



**REGOLAMENTO PER LA GESTIONE DELLE LISTE DI
PRENOTAZIONE DEI RICOVERI PROGRAMMATI**

DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

N. _____ DEL _____ n.allegati _____

ART. 1 PRINCIPI GENERALI ED AMBITO DI APPLICAZIONE

L'erogazione delle prestazioni sanitarie entro i tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti rappresenta una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza (LEA) che devono essere garantiti in modo equo e trasparente all'utenza.

La Conferenza Stato-Regioni ha delineato le norme generali per un'organizzazione omogenea sul territorio nazionale delle liste d'attesa, sia per i ricoveri programmabili (in regime diurno e ordinario) sia per le prestazioni ambulatoriali (Accordo tra il Governo, le Regioni e la Provincie Autonome di Trento e Bolzano sul documento di indicazioni per l'attuazione del punto a) dell'accordo Stato-Regioni del 14 febbraio 2002, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste d'attesa).

I principi generali e gli aspetti metodologici per la gestione delle liste di attesa sono stati oggetto di specifiche analisi contenute nel Progetto Mattone "Tempi di Attesa" dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

La Regione Emilia-Romagna ha recepito tali disposizioni (Piano regionale di governo dei tempi di attesa per il triennio 2010-2012 e deliberazioni successive).

Il tempo di attesa per le prestazioni sanitarie rappresenta peraltro una delle maggiori criticità percepite dal cittadino quando si rapporta al sistema sanitario. Per organizzare correttamente la lista d'attesa, la domanda di prestazioni sanitarie deve essere stratificata in classi con priorità d'accesso formalmente differenziate in funzione della gravità della patologia. Tale stratificazione secondo classi di priorità è fondamentale per poter garantire a tutti una prestazione adeguata, pur disponendo di una quantità di risorse che potrebbe essere insufficiente per erogarla subito a tutti. La possibilità di attribuire ai singoli utenti tempi di attesa diversi è quindi determinante per garantire l'efficacia del servizio.

Elemento importante che deve precedere ed accompagnare la definizione delle priorità è la necessità di attuare iniziative che aumentino l'appropriatezza, sia in termini generali che di priorità delle prestazioni rese. Una prestazione deve essere erogata rispettando le indicazioni cliniche per le quali si è dimostrata efficace, nell'ambito di una tempistica adeguata e secondo il regime organizzativo più opportuno.

Al fine di poter presidiare la gestione delle liste d'attesa la Regione Emilia-Romagna con Delibera n. 272 del 2017 "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia-Romagna" ha disposto che ciascuna Azienda Sanitaria realizzi gli interventi per il monitoraggio e la riduzione dei tempi di attesa per i ricoveri programmati, attraverso l'approvazione di un Regolamento aziendale di gestione dell'accesso ai ricoveri in elezione, che stabilisca i criteri di composizione delle liste di attesa dei ricoveri programmati, ordinari e diurni.

A tale scopo ha predisposto un documento "Linee di indirizzo per la gestione delle liste di prenotazione dei ricoveri chirurgici programmati nelle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna", frutto del lavoro collegiale che ha visto la condivisione, delle esperienze e procedure con i referenti di tutte le Aziende Sanitarie regionali.

Il presente documento intende delineare, in applicazione delle indicazioni normative vigenti per tutte le UU.OO. dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, in tema di formulazione e gestione delle liste di attesa per i ricoveri programmati.

Per ricovero programmato si intende il ricovero in regime ordinario o in regime di Day Hospital - Day Surgery 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 il clinico abbia rilevato l'indicazione al ricovero stesso.

Obiettivo primario è quello di garantire che la pianificazione dei ricoveri e la composizione delle liste di attesa siano governati secondo criteri di accessibilità, equità e trasparenza, a tutela dei diritti dei cittadini attraverso l'individuazione di modalità uniformi di gestione delle agende di prenotazione fornendo regole generali valide per la corretta e trasparente gestione della lista di attesa in tutte le articolazioni aziendali.

Il seguente Regolamento si applica a tutti i ricoveri programmati, in regime ordinario o Day Hospital, legati a intervento chirurgico / procedura interventistica. Resta inteso che, come da precedenti indicazioni aziendali, è fatto obbligo per tutte le UU.OO./S.S.D. di utilizzare la lista di attesa informatizzata a garanzia dell'equità dell'accesso a tutte le prestazioni di ricovero programmato erogate in Azienda.

DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

N. _____ DEL _____ n.allegati _____

ART. 2 – RESPONSABILITÀ

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.

Il Direttore Sanitario individua in modo formale le responsabilità dei diversi operatori interessati. La funzione di vigilanza e gestione del percorso chirurgico potrà essere assolta dal Direttore Sanitario *in primis* o dal RUA per le liste di attesa dei ricoveri programmati.

2. Responsabilità del RUA (referente unico per l'accesso). Ferma restando la responsabilità complessiva, compresa la corretta gestione delle liste di attesa, del Direttore Sanitario, il RUA può essere identificato in figura da questi delegata al fine di potenziare il controllo centralizzato delle liste di attesa. Il RUA deve garantire il presidio della organizzazione aziendale affinché venga assicurata uniformità di accesso e trasparenza nonché l'ottimale utilizzo delle risorse disponibili.

Relativamente alla garanzia di trasparenza ed equità di accesso, il RUA dovrà predisporre controlli ad hoc sulle attività, attraverso il sistema informatizzato di gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato e appositi cruscotti, al fine di garantire: una gestione totalmente informatizzata delle agende di prenotazione; la definizione dei criteri di priorità per l'accesso secondo modalità coerenti rispetto alle indicazioni regionali; la finalizzazione delle risorse, ivi compresa la committenza verso le strutture private accreditate, al superamento delle criticità in materia di liste di attesa.

Il RUA dovrà definire interventi, anche formativi, che garantiscano che le fasi di accoglienza dei pazienti, di informazione e di gestione della permanenza in lista siano gestite con idonee competenze da parte degli operatori coinvolti.

3. Responsabilità dei Direttori/Responsabili di Struttura. Il Direttore/Responsabile di Unità Operativa è tenuto ad esplicitare i criteri per la corretta gestione della lista di attesa nel rispetto dei principi di uguaglianza e di imparzialità. Il Direttore/Responsabile di Unità Operativa è il responsabile della gestione della lista: valuta le proposte di ricovero, la completezza dei dati, l'appropriatezza della indicazione al ricovero e la necessità di eventuali visite e prestazioni propedeutiche alla presa in carico o all'immissione in lista collaborando con gli operatori individuati per la gestione del registro. Inoltre, deve esplicitare formalmente a priori i criteri di gestione della lista di attesa per i ricoveri programmati chirurgici.

Il Direttore/Responsabile di Unità Operativa è responsabile della verifica delle proposte di ricovero, valuta le proposte, la completezza dei dati, l'appropriatezza dell'indicazione al ricovero e l'eventuale necessità di rivalutazione del paziente al fine dell'inserimento in lista d'attesa.

E' titolare del giudizio sull'appropriatezza del ricovero proposto nonché responsabile dell'attribuzione del caso alla classe di priorità e al livello di assistenza ospedaliera adeguato, in relazione alla gravità del quadro clinico.

Egli dispone l'inserimento nella lista d'attesa informatizzata quando il paziente è nelle effettive condizioni di essere sottoposto ad intervento chirurgico avendo già eseguito gli eventuali trattamenti coadiuvanti e tutti gli approfondimenti diagnostici necessari per la corretta diagnosi e per definire l'indicazione terapeutica.

Ferma restando la responsabilità, della corretta gestione delle liste di attesa, del Direttore di Unità Operativa, può formalmente delegare altro Dirigente Medico dell'U.O. al fine di garantire appropriatezza e correttezza del processo dall'inserimento in lista d'attesa sino alla chiamata per il ricovero.

4. Il Medico proponente è il medico responsabile della proposta di ricovero, fornisce l'indicazione al ricovero programmato al momento della visita del paziente e deve garantire i dati necessari all'inserimento dei pazienti in lista di prenotazione. L'indicazione al ricovero programmato può essere posta dai seguenti Professionisti:
 - 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 percorso/protocollo formalizzato, in istituzionale;
 - Medico Specialista ambulatoriale convenzionato che rientri in un percorso/protocollo formalizzato, in istituzionale.

DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

N. _____ DEL _____ n.allegati _____

5. Il Medico convalidante è il responsabile delle fasi successive all'inserimento in lista d'attesa. 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. Corrisponde, di norma, al medico proponente nei casi in cui la proposta di ricovero sia a cura di Medico della Struttura aziendale cui afferisce il registro di prenotazione.
6. Il Medico destinatario è il medico di riferimento per le fasi successive al ricovero del paziente e/o il medico che effettuerà l'intervento programmato.

ART. 3 - REGISTRO LISTE DI ATTESA

1. Deve essere utilizzato in ogni Unità Operativa il sistema informatico aziendale che risponde alle regole di sicurezza e trasparenza dei dati. L'applicativo consente la tracciatura di tutto il processo rappresentato in figura 1, a partire dalla fase di inserimento in lista d'attesa (prenotazione).
2. All'interno di ogni Unità Operativa devono essere formalmente individuate figure professionali, anche non di area medica, abilitate all'utilizzo di tale sistema informatico previa idonea formazione al fine della corretta gestione della procedura.
3. Permane in capo al Direttore dell'Unità Operativa la responsabilità della gestione complessiva del processo.

ART. 4 - PROPOSTA DI RICOVERO E VERIFICA

1. Il medico proponente compila il modulo di proposta di ricovero (ALLEGATO 1) avendo cura di fornire tutte le informazioni necessarie all'inserimento in lista d'attesa e alla valutazione di appropriatezza effettuata dal Direttore di U.O. o suo delegato.
2. Solo nel caso in cui il proponente sia uno Specialista della Struttura di ricovero (medico proponente=medico convalidante) l'informativa al paziente riguardo al percorso e al periodo indicativo di intervento potrà essere fornita in sede di proposta di ricovero, con le modalità indicate all'art.7.
3. Il Direttore di U.O./Delegato valuta:
 - Completezza delle informazioni fornite;
 - Appropriately dell'indicazione chirurgica
 - Appropriately della classe di priorità proposta
 - Se il paziente è nelle effettive condizioni di idoneità all'intervento chirurgico (terminata la fase di presa in carico, ad esempio terapia neoadiuvante o approfondimenti diagnostici)

In caso di esito positivo di tali valutazioni il Direttore/Delegato dispone l'inserimento in lista d'attesa. Egli, in quanto responsabile del rispetto dei criteri di assegnazione delle classi di priorità, potrà disporre l'inserimento con una classe di priorità diversa da quella proposta. In questo caso dovrà provvedere affinché il paziente sia informato della variazione della classe e del periodo indicativo del ricovero.

ART. 5 - ASSEGNAZIONE DELLE CLASSI DI PRIORITÀ

Le classi di priorità sono identificate sulla base di criteri clinici, tenendo in considerazione i seguenti elementi:

- 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, severità del quadro clinico presente (incluso il sospetto diagnostico),
- 2) prognosi (quod vitam e/o quod valitudinem),
- 3) tendenza al peggioramento a breve,
- 4) presenza di dolore e/o deficit funzionale,
- 5) implicazione sulla qualità di vita,
- 6) casi particolari che richiedono di essere trattati in un tempo prefissato, purché esplicitamente dichiarati dal medico che lo ha in carico
- 7) speciali caratteristiche del paziente che possono configurare delle eccezioni, purché esplicitamente dichiarate dal medico prescrittore

DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

N. _____ DEL _____ n.allegati _____

Scopo della classe di priorità è quello di determinare l'ordine di ingresso alla prestazione, consentendo di identificare i tempi massimi entro i quali la stessa deve essere garantita.

A livello nazionale, per quanto riguarda l'attività di ricovero, sono state identificate 4 classi di priorità (adattate alla realtà nazionale partendo dal riferimento della sperimentazione australiana dell'Advisory Committee on Elective Surgery che ha definito i criteri per l'individuazione di priorità per i pazienti in lista d'attesa per un intervento chirurgico).

Classe di priorità per il ricovero	Indicazioni
CLASSE 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
CLASSE B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità, ma che non manifestano tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
CLASSE C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità e che non tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
CLASSE D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuali almeno entro 12 mesi

Le classi attribuite sono da considerarsi suscettibili di modifiche successive in funzione dell'evoluzione delle condizioni cliniche del singolo caso.

ART. 6 - PRESA IN CARICO (PRE-LISTA)

1. La presa in carico è il momento in cui il paziente viene valutato dal medico della Struttura che ne seguirà l'intero iter clinico e assistenziale fino all'effettuazione dell'intervento.
2. Il momento della presa in carico non sempre coincide con il momento di inserimento in lista, in quanto la fase diagnostica potrebbe non essere 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 adiuvanti o attendere un tempo prestabilito di osservazione o valutazione prima dell'intervento.
3. In nessun caso, un paziente per il quale non sia terminata tale fase, potrà essere inserito in lista d'attesa.

ART. 7 - INSERIMENTO IN LISTA D'ATTESA, INFORMATIVA, INDICAZIONE DELLA DATA INDICATIVA DI RICOVERO

È importante regolare la programmazione dell'attività chirurgica in modo che sia possibile, al momento dell'inserimento in lista di attesa, stabilire un periodo indicativo di ricovero per l'effettuazione dell'intervento chirurgico. Il paziente dovrà inoltre essere informato nel caso in cui si verificano problematiche nel rispetto dei tempi di attesa, già al momento della sua richiesta, prospettando eventuali sedi alternative di trattamento e registrando la sua scelta. Al paziente dovrà essere rilasciata adeguata informativa (ALLEGATO 2) in merito ai criteri e alla modalità di gestione della lista d'attesa, comprendente anche il periodo indicativo del ricovero. Tale periodo dovrà essere riportato su applicativo di gestione della lista d'attesa e sarà comunicato anche tramite il Fascicolo Sanitario Elettronico della Regione Emilia Romagna.

ART. 8 - SOSPENSIONE ED EVENTUALE RIVALUTAZIONE

La sospensione si può concretizzare, per il paziente inserito in lista di attesa, se sussistono le seguenti motivazioni:

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

DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

N. _____ DEL _____ n.allegati _____

E' uno stato della lista di attesa (stato SOSPESO) durante il quale il paziente mantiene il livello di priorità maturato (giorni di attesa e classe di priorità); il periodo di sospensione deve avere una data di inizio e una di fine, certa o presunta: in questo stato il contatore è fermo.

I giorni di sospensione accordati sono detratti dal tempo d'attesa che viene trasmesso alla Regione Emilia-Romagna mediante i flussi informativi (SIGLA e SDO).

1. Tutte le sospensioni devono essere gestite con una data di inizio ed una data di fine con l'apposita funzione sul registro informatizzato. Non sono accettabili periodi generici di indisponibilità (per es. indisponibilità nel periodo estivo).
2. Il responsabile della gestione della liste deve tenere monitorato e governare il fenomeno dei pazienti "sospesi" in modo che 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.
3. Nel caso il periodo di sospensione si protragga per un tempo giudicato troppo lungo è necessario pianificare e concordare con il paziente una visita di rivalutazione.
A seguito di tale rivalutazione il medico responsabile o altro medico della U.O. potrà:
 - o confermare il temporaneo stato di sospensione;
 - o disporre il termine del periodo di sospensione e riavviare l'iter;
 - o modificare la classe di priorità all'evidenza di variazioni rilevanti del quadro clinico o di inappropriata assegnazione della classe di priorità iniziale;
 - o disporre la cancellazione su richiesta del paziente o per eventuale variazione del quadro clinico non corrispondenti all'indicazione chirurgica.
4. Si ritiene di fornire le seguenti durate massime indicative dei periodi di sospensione oltre alle quali è opportuna la visita di rivalutazione:
 - o 60 giorni per la classe A
 - o 120 giorni per la classe B
 - o 180 giorni per la classe C
 - o 180 giorni per la classe D
5. Nel caso in cui il gestore della lista effettui la chiamata per la visita di rivalutazione, prenotata attraverso i canali interni di prenotazione, e il paziente, per motivi non correlati allo stato di salute, manifesti una indisponibilità o non si presenti alla data concordata, viene offerta una seconda visita di rivalutazione, con compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito (ticket); a fronte di un ulteriore rifiuto o mancata presentazione, la cancellazione diviene esecutiva (stato ANNULLATO).
6. 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.
7. Il tempo necessario all'effettuazione delle prestazioni erogate come prericovero o preospedalizzazione non deve essere considerato come tempo di sospensione.

ART. 9 - PRE-RICOVERO (FASE PRE-OPERATORIA)

La fase pre-operatoria è avviata, sulla base del periodo previsto per il ricovero, mediante la chiamata del paziente per il pre-ricovero.

Gli obiettivi principali della fase pre-operatoria sono:

- valutare le condizioni generali del paziente;
- rilevare eventuali condizioni non diagnosticate che potrebbero determinare un problema intra o perioperatorio;
- determinare il rischio perioperatorio (chirurgico ed anestesilogico);
- ottimizzare le condizioni del paziente al fine di ridurre il rischio perioperatorio; definire, anche in accordo con il paziente, la strategia di gestione perioperatoria ottimale;
- definire il setting più appropriato di trattamento e assistenza post-operatoria (day surgery, degenza ordinaria, eventuale transito in ambiente intensivo, eventuali percorsi di recupero funzionale o riabilitazione ove prevedibili);

DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

N. _____ DEL _____ n.allegati _____

- informare il paziente rispetto all'intervento, all'anestesia ed al percorso successivo al fine di ridurre il livello di ansia e facilitare il recupero post-intervento;
- ridurre la durata della degenza, e migliorare la programmazione dell'attività chirurgica.

Il pre-ricovero deve essere effettuato nel rispetto di due parametri fondamentali: appropriatezza e tempestività. Per quanto riguarda l'appropriatezza dovranno essere seguite le raccomandazioni in materia di profili e indagini preoperatorie prodotte a livello regionale o locale sulla base di aggiornate evidenze scientifiche.

Quanto alla tempestività è opportuno adeguare l'organizzazione delle attività in modo che il paziente possa effettuare la valutazione pre-operatoria una volta inserito in lista di attesa e prossimo al ricovero; il tempo di esecuzione della visita e degli esami necessari rientra nel tempo di attesa: in questa fase il contatore del tempo di attesa è attivo. Questa fase non ha dunque finalità di tipo diagnostico rispetto alla necessità dell'intervento chirurgico. Non rientrano quindi nel pre-ricovero le indagini o le consulenze necessarie all'inquadramento diagnostico o alla stadiazione della patologia, che devono essere eseguite prima dell'inserimento del paziente in lista di attesa, preferibilmente attraverso i percorsi di Day Service attivati.

Qualora il paziente rinunciasse per propria volontà all'intervento in Azienda dopo aver eseguito gli esami di pre-ricovero (espressa rinuncia e irreperibilità), tali esami dovranno essere rendicontati nel flusso ASA con eventuale compartecipazione della spesa da parte del paziente. Tale eventualità dovrà essere preventivamente comunicata al paziente che accede al pre-ricovero.

ART. 10 - CONVOCAZIONE RICOVERO

In ogni Unità Operativa devono essere esplicitati i criteri di chiamata dei pazienti in lista d'attesa, fermo restando il principio secondo cui, a parità di patologia e di codice di priorità, devono effettuarsi convocazioni secondo l'ordine cronologico di immissione in lista.

Per garantire l'equità di accesso alle prestazioni di ricovero elettivo è necessario porre particolare attenzione alla omogenea applicazione dei criteri espliciti, più volte ribaditi, che sono (alla base della costruzione di una lista d'attesa) (D.G.R. 925/2011):

- 1) Livello di priorità clinica;
- 2) Ordine cronologico di iscrizione in lista;
- 3) Risorse necessarie per l'erogazione della prestazione. Per risorse disponibili si intendono requisiti di carattere organizzativo, clinico e assistenziale (es. spazio di sala operatoria, specialisti clinici e tecnici, materiale, apparecchiature e strumentario chirurgico)

È opportuno che ogni U.O. definisca i criteri organizzativi per la formulazione del programma operatorio essendo dipendente dai tempi di sala operatoria, dalla disponibilità di tecnologie, dal setting assistenziale e da eventuali altre necessità (ad es. posto letto in Terapia Intensiva).

Deve essere annotato sul programma/registo di immissione in lista quando, chi e con qual mezzo, sia avvenuta la chiamata e quale ne sia stato l'esito.

ART. 11 - USCITA DALLA LISTA D'ATTESA

1. Uscita dalla lista di attesa

Si verifica quando:

- il paziente viene ricoverato e viene effettuato l'intervento chirurgico;
- il paziente viene ricoverato e l'intervento chirurgico è rinviato;
- il paziente viene cancellato.

2. Rinvio

È il caso in cui il paziente è ricoverato e l'intervento chirurgico non può essere effettuato (stato della scheda di prenotazione: RICOVERATO).

DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

N. _____ DEL _____ n.allegati _____

In questo scenario è necessario valutare la possibilità, all'interno dello stesso episodio di ricovero, di riprogrammare l'intervento chirurgico. Nel caso in cui ciò non sia possibile, al momento della dimissione deve essere stabilita e comunicata al paziente la nuova data di ricovero, da effettuarsi prima possibile, comunque entro 7 giorni.

Come da indicazione regionale, in quest'ultimo caso, non è necessario un'ulteriore inserimento in lista d'attesa fermo restando il rispetto della tempistica suindicata.

3. Cancellazione

La cancellazione può avvenire nei seguenti casi:

- espressa rinuncia del paziente;
- irreperibilità del paziente;
- avvenuto ricovero o decesso verificato in anagrafica o ADT;
- errori materiali o di imputazione;
- trasferimento in altro presidio e/o altra Azienda;
- trasferimento ad altra lista di attesa o ad altro regime di erogazione.

4. Rinuncia

Condizione in cui il paziente, in qualsiasi momento, per sua libera ed irrevocabile scelta, non intenda effettuare l'intervento chirurgico: ne consegue la cancellazione o la dimissione volontaria dalla struttura; la rinuncia del paziente deve essere annotata nel registro informatico e all'interno della documentazione clinica del ricovero (ove applicabile).

5. Irreperibilità

La cancellazione a seguito di irreperibilità del paziente verrà effettuata, previa notifica via raccomandata o analogo, dopo due chiamate ai numeri di telefono comunicati dal paziente, annotate nel registro, effettuate con cadenza settimanale in giorni ed orari diversi. Dal momento del secondo tentativo di chiamata senza successo del paziente e fino all'effettiva cancellazione occorrerà sospendere la prenotazione (stato della scheda: SOSPESO).

6. Annullamento

Stato della lista di attesa in cui il paziente, per motivi non correlati allo stato di salute, formalizza una indisponibilità alla visita di rivalutazione per 2 volte consecutive; in questo caso viene cancellato dalla lista di attesa, previa notifica a mezzo raccomandata o analogo.

In caso di annullamento o irreperibilità, il paziente dovrà essere informato (via raccomandata) della imminente cancellazione a meno di un contatto con la struttura. In caso di mancata risposta a tale comunicazione entro 20 giorni, la cancellazione diviene esecutiva. Il paziente cancellato può accedere ad una nuova prenotazione, solo dopo una rivalutazione clinica, iniziando un nuovo iter di immissione in lista.

7. Modalità di gestione della notifica di cancellazione dalla lista d'attesa.

- a) Il Direttore di U.O. o delegato alla gestione delle liste tramette il primo giorno lavorativo di ogni mese al Punto Aziendale Unico di Prericovero l'elenco delle schede di prenotazione per le quali è necessario procedere a cancellazione, avendo cura di indicare:
 - Nome, cognome e data di nascita del/dei pazienti;
 - Indirizzo del paziente o PEC
 - Numero scheda di prenotazione su applicativo
 - Motivo cancellazione (irreperibilità o annullamento)
 - Recapito/i telefonico/i del Personale da fornire al/ai pazienti in caso di richiesta da parte dello/degli stesso/i di non procedere alla cancellazione.
- b) Punto Aziendale Unico di Prericovero provvede ad inviare raccomandata o PEC ai pazienti entro 5 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta del Direttore di U.O./delegato.
- c) In caso di mancato contatto del paziente ai recapiti forniti entro le prime tre settimane del mese di invio dell'elenco al Punto Aziendale Unico di Prericovero, il Direttore/Delegato potrà disporre la cancellazione dal registro (stato della scheda: CANCELLATO).

DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

N. _____ DEL _____ n.allegati _____

ART. 12 - CORRETTA TENUTA E PULIZIA PERIODICA DELLA LISTA D'ATTESA

E' necessario procedere periodicamente, con cadenza adeguata alla classe di priorità assegnata, ad una verifica della disponibilità dei pazienti al ricovero e in caso negativo alla "pulizia" della lista.

I controlli periodici, compresi i contatti con i pazienti, sono mirati ad un'analisi dell'andamento delle prenotazioni, oltre che alla verifica delle rinunce, degli stati di sospensione, degli annullamenti e uscite dalla lista di attesa, funzionali a garantire un'ottimale programmazione delle sedute operatorie.

Nel corso dell'attesa possono essere necessarie rivalutazioni del paziente che possono comportare una revisione della classe di priorità precedentemente assegnata; in questi casi l'eventuale cambio di classe e la data di rivalutazione dovranno essere tracciati nelle agende di prenotazione.

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).

Si sintetizzano di seguito le principali attività comprese nella pulizia periodica delle liste d'attesa:

- Verifica dell'effettiva disponibilità del paziente al ricovero;
- Verifica della sospensione dei pazienti nei casi in cui è prevista;
- Verifica dei pazienti sospesi e rivalutazione dei pazienti sospesi per un periodo giudicato troppo lungo;
- Verifica dello stato in vita del paziente (apposito campo "deceduto" su applicativo Areas per i residenti del bacino di Parma e Provincia);
- Verifica dei ricoveri successivi all'inserimento in Lista d'attesa (stampa "Pazienti in Lista con ricovero successivo" disponibile su applicativo Areas).