Servizio Socio Sanitario Regionale
In Universum Salus

PIANO REGIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA

RICOVERI PROGRAMMATI CHIRURGICI TRIENNIO 2026-2028

Regione del Veneto

2026

a868a66a

Indice del documento

Introduzione **4**
1. Governance **6**
1.1 Livello Nazionale 6
1.2 Livello Regionale 6
1.3 Livello Aziendale 8
1.3.1 Unità di Coordinamento Aziendale attività chirurgica (UCA_chir) 10
1.3.2 Gruppo Ospedaliero di Governance Chirurgica 10
1.3.3 Regolamento di sala operatoria 11
2. Percorso del paziente chirurgico programmato **12**
2.1 Proposta di intervento e inserimento in lista 12
2.2 Modalità di inserimento dei pazienti in Lista di Attesa (LDA) 14
2.3 Modalità di inserimento dei pazienti in Lista di Presa in Carico (PIC) 14
2.4 Informativa al paziente 16
2.5 Attribuzione della classe di priorità d'attesa 17
2.6 Gestione e tenuta della lista di attesa 19
2.6.1 Modalità di scorrimento e convocazione dei pazienti da Lista di Attesa 19
2.6.2 Sospensione e cancellazione 20
2.6.3 Ricovero del paziente 21
2.6.4 Manutenzione della Lista di Attesa 22
2.7 Pre-ricovero 23
2.8 Monitoraggio e controllo del pre-ricovero 25
3. Linee di intervento per il Governo dell'offerta **26**
3.1 Ambiti di garanzia 26
3.2 Percorsi di tutela e qualità dell'assistenza ospedaliera 27
3.3 Elementi di organizzazione 28
3.4 Prestazioni di chirurgia ambulatoriale 29
4. Flussi informativi e monitoraggio del percorso chirurgico **29**
4.1 Flusso informativo sui pazienti in lista di attesa e indicatori 29
4.2 Cruscotto di monitoraggio delle liste di attesa chirurgiche 31
4.3 Flussi informativi sugli interventi eseguiti 32
5. Informazione, comunicazione e trasparenza **33**
6. Diritti e doveri del cittadino **34**
7. Piano Attuativo Aziendale (PAA) **35**
8. Scadenze **37**
9. Glossario **38**
Allegati **39**
Allegato 1 - La gestione delle emergenze esterne 39

a868a66a

Allegato 2 - Modello/Template - Piano attuativo aziendale 41
Allegato 3 - Tracciato regionale flusso pazienti in lista di attesa per intervento chirurgico 44
Allegato 4 - Informativa per inserimento in lista di attesa per ricovero chirurgico programmato 45
Allegato 5 - Conferma di prenotazione (Modulo aziendale) 47
Allegato 6 - Criteri di cancellazione dalla Lista d'Attesa (LdA) chirurgica programmata 48
Allegato 7 - Versione semplificata per la presentazione del Piano 49
Allegato 8 - Gruppo di Lavoro 52

a868a66a

INTRODUZIONE

La gestione dell'attività chirurgica rappresenta una componente prioritaria della programmazione sanitaria e delle strategie regionali. L'attività chirurgica programmata costituisce uno degli ambiti più complessi dal punto di vista organizzativo all'interno delle strutture ospedaliere e, oltre a essere un elemento di alto valore per le strutture sanitarie, è anche il processo a maggior costo e potenzialmente a maggior rischio per il paziente.

Di fronte a una domanda di prestazioni in continua crescita, all'innovazione tecnologica e alla necessità di garantire la sostenibilità economica, la Regione del Veneto ha attivato un percorso strategico per perseguire un'efficiente gestione dell'intero percorso chirurgico. L'obiettivo primario è assicurare a tutti i cittadini equità di accesso, qualità e sicurezza delle cure.

Con la Deliberazione della Giunta Regionale (DGR) n. 231 del 7 marzo 2023, la Regione ha formalmente recepito l'Accordo n.100/CSR del 9 luglio 2020 che definisce le "Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato", incaricando Azienda Zero del monitoraggio di attuazione omogenea del percorso in tutta la regione, con un focus specifico sui tempi di attesa per il ricovero, le attività di pre-ricovero e il periodo peri-operatorio. La stessa delibera ha previsto l'istituzione di un gruppo di lavoro di esperti per supportare le Aziende sanitarie nell'applicazione delle linee di indirizzo.

Con il Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale (DDR) n.78 del 23 maggio 2024, è stata istituita la "Cabina di Regia per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato" coordinata dal Direttore dell'Area Sanità e Sociale e composta da professionisti ed esperti provenienti da Direzioni regionali, Azienda Zero e tutte le Aziende Sanitarie (ULSS, Ospedaliere e IOV). Tra i compiti della Cabina vi è la stesura del Piano Regionale che porti a definire e standardizzare il percorso del paziente chirurgico programmato attraverso l'individuazione di modelli organizzativi omogenei per la gestione delle attività, dei tempi, delle responsabilità e degli elementi di rischio, in applicazione dell'Accordo Stato-Regioni. Il Piano deve includere la determinazione di dati e indicatori di monitoraggio condivisi ed efficaci, destinati ad alimentare un cruscotto regionale.

Il SSR è chiamato a promuovere la capacità di intercettare il reale bisogno di salute, ridurre l'inappropriatezza e rendere compatibile la domanda con la garanzia dei LEA. La soluzione del problema delle liste d'attesa non può essere meramente quantitativa e incentrata sul versante dell'organizzazione dell'offerta e dei volumi della produzione, ma deve coniugare il bisogno espresso con adeguate strategie di governo della domanda che tengano conto dell'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza e di priorità delle prestazioni.

Nel Piano sono inserite linee di attività specifiche e innovative per:

- governare la domanda, con particolare riferimento all'analisi del fabbisogno e all'utilizzo di linee guida e buone pratiche come driver di appropriatezza prescrittiva;
- utilizzare strumenti per perseguire la maggior appropriatezza possibile orientando i prescrittori verso strategie di sostenibilità e qualità del sistema nonché per la definizione di criteri omogenei e adeguati nella gestione delle liste di attesa;
- promuovere la sicurezza per il cittadino e per gli operatori;

a868a66a

- garantire una corretta comunicazione, accountability, trasparenza e fruibilità delle informazioni.

Per ricovero programmato (di seguito “RP”) 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 è stato rilevato il bisogno.

a868a66a

1. GOVERNANCE

La governance del percorso chirurgico è articolata su tre livelli: nazionale, regionale e aziendale. Tale struttura multilivello persegue l'obiettivo di garantire omogeneità, efficienza e qualità dell'assistenza chirurgica su tutto il territorio.

1.1 Livello Nazionale

Il percorso di cura del paziente chirurgico programmato rappresenta un sistema complesso, centrale nelle attività di ogni Azienda Sanitaria e fonte di un alto consumo di risorse in quanto:

- è trasversale ed esteso: dalla visita chirurgica, allo sviluppo delle liste di attesa, alla preospedalizzazione, al lavoro di sala operatoria, alla gestione del posto letto nel pre- e post-operatorio e al follow up;
- coinvolge molti attori diversi che interagiscono tra loro con ruoli e responsabilità fortemente correlati e dipendenti.

Il Documento «Linee di Indirizzo per il Governo del paziente chirurgico programmato» approvato in Conferenza Stato Regioni n. 100 del 9 luglio 2020 mira a migliorare l'efficienza e l'efficacia dei processi assistenziali, dalla presa in carico del paziente fino alla dimissione. La responsabilità a livello nazionale è quella di definire il quadro normativo e di indirizzo generale, promuovendo l'adozione di buone pratiche e garantendo la coerenza delle politiche sanitarie su scala nazionale.

Gli obiettivi prioritari delle linee guida sono:

- la riduzione dei tempi di attesa per l'intervento chirurgico;
- il miglioramento della qualità dell'assistenza fornita al paziente;
- l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse sanitarie;
- la riduzione dei rischi e delle complicanze legate all'intervento chirurgico;
- il miglioramento della soddisfazione del paziente e degli operatori sanitari.

1.2 Livello Regionale

La Regione del Veneto recepisce le linee guida nazionali integrandole con specifiche normative e disposizioni regionali per adattarle al contesto locale.

Con DDR n. 78 del 23 maggio 2024 a tale scopo è stata istituita la Cabina di Regia per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato con i seguenti compiti:

- la redazione di un piano operativo per il recupero delle prestazioni di ricovero in lista di attesa con priorità scaduta;
- la definizione e la standardizzazione del percorso del paziente chirurgico programmato, individuando modelli organizzativi omogenei e appropriati, in applicazione degli Accordi Stato-Regioni in essere relativamente alla gestione di attività, tempi, responsabilità, elementi di rischio e strumenti di lavoro;

a868a66a

- la determinazione di dati e indicatori di monitoraggio certi, omogenei e condivisi, al fine di alimentare un cruscotto regionale.

I processi di riorganizzazione dell'attività sanitaria volti ad ottenere la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza per tutti i cittadini prevedono alcune azioni fondamentali:

- attuare una dettagliata analisi dei bisogni e della domanda di prestazioni espressi dai cittadini, delle risorse (professionali, strutturali e gestionali) disponibili al fine di giungere alla corretta definizione degli obiettivi di programmazione sanitaria da assegnare alle Aziende Sanitarie;
- definire le strategie necessarie a garantire le prestazioni nel rispetto di precisi standard di volume (rapporto volumi/esiti), di tempo di attesa (PNGLA) e di appropriatezza;
- garantire coerenza con le strategie regionali in tema di reti cliniche, come ad esempio le reti oncologiche;
- definire percorsi di concentrazione o diffusione della capacità produttiva, individuando piattaforme produttive che possano costituire setting appropriati (es. percorsi outpatient o chirurgia degenza breve) e allo stesso tempo "sostenibili", in modo da aumentare l'efficienza produttiva e l'expertise professionale;
- rendere disponibili le informazioni (dati) necessarie alla definizione degli obiettivi relativi all'attività chirurgica e al corretto utilizzo delle risorse - blocchi operatori e altre piattaforme - da assegnare ai produttori;
- supportare i processi di riorganizzazione con i necessari indirizzi in termini di governo delle competenze e di requisiti tecnologici e strutturali;
- definire percorsi diagnostico terapeutici condivisi e strutturati;
- favorire il confronto e la diffusione di buone pratiche con particolare riferimento a progetti già implementati e validati a livello regionale.

Il Piano Regionale per il governo delle liste d'attesa per i ricoveri programmati individua il core minimo di processi, semantica e indicatori da standardizzare su tutto il territorio regionale. Adotta una visione sistemica, dove le soluzioni in un'area sono progettate per generare effetti positivi a cascata sulle altre e dove la governance agisce come meccanismo di integrazione e coordinamento, diffondendo le best practice condivise dalle Aziende del sistema sanitario regionale.

Gli elementi chiave che la governance deve garantire su tutto il territorio regionale sono:

1. La chiara definizione dei ruoli e delle responsabilità dei professionisti coinvolti nell'équipe chirurgica (chirurgo, anestesista, infermieri, ecc.) in ciascuna fase del percorso ;
2. il ruolo cardine della pianificazione preoperatoria nella valutazione del paziente, gestione dei rischi, preparazione del paziente e dell'ambiente operatorio;
3. la gestione intra-operatoria per la corretta esecuzione dell'intervento, stesura e rispetto dei protocolli di sicurezza e uso efficiente delle risorse;
4. l'assistenza post-operatoria nei vari aspetti di gestione posto letto, gestione del dolore, prevenzione delle complicanze, monitoraggio del recupero e dimissione del paziente;

a868a66a

5. la misurazione e valutazione dell'efficacia ed efficienza del percorso chirurgico al fine di consentire miglioramenti continui;
6. una comunicazione efficace, chiara e tempestiva tra i membri dell'équipe, il paziente e la sua famiglia;
7. l'utilizzo di checklist e protocolli di monitoraggio e di sicurezza clinica e organizzativa;
8. la gestione del rischio per il paziente, gli operatori e la struttura durante tutto il percorso chirurgico.

1.3 Livello Aziendale

A livello aziendale, ogni Azienda Sanitaria è responsabile dell'implementazione operativa del percorso chirurgico, nel rispetto delle direttive nazionali e regionali.

- **Percorsi**: ogni Azienda Sanitaria sviluppa percorsi clinico-assistenziali specifici per le diverse specialità chirurgiche, dettagliando le fasi operative, i ruoli professionali, il ruolo delle diverse strutture presenti in azienda, le procedure di gestione del rischio e i protocolli clinici.
- **Organizzazione interna**: le Aziende Sanitarie definiscono l'organizzazione dei blocchi operatori, la gestione operativa delle liste d'attesa, l'allocazione delle risorse umane e tecnologiche e la formazione continua del personale.
- **Sicurezza del paziente**: vengono implementate procedure e protocolli per garantire la sicurezza del paziente in ogni fase del percorso chirurgico, inclusa la prevenzione delle infezioni, la gestione delle complicanze e la tracciabilità degli eventi avversi.

Il governo del percorso del paziente chirurgico programmato mette in relazione molteplici operatori e servizi della struttura sanitaria, rendendo necessaria la definizione oggettiva dei flussi decisionali attraverso una struttura organizzativa con funzioni di controllo e governo del processo che comprende le funzioni e i professionisti coinvolti.
La Direzione Aziendale, in particolar modo il Direttore Sanitario, sovrintende a tutte le fasi del processo. La razionalizzazione e il governo del percorso chirurgico, che rappresentano uno dei principali ambiti di produzione di valore sia per gli operatori che per i pazienti, devono costituire un riferimento per l'intero sistema di produzione aziendale. La leadership e il coinvolgimento della Direzione Strategica non solo nelle fasi iniziali per esplicitare le esigenze organizzative, ma anche nelle fasi successive come guida e decisore ultimo delle questioni più cruciali, rappresentano un punto fondamentale per intervenire efficacemente su un processo strutturato e complesso come quello chirurgico.
Dalla Direzione Strategica è necessario sia che garantita l'inclusività operativa che coinvolge gli operatori attraverso lo sviluppo di gruppi di lavoro formalizzati, multidisciplinari e multiprofessionali, con il coinvolgimento della Direzione delle Professioni Sanitarie e del Controllo di Gestione, per gestire in modo strutturato il cambiamento e garantire l'adozione delle nuove prassi (Change Management). L'assetto organizzativo aziendale per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato e le responsabilità di coordinamento assegnate a ogni gruppo di lavoro devono essere attribuiti e comunicati in modo chiaro e coerente all'intera organizzazione.
L'attività assistenziale deve essere gestita attraverso un approccio data-driven. È indispensabile valutare i dati relativi a liste d'attesa, fase pre-operatoria, utilizzo dei posti letto per cogliere inefficienze e opportunità

a868a66a

di miglioramento. I dati devono essere trasformati in informazioni utili alla governance, per supportare le decisioni strategiche, evitando la "paralisi da eccessiva analisi" per passare rapidamente dall'analisi dei dati all'azione concreta. Per una governance efficace, è necessario implementare miglioramenti continui in ciascuna area, grazie alla lettura dell'intero processo per introdurre innovazione organizzativa e modelli di operations management.
Sulla base della domanda e della vocazione delle strutture sanitarie aziendali ogni Azienda definisce percorsi e modelli di attività in grado di efficientare e migliorare la qualità del percorso. Sui modelli organizzativi relativi al pre-operatorio, così come in altre fasi del percorso dell'attività chirurgica programmata, si evidenzia la presenza di procedure sulle quali è possibile e necessario sviluppare standardizzazioni, beneficiando di una maggiore uniformità con l'obiettivo di garantire la qualità delle performance, una maggiore efficacia ed efficienza, oltre all'affidabilità dei servizi.

Il RUA_chir (Responsabile Unico Attesa prestazioni chirurgiche) garantisce il presidio dell'organizzazione dell'intero percorso di ricovero programmato, affinché venga assicurata uniformità di accesso e trasparenza, nonché l'ottimale utilizzo delle risorse disponibili in tutto il processo.
Identificato formalmente dalla Direzione Generale su indicazione del Direttore Sanitario, avrà la responsabilità di strutturare al meglio il processo aziendale di gestione delle liste d'attesa chirurgiche (o per ricovero programmato) oltre che di potenziare il controllo centralizzato delle liste d'attesa.

Il RUA_chir:

- è responsabile della redazione e dell'aggiornamento del Regolamento aziendale sulla gestione delle liste d'attesa per intervento chirurgico programmato;
- monitora il rispetto dei tempi massimi di attesa per l'intera Azienda, consultando il sistema di prenotazione e condividendo report periodici ai Direttori di Presidio sui casi di superamento dei tempi previsti. Tale reportistica viene sottoposta al Direttore Sanitario aziendale con cadenza periodica;
- si assicura della corretta e continua manutenzione e pulizia delle liste d'attesa;
- verifica la redazione e l'aggiornamento dei criteri di assegnazione delle classi di priorità almeno per gli interventi più frequenti;
- garantisce corretta applicazione dei percorsi assistenziali, ivi compresi i PDTA per la parte di competenza.

Inoltre mette in atto tutte le azioni necessarie per migliorare l'utilizzo del sistema informatizzato di gestione delle liste delle prestazioni di ricovero programmato per assicurare:

- una gestione totalmente informatizzata delle agende di prenotazione;
- la centralizzazione delle liste d'attesa per dipartimento/presidio/azienda;
- la definizione dei criteri di priorità per l'accesso secondo modalità coerenti con le indicazioni regionali e con il Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa (PNGLA);
- la finalizzazione delle risorse, ivi compresa la committenza verso le strutture private accreditate, al fine del superamento delle criticità in materia di liste di attesa, secondo l'organizzazione aziendale;
- interventi di formazione per la corretta gestione delle liste di attesa.

a868a66a

1.3.1 Unità di Coordinamento Aziendale attività chirurgica (UCA_chir)

L'individuazione dell'Unità di Coordinamento, il cui mandato è di formulare la strategia Aziendale sulle attività chirurgiche in accordo con la Direzione Strategica, risponde alla necessità di assegnare una chiara responsabilità in merito al raggiungimento dell'obiettivo complessivo dell'azione organizzativa. L'Unità dovrà quindi garantire che siano recepite le indicazioni nazionali e regionali trasferendole con gli appropriati adeguamenti all'organizzazione aziendale, definire i tempi di attuazione e mantenere sotto controllo le risorse e gli investimenti necessari. Rappresenta inoltre il collegamento tra la Direzione Strategica e i Gruppi Ospedalieri di Governance Chirurgica (di cui al successivo paragrafo 1.3.2).

La sua composizione deve essere multidisciplinare, formalizzata e composta almeno da:

- Direttore Sanitario o suo delegato;
- Direttore Medico (tutti);
- Direttore delle Professioni Sanitarie o suo delegato;
- Direttori dei dipartimenti (o delegato) a cui afferiscono UU.OO. Chirurgiche e di Anestesia e Rianimazione;
- Responsabile della Gestione Operativa di ogni presidio;
- Coordinatore infermieristico del Gruppo Operatorio;
- Coordinatore infermieristico del percorso preoperatorio;
- Direttore del Controllo di Gestione o suo delegato;
- Direttore dei Sistemi informativi o suo delegato;
- RUA_chir.

1.3.2 Gruppo Ospedaliero di Governance Chirurgica

Il Gruppo Ospedaliero di Governance Chirurgica, attivato sempre dalla Direzione Strategica, ha l'obiettivo di attuare operativamente le strategie definite dall'Unità di Coordinamento Aziendale Attività Chirurgica. Viene istituito a livello di singolo ospedale Hub e Spoke; per le strutture nodo di rete, tale funzione è garantita preferibilmente in modo integrato con l'ospedale di riferimento, con un livello di autonomia definito in base al modello organizzativo della singola realtà. Gestisce i flussi chirurgici, sviluppa pianificazione e programmazione delle attività sulla base della Lista di Attesa, monitora il rispetto delle regole definite per la gestione del percorso chirurgico, garantisce la tempestività e la qualità dei flussi informativi, controlla le funzioni di gestione operativa delle piattaforme produttive sottese al processo chirurgico.

Con periodicità regolare esamina e condivide le attività svolte e le criticità emerse proponendo soluzioni con una visione allargata del processo, valutando l'impatto delle criticità e delle opportunità su tutte le componenti professionali coinvolte nelle differenti fasi. Il Gruppo, inoltre, si occupa dell'intero percorso peri-operatorio del paziente chirurgico programmato, garantendo il coinvolgimento di tutto l'Ospedale nel processo di governo.

La sua composizione deve essere multidisciplinare, formalizzata e composta almeno da:

a868a66a

- Direttore Medico;
- Responsabile della Gestione Operativa (funzione di coordinamento);
- Direttore UOC Anestesia e Rianimazione o delegato;
- Referente della Direzione delle Professioni Sanitarie;
- Direttori delle UU.OO. Chirurgiche presenti nell'ospedale (o delegati);
- Per ogni blocco operatorio autonomo, un direttore (o dirigente medico) e un coordinatore di riferimento (Binomio facilitatore);
- Coordinatori infermieristici:
    - di Gruppo Operatorio,
    - del percorso preoperatorio.

Il responsabile della Gestione Operativa è la figura chiave, trasversale e con leadership definita, che a livello di presidio funge da connettore tra l'area clinica (chirurgica, dirigenza e comparto) e gestionale. Coordina il gruppo e definisce le attività e le strategie locali.
Il gruppo monitora i livelli qualitativi e le performance del processo nelle sue diverse fasi (pre-operatorio, degenza, sala operatoria, follow up, materiali, tecnologie, sterilizzazione e ulteriori ambiti correlati).

1.3.3 Regolamento di sala operatoria

Costituisce lo strumento fondamentale per una corretta gestione del Blocco Operatorio e deve essere redatto alla luce dei principi del Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria da parte del Gruppo Ospedaliero di Governance Chirurgica, in collaborazione con il personale afferente al Gruppo Operatorio. Il regolamento ha lo scopo di identificare le regole di utilizzo della risorsa Blocco Operatorio, al fine di garantire il migliore andamento delle attività di sala operatoria cercando di definire la modalità di gestione delle possibili evenienze che possono occorrere in un setting operativo di tale complessità.

Il regolamento di Sala Operatoria deve prevedere le seguenti sezioni:

- modalità di funzionamento (descrizione degli orari di inizio e fine attività di ogni Blocco Operatorio, descrizione della modalità di pianificazione e programmazione standard delle Sale Operatorie e descrizione della modalità di gestione degli eventi imprevisti);
- descrizione delle responsabilità di ogni attore e organo decisionale coinvolto nel processo di programmazione e di gestione quotidiana;
- organizzazione del lavoro e gestione della lista operatoria settimanale e giornaliera, gestione delle situazioni di prolungamento di sala, modalità e criteri di gestione dei pazienti in urgenza/emergenza e di attivazione dell'équipe per urgenze/emergenze notturne e festive;
- modalità e criteri di monitoraggio della performance e del rispetto delle regole dell'organizzazione, rivalutazione periodica di processo per il miglioramento (audit).

Il regolamento di sala operatoria deve essere un documento di carattere aziendale, formalmente approvato dalla Direzione Strategica e vigilato dalla Direzione Sanitaria; può non essere unico per tutti i blocchi operatori e deve prevedere adeguati meccanismi operativi di adeguamento locale in funzione, ad esempio,

a868a66a

delle tecnologie driver di una determinata linea chirurgica (robotica, sale ibride), rispondendo quindi a criteri di specializzazione organizzativo - gestionale.

2. PERCORSO DEL PAZIENTE CHIRURGICO PROGRAMMATO

2.1 Proposta di intervento e inserimento in lista

Il percorso di generazione della posizione in lista di attesa inizia con la visita da parte di un medico specialista che, valutate le condizioni cliniche del paziente e rilevata la necessità dell'intervento, procede all'inserimento in lista per ricovero, previa debita informativa al paziente che comprenda ogni riferimento alla modalità di gestione del suo caso, ivi inclusa l'eventuale definizione di un ambito di garanzia per i ricoveri. La lista d'attesa dovrà dare evidenza del regime di ricovero previsto per ogni paziente.

La data di iscrizione del paziente in lista d'attesa, da cui decorre il calcolo del tempo di attesa, deve coincidere con la data di "accettazione consapevole" fornita dal paziente che, di norma, coincide con la data della visita specialistica in cui è rilevata o confermata l'indicazione al ricovero. È quest'ultima, di fatto, il momento in cui il medico specialista, con la classe di priorità, definisce il periodo entro il quale, verosimilmente, l'attesa non determinerà una compromissione del quadro clinico.

È necessario che le Aziende si dotino di un sistema di registrazione dell'assenso del paziente ad essere inserito in lista d'attesa, previa comprensione delle condizioni di offerta, al fine di massimizzare la trasparenza delle informazioni verso il paziente, centralizzare tale fase di governo del processo e minimizzare il rischio di successivi rifiuti alla convocazione al ricovero.

È possibile che ci sia un differimento della data di iscrizione del paziente in lista d'attesa rispetto alla visita, ad esempio nei casi in cui il paziente non fornisca contestualmente la propria "accettazione consapevole" all'inserimento in lista; in questo caso, la data di prenotazione riportata nell'apposito campo della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) deve coincidere con la data in cui il paziente ha fornito la propria accettazione al ricovero e ad essere inserito in lista d'attesa. Per finalità di monitoraggio, la struttura presso cui si genera la posizione di lista d'attesa è tenuta a rilevare entrambe le date. L'azienda sanitaria monitora e adotta idonee misure in caso di significativo e sistematico scostamento tra le due date.

La differenza temporale tra la data proposta dal medico specialista e la data accettata dal paziente non deve comunque generare un ritardo nell'inserimento in Lista di Attesa tale da compromettere la prognosi e il risultato dell'intervento. È necessario che il paziente sia adeguatamente informato sull'evoluzione della malattia e sul fatto che senza accettazione consapevole, non inizierà l'iter per l'intervento e il relativo tempo di attesa.

L'informativa al paziente deve evidenziare che l'impegno del SSN a rispettare il tempo di attesa previsto dalla Classe di Priorità assegnata dallo specialista, decorre dal momento in cui lo stesso accetta l'intervento proposto.

a868a66a

Nella fase di inserimento in lista sul sistema informativo aziendale è possibile che la fase diagnostica non sia ancora completata e quindi non siano ancora puntualmente definiti l'indicazione all'intervento chirurgico, del livello assistenziale richiesto dal caso o il livello di gravità clinica; è altresì possibile che lo specialista rilevi la necessità di effettuare trattamenti farmacologici o terapie neoadiuvanti o di attendere un tempo prestabilito di osservazione o valutazione prima di confermare l'indicazione all'intervento. Per assicurare la presa in carico del paziente fin da questa fase e favorire l'idoneo espletamento del progetto diagnostico o terapeutico necessario e propedeutico al successivo intervento, il paziente è inserito in "lista di presa in carico". L'uscita dalla lista di presa in carico coincide o con l'effettivo inserimento in lista d'attesa o con il venir meno dell'indicazione all'intervento (per controindicazioni o rimozione delle indicazioni che avevano motivato la proposta di ricovero).

Ai fini della determinazione della consistenza della lista d'attesa e del monitoraggio della stessa, è necessario utilizzare sistemi codificati per l'identificazione della diagnosi e della procedura. 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.). Si ricorda, inoltre, che sia la diagnosi che la procedura chirurgica assegnate al paziente al momento dell'inserimento in Lista di Attesa devono prevedere l'attribuzione dei rispettivi codici ICD-9-CM (o ICD-10-IM e CIPI, quando attivati) come già precisato nella nota prot. n. 0378559 del 30.07.2024 di Regione del Veneto ad oggetto "Adeguamento flusso informativo – pazienti in attesa di intervento chirurgico".

La proposta di intervento può avvenire da:

- un Dirigente Medico dell'Unità Operativa cui afferisce il registro di prenotazione;
- un Dirigente Medico di altra Struttura o Presidio ospedaliero, secondo le indicazioni regionali/aziendali in materia di reti cliniche e di organizzazione Hub and Spoke;
- un Dirigente Medico convenzionato con il SSN (Medico Specialista Ambulatoriale convenzionato) o il Medico di Medicina Generale-MMG/Pediatra di Libera Scelta-PLS, limitatamente alla valutazione del paziente proveniente da una visita specialistica in libera professione.

Qualora la proposta sia l'esito di una visita eseguita in Libera professione si ricorda quanto specificato con nota Regione Veneto n. 452951 del 3.10.2011 e nel decreto del Direttore della Direzione Programmazione Sanitaria n. 63 del 5.7.2022 "Quanto alla libera professione, si conferma che "i percorsi diagnostico-terapeutici effettuati in regime libero professionale trovano conclusione nello stesso regime, con esclusione della possibilità da parte del libero professionista di utilizzare la ricetta rossa SSN; resta ferma, tuttavia, la possibilità da parte dell'utente di intraprendere, in qualsiasi momento, il percorso SSN per il tramite della valutazione del caso da parte del proprio Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta, responsabili, a tutti gli effetti, dell'iter diagnostico-terapeutico proposto in termini di appropriatezza".

La proposta di intervento/ricovero deve tradursi in una prescrizione da parte del medico specialista su una scheda di prenotazione ricovero ove sono riportate:

a868a66a

- le generalità del paziente;
- le motivazioni dell'intervento;
- medico proponente e relativa qualifica;
- diagnosi e intervento proposto con codifica ICD-9-CM (o ICD-10-IM e CIPI, quando attivati);
- classe di priorità;
- data accettazione paziente.

Nel caso in cui la proposta derivi da un medico esterno (rapporto Hub/Spoke, MMG, medici nell'ambito della Libera Professione etc ...), l'eventuale visita filtro necessaria per la valutazione in merito all'appropriatezza del percorso proposto è organizzata secondo modalità definite a livello aziendale e con responsabilità di questa fase in carico al Direttore di UO.

2.2 Modalità di inserimento dei pazienti in Lista di Attesa (LDA)

La data di inserimento in Lista di Attesa deve corrispondere al momento in cui il paziente è nelle effettive condizioni di essere sottoposto ad intervento chirurgico e in cui viene convalidata l'indicazione al ricovero, avendo già eseguito gli eventuali trattamenti neoadiuvanti e tutti gli approfondimenti diagnostici necessari per la corretta definizione dell'indicazione al trattamento chirurgico. Tale data rappresenta il momento in cui il paziente, ritenuto clinicamente idoneo per il trattamento programmato, viene formalmente registrato nell'agenda delle prenotazioni per i ricoveri pianificati e da cui decorre il calcolo del tempo di attesa. La stessa data deve essere riportata nel campo "data di prenotazione" della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO). I campi obbligatori per l'inserimento in lista sono elencati nella sezione monitoraggio. Il paziente viene inserito in Lista di Attesa secondo la classe di priorità assegnata dal medico.

L'inserimento in Lista di Attesa deve avvenire esclusivamente tramite i sistemi informatici aziendali, utilizzati in modo uniforme da tutte le Unità Operative. Tale sistema deve garantire sicurezza, tracciabilità e trasparenza dei dati, nel rispetto della normativa vigente in materia di privacy e trattamento dei dati sanitari. Per garantire l'efficace utilizzo del sistema informatico, è necessario che all'interno di ciascuna Unità Operativa vengano formalmente individuate figure professionali che siano abilitate all'utilizzo dell'applicativo. A tali figure deve essere garantita una formazione specifica, volta ad assicurare la corretta applicazione delle procedure informatizzate. La responsabilità complessiva della gestione del processo rimane in capo al Direttore dell'Unità Operativa, che vigila sulla corretta implementazione del sistema e sul rispetto delle procedure. La sua supervisione è fondamentale per garantire l'efficienza operativa, la trasparenza dell'attesa, la sicurezza del trattamento dei dati e la coerenza delle pratiche di inserimento e prenotazione nell'ambito della gestione delle liste di attesa.

2.3 Modalità di inserimento dei pazienti in Lista di Presa in Carico (PIC)

La conoscenza completa e approfondita del numero di pazienti in attesa di ricovero chirurgico programmato è una componente fondamentale per la gestione del processo chirurgico. Pertanto, è cruciale regolare le modalità di inserimento del paziente nella lista di attesa, definendo l'inclusione solo per coloro che sono effettivamente pronti per l'intervento chirurgico e introducendo, di conseguenza, la definizione di Lista di Presa in Carico.

a868a66a

La Lista di Presa in Carico include i pazienti che, a seguito di una visita specialistica, hanno ricevuto un'indicazione chirurgica ma per i quali, al momento della valutazione, la fase diagnostica non risulta ancora completata e quindi non ancora puntualmente definita l'indicazione all'intervento chirurgico e il livello di priorità dettato dalle condizioni cliniche del paziente, oppure soggetti per i quali vi sia la necessità di effettuare delle terapie prima dell'intervento. Per tali circostanze, è possibile inserire il paziente in una Lista di Presa in Carico durante queste fasi e, solo al completamento di tali attività, sarà confermata o meno l'indicazione al ricovero. La data di inserimento nella Lista di Presa in Carico corrisponde al momento in cui il paziente è valutato dalla struttura che seguirà l'intero percorso clinico-assistenziale, fino al completamento delle indagini diagnostiche necessarie e non incide sul tempo di attesa del paziente: quest'ultimo, infatti, è il tempo che intercorre tra la convalida del bisogno di ricovero (inserimento del paziente in Lista di Attesa) e l'esecuzione dello stesso.

Le condizioni che possono determinare l'inserimento in Lista di Presa in Carico includono:

- stadiazione/approfondimenti diagnostici;
- trattamenti farmacologici o terapie neoadiuvanti;
- necessità di attesa per valutazioni e/o interventi propedeutici all'intervento proposto;
- valutazione multidisciplinare (esempio Gruppo Oncologico Multidisciplinare).

La valutazione anestesiologica preoperatoria non deve rientrare tra le condizioni di mancato inserimento in lista a meno che non rappresenti un effettivo elemento discriminante il percorso proposto (esempio interventi apparato cardiovascolare ad alta complessità). La visita anestesiologica, ancorché necessaria per definire l'idoneità anestesiologica del paziente, non può ritenersi pertanto l'elemento essenziale per consentire l'inserimento in Lista di Attesa del paziente.

Nei casi sopraelencati, il paziente viene "preso in carico" ma non inserito nella Lista di Attesa fino a quando non viene definita l'idoneità all'intervento/procedura. Solo al raggiungimento di una diagnosi e indicazione chirurgica "certa" (idoneità all'intervento chirurgico) il paziente sarà inserito nella Lista di Attesa, identificando così la "data di inserimento in lista", sul cui momento di definizione si raccomanda di prestare la massima attenzione. La Regione vigilerà affinché la fase di presa in carico sia a tutti gli effetti rivolta alle finalità descritte e che siano prevenuti e intercettati eventuali fenomeni opportunistici riferibili al formale rispetto dei tempi di attesa. Si evidenzia in tal senso che la maggior parte dei pazienti è - di norma - idonea all'inserimento in Lista di Attesa già al momento della visita specialistica, senza necessità di alcun ulteriore trattamento o approfondimento diagnostico-terapeutico.

Gli accertamenti diagnostici relativi devono essere effettuati in regime ambulatoriale, garantendo al paziente la presa in carico e l'intera organizzazione del percorso, salvo particolari esigenze, quali l'eccessiva distanza dal luogo di cura o la necessità di evitare duplicazioni di accertamenti. Tali accertamenti non rientrano nell'ambito della successiva fase di pre-ricovero

a868a66a

È indispensabile che ogni Azienda Sanitaria Pubblica e Privata Accreditata definisca modalità operative univoche di presa in carico dei pazienti identificando il responsabile dell'intero iter clinico e assistenziale fino all'effettuazione dell'intervento.

L'uscita dalla lista di Presa in Carico coincide o con l'effettivo inserimento in Lista di Attesa o con il venir meno dell'indicazione all'intervento (per controindicazioni o rimozione delle indicazioni che avevano motivato la proposta di ricovero).

2.4 Informativa al paziente

Per una corretta definizione della data di inserimento in Lista di Attesa è necessario raccogliere dal paziente una sua consapevole disponibilità e volontà ad essere sottoposto all'intervento chirurgico che gli viene indicato dal clinico di riferimento. L'inserimento in Lista di Attesa, o nel percorso di presa in carico, deve essere accompagnato da adeguata informativa al paziente che comprenda ogni riferimento alla modalità di gestione del suo caso, ivi inclusa l'eventuale offerta di un ambito di garanzia intra-aziendale per l'esecuzione dell'intervento.
L'informativa al paziente deve concludersi con l'espressione da parte di questi della propria "accettazione consapevole" alle condizioni di offerta e, dunque, con l'iscrizione in Lista di Attesa o in lista di Presa in Carico.

Ogni Azienda deve assicurare la tracciabilità di tale comunicazione in maniera documentabile, preferibilmente per via informatica o, in alternativa, consegnando una apposita modulistica aziendale redatta nel rispetto di quanto indicato nel Decreto del Direttore della Direzione Programmazione Sanitaria n. 20 del 08 agosto 2024 (*Allegato 4*).

Al momento dell'inserimento nella lista, è necessario fornire al paziente le seguenti informazioni:

- data di prenotazione (inserimento in lista);
- classe di priorità assegnata e relativa tempistica.

Inoltre, è importante comunicare al paziente dettagli chiari riguardo a:

- le modalità di sospensione, rinvio e cancellazione dalla lista;
- le modalità per la rinuncia all'intervento;
- i contatti e riferimenti utili per richiedere informazioni durante il periodo di permanenza nella lista.

L'utente deve avere la garanzia di poter accedere in qualsiasi momento alle informazioni relative al tempo di attesa per la propria situazione.

Affinché queste comunicazioni siano gestite in modo efficace, è fondamentale che il personale dedicato a questa attività sia adeguatamente formato. La funzione di contatto deve essere svolta da personale competente e pronto a rispondere alle richieste dei pazienti in modo chiaro e tempestivo.

Il personale all'atto dell'inserimento in Lista di Attesa dell'assistito, rilascia a quest'ultimo una stampa dell'avvenuto inserimento.

a868a66a

2.5 Attribuzione della classe di priorità d'attesa

L'inserimento in Lista di Attesa prevede l'obbligo di individuare e di esplicitare una classe di priorità, ossia un tempo entro il quale risulti appropriato intervenire sulla patologia che determina il ricovero, chiaramente dichiarata al momento dell'inserimento in Lista di Attesa.

Le classi di priorità per intervento chirurgico programmato sono quelle elencate nella tabella seguente in cui si riportano anche i relativi criteri che ne sottendono l'attribuzione da parte del Medico proponente (ultimo riferimento DGR 626/2024).

TABELLA - CLASSI DI PRIORITÀ PER RICOVERI PROGRAMMATI E CRITERI DI ATTRIBUZIONE

Classe di priorità per il ricovero	Criteri di attribuzione
A	Ricovero entro 30 giorni dall'inserimento in lista 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 dall'inserimento in lista 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 da diventare emergenti, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
C	Ricovero entro 90 giorni dall'inserimento in lista 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 entro 180 giorni* dall'inserimento in lista 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.
E	Ricovero senza un tempo massimo di attesa predefinito per i casi clinici che non comportano dolore, disfunzione o disabilità. Tali ricoveri devono comunque essere effettuati entro 365 giorni dall'inserimento in lista di attesa

*L'unica discriminante tra le classi D ed E risulta nell'intervallo temporale assegnabile a giudizio clinico.

Di seguito si forniscono le indicazioni suggerite dalla vigente normativa relativa all'attribuzione delle classi di priorità per le prestazioni in regime di ricovero:

- **Classe di priorità A**: rientrano nella classe di priorità per il ricovero A tutti i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da poter diventare emergenti (e quindi non ulteriormente differibili) o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi condizionando quindi in senso negativo il processo di guarigione.

a868a66a

Dalla data di inserimento in Lista di Attesa alla data di intervento l'intervallo temporale massimo previsto è di 30 giorni.

Generalmente tale classe di priorità è quella assegnata alla casistica neoplastica o ad interventi critici quoad vitam anche non oncologici.

- **Classe di priorità B**: la discriminante per l'inserimento in classe di priorità B è invece la compresenza di sintomi riferiti dal paziente con segni oggettivabili: dolore, disfunzione o disabilità. Appartengono infatti a questa classe i casi clinici che presentano intenso dolore oppure gravi disfunzioni o disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente e il loro periodo d'attesa non comporta un grave pregiudizio per la prognosi.

  Dalla data di inserimento in Lista di Attesa alla data di intervento l'intervallo temporale massimo previsto è di 60 giorni.

- **Classe di priorità C**: ai casi clinici che presentano i medesimi segni e sintomi (dolore, disfunzionalità o disabilità minimi) della classe B senza tendenza all'aggravamento e che non ricevono grave pregiudizio alla prognosi per tempi di attesa maggiori può essere attribuita la classe di priorità C.

  Dalla data di inserimento in Lista di Attesa alla data di intervento l'intervallo temporale massimo previsto è di 90 giorni.

- **Classe di priorità D**: ai casi clinici che presentano segni e sintomi di dolore, disfunzionalità o disabilità minimi senza tendenza all'aggravamento né possono ricevere grave pregiudizio alla prognosi per tempi di attesa maggiori può essere attribuita la classe di priorità D.

  Dalla data di inserimento in Lista di Attesa alla data di intervento l'intervallo temporale massimo previsto è di 180 giorni.

  La differenza dell'attribuzione della classe C piuttosto che la D risiede nel diverso intervallo temporale previsto tra data inserimento in Lista di Attesa e data dell'intervento, rispettivamente 90 e 180 giorni, stabiliti sempre secondo il giudizio clinico del Medico proponente l'intervento.

- **Classe di priorità E**: è attribuibile alla casistica per la quale l'attesa massima è pari ad un anno, dal momento che la patologia non causa alcun dolore, disfunzione o disabilità.

  Dalla data di inserimento in Lista di Attesa alla data entro cui l'intervento deve essere ragionevolmente eseguito l'intervallo temporale massimo consentito è pari ad un massimo di 12 mesi.

Queste classi di priorità devono essere applicate anche agli interventi ambulatoriali che sono transitati nel regime ambulatoriale, secondo quanto disciplinato nell'Allegato A della DGR n. 626 del 04.06.2024 e ss.mm.ii., riportandole nel sospetto diagnostico.

È opportuno precisare che quanto sopra indicato si limita a fornire indicazioni sulle modalità di selezione delle classi di priorità; la scelta di quest'ultima non può prescindere da una ponderata valutazione e giudizio

a868a66a

clinico ad opera del singolo Medico Chirurgo.

Al fine di assicurare un'offerta quanto più equa all'utenza si raccomanda alle Aziende ULSS/Aziende Ospedaliere/IOV di attivare percorsi organizzativi interni finalizzati ad uniformare i criteri di attribuzione delle classi di priorità almeno a livello aziendale, predisponendo adeguate istruzioni operative o procedure aziendali che tengano conto dell'offerta disponibile e del contesto aziendale di erogazione.

Durante il periodo di attesa, sia in PIC che in LDA, variazioni nelle condizioni cliniche del paziente possono rendere necessaria una rivalutazione della classe di priorità. Ogni modifica deve essere puntualmente tracciata nel sistema informatico, indicando la data di rivalutazione. Anche in caso di modifica della priorità, il tempo di attesa totale continua ad essere calcolato a partire dalla data del primo inserimento in lista. Si precisa che in qualsiasi momento, da parte del personale medico, è possibile effettuare il cambio di classe di priorità se motivato clinicamente (es. aggravamento del quadro clinico, peggioramento sintomatologia o evoluzione della patologia); tale variazione dovrà essere registrata in LDA o PIC, nel campo note.

In PIC la classe di priorità assegnata ha solo valore indicativo non essendo ancora stata definita con certezza la condizione clinica del Paziente; è opportuno comunque che sia definita per poter riservare appositi spazi dedicati per una rapida diagnostica di tutti i pazienti in PIC con classe di priorità A.

Nell'ambito dell'appropriatezza della classe di priorità, è stato utilizzato il metodo dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO), in linea con i criteri regionali sopra rappresentati.

2.6 Gestione e tenuta della lista di attesa

2.6.1 Modalità di scorrimento e convocazione dei pazienti da Lista di Attesa

L'ordinamento dei pazienti in lista deve coniugare sia l'aspetto di priorità (definito dalla specifica classe) sia l'aspetto temporale (espresso dal tempo già trascorso in Lista di Attesa). Per tener contro di entrambi questi fattori e rendere il processo di convocazione all'intervento più efficiente ed equo si invita ad utilizzare lo "Score" indicato nell'Allegato 5 delle Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-CoV-2 (prot. n. 0001525 del 24/01/2022) del Ministero della Salute.

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

dove TdAi indica le giornate di attesa dell' i-esimo paziente.

Grazie allo score, pazienti con medesimo tempo di attesa avanzano nella lista a velocità differenti, in funzione della loro classe di priorità. La velocità di avanzamento è proporzionale alla gravità clinica e, al tempo stesso, rapportata alla classe di priorità meno urgente attualmente presente nella lista. Tale meccanismo assicura che anche i pazienti con classe di priorità bassa non vengano trascurati o relegati stabilmente in fondo alla lista, favorendo uno scorrimento più equilibrato e armonico dell'intera popolazione in attesa.

a868a66a

Poiché l'attribuzione della Classe A è prevista per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o causare grave pregiudizio alla prognosi, l'algoritmo di scorrimento può essere applicato solo dopo aver soddisfatto il requisito del pieno rispetto dei 30 giorni della classe di priorità A (>90%) e per il rimanente 10% di pazienti entro massimo 60 giorni.

Si raccomanda che la struttura ospedaliera introduca nell'organizzazione, ove non già implementata, funzioni strutturate di Gestione Operativa, (o almeno competenze specifiche quali ad esempio il bed management, la gestione delle sale operatorie, l'emergency management, etc.) così da garantire un collegamento continuo dell'intero processo tra piattaforme produttive (posti letto, sale operatorie, diagnostica, etc.) e sistemi di governo dell'accesso al ricovero.

Le aree principali in cui si articola la Gestione Operativa sono:

- programmazione delle attività sanitarie in funzione della domanda e delle priorità cliniche;
- gestione degli asset infrastrutturali, con l'obiettivo di garantire il massimo utilizzo delle risorse disponibili.

L'adozione di modelli organizzativi basati sulla Operations Management permette non solo una programmazione più efficiente delle attività chirurgiche e dei ricoveri, ma anche una gestione più agile, flessibile e allineata ai bisogni assistenziali.

2.6.2 Sospensione e cancellazione

L'uscita dalla Lista di Attesa per ricoveri chirurgici programmati costituisce la fase conclusiva del percorso chirurgico del paziente e deve essere gestita con criteri chiari, documentabili e conformi alla normativa nazionale e regionale, al fine di garantire equità, trasparenza e un utilizzo efficiente delle risorse sanitarie. L'uscita dalla lista può avvenire per diverse motivazioni. Oltre all'esito naturale rappresentato dall'esecuzione dell'intervento chirurgico, sono previste cause legate a esigenze clinico-organizzative o alla volontà del paziente:

1. sospensione temporanea dalla lista, disciplinata dalla nota Area Sanità e Sociale prot. n. 0061973 del 5 febbraio 2025, "Criteri di sospensione del paziente dalla Lista di Attesa chirurgica programmata", può essere richiesta per motivi personali o per motivi clinici. Le sospensioni per motivi personali del paziente devono rispettare limiti temporali specifici (30 giorni per le classi A e B, 60 giorni per le classi C, D ed E), superati i quali il paziente può essere cancellato dalla lista. Le sospensioni per motivi clinici si verificano ad esempio in caso di comparsa di eventi acuti o necessità di altri interventi chirurgici, mentre non sono considerati motivi clinici i soli esami diagnostici o terapie neoadiuvanti, che devono essere gestiti tramite la Presa in Carico (PiC). Le sospensioni devono essere tracciate informaticamente, indicando inizio, fine e motivazione, e le Aziende Sanitarie devono implementare procedure di monitoraggio delle stesse;

2. cancellazione dalla lista, regolata dalla nota Area Sanità e Sociale prot. n. 0466628 del 10 settembre 2024, "Criteri di cancellazione dalla Lista di Attesa chirurgica programmata", interviene in casi quali

a868a66a

rinuncia formale all'intervento, errori di registrazione, irreperibilità del paziente dopo ripetuti tentativi di contatto, inserimento in altra lista o esecuzione dell'intervento in altra sede, motivi clinici sopravvenuti che rendono non più necessario o possibile l'intervento, o decesso del paziente. Ad esempio, un paziente che decide di posticipare l'intervento per motivi personali oltre i limiti di soglia previsti oppure un paziente che ha completato l'intervento in un'altra struttura viene cancellato dalla lista con comunicazione formale. In tutti i casi di cancellazione, il reinserimento è possibile solo dopo una rivalutazione clinica e una nuova prenotazione, con obbligo di registrare tutte le comunicazioni nella documentazione clinica (*Allegato 5*).

In sintesi, l'uscita dalla Lista di Attesa, sia per sospensione che per cancellazione, deve essere gestita secondo criteri standardizzati, tracciabili e conformi ai protocolli regionali, garantendo al contempo il rispetto dei diritti del paziente e la trasparenza delle procedure.

2.6.3 Ricovero del paziente

La programmazione degli interventi chirurgici, inseriti nelle sedute operatorie, deve essere eseguita in modo attento e coerente con i tempi di validità degli accertamenti pre-operatori.

Ogni variazione della data dell'intervento deve essere debitamente motivata e registrata, in modo da garantire una gestione trasparente e tracciabile della programmazione chirurgica. Inoltre, la Direzione Medica Ospedaliera è incaricata, come stabilito dal Decreto del Direttore della Direzione Programmazione Sanitaria n. 63 del 05/07/2022, del monitoraggio delle modifiche alla programmazione, in coerenza con i principi di trasparenza, appropriatezza, governo clinico e utilizzo efficiente delle risorse.

La data di intervento rappresenta il limite temporale di calcolo del tempo di attesa del paziente dal momento dell'inserimento in Lista d'Attesa che, di norma, coincide con la prima data di convocazione proposta e accettata dal paziente. E' fondamentale tracciare l'eventuale rifiuto del paziente della prima data proposta nel sistema informativo al fine del corretto monitoraggio delle liste di attesa.

Il sistema informativo aziendale per la gestione dei ricoveri non urgenti e della Lista di Attesa deve avere un'architettura funzionale a segnalare e a tracciare tutti i ricoveri programmati: non è consentito ricoverare o effettuare procedure programmate a pazienti non inseriti in Lista di Attesa.

a868a66a

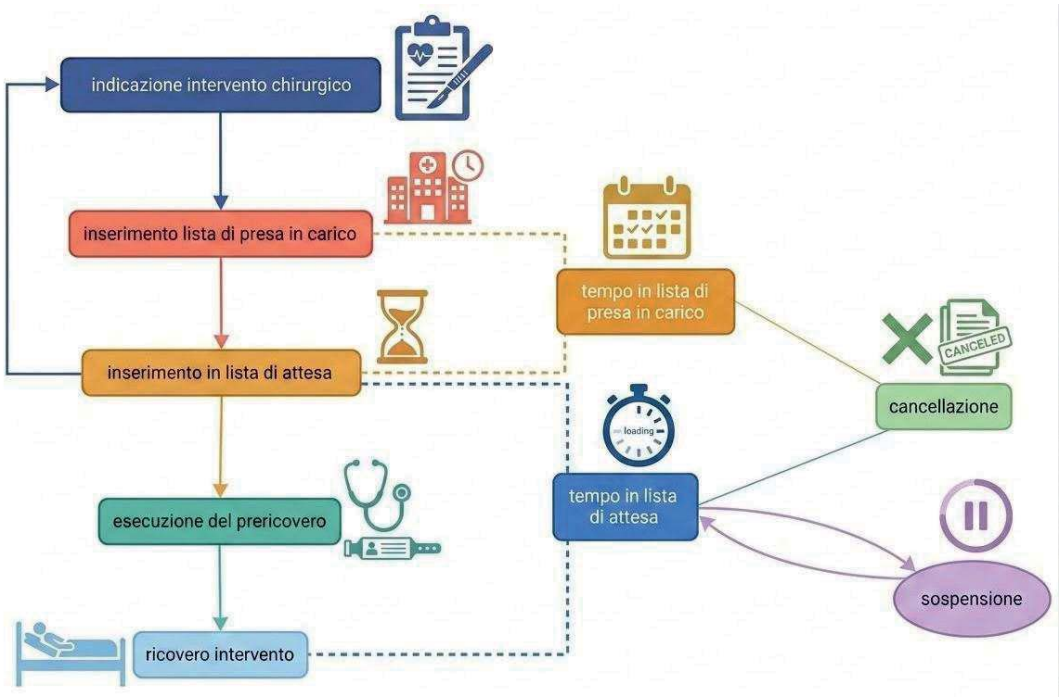


Figura 1. Percorso del paziente candidato ad intervento chirurgico.

2.6.4 Manutenzione della Lista di Attesa

È essenziale effettuare verifiche periodiche della disponibilità dei pazienti al ricovero, con una frequenza coerente con la classe di priorità assegnata al momento dell'inserimento in lista (cosiddetta "pulizia della lista"), per mantenere il sistema aggiornato, efficiente e coerente con le effettive necessità assistenziali.

Tutte le indisponibilità del paziente (sia rinunce temporanee che definitive) devono venire puntualmente registrate nel sistema informativo di prenotazione, al fine di garantire una tracciabilità completa e una corretta interpretazione dei dati di attività e dei relativi indicatori di performance.

Le Aziende Sanitarie devono predisporre specifiche istruzioni operative per l'esecuzione delle attività di manutenzione delle liste di attesa, al fine di assicurare la standardizzazione delle procedure e l'omogeneità delle operazioni di aggiornamento e revisione effettuate dal personale incaricato all'interno della stessa Azienda. In particolare, occorre definire in modo chiaro:

- i criteri di selezione e l'ordine di chiamata dei pazienti da contattare;
- la periodicità con cui effettuare le attività di manutenzione;
- le modalità di gestione del contatto con il paziente;
- gli strumenti da utilizzare;
- le informazioni da comunicare e quelle da raccogliere nel corso del contatto.

a868a66a

Ogni struttura deve designare referenti abilitati alla gestione della Lista di Attesa dei ricoveri, incaricati di garantire la corretta manutenzione del sistema, in collaborazione con il Responsabile dell'Unità Operativa. Tutte le modifiche, i contatti con il paziente e le variazioni del percorso assistenziale devono essere tracciate nel sistema informatico e comunicate tempestivamente al paziente.
Tra le attività di revisione rientrano:

- verifica dei pazienti già ricoverati, tramite confronto con il flusso SDO;
- verifica dei pazienti deceduti, mediante consultazione dell'anagrafica regionale;
- verifica della persistenza della necessità di intervento, attraverso contatto (telefonico, mail, pec o altro) diretto con i pazienti ancora in lista.

Una gestione attenta e costante della lista, accompagnata da regolari attività di pulizia e aggiornamento, è indispensabile per garantire trasparenza, appropriatezza e tempestività nell'accesso ai ricoveri programmati, nel rispetto dei principi di equità e priorità clinica.

2.7 Pre-ricovero

Il pre-ricovero rappresenta una fase fondamentale del percorso clinico-assistenziale per il paziente candidato a intervento chirurgico programmato e ha l'obiettivo di garantire che ogni paziente da sottoporre a un intervento chirurgico programmato sia adeguatamente preparato, sia in termini clinici che psicologici.

Gli accertamenti pre-operatori sono parte integrante della cartella clinica di ricovero e devono essere eseguiti in stretta connessione temporale con la data dell'intervento per evitare la ripetizione degli esami e delle visite preoperatorie con conseguente spreco di risorse.

La prescrizione degli esami pre-operatori deve essere effettuata in modo conforme alle disposizioni dell'Accordo Stato-Regione n. 100/CSR, rispettando i seguenti criteri:

- preferibilmente in modalità informatizzata (D.M. 14 dicembre 1994 – Linee Guida n. 1 – GU 19/06/1995), per garantire la corretta tracciabilità e il monitoraggio dei dati.
- dallo specialista responsabile del percorso chirurgico, che deve definire gli esami pertinenti e necessari per ciascun paziente, in base al tipo di intervento programmato.
- senza emissione di ticket per l'utente, in quanto gli accertamenti pre-operatori sono parte integrante del percorso terapeutico e sono direttamente correlati al ricovero.

Sono pertinenti anche alle prestazioni di chirurgia ambulatoriale complessa (transitate dal regime di ricovero e secondo quanto previsto dal NTR).

Gli accertamenti pre-ricovero non sono destinati a finalità diagnostiche relative alla stadiazione o all'inquadramento della patologia per cui è previsto l'intervento. Tali indagini clinico-diagnostiche, necessarie per la definizione del quadro patologico, devono essere effettuate nella fase di Presa in Carico, in regime ambulatoriale o secondo le modalità previste per il trattamento della patologia stessa, ma non fanno parte del pre-ricovero.

a868a66a

All'interno del percorso peri-operatorio la fase di pre-ricovero si pone fra l'inserimento in Lista di Attesa del paziente e il relativo ricovero/intervento. L'effettuazione del pre-ricovero è parte integrante della fase di Lista di Attesa e va espletata nei tempi utili a rendere il paziente pronto all'intervento entro i tempi massimi di attesa della classe di priorità assegnata.

La fase di pre-ricovero (spesso indicata anche come pre-ospedalizzazione) raggruppa tutte le attività necessarie per definire il rischio peri-operatorio, dichiarare il paziente idoneo e quindi ricoverabile/operabile per il tipo di intervento per il quale è stato iscritto nella Lista di Attesa chirurgica stessa.

Gli obiettivi di questa fase sono molteplici e fra essi i principali sono:

- valutare l'idoneità chirurgica intesa come valutazione delle condizioni generali del paziente e determinare il rischio peri-operatorio (chirurgico e anestesiologico);
- valutare l'eventuale necessità di approfondimenti finalizzati a identificare il setting di cura idoneo e definire il setting più appropriato di trattamento e assistenza post operatoria (DS, DO, eventuale transito in area intensiva, eventuali percorsi di recupero funzionale o riabilitazione ove prevedibili);
- fornire tutte le informazioni al paziente rispetto alle caratteristiche dell'intervento, dell'anestesia ed alle fasi successive durante il ricovero, per facilitare una piena comprensione e conoscenza dell'intero percorso di cura, fino alle condizioni post-dimissione;
- completare l'informazione al paziente e raccogliere il consenso all'intervento e all'anestesia;
- ottimizzare le condizioni del paziente al fine di ridurre il rischio peri-operatorio e la durata della degenza;
- eliminare/minimizzare la degenza preoperatoria finalizzata all'esecuzione sia delle indagini (visite, esami strumentali e di laboratorio) necessarie per la valutazione del rischio operatorio e la preparazione all'intervento, sia di altre metodiche talvolta necessarie;
- eliminare i ritardi e le cancellazioni degli interventi, favorendo un inquadramento più efficace del paziente e dei suoi bisogni nella fase intra-operatoria.

Sono proprie della fase di prericovero, qualora necessarie, le seguenti attività:

- raccolta dati anamnestici e verifica delle terapie in corso;
- raccolta del consenso informato all'intervento;
- accertamenti diagnostici di primo livello (ad es. RX Torace; ECG, esami ematici);
- valutazione anestesiologica;
- ulteriori valutazioni specialistiche per la definizione del rischio;
- completamento percorsi di Patient Blood Management (PBM).

Si raccomanda di uniformare e razionalizzare il percorso pre-operatorio sia per il panel di esami (strumentali e di laboratorio) e visite, sia nelle modalità operative e organizzative del percorso tra le diverse discipline chirurgiche all'interno della stessa azienda sanitaria. La standardizzazione infatti consente un incremento dell'efficienza legata alla semplificazione del processo, riduzione degli errori, maggiore facilità nella formazione di nuovi operatori, nel controllo e nella valutazione delle performance. È opportuno che siano

a868a66a

riservati appositi spazi dedicati per definire l'idoneità chirurgica per tutti i pazienti in PIC e in lista con classe di priorità A.

Qualora le attività sopra descritte non risultino sufficienti per l'attribuzione dell'idoneità all'intervento e si rendano necessari ulteriori esami o visite di secondo livello, tali richieste devono essere formulate esclusivamente dall'anestesista o dagli specialisti consultati, i quali dovranno comunque attenersi alle best practice internazionali al fine di evitare test superflui o non appropriati. Eventuali ulteriori indagini di approfondimento o prestazioni specifiche, non strettamente correlate all'idoneità anestesiologica, devono invece essere eseguite nella fase di Presa in Carico, secondo le modalità indicate nel relativo paragrafo.

Il modello organizzativo deve garantire che la fase di pre ricovero sia eseguita con il minor numero possibile di accessi del paziente alla struttura sanitaria. Tenendo in considerazione le specificità delle singole Aziende Sanitarie e della loro distribuzione sul territorio di riferimento, è opportuno implementare processi di centralizzazione delle attività connesse al prericovero.

Gli accertamenti effettuati nel contesto del pre-ricovero sono esenti da compartecipazione alla spesa sanitaria, poiché strettamente correlati al ricovero programmato, in quanto rientrano nella onnicomprensività della tariffa DRG (Legge del 23/12/1996 art. 1 comma 18). Tuttavia, qualora il paziente rinunci all'intervento o richieda il rinvio per propria scelta, le prestazioni pre-operatorie già effettuate vengono ricondotte al regime ambulatoriale. In tale caso, se gli accertamenti pre-ricovero non risultano più utili per la successiva valutazione pre-operatoria, il paziente sarà tenuto a pagare la quota di compartecipazione prevista dalla normativa e nomenclatore regionale per le prestazioni ambulatoriali (Linee di Guida n. 1 - Applicazione del decreto ministeriale 14 dicembre 1994 relativo alle "Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera", con riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera e alle sue relazioni con i presidi e servizi extra-ospedalieri (GU n. 150 del 19/06/1995).

2.8 Monitoraggio e controllo del pre-ricovero

Il monitoraggio dell'attività di pre-ricovero e delle liste di attesa è fondamentale per garantire il rispetto delle normative e dei tempi previsti per ogni intervento chirurgico. A tal fine, si raccomanda che le Aziende Sanitarie utilizzino un applicativo informatico dedicato per la raccolta e la trasmissione periodica dei dati relativi ai pazienti in pre-ricovero e alle prestazioni effettuate. Tale strumento deve permettere una gestione efficiente e trasparente delle informazioni, in attesa dell'eventuale attivazione di un sistema informativo regionale centralizzato.

Si ritiene inoltre necessario che siano tracciati e rendicontabili:

- l'inizio della fase di pre-ricovero e la sua conclusione;
- gli esami e le valutazioni effettuate e il rispetto dei protocolli aziendali;
- i tempi di validità degli esami di laboratorio, qualora necessari alla valutazione pre-operatoria (non superiore ai 3 mesi);
- numero, tipologia e tempistica degli esami e visite di secondo livello.

a868a66a

Tali informazioni consentono di monitorare in tempo reale:

- il numero di pazienti idonei all'intervento chirurgico per specialità chirurgica e setting assistenziale;
- l'intervallo di tempo fra la data dell'intervento e la data di chiusura delle attività di pre-ricovero (idoneità anestesiologica);
- il tempo tra inserimento in Lista di Attesa e inizio del pre-ricovero.

3. LINEE DI INTERVENTO PER IL GOVERNO DELL'OFFERTA

3.1 Ambiti di garanzia

L'obiettivo principale del sistema di offerta è quello di soddisfare i bisogni di salute dei cittadini assicurando il massimo grado di qualità dell'assistenza nel rispetto dei tempi di attesa per la classe di priorità attribuita. L'ambito di garanzia per le prestazioni è definito dall'insieme di tutti gli erogatori, pubblici e privati accreditati, che insistono nell'ambito territoriale dell'Azienda (o sovra aziendale) e che concorrono a garantire le prestazioni ai propri assistiti entro i tempi massimi previsti.

Ogni Azienda può definire un ambito geografico di garanzia aziendale o sovra aziendale, assicurato attraverso la formalizzazione di reti cliniche e/o di accordi di rete e sinergie tra le aziende sanitarie, per alcune prestazioni chirurgiche di particolare complessità, anche superando, ove necessario, il criterio di prossimità, fermo restando quanto già previsto in applicazione delle indicazioni del DM 70/2015 e dalle relative normative regionali di recepimento, in merito agli ospedali Hub e Spoke e ai centri di riferimento oncologico.

In quest'ottica, le due Aziende Ospedaliere Universitarie di Padova e Verona e l'Istituto Oncologico Veneto hanno come ambito di garanzia il territorio dell'ULSS su cui insistono per le patologie a bassa e media complessità e rivestirono il ruolo di Hub per l'alta complessità, all'interno delle reti cliniche specifiche.
In materia di ambiti di garanzia sono stati consolidati i percorsi di tutela per la specialistica ambulatoriale mentre risulta estremamente più complessa e di difficile attuazione la realizzazione di percorsi di tutela per gli ambiti di garanzia di ricovero; sono infatti numerose le variabili che condizionano in modo rilevante nel processo, in primo piano la libertà di scelta delle cure del cittadino.

Per la definizione dell'ambito è imprescindibile tenere in considerazione:

- aziende hub e spoke;
- volumi ed esiti;
- centri di riferimento regionali/nazionali;
- distribuzione geografica delle sedi;
- elementi legati alla necessità di rete assistenziale di supporto;
- flussi mobilità;
- attrattività e professionisti coinvolti.

Nella difficile attuazione degli ambiti di garanzia dei percorsi di tutela per i ricoveri rappresenta elemento centrale la corretta e trasparente informativa al paziente sul reale tempo di attesa.

a868a66a

In fase di arruolamento dell'utente, le strutture erogatrici dell'Azienda forniscono, in caso di impossibilità ad assicurare l'erogazione della prestazione entro i tempi di attesa massimi previsti per la classi di priorità assegnata, informazioni in merito alle altre strutture dell'Azienda presso le quali venga assicurato in quel momento un tempo di attesa più favorevole.
Al fine di consentire la presa in carico della persona che esprima la scelta di una struttura erogatrice diversa da quella nella quale dovrebbe avvenire l'arruolamento, le Aziende definiscono a livello territoriale o, se necessario, in altre aziende attraverso convenzioni, il percorso di presa in carico delle patologie chirurgiche in ottica di rete, rafforzando le interconnessioni tra Unità operative omologhe per garantire equità di accesso e qualità delle cure.

Le dimensioni dell'ambito di garanzia variano sulla base della disciplina, dello specifico intervento e delle risorse tecnologiche ed assistenziali necessarie.
Ciò richiede la predisposizione nell'Azienda di un sistema di "liste di attesa chirurgiche" visibili a tutte le strutture erogatrici aziendali per consentire di informare l'utenza. La governance aziendale è responsabile pertanto di garantire la visibilità tra le singole liste di attesa di ricovero.
A tal fine è necessario che le Aziende assicurino:

1. univocità delle anagrafiche di riferimento (utilizzo AUR);
2. che la proposta di ricovero sia registrata e programmata dalla singola azienda e il codice fiscale associato al paziente non possa essere utilizzato per la medesima patologia in altra struttura dell'ambito di garanzia;
3. definizione dei modelli di informazione e proposta di cura ove la prestazione possa essere erogata in altra sede rispetto alla "scelta" iniziale del paziente;
4. gestione integrata delle "agende di prenotazione" dei ricoveri, ovvero previsione di sistemi che leggano la programmazione dell'attività di ricovero e chirurgica al fine di garantire la migliore opzione di intervento.

È necessaria la puntuale documentazione e formalizzazione della scelta effettuata dal paziente, sia di accettare la proposta di rivolgersi ad altra struttura, con apposito percorso, sia quella di rimanere in lista presso la struttura cui si è rivolto in prima istanza. Il sistema informativo aziendale di lista di attesa deve essere in grado di tenere traccia dell'eventuale trasferimento del paziente nella lista di attesa di un'altra struttura nell'ambito di garanzia.

3.2 Percorsi di tutela e qualità dell'assistenza ospedaliera

Nel glossario tecnico delle liste d'attesa, i percorsi di tutela sono percorsi di presa in carico che l'Azienda attiva per gestire la domanda rispettando i tempi massimi di attesa e mitigando le disomogeneità sugli ambiti di competenza.
In tal senso l'elemento centrale su cui si fonda il percorso di tutela del paziente è rappresentato da una puntuale e completa informativa sui reali tempi di attesa della struttura scelta dal Paziente e su eventuali altre sedi aziendali/regionali analoghe con competenze in materia dello specifico intervento e tempi di attesa

a868a66a

più favorevoli. Il percorso di tutela intende con questa modalità garantire la piena libertà di scelta del paziente, consapevolmente informato sulle eventuali possibilità alternative.
Nel caso di ricovero programmato, l'organizzazione aziendale (o inter-aziendale) dovrà garantire una completa presa in carico dell'assistito già dal primo contatto con il Sistema e la capacità di orientare il caso alla più idonea "collocazione" in lista d'attesa, sulla base di:

- tempi di attesa più vantaggiosi e/o garanzia del rispetto della classe di priorità a pari livello di qualità dell'erogazione (vedi paragrafo 4.1);
- qualità garantita dai maggiori volumi (soglie di rischio esito, di cui al DM 70/2015 e/o in riferimento al PNE) e distribuzione della casistica per poli di competenza, fino all'eventualità che una struttura NON eroghi una determinata prestazione.
- tempi indicati dalla priorità garantiti ai pazienti in considerazione del rischio evolutivo nel breve tempo.

Il corretto utilizzo del quesito clinico in fase di prescrizione di visita specialistica e una congrua organizzazione delle agende di prenotazione sono fondamentali per fornire un corretto orientamento del paziente chirurgico alla struttura adeguata già in fase di valutazione preliminare.
Tuttavia, ove la visita specialistica si effettui in una struttura che non garantisca idonee soglie di volumi ed esiti in indicazione al ricovero, i protocolli aziendali devono disciplinare modalità, tempi e attori deputati ad indirizzare il paziente presso l'erogatore più idoneo, all'interno dell'ambito di garanzia, evitando una nuova prescrizione di visita specialistica e una nuova attesa per il paziente stesso (presa in carico), in coerenza con i PDTA in vigore.

In un'ottica di equilibrio programmatorio complessivo, in coerenza con il modello di rete regionale, il centro Hub deve essere interconnesso con i centri spoke della rete anche per la redistribuzione dei casi per garantire il turnover dei posti letto nel pre e nel post operatorio, con utilizzo sistematico del *back transfer*.

3.3 Elementi di organizzazione

La programmazione a lungo periodo delle attività chirurgiche deve considerare la consistenza delle liste di attesa per disciplina, il ruolo nelle reti delle strutture e le risorse disponibili. Nei casi in cui una struttura non possa garantire gli interventi nei tempi massimi di attesa, secondo la priorità indicata, l'azienda deve attivare percorsi di tutela che rappresentano una modalità per accedere ad una quota di offerta di prestazioni straordinaria, attivata solo a fronte di criticità, e che comprendono:

- ridefinizione qualitativa e quantitativa dei volumi di attività e della tipologia delle prestazioni delle strutture aziendali, rimodulando l'attività chirurgica a minor complessità, con priorità minore o con minor lista di attesa;
- integrazione dell'attività istituzionale con acquisizione di prestazioni aggiuntive;
- ricorso ad accordi con altre aziende ULSS, Aziende Ospedaliere o privati accreditati che insistono nell'ambito di garanzia.

Le strutture eroganti dovranno prevedere l'adozione di modelli gestionali aziendali atti a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo delle risorse ospedaliere (umane, tecnologiche, posti letto, sale

a868a66a

operatorie ecc), intervenendo anche sui processi intraospedalieri che determinano la durata della degenza media e sui processi di deospedalizzazione precoce.

Nell'ambito della programmazione regionale ed aziendale è inoltre necessario definire strumenti previsionali ed attuativi utili a riprogrammare l'offerta di prestazioni elettive, ambulatoriali e di ricovero, nei casi in cui sia necessario mobilitare risorse assistenziali per affrontare emergenze catastrofiche di natura biologica e non biologica (*Allegato 1*).

3.4 Prestazioni di chirurgia ambulatoriale

I tempi massimi di attesa per l'effettuazione degli interventi di chirurgia ambulatoriale, sia complessa cioè quelli transitati dal regime di ricovero a quello ambulatoriale (ricompresi nell'Allegato A al Decreto n. 04 del 23 gennaio 2023), sia "semplice", sono quelli previsti per il regime di ricovero, come da DGR 626 del 2024.
L'ambito di applicazione è riferito a tutte quelle prestazioni di chirurgia ambulatoriale che devono essere erogate in sala operatoria o in ambulatorio chirurgico, (Nomenclatore Tariffario come da DGR 581/ 2025, Allegato A).
Ai fini prescrittivi la classe di priorità prevista per l'erogazione della prestazione ambulatoriale chirurgica dovrà essere inserita nel campo sospetto diagnostico della dematerializzata (DEMA), dopo aver selezionato alla modalità di accesso la voce "accesso successivo". I sistemi informatici di prescrizione DEMA devono garantire tale funzione e quelli aziendali favorirne l'applicazione.

4. FLUSSI INFORMATIVI E MONITORAGGIO DEL PERCORSO CHIRURGICO

4.1 Flusso informativo sui pazienti in lista di attesa e indicatori

In coerenza con le "Linee di Indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato", di cui all'Accordo Stato Regioni n. 100 /CSR del 9 luglio 2020, con le "Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2" (0001525-24/01/2022-DGPROGS-DGPROGS-P) - del Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del gennaio 2022, con il progetto triennale 2022-2024 "Applicazione di modelli organizzativi per il Governo delle Liste di Attesa per i ricoveri chirurgici programmati", si è avviata la sperimentazione di un flusso informativo dedicato al monitoraggio ex ante delle Liste di Attesa per ricovero chirurgico programmato (LiDiA).
Gli obiettivi principali del progetto includono il monitoraggio della capacità di arruolamento e della capacità produttiva del SSN, la conoscenza oggettiva del rapporto tra domanda e offerta di salute per ricoveri chirurgici programmati e la misurazione della performance delle diverse Aziende Sanitarie..
La disponibilità di un monitoraggio ex-ante dedicato alle liste di attesa per ricoveri chirurgici programmati permette di valutare l'attuale domanda di salute dei cittadini (per Classe di Priorità, intervento monitorato, territorio). Ciò consente di individuare in modo proattivo eventuali aree di criticità, favorendo il miglioramento della pianificazione dei flussi operativi dei ricoveri programmati. Questa attività si rifà anche

a868a66a

alle indicazioni del DM n. 70/2015 riguardanti l'organizzazione delle reti ospedaliere e il rispetto delle soglie minime di rischio, favorisce inoltre il confronto e il coordinamento tra regioni, finalizzati allo sviluppo di indirizzi, regole e modalità condivise per il governo della mobilità attiva/passiva.

Nelle more della diffusione del progetto su scala nazionale, a partire dalla metà del 2024 sono state attivate le fasi propedeutiche per definire e trasmettere il flusso regionale relativo ai pazienti in lista di attesa per intervento chirurgico.

Con nota del Direttore di Area Sanità e Sociale n. 378557 del 30.07 2024 al fine di garantire omogeneità e confrontabilità è stato reso obbligatorio l'utilizzo della codifica ICD9CM nell'inserimento della diagnosi principale e della procedura prevista per il paziente in Lista d'Attesa (LDA), anche nella fase di preliminare presa in carico.

Nel 2025 è stato sperimentato l'invio del flusso che riporta le seguenti informazioni, suddivise tra obbligatorie e facoltative:

Campo		
id_Ass	ID_assistito	OBBLIGATORIO
cod_Strut	Codice struttura di inserimento in lista	OBBLIGATORIO
Cod_az	Codice Azienda	OBBLIGATORIO
cod_dis	Codice disciplina	OBBLIGATORIO
reg_ric	Regime di ricovero previsto	OBBLIGATORIO
cl_P	Classe di priorità (se rivalutata inserire quest'ultima)	OBBLIGATORIO
dia	Diagnosi principale (ICD9CM)	OBBLIGATORIO
int	Intervento previsto (ICD9CM)	OBBLIGATORIO
dt_presc	Data visita o data prescrizione se visita eseguita in LP	no
dt_PIC	DATA PIC (dopo visita specialistica con indicazione chirurgica)	OBBLIGATORIO
dt_lda	DATA LDA (paziente nelle effettive condizioni di essere sottoposto ad intervento chirurgico)	OBBLIGATORIO
dt_pren	Data di prenotazione accettata dal paziente	no
dt_preric	Data pre-ricovero	no
dt_prev	Data prevista ricovero	no
dt_ric	Data in cui avviene il ricovero (Data passaggio in ADT)	OBBLIGATORIO
dt_canc	Data cancellazione	OBBLIGATORIO
dt_ch	Data cambio di stato	OBBLIGATORIO
dt_ini_sosp	Sospensione (data inizio)	OBBLIGATORIO
dt_fin_sosp	Sospensione (data fine)	OBBLIGATORIO
stato	Cambio di stato	OBBLIGATORIO
mot_ins	Motivo inserimento in lista	no
on_ric	Onere di ricovero previsto	no
tip_presc	Tipologia prescrittore	no
Onc_nononc	Oncologico/non oncologico	no

a868a66a

Figura 2.

Con tale flusso è possibile monitorare su tutto il territorio regionale:

- Consistenza di lista di attesa: numero di pazienti presenti in Lista di attesa in un dato momento, suddivisi per Azienda, classe di priorità, intervento monitorato;
- Pazienti scaduti in lista di attesa: numero e/o percentuale di pazienti presenti oltre il tempo massimo di attesa in Lista di attesa in un dato momento che possono essere suddivisi per Azienda, classe di priorità, intervento monitorato;
- Tempo medio di attesa: giornate medie di attesa e 90° percentile di attesa di pazienti presenti in Lista di attesa in un dato momento che possono essere suddivisi per Azienda, classe di priorità, intervento monitorato;
- Volume di pazienti inseriti in lista di attesa: numero di pazienti inseriti in Lista di attesa in un periodo (mese/anno) che possono essere suddivisi per Azienda, classe di priorità, intervento monitorato;
- Volume di pazienti cancellati da lista di attesa: numero di pazienti cancellati da Lista di attesa in un periodo (mese/anno) distinti per motivazione che possono essere suddivisi per per Azienda, classe di priorità, intervento monitorato;
- Tasso di arruolamento (e punto di equilibrio): confronto tra il numero di pazienti inseriti in Lista di Attesa e quelli Ricoverati e Cancellati per determinare l'equilibrio o disequilibrio tra domanda e offerta di prestazioni di ricovero per intervento chirurgico in un periodo (mese/anno) per per Azienda, classe di priorità, intervento monitorato.

A livello regionale permette di valutare la sostenibilità tra domanda e offerta di ricovero per pianificare azioni correttive su entrambi gli aspetti consentendo una corretta gestione. Nel secondo semestre 2026 tutti i campi diventeranno obbligatori e dovranno essere correttamente alimentati, costituendo il flusso informativo definitivo per gli interventi in lista d'attesa, come da *Allegato 3*.

4.2 Cruscotto di monitoraggio delle liste di attesa chirurgiche

Il flusso dei pazienti in lista di attesa consente di alimentare il Cruscotto regionale per le liste di attesa chirurgiche, riferimento per le strutture competenti e per le Aziende per:

- monitorare in tempo reale la consistenza delle liste di attesa delle diverse Aziende
- confrontare i modelli adottati evidenziando best practices
- verificare gli indicatori su base regionale
- permettere alle strutture sanitarie di valutare la congruenza della programmazione chirurgica con la lista di attesa.

Sulla linea delle indicazioni nazionali di trasparenza, i contenuti dei siti web delle aziende saranno aggiornati anche per la parte di interventi chirurgici programmati.

a868a66a

4.3 Flussi informativi sugli interventi eseguiti

Il flusso SDO è lo strumento informativo che raccoglie i dati relativi a ogni paziente dimesso dagli istituti di cura. La relazione tra monitoraggio dei tempi e SDO è fondamentale per la verifica "ex-post" che utilizza la data di prenotazione, derivata dal registro delle liste d'attesa e riportata nella SDO e la data di ricovero.
La SDO contiene inoltre informazioni fondamentali per il monitoraggio dell'attività chirurgica come la diagnosi principale e le diagnosi secondarie, le procedure chirurgiche eseguite e la classe di priorità assegnata. Ovviamente risulta cruciale garantire completezza e correttezza del flusso SDO per gli obiettivi di valorizzazione, monitoraggio e controllo dell'attività erogata.
Il processo di calcolo degli indicatori di performance rappresenta il punto in cui i dati amministrativi si trasformano in valutazione della qualità del servizio.
Un disallineamento tra il registro delle prenotazioni e il flusso SDO (ad esempio, date incongruenti o codici procedura errati) inficia la capacità della struttura di dimostrare il rispetto dei tempi massimi previsti dalla normativa.
Il monitoraggio viene effettuato attraverso la misurazione dell'indicatore "Proporzione di prestazioni di ricovero programmato erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per ciascuna classe di priorità ex DM 8/7/2010 n.135 e ss.mm.ii."

Indicatore: Rispetto dei tempi di attesa per Classe di priorità

Formula di calcolo: Numero di prestazioni erogate entro i tempi stabiliti dalla normativa, suddiviso per il numero totale di prestazioni della medesima Classe di priorità.

Obiettivo di garanzia (Soglia): Pari o superiore al 90%.

Note per il calcolo:

1. Criteri di eleggibilità
   1.1. Tutti i ricoveri per acuti in regime ordinario e diurno, inclusa la week surgery; tipo di ricovero programmato, con o senza pre-ricovero; codice ICD-9-CM di intervento chirurgico/procedura diagnostico terapeutica in qualunque posizione e codice (ICD-9-CM) e s.m.i. di diagnosi principale o secondaria inclusi nelle specifiche procedure individuate dalla normativa vigente;
2. Criteri di esclusione
   2.1. Tutti i ricoveri per acuti di tipo urgente, TSO o parto non urgente.

Per gli interventi erogati in regime ambulatoriale, la data di erogazione sarà rilevata dal flusso della specialistica ambulatoriale.

Riepilogo sintetico

Caratteristica	Monitoraggio Ex-ante	Monitoraggio Ex-post

a868a66a

Natura	Prospettica	Effettiva - Valutazione
Calcolo	Data corrente (o appuntamento) - Data Prenotazione	Data Erogazione - Data Prenotazione
Utilità	Programmazione e Trasparenza	Valutazione Performance e LEA
Frequenza	Periodi indice o tempo reale	Mensile/Trimestrale (dati storici)

5. INFORMAZIONE, COMUNICAZIONE E TRASPARENZA

La comunicazione al paziente in lista d'attesa per un intervento chirurgico deve essere garantita attraverso un percorso di trasparenza che inizia al momento della prescrizione e prosegue per tutta la durata della permanenza in lista.

- **Informazioni al momento dell'inserimento**
  All'atto dell'inserimento in lista d'attesa, la struttura sanitaria è tenuta a consegnare al paziente l'informativa (*Allegati 4* e *5*) contenente i dettagli dell'intervento/ricovero, la classe di priorità attribuita e i relativi tempi massimi di attesa previsti per quella specifica classe. Il paziente deve ricevere indicazioni organizzative chiare, inclusi i riferimenti utili per ottenere informazioni telefoniche o di persona e le modalità relative alla fase di pre-ricovero. È fondamentale che il paziente fornisca una "accettazione consapevole", dopo essere stato informato sulla possibilità che il ricovero avvenga in sedi alternative o tramite trasferimenti tra strutture per garantire il rispetto dei tempi massimi, secondo i modelli adottati nelle singole aziende.

- **Gestione della permanenza in lista**
  Durante il periodo di attesa, le Aziende devono assicurare un contatto chiaramente individuato e costante con il cittadino attraverso canali diversificati come telefono, e-mail o sistemi informatici. Tali comunicazioni servono per:
  - Richiedere la conferma della volontà di rimanere in lista;
  - Avvisare tempestivamente il paziente in prossimità della data di ricovero o dell'avvio del pre-ricovero;
  - Prospettare sedi alternative di trattamento qualora si preveda uno sforamento dei tempi standard;
  - Aggiornare il paziente su eventuali modifiche della classe di priorità qualora il suo quadro clinico dovesse evolvere.

- **Trasparenza e diritti del cittadino**
  La comunicazione deve essere improntata al rispetto dell'individualità e del contesto sociale dell'utente. Oltre alle notifiche dirette, le informazioni sull'inserimento in lista devono accessibili al

a868a66a

paziente con percorsi informatizzati. Il cittadino ha inoltre il diritto di rivolgersi alla struttura individuata dall'Azienda e riportata nell'informativa per prendere visione della propria posizione in lista d'attesa in qualsiasi momento.

- **Comunicazione pubblica e web**
  Le Aziende Sanitarie hanno l'obbligo di mantenere sui propri siti istituzionali una sezione denominata "Liste di attesa per interventi chirurgici", facilmente accessibile e indicizzata sui motori di ricerca. In questa sezione devono essere pubblicati:
  - ➔ I criteri di formazione delle liste e i tempi medi effettivi di attesa per ogni intervento/specialità e per presidio;
  - ➔ Il presente Piano regionale e il relativo Piano Attuativo Aziendale;
  - ➔ L'organizzazione aziendale (o sovra aziendale qualora previsto) per l'erogazione delle diverse tipologie di intervento;
  - ➔ I contatti della struttura individuata dall'azienda per garantire le informazioni ai pazienti in lista;
  - ➔ Informazioni su come presentare segnalazioni o reclami presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) in caso di disservizi.

All'interno delle attività della cabina deve essere definito un modello comune per rappresentare i tempi di accesso all'intervento per sede con uniformità, semplicità e chiarezza di informazione.

6. DIRITTI E DOVERI DEL CITTADINO

Al fine di garantire la trasparenza, al momento dell'inserimento in lista di attesa, deve essere rilasciata al cittadino una stampa contenente le informazioni sul suo ricovero, sulla classe di priorità e i relativi tempi massimi d'attesa, oltre alle indicazioni organizzative previste (es. informazioni circa il pre-ricovero), nonché tutti i riferimenti per ottenere informazioni e aggiornamenti attraverso i diversi canali (telefono, mail...).

Nell'ambito del percorso di presa in carico prima dell'accettazione della proposta di intervento e quindi dell'inserimento in lista di attesa il paziente deve essere adeguatamente informato di quanto previsto dall'organizzazione aziendale e regionale, anche in merito a tempi d'attesa diversi dei vari centri e possibilità di ricevere una proposta per un'altra struttura con tempi più favorevoli al fine di garantire il rispetto dei tempi previsti.
Per tali casi, i Programmi Attuativi Aziendali devono prevedere una specifica procedura che permetta di ricollocare il paziente, ove questi accetti, in altra struttura che insiste nell'ambito di garanzia, al fine di garantire un ricovero entro i tempi previsti dalla normativa nell'ambito di un'organizzazione aziendale predefinita.

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.

a868a66a

In caso di trasferimento del paziente da una Lista di Attesa ad un'altra, lo stesso deve mantenere invariata la data di inserimento in lista mentre la Classe di priorità può subire modifiche in ordine ad eventuale rivalutazione clinica.

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

Doveri del cittadino:

- Presentarsi all'appuntamento concordato: è importante rispettare la data e l'orario stabiliti per l'intervento o per eventuali visite di pre-ospedalizzazione, informando tempestivamente eventuali impossibilità o ritardi;
- Comunicare eventuali variazioni: se ci sono cambiamenti nelle condizioni di salute, allergie o altri fattori rilevanti, il paziente deve informare il personale sanitario;
- Segnalare eventuali sintomi o complicazioni: se si manifestano nuovi sintomi o problemi prima dell'intervento, è necessario contattare il proprio medico o l'ospedale;
- Seguire le indicazioni mediche: rispettare le prescrizioni pre-operatorie, come eventuali digiuni, assunzione di farmaci o altre istruzioni fornite dal medico;
- Prendersi cura della propria salute: mantenere uno stile di vita sano e adottare comportamenti che possano favorire il successo dell'intervento e il recupero;
- Rispetto delle norme e delle procedure: comportarsi correttamente all'interno delle strutture sanitarie, rispettando le regole di convivenza, igiene e sicurezza;
- Garantire di essere in attesa di intervento solo presso quella struttura.

7. Piano Attuativo Aziendale (PAA)

Le Aziende Sanitarie (ULSS, Ospedaliere e IOV) adottano il Piano Attuativo Aziendale per l'implementazione operativa del percorso chirurgico programmato, nel rispetto delle direttive nazionali e regionali entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente piano, secondo i contenuti riportati e sulla base del format riportato nell'*Allegato 2*.

Gli elementi chiave e le azioni da intraprendere a livello Aziendale sono:

1. **Implementazione del percorso e organizzazione interna**
    - Sviluppare percorsi clinico-assistenziali: creare percorsi specifici per le diverse specialità chirurgiche, dettagliando fasi operative, ruoli professionali, sicurezza delle cure e protocolli clinici;
    - Organizzare i diversi blocchi operatori e le liste d'attesa: definire l'organizzazione dei blocchi operatori, la gestione delle liste d'attesa e l'allocazione delle risorse umane e tecnologiche;

a868a66a

- Sicurezza del paziente: sviluppare e adottare procedure e protocolli per garantire la sicurezza in ogni fase del percorso (prevenzione infezioni, gestione complicanze, tracciabilità attività e dispositivi, gestione eventi avversi);
- Definire i flussi decisionali e individuare una struttura organizzativa con funzioni di controllo e governo del processo;
- Garantire la sicurezza e la tracciabilità nella gestione dei dati del paziente secondo la normativa vigente;
- Garantire inclusività operativa: coinvolgere gli operatori nello sviluppo di gruppi di lavoro formalizzati, multidisciplinari e multiprofessionali per gestire il cambiamento;
- Definire il Regolamento di sala operatoria: redigere lo strumento fondamentale per la corretta gestione del Blocco Operatorio, che deve prevedere:
    - funzionamento (orari, pianificazione, gestione eventi imprevisti)
    - descrizione delle responsabilità;
    - organizzazione del lavoro e gestione della lista operatoria;
    - modalità di monitoraggio della performance e audit.

2. **Identificazione e formalizzazione dei ruoli di governance aziendale**
    - Ruolo della Direzione Aziendale (Direttore Sanitario): sovrintendere a tutte le fasi del processo. Deve costituire la guida e il decisore ultimo per le questioni più cruciali, garantendo la leadership e il coinvolgimento nella razionalizzazione e nel governo del percorso;
    - Responsabile Unico Attesa prestazioni chirurgiche (RUA_chir):
        - garantire uniformità di accesso, trasparenza e utilizzo ottimale delle risorse;
        - strutturare il processo aziendale di gestione delle liste d'attesa chirurgiche;
        - monitorare il rispetto dei tempi massimi di attesa e fornire report periodici ai Direttori di Presidio e al Direttore Sanitario;
        - garantire l'aggiornamento del Regolamento aziendale e dei criteri di assegnazione delle classi di priorità;
        - migliorare l'utilizzo del sistema informatizzato (gestione informatizzata delle agende, centralizzazione delle liste, definizione dei criteri di priorità).
    - Unità di Coordinamento Aziendale Attività Chirurgica (UCA_chir):
        - formulare la strategia aziendale sulle attività chirurgiche;
        - garantire il recepimento delle indicazioni nazionali e regionali e definirne i tempi di attuazione;
        - mantenere sotto controllo risorse e investimenti necessari;
    - Gruppo Ospedaliero di Governance Chirurgica:
        - attuare operativamente le strategie definite dall'UCA_chir;
        - gestire i flussi chirurgici, sviluppare la pianificazione e programmazione sulla base della Lista di Attesa;
        - monitorare il rispetto delle regole e la qualità dei flussi informativi;
        - redigere il Regolamento di sala operatoria.

a868a66a

3. **Strumenti Operativi e Procedure da adottare:**
    - Regolamento di Sala Operatoria che deve includere sezioni su: funzionamento e orari, responsabilità, organizzazione del lavoro e gestione della lista operatoria, modalità e criteri di monitoraggio della performance;
    - Gestione Informatizzata e Centralizzata delle Liste d'Attesa: sviluppare l'utilizzo del sistema informatizzato per assicurare:
        - una gestione totalmente informatizzata delle agende di prenotazione;
        - la centralizzazione delle liste d'attesa per presidio/dipartimento/azienda;
        - la definizione dei criteri di priorità coerenti con il PNGLA;
    - Procedure aziendali per la gestione del paziente:
        - proposta di Intervento e consenso;
        - registrazione dell'assenso;
        - manutenzione della Lista d'Attesa.

8. SCADENZE

Entro il 28 febbraio di ogni anno le Aziende dovranno trasmettere alla Direzione Programmazione Sanitaria:

- la relazione annuale sulle attività avviate e inerenti il PAA, i risultati ottenuti sul rispetto delle liste di attesa e sull'efficientamento del percorso chirurgico corredata dalla relazione sull'attività del RUA_chir, UCA_chir e gruppo ospedaliero;
- aggiornamento del PAA.

a868a66a

9. GLOSSARIO

Accettazione Consapevole: espressione di assenso da parte del paziente a essere inserito in lista d'attesa, previa comprensione delle condizioni di offerta e gestione del suo caso. La data di questa accettazione coincide, di norma, con la data di iscrizione in lista.

Cabina di Regia: struttura istituita con DDR n.78 del 23 maggio 2024 per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato. Ha il compito di definire e standardizzare il percorso chirurgico e gli indicatori di monitoraggio.

DDR (Decreto del Direttore Generale): atto normativo della Direzione Generale dell'Area Sanità e Sociale.

DGR (Deliberazione della Giunta Regionale): atto normativo della Giunta Regionale, menzionato per il recepimento delle Linee di indirizzo nazionali (DGR n. 231 del 7 marzo 2023).

Gruppo Ospedaliero di Governance Chirurgica: gruppo operativo, attivato dalla Direzione Strategica a livello di singolo ospedale Hub e Spoke, con l'obiettivo di attuare operativamente le strategie definite dall'UCA_chir.

LEA (Livelli Essenziali di Assistenza): le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale e, nel contesto del documento, il Servizio Sanitario Regionale, è tenuto a garantire a tutti i cittadini.

LDA (Lista di Attesa): la lista in cui viene inserito il paziente in attesa di un ricovero/intervento programmato (RP).

PIC (Lista di Presa in Carico): lista in cui viene inserito il paziente che sta completando le valutazioni e gli approfondimenti per valutare la tipologia e l'opportunità di intervento chirurgico.

PNGLA (Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa): il piano nazionale di riferimento che fornisce le indicazioni per la gestione delle liste d'attesa, dell'accesso alle prestazioni e la definizione dei criteri di priorità e dei livelli da garantire.

Regolamento di sala operatoria: strumento fondamentale, redatto dal Gruppo Ospedaliero di Governance Chirurgica, che definisce le regole di utilizzo della risorsa Blocco Operatorio per garantirne il corretto funzionamento, il buon uso delle risorse e la sicurezza di utenti e operatori.

Ricovero Programmato (RP): ricovero in regime ordinario o day-hospital/day surgery che, in base alle condizioni cliniche, può essere programmato per un periodo successivo al momento in cui è stato rilevato il bisogno.

RUA_chir (Responsabile Unico Attesa prestazioni chirurgiche): figura aziendale formalmente identificata con la responsabilità di strutturare il processo aziendale di gestione delle liste d'attesa chirurgiche, potenziarne il controllo centralizzato e monitorare il rispetto dei tempi massimi di attesa.

SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera): documento amministrativo/sanitario, standardizzato e obbligatorio, che riassume le informazioni principali di un ricovero in ospedale compresa la registrazione della data di prenotazione del ricovero.

UCA_chir (Unità di Coordinamento Aziendale Attività Chirurgica): unità multidisciplinare il cui mandato è formulare la strategia aziendale sulle attività chirurgiche e garantire che le indicazioni nazionali e regionali siano recepite e attuate nell'organizzazione.

a868a66a

ALLEGATI

Allegato 1 - La gestione delle emergenze esterne

Nell'ambito della programmazione regionale ed aziendale è necessario definire strumenti previsionali ed attuativi utili a riprogrammare l'offerta di prestazioni elettive, ambulatoriali e di ricovero, nei casi in cui sia necessario mobilitare risorse assistenziali per affrontare emergenze catastrofiche di natura biologica e non biologica.

In prima istanza, ogni Azienda deve prevedere nel proprio Piano un coinvolgimento proattivo e sinergico delle strutture (ospedali di comunità, farmacie, CAD, ecc) e delle infrastrutture (telemedicina) di livello territoriale per ridistribuire i carichi di lavoro al fine di mantenere quanto più ampia possibile la capacità residua derivante dall'impegno delle strutture maggiormente interessate dall'iperafflusso e dall'emergenza.

Con particolare riguardo alle iniziative di riorganizzazione delle attività ospedaliere di ricovero diurno e ordinario e ambulatoriali che si rendessero necessarie allo scopo di soddisfare il potenziale incremento delle necessità di ricovero e di limitare i flussi di pazienti all'interno delle strutture di assistenza, le indicazioni generali per la riprogrammazione delle attività da considerare clinicamente differibili in base a valutazione del rapporto rischio-beneficio, differenziando i seguenti criteri generali di procrastinabilità:

NON PROCRASTINABILE:

- ricoveri in regime di urgenza (da intendersi in emergenza);
- ricoveri elettivi oncologici classe A e B;
- ricoveri elettivi non oncologici con classe di priorità A;
- ricoveri a tutela della maternità e pediatrici classe A e B.

PROCRASTINABILE:

- ricoveri elettivi non oncologici con classe di priorità B e C, con valutazione della lista di attesa in base alle caratteristiche cliniche;
- ricoveri elettivi classe di priorità D;
- ricoveri elettivi classe di priorità E.

Tali prestazioni dovranno essere riprogrammate non appena possibile: contestualmente alla sospensione è necessario riprogrammare le attività considerando tutta la rete di offerta ospedaliera, pubblica e privata accreditata.

In ordine al concetto di scalabilità delle misure da intraprendere, si suggerisce di far riferimento ad analisi multicriterio, quali quelle suggerite, per i ricoveri chirurgici, dalle Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in epoca Covid, che associano al criterio di priorità anche quello di complessità, come di seguito elencate:

Classe 1: Interventi maggiori, chirurgia oncologica e trapianti

Classe 2: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di rilievo

Classe 3: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore complessità.

a868a66a

La pianificazione dell'attività straordinaria di recupero deve, in generale, realizzarsi attraverso modalità che superino l'ottica prestazionale e privilegino l'effettiva presa in carico del cittadino garantendo la conclusione del percorso diagnostico terapeutico, incluse le fasi di follow up del post-intervento chirurgico.

a868a66a

Allegato 2 - Modello/Template - Piano attuativo aziendale

PIANO AZIENDALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA RICOVERI PROGRAMMATI
TRIENNIO 2026-2028

1. INTRODUZIONE

<In questa sezione devono essere riportati i riferimenti normativi nazionali e regionali, lo scopo e l'ambito di applicazione del piano aziendale. Le modalità operative per la gestione efficace delle liste di attesa e del percorso del paziente nel rispetto di principi guida quali appropriatezza, equità, trasparenza e qualità assistenziale.>

2. GOVERNANCE

<Descrivere la struttura di governance aziendale volta alla gestione del percorso del paziente chirurgico programmato, con indicazione dei soggetti responsabili, degli organismi di coordinamento, dei rispettivi ruoli e delle modalità di indirizzo, monitoraggio e controllo del processo, al fine di garantire omogeneità organizzativa, appropriatezza, trasparenza ed efficace utilizzo delle risorse.>

3. PERCORSO DEL PAZIENTE CHIRURGICO PROGRAMMATO

3.1. Proposta di intervento e inserimento in lista

<In questa sezione devono essere descritte le modalità di formulazione della proposta di ricovero chirurgico programmato e di avvio del percorso di inserimento in lista, specificando i soggetti abilitati, gli elementi informativi e clinici da rilevare, le modalità di acquisizione dell'accettazione consapevole del paziente e i criteri di registrazione della proposta nel sistema aziendale, al fine di garantire appropriatezza, tracciabilità e corretta decorrenza del tempo di attesa.>

3.2. Modalità di inserimento dei pazienti in Lista di Attesa (LDA)

<Indicare le modalità operative di inserimento del paziente in Lista di Attesa, specificando i presupposti clinici e organizzativi per l'iscrizione, i dati obbligatori da registrare, le responsabilità dei professionisti coinvolti e le regole di utilizzo del sistema informativo aziendale, al fine di garantire correttezza, uniformità e tracciabilità del processo.>

3.3. Modalità di inserimento dei pazienti in Lista di Presa in Carico (PIC)

<Definire le modalità di inserimento del paziente in Lista di Presa in Carico nei casi in cui l'indicazione al ricovero non sia ancora conclusivamente definita, precisando i criteri di accesso, le condizioni di permanenza, le modalità di gestione del percorso clinico-assistenziale e i criteri di uscita dalla lista, al fine di assicurare appropriatezza, presa in carico e continuità del percorso.>

3.4. Informativa al paziente

<In questa sezione devono essere descritte le modalità di informazione al paziente in merito al percorso di ricovero programmato, all'inserimento in Lista di Attesa o in Lista di Presa in Carico, alla classe di priorità assegnata, ai tempi previsti e alle modalità di gestione di eventuali rinvii,

a868a66a

sospensioni o rinunce, specificando altresì gli strumenti di tracciabilità dell'informazione e dell'accettazione consapevole.>

3.5. Attribuzione della classe di priorità d'attesa

<Fornire una descrizione delle classi di priorità A, B, C, D, E con i rispettivi tempi massimi di attesa e le modalità di rivalutazione periodica. Se presenti dovrebbero essere riportate anche le modalità e le procedure interne adottate per uniformare i criteri di attribuzione classi di priorità almeno a livello aziendale.>

3.6. Gestione e tenuta della lista di attesa

<Descrivere in questa sezione le modalità organizzative e operative per la gestione, l'aggiornamento e il controllo della Lista di Attesa dei ricoveri programmati, con indicazione dei criteri di scorrimento, convocazione, sospensione, cancellazione, ricovero e manutenzione periodica della lista, al fine di garantire equità di accesso, trasparenza, appropriatezza e tracciabilità del processo.>

3.7. Pre-ricovero

<Nella presente sezione devono essere definite le attività clinico-organizzative pre-intervento, quali anamnesi, visite specialistiche, esami preoperatori, acquisizione del consenso informato e valutazione del rischio anestesiologico, al fine di ottimizzare il percorso e ridurre ritardi o cancellazioni.>

3.8. Monitoraggio e controllo del pre-ricovero

<Rappresentare le modalità di monitoraggio e controllo del pre-ricovero, con indicazione di dati, strumenti, indicatori e verifiche di appropriatezza, al fine di garantire coerenza organizzativa e corretta gestione del percorso chirurgico programmato.>

4. LINEE DI INTERVENTO PER IL GOVERNO DELL'OFFERTA

4.1. Ambiti di garanzia

<Descrivere l'ambito di garanzia delle prestazioni, i criteri di organizzazione della rete di erogazione e le modalità di informazione e presa in carico del paziente in caso di offerta alternativa.>

4.2. Percorsi di tutela e qualità dell'assistenza ospedaliera

<Questa sezione deve riportare le modalità con cui l'Azienda garantisce percorsi di tutela, orienta il paziente verso la sede più idonea e assicura qualità dell'assistenza nel rispetto dei tempi di attesa.>

4.3. Elementi di organizzazione

<Illustrare le principali misure organizzative previste per programmare l'attività chirurgica, gestire le criticità di offerta e migliorare l'efficienza nell'utilizzo delle risorse.>

4.4. Prestazioni di chirurgia ambulatoriale

a868a66a

<In questa sezione devono essere definite le modalità di gestione delle prestazioni di chirurgia ambulatoriale, con riferimento a tempi di attesa, ambito di applicazione e criteri di prescrizione della priorità.>

5. FLUSSI INFORMATIVI E MONITORAGGIO DEL PERCORSO CHIRURGICO

5.1. Flusso informativo sui pazienti in lista di attesa e indicatori

<Riportare le modalità di raccolta e trasmissione dei dati sui pazienti in lista di attesa e i principali indicatori utilizzati per monitorare domanda, offerta e performance del sistema.>

5.2. Cruscotto di monitoraggio delle liste di attesa chirurgiche

<Indicare le modalità di utilizzo del cruscotto di monitoraggio per la verifica delle liste di attesa, il confronto tra Aziende e il supporto alla programmazione.>

5.3. Flussi informativi sugli interventi eseguiti

<In questa sezione devono essere descritte le modalità di utilizzo dei flussi sugli interventi eseguiti ai fini del monitoraggio ex post, della verifica del rispetto dei tempi di attesa e del calcolo degli indicatori di performance.>

6. INFORMAZIONE, COMUNICAZIONE E TRASPARENZA

<In questa sezione devono essere indicati gli strumenti e i canali per assicurare trasparenza e informazione puntuale ai cittadini sulle liste di attesa, i loro diritti e i percorsi di cura.>

7. DIRITTI E DOVERI DEL CITTADINO

<Questa sezione deve descrivere i diritti di accesso e tutela dei pazienti e i doveri di collaborazione e corretto comportamento durante il percorso di ricovero programmato.>

8. PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (PAA)

<Illustrare contenuti, tempi e modalità di adozione del Piano Attuativo Aziendale per l'attuazione operativa del percorso chirurgico programmato, con l'indicazione dell'assetto organizzativo, dei ruoli di governance, degli strumenti operativi e delle principali procedure aziendali necessarie alla gestione delle liste di attesa e del percorso chirurgico.>

9. SCADENZE

<In questa sezione deve essere indicato il cronoprogramma degli adempimenti, aggiornamenti e revisioni previste dal sistema regionale.>

10. GLOSSARIO

<Utilizzare questa sezione per fornire le definizioni tecniche e le abbreviazioni inserite nel documento.>

a868a66a

REGIONE DEL VENETO

Servizio Socio Sanitario Regionale
In Universum Salus

Allegato 3 - Tracciato regionale flusso pazienti in lista di attesa per intervento chirurgico

	Descrizione campo	Nome campo	Tipo campo	Lunghezza campo	Obbligatorio/facoltativo	Esempio	Note
1	Codice Azienda	Cod_az	AN	3	OBB	501	Codice da utilizzare è quello a tre caratteri utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali. (codici di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche - Anagrafica MRA fase 1)
2	Codice struttura di inserimento in lista	cod_Strut	AN	8	OBB	05050101	Il campo deve essere valorizzato con i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.11, HSP.11bis. (codici di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche). Ai sensi del decreto del Ministro della sanità 23 dicembre 1996, detto codice è composto di otto caratteri, dei quali i primi tre identificano la regione o la provincia autonoma, i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale e i rimanenti due costituiscono un ulteriore progressivo che individua il singolo stabilimento del complesso ospedaliero, secondo quanto previsto dal modello HSP11bis. Se l'istituto di cura si compone di un solo stabilimento, utilizzare il codice "00".
3	Codice disciplina	cod_dis	AN	2	OBB		Identifica la disciplina di effettiva presa in carico del paziente. E' prevista nei casi di: - reparto multidisciplinare (codice specialità 98 day surgery multidisciplinare o attività in regime di week surgery dimesso da reparto 09 chirurgia genrale) - ricovero che per motivi organizzativi non può essere effettuato in un letto fisicamente posto nel reparto di presa in carico. I codici di specialità effettiva sono quelli per i quali la struttura eroga ricoveri (tabella HSP12).
4	ID_assistito	id_Ass	AN	21	OBB	501050501013600000021	Concatenazione cod_azienda + cod struttura + codice disciplina + mmaaaa trasmissione file (eliminato, non necessario) + nn. Progressivo azienda (8 caratteri numerici)
5	Data visita o data prescrizione se visita eseguita in LP	dt_presc	data	8	FAC	12122025	ggmmaaaa
6	Tipologia prescrittore	tip_presc	AN	3	FAC	SPE	MMG/PLS/SPE
7	Motivo inserimento in lista	mot_ins	N	1	FAC	1	1 Da visita ambulatoriale SSN 2 Da ambulatorio SSN esterno Azienda 3 Da Libera Professione con successiva prescrizione "suggerita" del MMG
8	DATA PIC (dopo visita specialistica con indicazione chirurgica)	dt_PIC	DATA	8	OBB	12122025	ggmmaaaa, con inserimento diretto data PIC = data LDA
9	DATA LDA (paziente nelle effettive condizioni di essere sottoposto ad intervento chirurgico)	dt_lda	DATA	8	OBB	12122025	ggmmaaaa
10	Classe di priorità (se rivalutata inserire quest'ultima)	cl_P	AN	1	OBB	A	Per tutti i ricoveri per i quali è inserita la data di prenotazione dovrà essere compilata la classe di priorità secondo il seguente schema (Accordo Stato-Regioni 11 luglio 2002): A = Ricovero entro 30 giorni B = Ricovero entro 60 giorni C = Ricovero entro 90 giorni D = Ricovero entro 180 giorni E = Ricovero entro 12 mesi La classe di priorità non si compila per tipo ricovero "6" – parto non urgente.
11	Diagnosi principale (ICD9CM)	dia	AN	5	OBB	99630	La diagnosi principale di lista è la condizione, identificata, che è risultata essere la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche. La compilazione del campo deve essere effettuata utilizzando obbligatoriamente il codice ICD9CM di maggior dettaglio ad es. 99630 e non 996.3. Se nel corso dello stesso ricovero si evidenzia più di una condizione con caratteristiche analoghe, deve essere selezionata come principale quella che è risultata essere responsabile dell'impiego maggiore di risorse. La diagnosi principale di dimissione deve essere obbligatoriamente compilata per tutte le schede di dimissione ospedaliera e correttamente codificata utilizzando la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification: ICD-9-CM, versione 2007, dal 1° gennaio 2009). *LA CODIFICA DOVRA' ESSERE AGGIORNATA DAL 01.01/2027 IN COERENZA ALLE INDICAZIONI MINISTERIALI CHE RICHIEDONO LA NUOVA ADOZIONE DELLA CLASSIFICAZIONE ICD10 IM*
12	Intervento previsto (ICD9CM)	int	AN	4	NBB	0121	L'intervento principale deve essere correttamente codificato utilizzando la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification: ICD-9-CM, versione 2007, dal 1° gennaio 2009).
13	Data prevista ricovero	dt_prev	Data	8	FAC	12122025	ggmmaaaa
14	Data di prenotazione accettata dal paziente	dt_pren	Data	8	FAC	12122025	ggmmaaaa
15	Data pre-ricovero	dt_preric	Data	8	OBB	12122025	ggmmaaaa
16	Data in cui avviene il ricovero (Data passaggio in ADT)	dt_ric	Data	8	NBB	12122025	ggmmaaaa
17	Data cancellazione	dt_canc	data	8	NBB	12122025	ggmmaaaa
18	Regime di ricovero previsto	reg_ric	N	1	OBB	2	1 = ricovero ordinario 2 = ricovero diurno 3 = week surgery
19	Onere di ricovero previsto	on_ric	N	1	FAC		1 = ricovero a totale carico del SSN 2 = ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (differenza alberghiera) 3 = ricovero con successivo rimborso (totale o parziale) a carico del SSN 4 = ricovero senza oneri per il SSN 5 = ricovero, a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione) 6 = ricovero, a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione e differenza alberghiera) 7 = ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri provenienti da Paesi convenzionati con SSN 8 = ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza A = ricovero a carico del Ministero dell'interno di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza 9 = altro
20	Data cambio di stato	dt_ch	Data	8	OBB	12122025	ggmmaaaa
21	Cambio di stato	stato	N	1	OBB	3	1=prenotato 2=confermato 3= cancellato, 4=sospeso, 5=ricoverato se data PIC = data LDA allora stato = 2
22	Sospensione (data inizio)	dt_ini_sosp	Data	8	NBB	12122025	ggmmaaaa, **obbligatorio se cambio stato = 4**
23	Sospensione (data fine)	dt_fin_sosp	Data	8	NBB	12122025	ggmmaaaa, **obbligatorio se cambio stato = 4 + cambio stato = 1**
24	Oncologico/non oncologico	Onc_nononc	SI/NO	2	OBB	SI	1= ONCOLOGICO 2= NON ONCOLOGICO

a868a66a

Allegato 4: Informativa per inserimento in lista di attesa per ricovero chirurgico programmato

Gentile Utente

Sig/Sig.ra _____

Le confermiamo che nel corso della visita chirurgica specialistica effettuata presso la Nostra Struttura è stata posta indicazione ad un intervento chirurgico programmabile e che Le è stata assegnata una classe di priorità che fornisce le indicazioni del tempo massimo d'attesa, secondo la seguente tabella stabilita dalla DGR. n. 626 del 04 giugno 2024 (Allegato A) e valida in ciascun Ospedale della Regione del Veneto:

Classe di priorità	**Tempo d'attesa previsto**
Classe A	Entro 30 giorni dall'inserimento in lista
Classe B	Entro 60 giorni dall'inserimento in lista
Classe C	Entro 90 giorni dall'inserimento in lista
Classe D	Entro 180 giorni dall'inserimento in lista
Classe E	Entro 12 mesi dall'inserimento in lista

La data che Le è stata proposta potrebbe subire delle variazioni (in anticipo o in differimento) in base a motivi organizzativi, quali ad es. la disponibilità delle sale operatorie, di attrezzature altamente tecnologiche (es. chirurgia robotica), interventi urgenti intercorrenti o motivi clinici, ad es. variazioni del Suo stato di salute, intesi come miglioramento/peggioramento.

Classe di priorità	**Giorni di tolleranza rispetto alla data proposta**
Classe A	± 7 giorni
Classe B	± 7 giorni
Classe C	± 15 giorni
Classe D	± 30 giorni
Classe E	± 30 giorni

Le variazioni della data Le verranno tempestivamente comunicate tramite i contatti da Lei forniti al momento dell'inserimento in Lista di Attesa.

Nel corso dell'attesa per il ricovero Lei potrà comunicare eventuali variazioni del Suo stato di salute che potrà comportare una modifica della classe di priorità da parte di un Medico dell'Unità Operativa che l'ha valutata.

a868a66a

Lo scorrimento della lista di attesa segue l'ordine cronologico di inserimento in relazione alla classe di priorità assegnata, subordinato alla disponibilità di alcuni elementi, tra cui: sale operatorie, attrezzature altamente tecnologiche, posti letto per degenza ordinaria, posti letto in Terapia Intensiva (se previsto) e casistica con caratteristiche di urgenza o di maggiore priorità clinica.

Qualche giorno prima del ricovero, verrà contattato da _____ per comunicarLe la data di convocazione presso la Nostra Struttura per essere sottoposto agli esami di prericovero (ematochimici e strumentali, se necessari) e alla visita anestesiologica, se prevista.

Sospensione/rinvii

A Sua richiesta, per giustificati periodi e motivi, compatibilmente con le Sue condizioni cliniche e le indicazioni all'intervento, possono essere accordate delle sospensioni/rinvii del ricovero programmato.

Ogni richiesta di sospensione/rinvio deve essere tempestivamente comunicata al _____.

La sospensione o il rinvio non determinano una cancellazione dalla lista di attesa, ma i giorni di sospensione non vengono considerati nel calcolo complessivo del tempo di attesa per la classe di priorità.

Cancellazione dalla lista di attesa

La cancellazione dalla lista di attesa potrà avvenire per i seguenti motivi:

- espressa rinuncia da parte Sua, comunicata a _____;
- irreperibilità telefonica (per almeno 3 volte in giorni ed orari diversi) o via mail, ai recapiti forniti in fase di contatto con la Struttura Sanitaria;
- inserimento in altra lista di attesa per medesimo intervento o erogazione dello stesso presso altra struttura o in regime di urgenza;
- motivi clinici.

La rinuncia per Sua volontà comporterà il pagamento, se dovuto, della spesa sostenuta dal SSR per gli accertamenti eventualmente eseguiti durante il prericovero.

La cancellazione Le verrà tempestivamente comunicata mediante i contatti da Lei forniti.

I pazienti che escono dalla lista di attesa per cancellazione o rinuncia possono essere nuovamente reinseriti in Lista di Attesa esclusivamente a seguito di una nuova visita specialistica.

a868a66a

Allegato 5: Conferma di prenotazione (Modulo aziendale)

Egr. Sig. NOME COGNOME

INDIRIZZO

CAP – RESIDENZA

CONTATTI n. telefono / mail

In data _____ alle ore _____ Lei è stato/a inserito nella lista di attesa della Nostra Struttura nel Reparto di _____ per essere sottoposto/a ad intervento chirurgico di _____ per il quale Le è stata assegnata la Classe di Priorità _____.

Un Nostro Operatore La contatterà ai recapiti indicati per confermarLe la data dell'intervento, previsto per il _____.

Si comunica che l'intervento potrebbe essere ricollocato in altre date, per le motivazioni riportate nella NOTA INFORMATIVA PER INSERIMENTO IN LISTA DI ATTESA PER RICOVERO CHIRURGICO PROGRAMMATO di cui si raccomanda di prendere visione.

Si prega di verificare la correttezza dei dati anagrafici e dei contatti riportati sul presente modulo.

Firma del paziente (o del tutore legale)

per presa visione e accettazione _____

a868a66a

Allegato 6: Criteri di cancellazione dalla Lista d'Attesa (LdA) chirurgica programmata

La cancellazione dalla Lista di Attesa avverrà nei seguenti casi:

- espressa rinuncia all'intervento chirurgico (vedi punto 1);
- errori materiali di registrazione, effettivamente verificati (es. inserimenti doppi);
- irreperibilità del paziente (vedi punto 2);
- inserimento in altra lista di attesa per medesimo intervento o erogazione dello stesso presso altra struttura o in regime di urgenza;
- motivi clinici;
- decesso.

Il paziente cancellato può accedere a una nuova prenotazione di intervento chirurgico solo dopo rivalutazione clinica, iniziando un nuovo iter di immissione in lista.

1. Rinuncia

Condizione in cui il paziente, in qualsiasi momento, per sua libera e irrevocabile scelta, non intenda effettuare l'intervento chirurgico; ne consegue la cancellazione dalla lista di attesa. La rinuncia deve essere formalizzata dal paziente (es. mail, lettera scritta...) e tracciata nella documentazione clinica. La comunicazione della rinuncia deve essere trasmessa all'ufficio competente nel caso in cui il paziente abbia eseguito degli accertamenti in pre-ricovero.

2. Irreperibilità

La cancellazione a seguito di irreperibilità del paziente verrà effettuata dopo 3 chiamate ai numeri di telefono comunicati dal paziente e annotati nella prenotazione, effettuate in giorni e orari diversi, e ogni qualvolta possibile, via e-mail. Date e orari delle chiamate devono essere tracciati nella documentazione clinica, così come la copia della comunicazione via e-mail, quando avvenuta.

3. Dilazione data intervento per motivi non clinici

Qualora la richiesta del paziente di posticipare l'intervento per motivi non clinici generi un ritardo superiore ai 30 giorni per le classi A e B e di 60 giorni rispetto alla data massima prevista dallo standard per le altre priorità, si informa il paziente che tale richiesta comporterà la cancellazione dalla lista. Ad avvenuta cancellazione seguirà avviso formale. La data e l'orario della chiamata devono essere tracciati nella documentazione clinica, così come deve essere conservata copia della comunicazione via e-mail, quando avvenuta.

Comunicazione: modalità e tempistiche degli avvenuti contatti (telefonate, e-mail) devono essere tracciate nella documentazione clinica. Alla cancellazione dalla lista di attesa deve seguire, laddove possibile, una comunicazione telefonica e/o via mail al paziente relativa all'avvenuta rimozione e alla modalità per richiedere un eventuale reinserimento in lista.

a868a66a

Allegato 7: Versione semplificata per la presentazione del Piano

Il percorso del Ricovero Chirurgico Programmato

Gentile Paziente,

Questo documento illustra in modo semplice il percorso che seguirà per il suo Intervento Programmato (RP), ovvero un ricovero ordinario o diurno fissato in un momento successivo rispetto alla visita specialistica, in base alle sue condizioni cliniche.

L'obiettivo principale è quello di garantirle equità di accesso, qualità e sicurezza delle cure chirurgiche.

1. Inserimento nella Lista di Attesa

La Proposta di Intervento: il percorso inizia con la visita del medico specialista. Dopo aver valutato le sue condizioni, lo specialista decide che l'intervento è necessario e propone il ricovero.

Accettazione Consapevole: prima di essere inserito in lista, lei riceverà tutte le informazioni necessarie sulle modalità di gestione del suo caso (tempi, modalità, ecc.). Il suo assenso, chiamato "Accettazione Consapevole", è fondamentale per la registrazione in lista di attesa e l'avvio delle fasi successive.

Data di Inizio dell'Attesa: il calcolo del tempo di attesa inizia dalla data della sua Accettazione Consapevole (di norma, coincide con la data della visita specialistica).

Classe di Priorità: lo specialista le assegnerà una classe di priorità (ad esempio, Classe A, B, C, D, E) in base alla gravità della sua condizione clinica. Questa classe definisce il tempo massimo entro il quale l'attesa non dovrebbe compromettere il suo quadro clinico.

2. Gestione della Lista e Convocazione

Gestione centralizzata: la sua posizione sarà gestita in una lista d'attesa informatizzata a livello aziendale, per garantire trasparenza e l'uso ottimale delle risorse.

Manutenzione della lista: la lista viene costantemente aggiornata per assicurare che rispecchi le reali necessità dei pazienti.

La convocazione: sarà chiamato per il ricovero secondo l'ordine di priorità e cronologico stabilito.

Pre-ricovero: prima della data dell'intervento, seguirà un percorso di pre-ricovero per effettuare tutti gli esami e le visite necessarie a prepararla all'operazione.

3. I Suoi Diritti

Il Servizio Sanitario Regionale si impegna a garantirle i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e un percorso chirurgico programmato che sia:

- Sicuro: con protocolli e procedure che minimizzano i rischi.
- Di qualità: grazie a un'organizzazione che coinvolge specialisti e professionisti dedicati.

a868a66a

- Trasparente: con informazioni chiare e un monitoraggio continuo dei tempi di attesa.

In caso di domande o necessità di chiarimenti, è importante rivolgersi sempre alla struttura sanitaria di riferimento a questi riferimenti:

[compilazione a carico dell'Azienda]

Regione del Veneto

Servizio Socio Sanitario Regionale
In Universum Salus

Liste d'Attesa Chirurgiche: Come Cambia il Percorso del Paziente

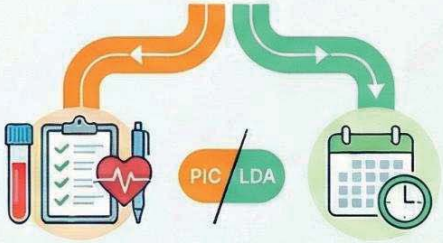
Regione Veneto: Un percorso standardizzato per efficienza, equità e trasparenza negli interventi chirurgici programmati.

1. La Presa in Carico



Il percorso inizia con la visita specialistica.

Il medico valuta la necessità dell'intervento e propone l'inserimento in lista.



Presa in Carico (PIC)

Per chi deve completare esami o terapie prima di confermare l'intervento.

Lista d'Attesa (LDA)

Per chi è clinicamente pronto per l'operazione; da qui parte il calcolo dei tempi massimi.

2. L'Attesa Gestita e Trasparente



Il "Percorso di Tutela" garantisce il rispetto dei tempi.

Se la struttura scelta ha tempi lunghi, ti verranno proposte alternative per rispettare la priorità.

Priorità Clinica & Tempo Massimo di Attesa





Monitoraggio costante con un cruscotto regionale.

Un sistema digitale contralizzato monitora l'andamento delle liste per garantire trasparenza ed efficienza.

3. Verso l'Intervento



La fase di Pre-Ricovero.

Un percorso dedicato per eseguire tutti gli esami e le visite necessarie prima dell'operazione.



Convocazione e ricovero.

Verrai contattato per comunicare la data definitiva dell'intervento e del ricovero.

Regole chiare per sospensione e cancellazione.

È possibile sospendere l'attesa per motivi personali o clinici, secondo limiti di tempo precisi.

a868a66a

Allegato 8: Gruppo di lavoro

Nome e cognome	Ente di appartenenza
Romina Cazzaro	Regione del Veneto
Ambra Marin	Azienda Zero
Alessio Puppato	Azienda Zero
Fabiola Guasti	Azienda Zero
Roberto De Gobbi	Azienda Zero
Giacomo Longo	AULSS 1 Dolomiti
Marzio Milana	AULSS 2 Marca Trevigiana
Paolo Zanatta	AULSS 2 Marca Trevigiana
Chiara Berti	AULSS 1 Dolomiti
Elena Momesso	AULSS 4 Veneto Orientale
Andrea Sanna	AULSS 5 Polesana
Milvia Marchiori	AULSS 6 Euganea
Sira Bizzotto	AULSS 4 Veneto Orientale
Cristiano Finco	AULSS 8 Berica
Monica Briani	AULSS 5 Polesana
Denise Lista	AULSS 9 Scaligera
Dimitri Chiacchini	AULSS 9 Scaligera
Paola Caielli	Azienda Ospedale-Università di Padova
Deris Gianni Boemo	Azienda Ospedale-Università di Padova
Piersandro Sette	Azienda Ospedaliera Universitaria di Verona
Rosaria Cacco	Istituto Oncologico Veneto IRCCS

a868a66a



a868a66a