO-lista d'attesa)

Tali indicatori vanno monitorati almeno semestralmente dai Referenti regionali per le liste d'attesa e trasmessi all'Osservatorio Nazionale Liste d'Attesa/SG-RIC con modalità e tempi che saranno definiti con provvedimenti successivi.

⁹ M2 del Progetto Modelli applicativi

¹⁰ M7 del Progetto Modelli applicativi

¹¹ M6 del Progetto Modelli applicativi

7. GLOSSARIO

Data di prenotazione ricovero. Corrisponde alla data di inserimento del paziente nella agenda di prenotazione per i ricoveri. Si deve intendere come la data in cui il soggetto previsto dalla struttura, di solito lo specialista del reparto, conferma la necessità di ricovero e provvede contestualmente all'inserimento del paziente nella agenda di prenotazione; anche se l'inserimento in agenda non è materialmente contestuale alla valutazione dello specialista, è la data della decisione che deve essere considerata. Questa data, relativa alla conferma del bisogno (momento della convalida dello specialista), è anche quella che dovrà essere utilizzata per la compilazione del campo "data di prenotazione", previsto nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Data di prescrizione della richiesta di ricovero da parte del prescrittore. È la data contenuta nella prima richiesta (proposta) di ricovero, ovvero nel primo invio del medico curante con cui il paziente si è recato per valutazione dallo specialista ospedaliero. A questo proposito, non va considerata la richiesta di ricovero che viene talvolta compilata subito prima del ricovero, per finalità meramente amministrative, dopo che tutto il percorso di valutazione e approvazione della necessità di ricovero è già stato svolto. La data di quest'ultima richiesta non ha nessun nesso con il tempo di attesa reale ed il percorso di accesso, e pertanto non deve essere considerata pertinente per le necessità di monitoraggio. La data di prima prescrizione non va nemmeno confusa con la data di prenotazione ricovero (vedi).

Preospedalizzazione. Procedure per disporre gli accertamenti diagnostici e/o terapeutici preliminari al ricovero e atti a ridurre il periodo della successiva degenza ordinaria (dPCM 19/05/1995).

Priorità. Criteri, impliciti od espliciti, con cui viene regolato il tempo di accesso dei pazienti alle prestazioni, determinando i livelli di attesa diversificati in base a regole definite. La attribuzione della domanda ad una specifica classe di priorità deve differenziare il tempo di risposta del sistema, secondo regole predefinite e condivise, coerenti con le indicazioni nazionali, anche al fine di garantire la comparabilità dei dati. Tale informazione trova origine solitamente dalla valutazione sanitaria del soggetto prescrittore che provvede a correlare il bisogno del paziente e la prestazione da effettuare con il tempo ottimale entro cui deve essere effettuata. In altri casi, l'attribuzione ad una classe di priorità può essere fatta dal sistema, attraverso procedure che riconoscono i problemi per parole chiave. In sostanza deve essere acquisita nel sistema informativo una informazione che deve essere adeguatamente oggettivata in un documento, che prevede dei campi a ciò dedicati. Si ricorda che nel PNGLA si "ritiene opportuno prevedere l'uso sistematico delle classi di priorità definite in coerenza con i criteri indicati a livello nazionale".

Scelta dell'utente. Situazione nella quale l'utente, operando una scelta personale rispetto al luogo od al momento di erogazione della prestazione, determina una sostanziale variazione del tempo di attesa tale da comportare, ad esempio, il superamento del tempo massimo previsto per quella prestazione ed eventualmente, per quello specifico codice di priorità.

SDO. Scheda di Dimissione Ospedaliera

Tempo di attesa per le prestazioni di ricovero programmato. Tempo che intercorre tra la data di registrazione della proposta di ricovero (formulata all'erogatore da parte del MMG/PLS e avvallata dal Medico Specialista Ospedaliero, o formulata direttamente da questi), ed il giorno del ricovero (ordinario o in day hospital). Può essere prospettato (esplicitato a priori, con riferimento alla data prevista di ricovero) o effettivo (calcolato a posteriori, con riferimento alla data di effettivo ricovero). Questo tempo non va confuso con il tempo pre-operatorio, ovvero quello che intercorre tra il momento del ricovero e l'esecuzione della procedura/intervento, che non è oggetto del monitoraggio.