

Asp 7 Ragusa
Direttore Generale
Maurizio Aricò

09/06/2016

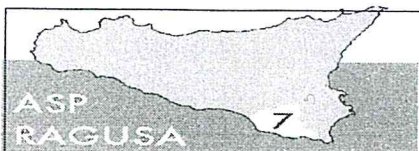
Pag. 1 a 20

Gestione digitale delle agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili

INDICE DELLE EDIZIONI - REVISIONI

N°	DATA	DESCRIZIONE	SEZIONE VARIATA	PAGINE VARIATE
1	09/06/2016	Prima emissione	tutte	tutte
2				

Redazione / Aggiornamento		Verifica / Approvazione		Autorizzazione alla diffusione	
01/06/2016	<i>Claudia Barbarossa Giuseppe Patriarca Giancarlo Cappello Nunziatina Cosentino Massimo Iacono Angelo Costa</i>		Direttore Sanitario Aziendale		Direttore Generale



Premessa

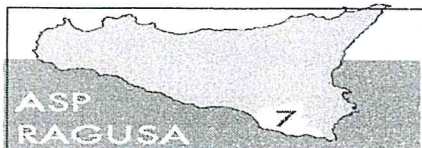
La garanzia del diritto alla salute del cittadino si articola in diversi livelli. Da un lato è certamente essenziale che il cittadino trovi una risposta in emergenza (sia essa reale o percepita), con prestazioni che vanno dalla accoglienza in Pronto Soccorso alla accessibilità ad interventi medici o chirurgici che ne rappresentino la prosecuzione diretta. D'altro canto, il paziente che sviluppa un bisogno, percepito o reale, di una prestazione diagnostica ed eventualmente terapeutica, ha il diritto di accesso a prestazioni appropriate ed efficaci in un tempo ragionevole. L'impossibilità di vedere esaudito uno di questi bisogni configura una domanda di salute non soddisfatta: questa potrà sfociare inizialmente in manifestazioni di malcontento o insofferenza verso la c.d. "malasanità"; ne potranno scaturire iniziative individuali che cerchino la risposta a queste domande in ambito privatistico. Questo meccanismo genererà inevitabilmente discriminazioni di soggetti che hanno disponibilità a spese aggiuntive "out of pocket" da altri che dovranno soccombere, rinunciando all'esercizio di un diritto sancito costituzionalmente.

L'azienda sanitaria, istituzionalmente preposta a questa attività per la collettività, dovrà garantire l'efficacia della azione (che si traduce nella capacità di dare accesso alle prestazioni richieste), la sua efficienza (puntando a prestazioni di qualità seppure in un'ottica di economia che ne garantisca la sostenibilità); elemento non secondario in questo dibattito sarà la capacità aziendale di manifestare l'equità del suo operato, nei confronti dei cittadini, testimoniandola attraverso la massima trasparenza di percorsi, procedure ed esiti.

La normativa nazionale e regionale ha inteso sancire questi concetti in alcuni atti di riferimento. Si riconosce al cittadino non soltanto il diritto a ricevere le prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza (LEA) secondo una corretta modalità assistenziale ma anche ad usufruirne in un tempo massimo pre-determinato (DPCM 16.04.2002).

Il DM 8 luglio 2010 ha previsto, inoltre, l'inserimento nelle SDO, della data di prenotazione e della classe di priorità, quale preciso adempimento finalizzato a favorire l'accesso ai finanziamenti a carico dello stato.

Le tecniche informatiche offrono la opportunità alla azienda di offrire strumenti di governo e di garanzia tra cui un registro informatizzato, monitorato dal Direttore Medico di Presidio o da un



suo delegato, soprattutto per quanto riguarda gli indicatori di alcune aree specifiche, previsti dal Piano Regionale di Governo dei tempi di Attesa, suddivise tra prestazioni in day hospital/day surgery e prestazioni in ricovero ordinario.

Strumento di attuazione degli indirizzi anticorruzione

Nel quadro dell'attività legislativa che, negli ultimi anni, ha riguardato la riorganizzazione della pubblica Amministrazione nel suo complesso, rilievo centrale assume indubbiamente la legge 6 novembre 2012, n. 190, con la quale è stato introdotto, nel nostro ordinamento, un sistema organico di prevenzione della "corruzione" - nel senso di ogni ipotesi di malfunzionamento della P.A. determinato da un uso scorretto del potere in quanto orientato a fini privati-. Tale sistema mira ad affrontare detto fenomeno con un approccio innovativo, non limitato all'aspetto della repressione penale (pur contemplato), ma assai esteso dalle politiche di prevenzione e di trasparenza; alla riorganizzazione delle pubbliche Amministrazioni.

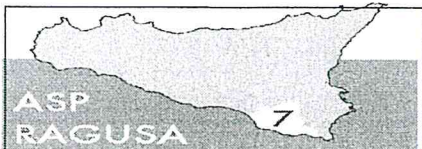
In base alla legge 190/2012 la prevenzione va attuata innanzitutto attraverso un'attività di pianificazione e di controllo, con un modello di programmazione che prevede di coinvolgere tutte le articolazioni di governo, fondato su quattro essenziali punti: trasparenza, formazione, codici di comportamento e analisi del rischio.

Ruolo fondamentale, in tale modello, è attribuito al Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.), che assicura il coordinamento delle strategie nazionali ed internazionali di prevenzione della corruzione nella P.A, i cui strumenti sono aggiornati ed adeguati, con cadenza periodica.

Dopo il varo del primo Piano Nazionale 2013-2016, approvato con la deliberazione n. 72/2013 dalla Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni pubbliche (C.I.V.I.T.) è stato disposto l'aggiornamento dello stesso con determinazione n. 12 del 28.12.2015 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.), oggi competente a seguito del d.l. n. 90/2014, convertito con l. n. 114/2014.

Con il suddetto aggiornamento del PNA è stata introdotta una parte dedicata espressamente alla sanità, frutto del lavoro dell'apposito Tavolo tecnico istituito fra A.N.A.C., Ministero della Salute e l'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS).

E' infatti emersa la necessità di dotare l'Aggiornamento al PNA di un approfondimento dedicato al



settore sanitario, viste le relative specificità, al fine di fornire gli strumenti di lettura della complessità del sistema, delineare e individuare le aree maggiormente esposte al rischio di corruzione e le relative misure preventive, allo scopo fondamentale di salvaguardare le competenze e le capacità professionali, contrastando efficacemente i comportamenti corruttivi.

Risk management e "rischio corruzione"

L'ANAC ha fornito una serie di indicazioni specifiche circa la gestione del rischio nell'ambito sanitario.

Il concetto di "rischio" in ambito sanitario, in senso tecnico, è essenzialmente collegato alle conseguenze negative prodotte da errori che si manifestano nel processo clinico assistenziale.

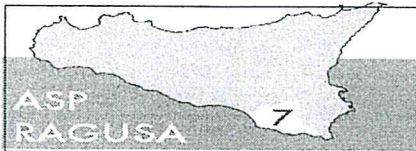
Il suddetto concetto di rischio è quindi strettamente connesso al concetto di Risk management quale processo che, mediante studio ed analisi dell'errore porta ad individuare le cause dell'errore e a monitorare le misure dirette alla sua prevenzione e per quanto possibile eliminazione o riduzione.

Precisato questo concetto va tuttavia rammentato come talvolta possa esistere una stretta correlazione tra rischio in ambito sanitario e rischio di corruzione, quando il primo sia un effetto del secondo, ovvero ogni qualvolta il rischio in ambito sanitario sia la risultante di comportamenti di "maladministration" in senso ampio.

In tal senso, l'alterazione delle liste di attesa, nel provocare un differimento "volontario" dei tempi di erogazione di prestazioni a più elevato indice di priorità, può certamente determinare ripercussioni sullo stato di salute del paziente destinatario di tali prestazioni.

Si evidenzia che l'attività libero professionale in particolare per quel che concerne il sistema di gestione delle liste di attesa e la trasparenza delle procedure di gestione delle prenotazioni e di identificazione dei livelli di priorità delle prestazioni, è un'area a rischio in ordine a possibili comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o di profitti indebiti, a svantaggio dei cittadini.

Lo stesso presidente dell'ANAC, Dott. Raffaele Cantone, in occasione della prima giornata nazionale contro la corruzione in sanità, tenutasi il 06/04/2016, ha affermato che *"..contro la*



corruzione nella sanità abbiamo messo in campo strumenti nuovi, abbiamo fatto delle linee guida ed individuato gli snodi su cui intervenire: primo fra tutti quello delle liste di attesa, ma anche gli ambiti legati alle aziende farmaceutiche e persino, ad esempio, la gestione delle sale mortuarie”..

“Sarebbe bello – evidenza Cantone - che le liste d'attesa potessero essere trasparenti, ma ciò è molto difficile, perché ci sono in gioco i valori della privacy. Dobbiamo però intervenire e fatti come quello di Salerno (dove sono stati effettuati arresti per mazzette sulle liste di attesa) mi inquietano”. Per questo nel "nostro piano anticorruzione - evidenza Cantone – abbiamo indicato le liste di attesa proprio come una delle maggiori criticità”. Bisogna “creare nella sanità 'anticorpi anticorruzione', a partire dagli operatori”.

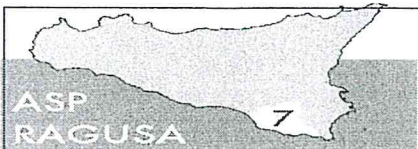
In tale contesto, l’informatizzazione delle liste di attesa si configura certamente quale valida e congrua misura di contrasto. Nell’ambito della programmazione del software di riferimento, infatti, nel tenere in debita considerazione le cennate criticità, è stato previsto un accesso dedicato con password individuale al fine di consentire una piena tracciabilità di tutte le attività.

Obiettivo generale

Istituire un sistema standardizzato ed informatizzato di gestione delle agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili, dalla fase di prenotazione alla gestione delle liste, individuando criteri che tengano conto dei principi di appropriatezza e di priorità clinica, che permettano di rendere trasparente il processo secondo criteri di accessibilità, equità e trasparenza a tutela dei diritti dei pazienti.

1. Obiettivi Specifici

- Istituire un “Registro di Prenotazione informatizzato” per i ricoveri ordinari (programmati), DH e Day-Service;
- Garantire la massima trasparenza al cittadino;
- Standardizzare ed omogeneizzare la tenuta e compilazione del “Registro di Prenotazione informatizzato”;
- Monitorare i tempi di attesa coerentemente alle classi di priorità;



- Conoscere qualitativamente e quantitativamente le liste d'attesa, attraverso dei monitoraggi semestrali ed annuali;
- Implementare e monitorare degli indicatori standard di processo e di risultato.

2. Ambiti di applicazione

La presente procedura si applica in tutti i casi di ricovero programmato, sia in regime ordinario che in regime di day-surgery e day-service, nelle UU.OO. dei Presidi Ospedalieri dell'ASP di Ragusa.

3. Responsabilità

Direzione Medica di Presidio

È responsabile del monitoraggio, in accordo con la normativa vigente, degli indicatori previsti dal piano nazionale per il contenimento dei tempi di attesa. Svolge inoltre, il compito di vigilare e verificare sul rispetto dei principi di equità, trasparenza ed efficienza, compresi gli aspetti applicativi della priorità di accesso. In garanzia, custodisce le linee guida dipartimentali o di unità operativa, relativamente alle patologie con priorità.

Direzione C.E.D.

È responsabile della manutenzione evolutiva e correttiva del software, per renderlo allineato alle disposizioni nazionali e regionali. Fornirà assistenza tecnica remota sull'uso delle nuove funzionalità specie nelle fasi di avvio, provvedendo affinché sussistano le condizioni hardware e di rete necessarie alla corretta fruizione del software. Fornirà agli attori aziendali autorizzati, gli strumenti per un corretto monitoraggio degli indicatori previsti.

Direttore di Dipartimento

I Direttori dei Dipartimenti di pertinenza, di concerto con i Direttori delle UU.OO. specialistiche afferenti all'area dipartimentale, elaboreranno delle linee guida interne relativamente alle patologie con priorità, che faranno parte integrante dei criteri di gestione delle liste di attesa, copia dei quali saranno consegnati alla Direzione Medica di Presidio di riferimento.

Direttore di Unità Operativa

È responsabile della pianificazione e programmazione dei ricoveri nel rispetto dei principi di equità, uguaglianza ed imparzialità. Delega un suo collaboratore di seguito denominato preposto, alla corretto utilizzo del programma. In carenza di procedure dipartimentali è responsabile dell'individuazione di un sistema di criteri, esplicito e documentato, per l'assegnazione delle priorità ai pazienti in lista di attesa.

Valuta periodicamente la sensibilità e specificità dei criteri utilizzati per l'attribuzione delle diverse classi di priorità. E' responsabile delle valutazioni periodiche (riesame della procedura) e dell'attivazione di eventuali azioni correttive qualora si verificano scostamenti significativi rispetto agli standard previsti dalla norma ed a quanto regolamentato dalla seguente procedura.

Preposto all'inserimento in lista (Medico Specialista ospedaliero) ed alla chiamata dei pazienti (Coordinatore Professione Sanitarie o duo delegato)

È responsabile della corretta gestione del programma, coerentemente alle indicazioni contenute nella presente procedura e secondo le direttive impartite dal Direttore di U.O.

È identificato nella figura del medico specialista per la procedura di inserimento in lista (così come previsto dal Progetto nazionale tempi di attesa) e nel coordinatore delle professioni sanitarie o suo delegato in caso di assenza, alla chiamata del paziente secondo le regole di seguito determinate.

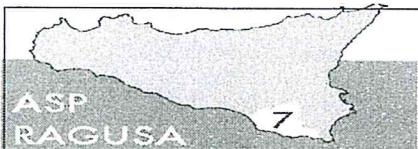
Altri preposti possono essere identificati ed autorizzati dal Direttore di U.O. esclusivamente per la chiamata dei pazienti.

4. Definizione dei criteri di priorità

La direzione di ogni U.O. è responsabile della classificazione in quattro classi di priorità per le maggiori e più frequenti patologie trattate.

La classe di priorità viene definita sulla base di parametri che comprendono anche:

- condizione clinica e natura della patologia;
- presenza di dolore e/o deficit funzionale e/o altre complicanze previste per il tipo di patologia;



- condizioni particolari che, indipendentemente dal quadro clinico, che il paziente sia trattato in un tempo prefissato, queste saranno esplicitamente dichiarate dal medico che compila la scheda di proposta di inserimento in lista.

L'elenco dei pazienti in lista è aggiornato quotidianamente grazie a un ricalcolo automatico che tiene conto della classe iniziale assegnata dal medico, del tempo trascorso e della rivalutazione clinica associata a eventuale aggravamento. Sono 4 le classi che, nel rispetto delle direttive definite a livello di conferenza Stato - Regioni del luglio 2002, vengono considerate dall'algoritmo implementato nel modello. A ognuna di esse (A, B, C e D) corrisponde un tempo massimo d'attesa, rispettivamente, di 30, 60, 180 e 360 giorni, così come esplicitato nella tabella sottostante

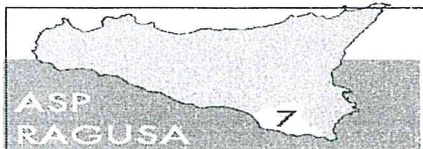
Classi di priorità
Classe A (ricovero entro 30 giorni) Condizioni che possono aggravarsi al punto da diventare emergenti, o comunque arrecare grave pregiudizio alla prognosi.
Classe B (ricovero entro 60 giorni) Condizioni che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, né possono, per l'attesa, arrecare grave pregiudizio alla prognosi.
Classe C (ricovero entro 180 giorni) Minimo dolore e/o disfunzione o inabilità, senza tendenza ad aggravarsi; non possono, per l'attesa, arrecare grave danno alla prognosi.
Classe D (ricovero entro 12 mesi) Assenza di dolore, disfunzione o inabilità.

5. Modalità di accesso alla prenotazione

Il ricovero ordinario per patologie il cui trattamento non riveste carattere d'urgenza può avvenire su proposta del MMG/PLS, dello Specialista Ospedaliero o da altro medico di fiducia del cittadino.

- Il MMG/PLS propone il ricovero e invia il paziente al medico ospedaliero il quale effettua una valutazione specialistica.

Sulla base della valutazione clinica il medico ospedaliero decide il regime di ricovero (ordinario, urgente) e il corretto setting assistenziale (ordinario, DH, DAY SURGERY, DAY SERVICE) e provvede



all'inserimento del paziente in lista di prenotazione in coerenza ai criteri di priorità, informando altresì il paziente dei tempi di attesa previsti in virtù della classificazione assegnata (classe di priorità) ed i tempi di attesa medi per il ricovero. Il medico che esegue la visita, **sia in regime istituzionale** che in quello **libero-professionale**, procede direttamente all'inserimento dei dati richiesti nel software aziendale "Websanity".

5.1 Proposta di ricovero

Il medico ospedaliero, preposto all'accettazione della richiesta di ricovero, verifica la proposta del medico di MMG/PLS, valutandone l'appropriatezza relativamente all'effettiva presenza del problema segnalato (*valutazione clinica*), pertinenza al regime di ricovero (*valutazione organizzativa*) e pertinenza strutturale (*idoneità della struttura in relazione a tecnologie, risorse, competenze ecc*); è titolare/responsabile dell'eventuale scelta di riassegnare un diverso codice di priorità, in base alle risultanze della valutazione.

Il modello gestionale prevede che, al momento della visita iniziale, il medico specialista stabilisca una valutazione sullo stato del paziente in base a parametri oggettivi, coerenti alle priorità enunciate nelle linee guida di dipartimento/reparto descritte nel capitolo 3 "responsabilità", attraverso i quali si stabilisce la posizione in lista del paziente e il tempo massimo d'attesa.

Al fine di garantire la massima tracciabilità dei processi, è previsto l'inserimento nel programma del medico prescrittore (*nome e cognome*), il tipo di percorso/intervento previsto (*diagnostico, terapeutico, chirurgico, riabilitativo*) e le modalità di accesso (*visita in ambulatorio divisionale, prescrizione di specialista esterno, attività libero professionale*).

Il medico che effettua la visita specialistica è responsabile della proposta di ricovero che ne deriva, del corretto inserimento del paziente in lista di prenotazione in coerenza ai criteri di priorità, informando altresì il paziente dei tempi di attesa previsti in virtù della classificazione assegnata ed i tempi di attesa medi per il ricovero. Il medico che esegue la visita, sia in regime istituzionale che in attività libero-professionale, inserirà la prenotazione di ricovero direttamente nel software aziendale "Websanity", consegnando a registrazione effettuata, gli estremi della prenotazione con l'identificativo numerico "numero di prenotazione". La stessa ha anche la funzione di informare il MMG/PLS, tramite il paziente, quando è richiesta la proposta di ricovero su ricettario SSR.

6. Registro di prenotazione informatizzato

All'interno del portale aziendale "Websanity" è presente un link denominato "Prenotazione", dove inserire i dati relativi ai pazienti da prenotare per ricoveri programmati, in regime ordinario, Day Hospital - Day Surgery e Day Service.

Il software aziendale "Websanity" accetta 2 canali di inserimento del ricovero:

1. Ricoveri urgenti

- a) l'operatore può inserirli direttamente senza effettuare prima una prenotazione;

2. Ricoveri programmati

Necessaria e obbligatoria una prenotazione, in cui vengono registrati le seguenti informazioni:

1. inerenti il paziente:

Informazioni inerenti il paziente	
a	Nome e Cognome
b	Codice Fiscale
c	Sesso
d	Data di Nascita
e	Residenza
f	Email e Numero telefono
g	Persona da informare o Caregiver
h	Diagnosi o sospetto diagnostico
i	Classe di priorità
j	Note cliniche particolari

2. di natura gestionale

Informazioni Gestionali	
k	Nome del medico specialista prescrittore (automaticamente inserito in default in virtù dell'accesso con password)
l	Tipo di percorso/intervento previsto (diagnostico, terapeutico, chirurgico,



	ecc)
m	Data di prescrizione della richiesta da parte del prescrittore
n	Data registrazione del paziente nell'agenda di prenotazione
o	Motivi eventuale esclusione/cancellazione, anticipazione o spostamento della lista
p	Modalità di accesso (visita ambulatoriale divisionale, prescrizione di specialista esterno, visita al PS, visita ALPI

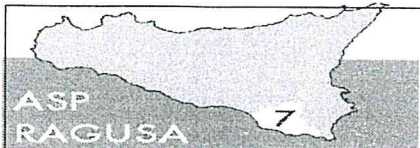
I preposti, così come definito nel paragrafo 3, sono accreditati all'utilizzo del software, nonché alla corretta digitazione di tutti i campi previsti. Il programma prevede un accesso con password e nome utente, consentendo di avere la massima tracciabilità e trasparenza relativamente alle responsabilità delle operazioni effettuate.

Il sistema prevede la completa tracciabilità per tutte le operazioni con valenza medico-legale, permettendo quindi, nell'eventualità di modifiche e correzione della lista, di tracciare l'operatore che effettua le modifiche. L'eventuale necessità di apportare modifiche e correzioni, verranno tempestivamente tracciate dal sistema, permettendo di avere un'immediata conoscenza, in una visione di trasparenza, dell'operatore che ha variato l'ordine di priorità.

I criteri di scorrimento della lista sono:

- 1) ordine progressivo;
- 2) non risposta alla chiamata;
- 3) non disponibilità del paziente;
- 4) codice di priorità clinica/socio-sanitaria;

Ad inserimento in lista avvenuto, le schede di proposta ricovero vengono archiviate e conservate per 5 anni.



7. Rispetto del "Diritto di Accesso"

Per garantire la massima trasparenza al cittadino, effettuato l'inserimento in lista d'attesa, verrà consegnato al paziente un modulo contenente un numero di prenotazione, anagrafica del paziente, diagnosi, regime di ricovero (ordinario, DH, e Day Service), codice di priorità clinica e U.O. di prenotazione, con le seguenti avvertenze:

- a) In caso di "non risposta" alla convocazione telefonica/email in tre giorni lavorativi consecutivi, verrà chiamato il paziente successivo.
- b) Se il paziente è impossibilitato al ricovero per problemi intercorrenti verrà fatto slittare in relazione alle priorità presenti nella lista ed alla certificazione delle motivazioni che impediscono il ricovero.
- c) Se il paziente rifiuta il ricovero perde il diritto alla prenotazione ed alla priorità acquisita, che viene annullata.

Sul sito aziendale è pubblicata una pagina aggiornata in tempo reale dove per ciascuna U.O. e regime di ricovero, verrà evidenziata la priorità del prossimo paziente da chiamare e la possibilità da parte del paziente in lista di consultare, attraverso l'inserimento del proprio numero di prenotazione, della propria priorità e visualizzare le eventuali altre informazioni registrate a suo carico che possono influire nel regolare scorrimento della lista, quali ad esempio le telefonate inevase o le eventuali sospensioni dalla lista richieste, garantendo ovviamente la privacy e l'anonimità del paziente.

Ciascun paziente può quindi, consultare la propria posizione in lista e stimare la chiamata per la prestazione, nel rispetto delle norme sulla privacy.

Il software in uso, calcola automaticamente una graduatoria in base alla seguente formula: (numero di giorni tra data di prenotazione e data attuale)* 1/(30|60|180|365); ha priorità chi ha il coefficiente più alto. In fase di recall del paziente è possibile tracciare le telefonate inevase e l'eventuale sospensione dalla lista richiesta dal paziente.

In fase di accettazione il software consente, senza segnalazioni, il ricovero dei primi pazienti in lista la cui priorità ricade all'interno di un range "non sospetto", dove cioè il ricoverare l'uno o l'altro può essere dettato esclusivamente da motivi di natura organizzativa; viceversa se la differenza tra

la priorità del primo in lista e di quello che si sta ricoverando supera questo range, sarà necessario annotare in un campo definito la motivazione dell'anticipazione o spostamento in lista.

8. Modifica dell'ordine di priorità

Qualora si modifichino le condizioni cliniche del paziente (formalizzato dallo specialista), oppure il paziente intenda rinviare l'intervento per motivi personali, è possibile apportare modifiche all'ordine di priorità.

L'ordine progressivo può essere superato da criteri di gravità clinica o socio-sanitaria, riepilogati nel paragrafo "4. Definizione dei criteri di priorità".

Qualora si determinassero altre necessità di scorrimento della lista, superando l'ordine progressivo, è necessario trascrivere nell'apposito campo "note" le motivazioni che hanno prodotto la modifica dell'ordine di priorità.

Il sistema rende tracciabile questo processo, considerato l'accesso dedicato e riservato ai preposti.

9. Pulizia delle liste

Periodicamente, con una cadenza massima semestrale, viene effettuata una pulizia periodica della lista da parte del personale delegato alla tenuta del registro e/o di altro personale appositamente delegato.

L'esito della verifica è registrato su apposito modulo, firmato dall'operatore che ha preso contatto con il paziente e firmato dal direttore di U.O.

10. Rinunce e rinvii

Qualora il paziente chiamato rinunci o rinvii volontariamente l'intervento dopo essere stato inserito in lista, il sistema renderà tracciabile tale processo all'interno del programma, ma anche in una visione di trasparenza al cittadino secondo le modalità previste nel capitolo 7 "Diritto di Accesso".

Per i rinvii entro 90 giorni il paziente rientra in lista in una posizione che tenga conto della sua posizione originaria. Per rinvii oltre i 90 giorni è necessario ri-effettuare una nuova prenotazione.

11. Tempi e Fasi di attuazione

Nella tabella sottostante il riepilogo delle attività e tempistica, per struttura di riferimento.

<i>struttura</i>	<i>attività</i>	<i>tempi</i>
CED	Formazione Direttori, Coordinatori Professioni Sanitarie UU.OO. e Direzioni Mediche di Presidio	Entro 60 giorni dall'adozione della presente procedura
	Abilitazione alla visualizzazione ed estrapolazione dei report Direttori e Coordinatori Sanitari UU.OO., Direttori e Coordinatori Direzioni Mediche di Presidio	Entro 30 giorni dall'adozione della presente procedura
Direttori di Dipartimento o Direttori di UU.OO.	Individuazione ed elaborazione di un sistema di criteri, esplicito e documentato, per l'assegnazione delle priorità ai pazienti in lista di attesa.	Entro 30 giorni dall'adozione della presente procedura
	Trasmissione dei criteri sopra evidenziati alla Direzione Medica di Presidio	Entro 30 giorni dall'adozione della presente procedura
	Segnalazione aggiornamento o anomalie software	Al bisogno
	Inserimento in lista informatizzata di tutti i pazienti presenti nelle agende di prenotazione	Entro 60 giorni dall'adozione della presente procedura

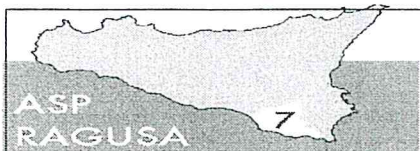


	Monitoraggio indicatori di competenza previsti nel capitolo 13	Vedi capitolo 13
Direzione Medica di Presidio	Costituzione di un archivio generale dei "criteri per l'assegnazione delle priorità ai pazienti in lista di attesa" elaborati dai capi dipartimento o direttori di UU.OO.	Entro 30 giorni dall'adozione della presente procedura
	Monitoraggio indicatori di competenza previsti nel capitolo 13	Vedi capitolo 13
	Relazione annuale dei "determinanti" delle liste di attesa, nei presidi ospedalieri di riferimento	Entro 1 anno dall'adozione della presente procedura

12. Monitoraggio ed Indicatori

Nella tabella sottostante il riepilogo degli indicatori da monitorare:

n.	Indicatore	Frequenza	Responsabilità
1	Tempo medio di attesa per priorità e per reparto (A,B,C,D)	1 report Semestrale, Relazione annuale	Direttore U.O.
2	Tempo medio di attesa per le 4 principali patologie trattate in reparto	1 report Semestrale, Relazione annuale	Direttore U.O.
3	Totale rinunce/totale dei presenti in lista x anno di riferimento	1 report Semestrale, Relazione annuale	Direzione Medico di Presidio-Direttore U.O.
4	Totale ricoverati/totale dei presenti in lista x anno di riferimento	1 report Semestrale, Relazione annuale	Direzione Medico di Presidio-Direttore U.O.
5	n. di utenti in lista di attesa per ricoveri maggiori a 30 giorni	1 report Semestrale, Relazione annuale	Direttore U.O.



Nella tabella sottostante le prestazioni in regime Day Hospital/Day Surgery/Day Service da monitorare relativamente ai tempi massimi di attesa:

n.	Prestazione	Codice Intervento	Codice diagnosi
1	Chemioterapia	99.25	V58.1
2	Coronarografia	88.55 – 88.56 – 88.57	
3	Biopsia percutanea del fegato	50.11	
4	Emorroidectomia	49.46	
5	Riparazione ernia inguinale	53.0 – 53.10	

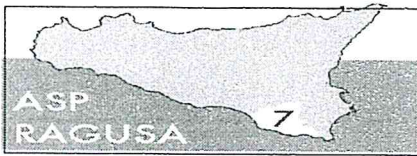
Nella tabella sottostante le prestazioni in regime Ordinario da monitorare relativamente ai tempi massimi di attesa:

n.	Prestazione	Codice Intervento	Codice diagnosi
1	Interventi chirurgici tumore della mammella	categoria 85.4	categorie 174
2	Interventi chirurgici tumore della Prostata	60.5	185
3	Interventi chirurgici tumori del colon retto	45.7x - 45.8 – 48.5 – 48.6	categorie 153 - 154
4	Interventi chirurgici tumori dell'utero	da 68.3 a 68.9	categoria 182
5	Angioplastica Coronarica (PTCA)	categoria 36-0	
6	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
7	Intervento di protesi d'anca	81.51 – 81.52 – 81.53	
8	Interventi chirurgici tumore del polmone	32.3 – 32.4 – 32.5 – 32.9	
9	Tonsillectomia	28.2 – 28.3	

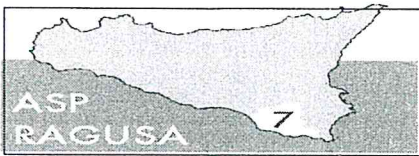
I responsabili degli indicatori da monitorare, dovranno annualmente trasmettere alla Direzione Strategica Aziendale una relazione e la reportistica degli indicatori proposti.

14. Bibliografia

1. **Campiglio:** Chi deve attendere, Benefici e costi dell'innovazione sanitaria, Stresa, 19 maggio 2003.
2. **Conferenza Stato Regioni (2002):** Modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa, Repertorio n. 1488, 11 luglio 2002.
3. **Fantini M.P. et al (2003):** È possibile ridurre le liste di attesa senza aumentare la capacità produttiva? Valutazione di impatto di uno score clinico di priorità per la gestione degli accessi alla chirurgia della cataratta, Politiche sanitarie 4(1): 13-17.
4. **Grilli R. (2003):** Tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie: problema da eliminare o fenomeno da governare? in (a cura di G. Fiorentini) I servizi sanitari in Italia 2003, Il Mulino.
5. **Mariotti G. (1999):** Tempi di attesa e priorità in sanità. La selezione della domanda come strategia per la qualità, Franco Angeli, Milano.
6. **Ministero della Salute. Regione Liguria (2001):** SWALIS, Liste di attesa per prestazioni chirurgiche: sperimentazione di sistemi per la loro gestione: Progetto di ricerca sanitaria art. 12, anno 2001.
7. **Testi A., Tanfani E. (2003):** Specifiche per l'elaborazione di strategie gestionali per le liste di attesa, Deliverable 2d, Ministero della Salute – Regione Liguria, SWALIS, Liste di attesa per prestazioni chirurgiche: sperimentazione di sistemi per la loro gestione. Progetto di ricerca sanitaria art. 12.
8. **Valomori V., Romanelli G., Bettini R., Maggio M.T., Giacometti A. (2005):** “Gestione trasparente delle liste di attesa per l'intervento chirurgico in elezione”.
9. **DPCM 19 maggio 1999** relativo alla Carta dei Servizi che individua tra gli impegni da assumere con il cittadino la gestione e il controllo dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie.
10. **Decreto Ministro Sanità del 28.12.2000** per la istituzione di una commissione per la formulazione di proposte operative e lo studio delle problematiche relative alla gestione dei tempi di attesa.
11. **DPCM 16.4.2002- Conferenza Stato Regioni 11 luglio 2002** “liste di attesa: fissati i tempi massimi e le modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche.
12. Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa
13. **Il Piano della Regione Sicilia** per il governo dei tempi di attesa 2011-2013



14. *ASL Viterbo* “Gestione delle liste d’attesa per l’intervento chirurgico in elezione e rispetto del diritto di accesso”

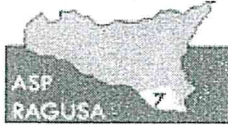


Asp 7 Ragusa
Direttore Generale
Maurizio Aricò

09/06/2016

Pag. 19 a 20

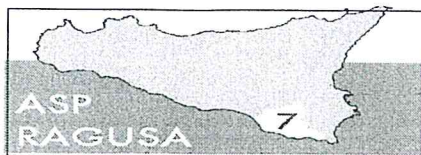
Modulo 1 - Foglio prenotazione ricovero da consegnare al paziente al termine del processo di registrazione in "Websanity"



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI RAGUSA
OSPEDALE DI ...

Anno 2016	N. Prenotazione PRE	.....	R.Ric.	.....	ID.PREN ON-LIN	.....
Data 1° Contatto	.....	Priorità	.....	U.O.	.....
Data pre-ricovero	.....	Tipo percorso	.....	Visita	.....
Accertamenti da eseguire						
Sig.	.....	Cod.Fiscale	.....	Data Nass.	.....
Sesso	.....	Residente a	.....		
in Via	.....			Telefono	.....
Diagnosi Ingresso						
.....						
.....						
Note						
.....						
.....						

In caso di necessità contattare l'U.O. al numero



Asp 7 Ragusa
Direttore Generale
Maurizio Aricò

09/06/2016

Pag. 20 a 20