

Linee di indirizzo per la gestione delle liste di prenotazione dei ricoveri chirurgici programmati nelle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna

1.	PREMESSA	2
2.	PROCEDURA DI GESTIONE DELL'ACCESSO AI RICOVERI PROGRAMMATI.....	3
2.1	Proposta di Ricovero.....	3
2.2	La presa in carico (FASE DI PRE-LISTA)	4
2.3	Inserimento in lista (FASE DI LISTA DI ATTESA).....	4
2.4	La fase pre-operatoria (PRE-RICOVERO)	4
2.5	Ordine di accesso	5
	Criteri clinici di priorità	5
	Ordine di iscrizione in lista e cronologia di chiamata.....	7
	Risorse disponibili	7
3.	PROCEDURA PER LA MANUTENZIONE DELLA LISTA D'ATTESA	8
3.1	Chiamata dei pazienti	8
3.2	Pulizia della lista	8
3.3	Sospensione	8
3.4	Uscita dalla lista di attesa	9
	Rinvio	9
	Cancellazione.....	9
	Rinuncia	10
	Irreperibilità	10
	Annullamento	10
4.	SINERGIE DI RETE PER LA GARANZIA DEI TEMPI DI ATTESA.....	10
5.	GESTIONE INFORMATIZZATA DEL REGISTRO.....	11
6.	PROCEDURE PER LA TENUTA E CONSERVAZIONE DEL REGISTRO	11
7.	DIRITTO DI ACCESSO E COMUNICAZIONE AL PAZIENTE	12
8.	RESPONSABILITÀ: QUADRO DI RIFERIMENTO	13
8.1	Responsabilità del Direttore Sanitario	13
8.2	Responsabilità del RUA (referente unico per l'accesso).....	13
8.3	Responsabilità dei Direttori/Responsabili di Struttura.....	14

1. PREMESSA

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.

Uno degli strumenti necessari alla realizzazione di questo obiettivo è la 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.

Indirizzi e regole omogenee, su tutto il territorio regionale, 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. È stato dunque predisposto il presente documento finalizzato a fornire a tutte le aziende le linee di indirizzo per la redazione del *Regolamento aziendale*.

Una parte del presente documento riguarda l'informazione da garantire al cittadino, condizione indispensabile per operare scelte consapevoli e coinvolgerlo nel percorso di accesso al ricovero, delineando quindi un ruolo attivo dell'utente nella pianificazione del ricovero.

Per la definizione del presente documento, ci si è avvalsi della collaborazione delle Aziende Sanitarie, condividendo esperienze e procedure con i referenti aziendali di tutte le Aziende Sanitarie regionali.

Sono stati analizzati i Regolamenti Aziendali già disponibili e i protocolli adottati per la gestione delle prenotazioni, valutando punti di forza e ambiti di miglioramento, al fine di ottimizzare, disciplinandola, la gestione del percorso per l'accesso alle prestazioni di ricovero. Le indicazioni che seguono sono il risultato di questo lavoro collegiale.

2. PROCEDURA DI GESTIONE DELL'ACCESSO AI RICOVERI PROGRAMMATI

Con il presente documento si indicano le linee comportamentali e i criteri metodologici da adottare per la gestione delle liste di attesa dei ricoveri in elezione, ordinari e diurni.

Vengono declinate le modalità di regolazione e controllo dell'accesso al ricovero, stabilendo gli ambiti e i diversi profili di responsabilità, con lo scopo 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.

2.1 Proposta di Ricovero

L'indicazione al ricovero programmato può essere posta da un medico dipendente o convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale:

1. Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta (MMG, PLS);
2. Medico Specialista ambulatoriale convenzionato;
3. Dirigente Medico della Struttura a cui afferisce il registro di prenotazione, in istituzionale o in libera professione;
4. Dirigente Medico, di altra Struttura o Presidio ospedaliero che rientri in un PDTA formalizzato, in istituzionale.

Il medico proponente deve fornire correttamente i dati necessari all'inserimento dei pazienti in lista di prenotazione: anagrafica (nome cognome data di nascita codice fiscale residenza recapito telefonico), diagnosi ed intervento proposto nonché la richiesta di visita ove previsto. Quando la proposta di ricovero è generata da una visita in libera professione del medico specialista interno o convenzionato ospedaliero, non vi è necessità di ulteriore visita in istituzionale al fine dell'inserimento del paziente in lista; nel registro di prenotazione saranno tracciate le fasi della proposta di ricovero, nonché il nominativo del medico proponente il ricovero e la sua qualifica.

Lo specialista della struttura a cui afferisce la lista di attesa è titolare del giudizio sull'appropriatezza del ricovero proposto nonché responsabile dell'attribuzione del caso alla classe di priorità e al livello di assistenza ospedaliera stabiliti in base alla verifica dei requisiti relativi alla intensità assistenziale necessaria, in risposta alla gravità del quadro clinico; lo specialista ospedaliero, sia che valuti la proposta di altri, sia che formuli egli stesso l'indicazione al ricovero, garantisce la presa in carico del paziente che può prevedere, prima dell'inserimento in lista, una fase di approfondimento diagnostico o la necessità di terapie adiuvanti. Egli dispone l'inserimento del paziente nel sistema informatizzato aziendale della lista di attesa dei ricoveri e 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 La presa in carico (FASE DI PRE-LISTA)

La presa in carico è il momento in cui il paziente viene valutato da parte della Struttura che ne seguirà l'intero iter clinico e assistenziale fino all'effettuazione dell'intervento.

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.

Massima attenzione deve essere posta quindi alla definizione del momento in cui il paziente ha i requisiti per essere inserito in lista per un determinato intervento (idoneità all'intervento chirurgico).

Pertanto la data di prenotazione (inserimento in lista) corrisponde al momento in cui 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. La valutazione multidisciplinare dell'indicazione all'intervento è obbligatoria per tutta la casistica oncologica.

2.3 Inserimento in lista (FASE DI LISTA DI ATTESA)

È importante regolare la programmazione dell'attività chirurgica in modo che sia possibile, al momento dell'inserimento in lista di attesa, stabilire un periodo certo di ricovero per l'effettuazione dell'intervento chirurgico.

Dalla data di iscrizione in lista in poi, fino al giorno del ricovero (data ammissione), sarà calcolato il tempo di attesa secondo le specifiche indicazioni contenute al capitolo 3 "Procedura per la manutenzione della lista d'attesa".

2.4 La fase pre-operatoria (PRE-RICOVERO)

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 anestesiologicalo);
- 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);
- 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.

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 per l'inquadramento diagnostico o la stadiazione della patologia, che devono essere eseguite prima dell'inserimento del paziente in lista di attesa.

Il pre-ricovero rappresenta uno step fondamentale nella gestione del paziente candidato ad intervento chirurgico programmato e 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; pertanto 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.

È auspicabile che le Aziende provvedano alla programmazione chirurgica con un congruo anticipo, prevedendo di declinare tempi di programmazione certi e coerenti per le attività del pre-ricovero, nonché una adeguata organizzazione.

2.5 Ordine di accesso

L'ordine di accesso alle prestazioni di ricovero programmato si determina in base ai seguenti fattori:

1. Livello di priorità clinica stabilita
2. Ordine cronologico di iscrizione in lista
3. Risorse necessarie

Criteri clinici di priorità

Per ciascuna patologia/intervento chirurgico, catalogate dal nomenclatore SIGLA, è stata effettuata un'analisi della distribuzione delle classi attribuite a livello regionale negli ultimi 3 anni. Laddove sia stato possibile identificare una classe più frequente (significativa da un punto di vista statistico), è stata individuata una classe di priorità "iniziale" o "predefinita" allo scopo di fornire al professionista un supporto alla decisione. Tale classe può essere

modificata al momento dell'inserimento in lista dal medico in base alla valutazione clinica di specifici parametri (di seguito dettagliati), che consentono di assegnare il paziente alla più corretta classe di priorità.

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

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.

Le classi di priorità sono quattro, distinte in base alla priorità clinica, con i relativi tempi massimi di attesa; nel caso in cui si modifichino le condizioni del paziente già in lista, è necessario aggiornare la classe di priorità, motivando e registrando la scelta nella procedura aziendale.

Il livello di priorità clinica si fonda su criteri esplicitati e indicati per classe di priorità, declinate dall'accordo Stato-Regioni del 14 febbraio 2002:

CLASSE	Descrizione
A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che possono aggravarsi rapidamente tanto 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.
---	---

Ordine di iscrizione in lista e cronologia di chiamata

Il paziente viene inserito in lista secondo la classe di priorità assegnata dal medico, fissando così una data di prenotazione, momento dal quale comincia ad essere calcolato il tempo di attesa per l'intervento chirurgico.

Al fine di rendere il processo di chiamata più efficiente ed equo, si suggerisce di ordinare i pazienti in lista in base ad uno "score" che sia 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).

Utilizzando, ad esempio, la formula seguente:

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

lo score associato al paziente i-esimo è calcolato come prodotto tra il tempo di attesa trascorso dal momento dell'inserimento in lista e un coefficiente di gravità, ottenuto come rapporto tra il tempo massimo previsto dalla classe di priorità meno urgente effettivamente presente nella relativa lista di attesa (ad esempio, 365 giorni nel caso di Classe D, 180 giorni nel caso di Classe C e così via) e il tempo massimo previsto dalla classe di gravità attribuita all'i-esimo paziente.

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.

Una metodologia di questo tipo consente di assicurare 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.

Risorse disponibili

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) che si rendono necessari per condurre l'intervento chirurgico con il

maggior livello di efficacia, efficienza, sicurezza e qualità della prestazione. Esse rappresentano uno degli elementi da garantire per una corretta programmazione delle attività.

3. PROCEDURA PER LA MANUTENZIONE DELLA LISTA D'ATTESA

3.1 Chiamata dei pazienti

L'ordine di chiamata dei pazienti è stabilito secondo i criteri e l'eventuale supporto del sistema di score descritti precedentemente.

3.2 Pulizia della lista

La lista di attesa va verificata ad intervalli di tempo definiti ed espliciti, al fine di valutare la sua corrispondenza rispetto a posizione e stato di permanenza in lista dei pazienti, e procedere alle eventuali correzioni necessarie.

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).

In ogni struttura o sistema organizzato e centralizzato di gestione delle liste di attesa devono essere formalmente individuati gli operatori abilitati (Referenti di gestione lista di attesa dei ricoveri) alla pulizia e manutenzione della lista e chiamata dei pazienti, aggiornati periodicamente dalla Direzione Sanitaria; essi partecipano e collaborano con il RUA alla manutenzione della lista.

3.3 Sospensione

Si concretizza mentre il paziente è inserito in lista di attesa e può dipendere da:

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

È uno stato della lista di attesa (stato SOSPESO) 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.

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.

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).

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.

3.4 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

Rinvio

È il caso in cui il paziente è ricoverato e l'intervento chirurgico non può essere effettuato. 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.

Cancellazione

La cancellazione avverrà nei seguenti casi:

- rinuncia all'intervento chirurgico (vedi paragrafo successivo);
- annullamento (vedi paragrafo successivo);
- errori materiali di registrazione, effettivamente verificati;
- irreperibilità del paziente (vedi paragrafo successivo);
- invio ad altra struttura che consenta il rispetto dei tempi di attesa.
- cancellazione dall'anagrafe sanitaria

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 formalizzata e annotata nel registro o all'interno della documentazione clinica del ricovero.

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.

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.

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, 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.

4. SINERGIE DI RETE PER LA GARANZIA DEI TEMPI DI ATTESA

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.

5. GESTIONE INFORMATIZZATA DEL REGISTRO

Per conseguire gli obiettivi di corretta gestione definiti nei paragrafi precedenti è necessario disporre di sistemi informatizzati di gestione della lista di attesa collegati con strumenti, o moduli informatici, finalizzati alla pianificazione dell'attività chirurgica di sala operatoria. È auspicabile che lo sviluppo dei gestionali informatici integri quantomeno le funzioni delle liste di attesa, registro operatorio e ADT (Accettazione Dimissione Trasferimenti) ricoveri. Tale strumento integrato dovrebbe garantire:

- la stima del tempo di attesa per l'effettuazione dell'intervento;
- strumenti di analisi per facilitare l'individuazione all'interno della lista di attesa di casi che stanno superando o hanno già superato i tempi massimi previsti per classe di priorità assegnata;
- la pianificazione delle attività chirurgiche sulla base delle risorse di sala operatorie inserite e assegnate alle equipe chirurgiche;
- l'aggiornamento sullo stato dei ricoveri avvenuti al di fuori della chiamata da lista d'attesa (es. ingressi in urgenza);
- la verifica delle condizioni che comportano l'uscita dalla lista (pulizia della lista);
- la gestione del trasferimento/invio ad altra struttura;
- il monitoraggio delle sospensioni, indicandone la data di inizio e il tempo residuo rispetto alla fine;
- reportistiche dinamiche e sempre aggiornate dei principali indicatori di monitoraggio dello stato della lista di attesa.

Tali strumenti ed informazioni devono consentire al RUA di esercitare pienamente il proprio ruolo di garante della buona gestione delle liste di attesa a lui assegnate e governo dei tempi di attesa.

6. PROCEDURE PER LA TENUTA E CONSERVAZIONE DEL REGISTRO

Il registro delle prenotazioni è a tutti gli effetti un atto pubblico ed il Direttore Sanitario è responsabile della sua tenuta e conservazione.

Le modalità di tenuta del registro devono garantire la massima tutela della privacy; il sistema informatizzato deve salvaguardare le informazioni dal rischio di manomissione, i dati personali devono essere adeguatamente custoditi, inaccessibili a persone non autorizzate, siano essi in forma cartacea o informatizzata, e devono essere conservati secondo le norme vigenti.

Il sistema di gestione deve consentire la tracciabilità degli operatori che devono essere autorizzati alle attività che effettuano sul registro.

Le informazioni che devono essere presenti nel registro di prenotazione devono consentire:

- l'identificazione e la rintracciabilità del paziente (anagrafica);
- il medico che propone l'immissione in lista ed il ruolo che ricopre;
- la tracciabilità della provenienza della richiesta di immissione in lista, ovvero se il paziente ha effettuato una visita in istituzionale o in libera professione;
- la tracciabilità di tutti i movimenti di lista:
 - modifica della classe di priorità
 - rinvii, sospensioni, annullamenti, rinunce, cancellazioni e invii ad altre Strutture.

I controlli sul registro di prenotazione verteranno su:

- correttezza nell'ordine di chiamata in relazione ai criteri esplicitati;
- rispetto dei criteri di assegnazione della classe di priorità;
- monitoraggio ai fini della gestione delle criticità per il rispetto dei tempi massimi di attesa.

7. DIRITTO DI ACCESSO E COMUNICAZIONE AL PAZIENTE

Come disposto dalla legge n.724 del 23 dicembre 1994 *“Ai fini del diritto di accesso garantito dalla Legge n.241 del 7/8/90, le Unità Sanitarie Locali, i Presidi Ospedalieri e le Aziende Ospedaliere devono tenere sotto la personale responsabilità del Direttore Sanitario, il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri ordinari. Tale registro sarà soggetto a verifiche ed ispezioni da parte dei soggetti abilitati ai sensi delle vigenti disposizioni.*

Tutti i cittadini che vi abbiano interesse possono richiedere alle Direzioni Sanitarie notizie sulle prenotazioni e sui relativi tempi di attesa con la salvaguardia della riservatezza delle persone”.

Nella gestione trasparente delle liste d'attesa è importante garantire l'accesso alle informazioni sui tempi di attesa ai cittadini che ne fanno richiesta.

È necessario che al momento dell'inserimento in lista vengano fornite al paziente le seguenti informazioni:

- data di prenotazione;
- classe di priorità assegnata;
- periodo di chiamata e, ove si renderà possibile, una data di ricovero;
- eventuali criticità in ordine ai tempi di attesa;
- descrizione dell'offerta di sedi alternative, nell'ambito territoriale di competenza, quando presente e formalizzata una rete interospedaliera;
- informativa riguardo alle modalità di sospensione, rinvio e cancellazione dalla lista;
- modalità di rinuncia;
- riferimenti per informazioni nel corso della permanenza in lista.

In particolare *“La comunicazione della data/periodo previsto per il ricovero, al momento della iscrizione in lista, rappresenta un diritto per i cittadini e deve pertanto essere un obiettivo verso il quale far convergere tutte le diverse azioni messe in campo per il miglioramento dell’accesso alle PRP.” (DGR 272/2017)*

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.

È necessario adottare, da parte di ciascuna Azienda, 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. (DGR 272/2017)

La funzione di contatto deve essere assicurata da personale adeguatamente formato e dedicato a questa attività.

8. RESPONSABILITÀ: QUADRO DI RIFERIMENTO

8.1 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 chirurgico potrà essere assolta dal Direttore Sanitario in primis o RUA per le liste di attesa dei ricoveri programmati.

8.2 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 nel Direttore Sanitario o in figura da questi delegata al fine di potenziare il controllo centralizzato delle liste di attesa. Nell’ambito di processi di integrazione interaziendale, o comunque a fronte di una condivisione fra le

direzioni aziendali, il RUA può essere individuato anche in forma congiunta fra più Aziende. Nel caso si individuino RUA aziendali è opportuno garantire un coordinamento provinciale unico. 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, 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 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.

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

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.

8.3 Responsabilità dei Direttori/Responsabili di Struttura

Il Direttore/Responsabile di Struttura è tenuto ad esplicitare, in modo formale, i criteri per la corretta gestione della lista di attesa, sia per quanto attiene i ricoveri programmati sia per i ricoveri urgenti, nel rispetto dei principi di uguaglianza e di imparzialità. Individua inoltre, in collaborazione con la Direzione Sanitaria e il RUA, gli operatori che sono preposti alla gestione della lista.

Il Direttore/Responsabile di Struttura o altro medico da lui formalmente delegato 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.