# PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA DI RICOVERO

Stampa non controllata

**Codice documento: PR81**

| | Funzione | Nome | Firma |
|---|---|---|---|
| **Emissione** | Direzione Sanitaria | Elio G. Marmondi | |
| **Verifica** | Responsabile Ufficio Qualità | Monica Bricchi | |
| **Approvazione** | Direttore Sanitario | Elio G. Marmondi | |

LA PRESENTE PROCEDURA DOVRÀ ESSERE REVISIONATA ENTRO SETTEMBRE 2018

| Numero revisione | Data revisione | Descrizione delle modifiche |
|---|---|---|
| 0 | 17/12/2008 | Prima emissione |
| 1 | 16/06/2015 | Revisione completa |
| | | |
| | | |
| | | |

Stampa non controllata

## SOMMARIO

1. PREMESSA 4
2. SCOPO 4
3. CAMPO DI APPLICAZIONE 4
4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI 4
5. RESPONSABILITÀ 4
6. PROCEDURE PER IL RISPETTO DEL "DIRITTO DI ACCESSO" 5
6.1. La priorità di accesso 5
6.2. Definizione dei criteri di priorità 5
6.3. Classi di priorità 6
7. GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA 6
7.1. Proposta di ricovero 6
7.2. Inserimento in lista di attesa 7
7.3. Revisione delle liste 7
8. INDICATORI – RACCOLTA ED ANALISI 7
9. NORMATIVA E DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO 8

Stampa non Controllata

## 1. PREMESSA

La Legge n. 724 del 23/12/94 istituisce, sotto la personale responsabilità del Direttore Sanitario, il registro delle prenotazioni, e delle prestazioni di ricovero ospedaliero.
La normativa nazionale e regionale riconosce al cittadino il diritto a ricevere le prestazioni comprese nei livelli secondo una corretta modalità assistenziale e ad usufruirne in un tempo massimo previsto in anticipo.

## 2. SCOPO

La procedura intende regolamentare la gestione delle liste di attesa per i ricoveri in regime ordinario e in regime di day hospital, individuando le modalità per definire i criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni di ricovero, sulla base di valutazioni di appropriatezza e di urgenza, e le modalità per una corretta gestione delle liste di attesa, al fine di garantire che l'accesso al ricovero avvenga secondo criteri di equità e di trasparenza a tutela dei diritti dei pazienti.
La procedura definisce, inoltre, le modalità per tenere il processo costantemente sotto controllo.

Stampa non controllata

## 3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura deve essere applicata in tutti i casi di ricovero programmato, sia in regime ordinario che in regime di DH.

## 4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

| DEFINIZIONI | ABBREVIAZIONI |
|---|---|
| DH | Day Hospital |
| LA | Lista di Attesa |
| LP | Libera Professione |
| MT | Medical Tutorial |
| SSN | Servizio Sanitario Nazionale |
| U.O./UU.OO. | Unità Operativa/e |

## 5. RESPONSABILITÀ

| RESPONSABILITA' | COMPITI |
|---|---|
| Direttore Sanitario | • è responsabile della tenuta e della corretta gestione delle LA e del conseguente monitoraggio. |
| Direttore di Dipartimento | • individua, in accordo con i direttori di UU.OO. del dipartimento, un sistema di criteri, esplicito e documentato, per l'assegnazione delle classi di priorità ai pazienti da inserire in lista di attesa,<br>• procede a periodiche valutazioni sul rispetto dei tempi di attesa previsti ed adotta, se necessario, azioni correttive anche modificando l'assegnazione delle risorse (posti letto, sedute operatorie…),<br>• è responsabile dell'omogeneità della classificazione in classi di priorità per le maggiori e più frequenti patologie trattate. |
| Direttore di UO | • è responsabile, direttamente o attraverso un suo collaboratore della pianificazione dei ricoveri programmati nel rispetto dei principi di uguaglianza ed imparzialità,<br>• valuta periodicamente il rispetto dei tempi di attesa previsti per i ricoveri |

| RESPONSABILITA' | COMPITI |
|---|---|
| | nella propria U.O. e attiva eventuali azioni correttive qualora si verifichino scostamenti significativi rispetto agli standard,<br>• individua un sistema di criteri clinici per l'assegnazione delle classi di priorità ai pazienti da inserire in lista di attesa. |
| Segreteria di riferimento | • chiama i pazienti in base alla pianificazione dei ricoveri effettuata dai direttori di U.O. o dai loro delegati,<br>• inserisce annotazioni / solleciti / richieste di cancellazione da parte del paziente,<br>• aggiorna le lista di attesa (inserimenti, cancellazioni o modifiche) su indicazione dei direttori di U.O. o dei loro delegati,<br>• coadiuva i direttore di U.O. o i loro delegati nella revisione trimestrale delle LA. |

Stampa non Controllata

## 6. PROCEDURE PER IL RISPETTO DEL "DIRITTO DI ACCESSO"

### 6.1. La priorità di accesso

Al fine di garantire il massimo della trasparenza al cittadino, al momento dell'inserimento in lista d'attesa devono essere comunicati al paziente il tempo massimo di attesa previsto e le modalità con le quali potrà contattare la Fondazione per avere chiarimenti ed informazioni.

Il paziente deve essere contestualmente informato che:
a) sarà contattato dalla segreteria di riferimento per la comunicazione della data di ricovero entro i tempi previsti dalla classe di priorità. La segreteria effettuerà un massimo di 3 telefonate in 3 giorni feriali differenti; in caso di mancata risposta da parte del paziente provvederà ad inviare una email /lettera con tutte le informazioni inerenti il ricovero. Se il paziente non ricontatterà la segreteria entro 15 giorni potrà essere escluso dalla LA;
b) se contattato rifiuterà il ricovero verrà escluso dalla lista;
c) se chiamato per il ricovero non si presenterà nel giorno e nell'ora concordata, potrà essere escluso dalla LA.

La rinuncia definitiva del paziente al ricovero deve pervenire per iscritto alla segreteria di riferimento (email o fax).

Ciascun paziente, o un suo delegato, può richiedere formalmente alla Fondazione informazioni sulla sua posizione nella lista di attesa.

### 6.2. Definizione dei criteri di priorità

Ogni UO deve individuare un sistema di criteri clinici, esplicito e documentato, per l'assegnazione delle classi di priorità ai pazienti da inserire in LA. La direzione di dipartimento è responsabile dell'omogeneità della classificazione in classi di priorità per le maggiori e più frequenti patologie trattate.

Nell'Accordo dell'11 luglio 2002 sono stati individuati 7 elementi per la definizione di priorità:

1) severità del quadro clinico presente (incluso il sospetto diagnostico);
2) prognosi (quoad vitam o quoad valetudinem);
3) tendenza al peggioramento a breve;
4) presenza di dolore e/o deficit funzionale;

5) implicazioni sulla qualità della vita;
6) casi particolari che richiedono di essere trattati in un tempo prefissato;
7) speciali caratteristiche del paziente che possono configurare delle eccezioni, purché esplicitamente dichiarate dal medico prescrittore.

I pazienti con uguale livello di priorità devono essere trattati secondo l'ordine cronologico di presentazione.

I criteri clinici di priorità dovranno essere comunicati ed approvati dalla Direzione Sanitaria.

### 6.3. Classi di priorità

- ✓ Classe A (ricovero entro 30 giorni): trattasi di casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi al punto da diventare emergenti, o comunque da arrecare grave pregiudizio alla prognosi.
- ✓ Classe B (ricovero entro 60 giorni): trattasi di casi clinici che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, né possono per l'attesa, arrecare grave pregiudizio alla prognosi.
- ✓ Classe C (ricovero entro 180 giorni): trattasi di pazienti che presentano minimo dolore e/ disfunzione o inabilità e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono, per l'attesa, arrecare grave danno alla prognosi.
- ✓ Classe D (ricovero entro 360 giorni): trattasi di pazienti che non presentano dolore, disfunzione o inabilità
- ✓ Classe E (rientri programmati): trattasi di pazienti che debbono essere periodicamente ricoverati per monitorare l'evolversi della patologia o per rivalutazioni terapeutiche.

Copia non controllata

## 7. GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA

Ciascuna UO cui sono assegnati posti letto di degenza, sulla base dei criteri clinici definiti, predispone una lista di attesa dei pazienti candidati al ricovero in regime ordinario.
Le liste di attesa per i ricoveri in regime di DH possono essere predisposte a livello di dipartimento.
Le liste di attesa sono gestite con il programma informatico utilizzato per accettazione, ricovero e trasferimento (ADT) dei pazienti.
Responsabile della gestione delle liste di attesa è il direttore di UO che può delegare tale compito ad un collaboratore. Il nome del delegato deve essere comunicato alla Direzione Sanitaria.

### 7.1. Proposta di ricovero

a) Il medico specialista che effettua la visita è responsabile della proposta di ricovero e della completa informazione al paziente circa i tempi di attesa previsti per il ricovero.
   Il medico che esegue la visita, in SSN o LP, compila la scheda di proposta di inserimento in LA e fornisce verbalmente al paziente le seguenti informazioni:
   - ✓ tempi previsti per il ricovero
   - ✓ modalità del prericovero, se previsto
   - ✓ contatti (telefono, email) della segreteria di riferimento per eventuali domande/informazioni

La scheda deve essere compilata in ogni sua parte per consentirne l'inserimento corretto nel programma informatico della lista di attesa ADT e riportare i dati anagrafici del paziente (cognome, nome, sesso, luogo e data di nascita, codice fiscale, residenza, telefoni raggiungibili in orario di segreteria ed eventuale e-mail), diagnosi, percorso diagnostico, tipo di intervento chirurgico previsto, classe di priorità, data di

prenotazione, date ipotizzate per l'eventuale prericovero e per il ricovero, eventuali preferenze del paziente circa il periodo di ricovero, firma del medico.

b) La proposta di ricovero può essere fatta anche da altri Ospedali (es. trasferimento, consulto ecc.) e deve essere avvallata da un medico specialista della Fondazione

### 7.2. Inserimento in lista di attesa

L'inserimento in lista d'attesa è responsabilità del medico che esegue la visita specialistica o del medico che accetta il trasferimento da altra struttura sanitaria e deve avvenire contestualmente alla visita o al contatto.
Il momento in cui lo specialista rileva il bisogno di ricovero, infatti, costituisce il punto di partenza per la rilevazione dei tempi di attesa.

Nella lista di attesa, per ogni paziente, devono essere riportate le seguenti informazioni:
- nome cognome, data e luogo di nascita, sesso, codice fiscale
- indirizzo, recapiti telefonici raggiungibili in orari di segreteria e indirizzo e-mail
- data di prenotazione
- classe di priorità
- diagnosi di ingresso
- intervento previsto
- medico proponente

Stampa non controllata

**N. B.** Tutti i pazienti candidati al ricovero, anche quelli trasferiti direttamente da altra struttura (pubblica / privata accreditata), **DEVONO ESSERE INSERITI IN LISTA DI ATTESA**. L'inserimento non è previsto unicamente in caso di pazienti **VALUTATI URGENTI** dal medico di guardia o a seguito di visita ambulatoriale. In tali casi è necessario indicare l'urgenza sull'impegnativa regionale e sulla prima annotazione medica del diario clinico su MT.

La segreteria di riferimento, qualora il paziente chiamato rinunci al ricovero deve annotare nel database l'evento, precisando il nome dell'operatore che ha ricevuto la comunicazione.

Solo il medico specialista può modificare, a seguito di rivalutazione clinica del paziente (es. visita ambulatoriale), la classe di priorità anticipando o posticipando il ricovero.

### 7.3. Revisione delle liste

Periodicamente, con una cadenza di norma trimestrale, deve essere effettuata una revisione della lista di attesa da parte del direttore di U.O. o suo delegato, coadiuvato dalla segreteria di riferimento.
L'esito della verifica è registrato nel database, e viene comunicato, a mezzo mail, al direttore di Dipartimento e alla Direzione Sanitaria.

## 8. INDICATORI – RACCOLTA ED ANALISI

Per il monitoraggio del processo sono rilevati i seguenti indicatori:

1. numero di pazienti per le classi di priorità A e B, per ciascuna unità operativa, che non sono ricoverati entro i tempi previsti

- significato dell'indicatore: rileva il rispetto degli obblighi previsti per i tempi di ricovero delle diversi classi di rischio
- raccolto da: ufficio ADT
- frequenza di raccolta: trimestrale

2. <u>tempo medio, minimo e massimo di attesa per ciascuna classe di priorità, per i ricoveri eseguiti da ciascuna unità operativa</u>
   - significato dell'indicatore: rileva la tempestività di risposta per i ricoveri nelle diversi classi di rischio
   - raccolto da: ufficio ADT
   - frequenza di raccolta: trimestrale
3. <u>numero di pazienti inseriti in lista di attesa nelle classi A e B, che rinunciano al ricovero</u>
   - significato dell'indicatore: evidenzia possibili carenze nel soddisfare tempestivamente le esigenze cliniche
   - raccolto da: segreteria di riferimento e ufficio ADT
   - frequenza di raccolta: trimestrale

Stampa non controllata

Il monitoraggio degli indicatori viene pubblicato trimestralmente sulla intranet nella sezione *Liste di Attesa* e inviato ai direttori di U.O. con una relazione di sintesi a cura della Direzione Sanitaria.

## 9. NORMATIVA E DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

- Legge n.724 del 23/12/94 "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica", articolo 3
- DPCM 19 maggio 1999 relativo alla Carta dei Servizi che individua tra gli impegni da assumere con il cittadino la gestione e il controllo dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie.
- Decreto Ministro Sanità del 28.12.2000 per l'istituzione di una commissione per la formulazione di proposte operative e lo studio delle problematiche relative alla gestione dei tempi di attesa. Relazione finale.
- DPCM 16.4.2002- Conferenza Stato Regioni 11 luglio 2002 "liste di attesa: fissati i tempi massimi e le modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche.
- Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa, Ministero della Salute, 2006.
- DM 380/2000 integrato con DM 135/2010 recepito dalla DGR IX/1775/2011
- Piano Nazionale di governo delle liste di attesa 2010-2012 (PNGLA).

→ Allegato 01 – Istruzioni per l'inserimento in lista di attesa su ADT
→ Modulo 58 Modulo di richiesta prenotazione ricovero