

GESTIONE LISTE D'ATTESA

INDICE

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

2. DEFINIZIONI

3. FUNZIONI E RESPONSABILITA'

4. MODALITA' DI APPLICAZIONE E GESTIONE

4.1 Percorso prestazioni ambulatoriali

4.1.1 Classi di Priorità prestazioni ambulatoriali

4.1.2 Tempi massimi di attesa e periodi di tolleranza

4.1.3 Prenotazione

4.1.4 Accettazione

4.1.5 Presa in carico integrata del paziente cronico (PCI)

4.1.6 Percorsi interni

4.2 Percorso ricoveri in elezione

4.2.1 Classi di Priorità prestazioni in regime di ricovero programmato

4.2.2 Prenotazione ricoveri Ospedale Valduce Como

4.2.3 Prenotazioni ricoveri Villa Beretta

4.2.4 Modifica della priorità del ricovero

4.2.5 Chiamata del Paziente

4.2.6 Accettazione ricoveri

4.2.7 Monitoraggio delle attività di prenotazione e relativi tempi di attesa

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Scopo della presente procedura è descrivere le modalità di accesso dei pazienti alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero e le modalità di gestione delle agende di prenotazione correlate, al fine di garantire trasparenza dei criteri e dei percorsi di accesso, equità di accesso e fruizione delle prestazioni sanitarie a tutela dei diritti dei cittadini e dei valori di universalità del SSN. La presente procedura è valida pertanto per tutte le prestazioni ambulatoriali e per le per tutte le attività relative alla prenotazione ed accettazione dei ricoveri programmati nell'Ospedale Valduce Como e Villa Beretta.

2. DEFINIZIONI

Ospedale	nel contesto della presente procedura si intendono sia presso l'Ospedale Valduce (Como) sia presso Villa Beretta (Costa Masnaga)
Ente/i	laddove non specificato, con questo termine si intendono gli Organismi pubblici (es. SSN, Aziende Ospedaliere di diritto pubblico) e privati (es.: Istituti Previdenziali, Mutue private, Ospedali/Strutture sanitarie di diritto privato, Aziende, singoli professionisti, ecc.) con i quali l'Ospedale ha sottoscritto convenzioni per l'erogazione o l'acquisto di prestazioni sanitarie
Utente/Utenza	Colui che fruisce delle prestazioni erogate dall'Ospedale
Solvenza	Modalità di erogazione che prevede il pagamento, secondo tariffe definite dall'Ospedale, delle prestazioni sanitarie da parte del singolo utente (anche tramite Istituti privati, quali ad esempio, Mutue, Assicurazioni) sia degli Enti di diritto privato convenzionati con l'Ospedale.
Libera Professione	Modalità di erogazione delle prestazioni che prevede pagamento delle prestazioni ma per cui l'utente può scegliere lo specialista che preferisce eroghi la prestazione richiesta
Accreditamento	come da D. Lgs. 502/92 e ssmm., l'accreditamento è lo strumento mediante il quale alle strutture sanitarie private dotate dei requisiti qualitativi minimi definiti a livello nazionale/regionale (Piani di Programmazione Triennali) è riconosciuto la possibilità di erogare prestazioni sanitarie a favore del Servizio Sanitario Nazionale/Regionale(SSN/R)
Flusso 28SAN	invio informatico mensile a Regione Lombardia dei dati relativi alle prestazioni ambulatoriali accettate/erogate sia agli assistiti SSN/R sia all'utenza solvente
Flusso SDO	equivalente flussi 28SAN riferito ai ricoveri chiusi nel mese di riferimento
Monitoraggi MTA	invio secondo cadenze prefissate a livello Regionale/ATS dei dati relativi ai tempi di attesa massima (TMA) per specifiche prestazioni ambulatoriali e di ricovero erogate per gli assistiti SSN/R
SISS	Il Sistema Informativo Socio-Sanitario (SISS) è l'insieme delle applicazioni e delle infrastrutture informatiche presenti sul territorio (sistemi informativi di farmacie, medici, ospedali, Regione Lombardia, ecc.) che concorrono all'erogazione dei servizi socio-sanitari all'interno della Regione Lombardia. Per l'esercizio di tali funzioni gli operatori sono dotati di carta SISS

3. FUNZIONI E RESPONSABILITÀ

Fatta salva l'imprescindibile logica di collaborazione ed integrazione tra tutti i servizi coinvolti, di seguito si delineano sinteticamente gli ambiti di responsabilità di ciascuno

- La Direzione Sanitaria è responsabile delle indicazioni inerenti tenuta e conservazione delle agende di prenotazione in ottemperanza della normativa vigente.
- La Direzione Amministrativa è responsabile del monitoraggio delle attività di prenotazione e gestione delle liste d'attesa.
- I Dirigenti medici sono responsabili della prescrizione secondo le modalità delle regole di sistema e nel rispetto dei criteri di appropriatezza ed efficacia diagnostica e di razionale utilizzo delle risorse.
- Gli Operatori Amministrativi Di Front Office o altri operatori incaricati sono responsabili della corretta prenotazione delle prestazioni sanitarie e delle pratiche di accettazione per l'erogazione delle prestazioni a favore degli assistiti in conformità alle disposizioni dell'Alta Direzione ed in ottemperanza alle normative vigenti
- Gli Operatori dell'Ufficio Flussi Informativi sono responsabili della predisposizione e dell'aggiornamento delle agende di prenotazione, dell'aggiornamento dei tariffari e delle impostazioni sottese all'impianto delle agende. Si occupano altresì dell'elaborazione, del controllo pre e post invio e della trasmissione periodica dei flussi e dei debiti informativi (28SAN/6SAN/FLUSSO SDO, Monitoraggio MTA), nonché di report utili ai fini del monitoraggio delle liste d'attesa e della gestione delle agende di prenotazione.

4. MODALITÀ DI APPLICAZIONE E GESTIONE

4.1 Percorso Prestazioni Ambulatoriali SSN

4.1.1 Classi di priorità

Per tempo di attesa si intende il numero di giorni che intercorre tra la data di prenotazione e la data di erogazione delle prestazioni sanitarie. Il dato che viene fornito ai cittadini è la prima data disponibile per effettuare la prestazione richiesta.

Per prestazioni ambulatoriali si intendono visite specialistiche ed esami strumentali specialistici la cui esecuzione non necessita di ricovero.

La prenotazione di prestazioni ambulatoriali avviene attraverso il CCR con cui la nostra struttura è pienamente integrata anche mediante cessione e evidenza delle nostre agende di prenotazione oppure direttamente allo sportello

I tempi di attesa per l'erogazione della prestazione decorrono dal momento di presentazione e/o contatto dell'assistito con il Call Center Regionale o gli operatori del CUP Aziendale.

Di seguito si riporta quanto definito dalla DGR Regione Lombardia X/7766 Seduta del 17/01/2018: *"a parziale superamento di quanto indicato nelle DDGGRR N. 38571/98 e s.m.i., N.1775/11, N. 3933/15 e in considerazione del sempre maggior utilizzo della Ricetta Elettronica per le prescrizioni di diagnostica ambulatoriale, le classi di priorità da utilizzare per tutte le richieste di prestazioni sanitarie risultano pertanto come di seguito specificato:*

- "U"** *URGENTE* da erogare nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- L'apposizione in ricetta della priorità "U" chiama alla responsabilità tutti gli attori coinvolti: il medico prescrittore, il cittadino utente e la struttura erogatrice in quanto;
 - il medico prescrittore valuta con coscienza clinica l'urgenza della prestazione e la segnala tramite indicazione in ricetta della Classe di Priorità "U";
 - il cittadino utente si impegna a presentare la prescrizione per la prenotazione entro le 48 ore successive al rilascio della ricetta, accettando - salvo casi eccezionali e con motivazioni documentabili - di fruire della prestazione nella struttura dove la stessa è disponibile;
 - la struttura erogatrice si impegna ad effettuare la prestazione urgente entro le 72 ore successive alla presentazione dell'impegnativa o, in caso di impossibilità a rispettare il termine, si impegna ad attivare il proprio "Responsabile Unico per i tempi di attesa" per individuare altra diversa struttura in grado di erogare la prestazione nel tempo stabilito.
- "B"** *ENTRO 10 GG (breve attesa ovvero può aspettare fino ad un massimo di 10 giorni)*
- "D"** *ENTRO 30 GG (visite) ENTRO 60 GG (prestazioni strumentali)*
- "P"** *PROGRAMMABILE riferita a problemi che richiedono approfondimenti ma che non necessitano di risposta in tempi particolarmente rapidi ovvero per prestazioni non urgenti ma programmabili". Tali tempistiche risultano modificate per quanto riguarda la classe P dalla successiva DGR X/1865 del 2019 con riduzione da 180 a 120 giorni a far data dal 1 gennaio 2020.*

Il tempo previsto dalla classe di priorità decorre a partire dal momento in cui l'utente richiede la prestazione

Come da Delibera Regione Lombardia n. VIII/2828 del 27/06/06 e smi, l'indicazione sull'impegnativa della dizione "primo accesso" indica che il problema attuale del Paziente viene affrontato per la prima volta, come specificato dall'indicazione del quesito diagnostico

L'impegnativa medica è rilasciata dal Medico curante o da uno specialista.

Possono rientrare in questa tipologia di modalità di accesso anche le prestazioni richieste per pazienti noti, affetti da malattie croniche, che presentano una riacutizzazione o l'insorgenza di un nuovo problema clinico correlato o meno alla patologia cronica e che, pertanto, necessitano di una rivalutazione complessiva e/o una revisione sostanziale della terapia.

Per visita o esami di controllo (follow up) si intende il momento dell'accertamento diagnostico successivo ad un primo accesso (sia visita, sia esame). In questa fase al paziente è già stata impostata una terapia e le prestazioni erogate sono finalizzate, ad esempio, a seguire l'evoluzione di patologie croniche, valutare a distanza l'eventuale insorgenza di complicanze, verificare la stabilizzazione della patologia o il mantenimento del buon esito dell'intervento, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto al primo accesso. Le prescrizioni per visite o esami di controllo di solito, vengono prescritte dal medico specialista che ha preso in carico il paziente.

Nel caso di follow-up, poiché le prestazioni devono essere comunque eseguite secondo criteri di certezza e di programmazione dei tempi di erogazione, la norma prevede che venga identificato uno specifico canale che preveda la prenotazione diretta delle prestazioni da parte del medico specialista e l'utilizzo di agende separate.

4.1.2 Tempi massimi di attesa e periodi di Tolleranza prestazioni ambulatoriali

L'ospedale ottempera a quanto disposto nella DGR Regione Lombardia XI/1865 seduta del 09/07/2019:

“Se non ci sono disponibilità entro i termini sopra stabiliti, al fine di rendere in ogni caso efficace e il più possibile tempestivo il servizio, sono stabiliti - in funzione delle rispettive classi di priorità - periodi di tolleranza pari al massimo al 20% oltre i tempi previsti per ciascuna classe di priorità (B o D). Tale periodo di tolleranza è subordinato alla specifica richiesta del cittadino di fruire della prestazione nella struttura da lui richiesta: in questo caso le prenotazioni effettuate da call center saranno identificate da uno specifico flag:

- *Breve (B): ulteriori 2 gg lavorativi successivi*
- *Differita (D): ulteriori 6 gg lavorativi successivi per visite specialistiche, ulteriori 12 gg lavorativi per prestazioni diagnostiche strumentali”.*

Pertanto, in caso non vi sia disponibilità nel lasso di tempo consentito dalla classe di priorità indicata e il paziente chieda espressamente che la prestazione venga effettuata nella Nostra Struttura, sarà possibile proporre un accesso con una tolleranza del 20% (rif. Delibera n. XI/1865 del 09.07.2019). Se la ricetta non riporta indicazioni di priorità, come definito da Regione Lombardia la prestazione ricade nel codice P “programmata”.

4.1.3. Prenotazione

Le due funzioni, prenotazione e accettazione, possono essere espletate separatamente, la seconda avviene di norma il giorno di esecuzione oppure con accorpamento delle due funzioni all'atto della prenotazione (allo sportello) con lo scopo di ridurre il fenomeno di mancata comunicazione di annullamento dell'appuntamento fissato da parte dell'assistito SSN/R.

L'Utente può prenotare una prestazione presso il nostro Ospedale utilizzando le seguenti modalità:

- b)** sportello
- c)** sistema on line
- d)** Call Center Regionale (per prestazioni erogate dal SSN/R)
- e)** Farmacie

Indipendentemente dalla modalità scelta, la prima verifica da effettuare è se la prestazione richiesta è erogata dal nostro Poliambulatorio e se l'Ente richiedente è convenzionato con il nostro Ospedale. Quindi, se la richiesta non necessita di appuntamento (ACCESSO DIRETTO), l'addetto alla prenotazione informa l'Utente sui giorni e orari di apertura dell'Ambulatorio di riferimento: se l'Utente è allo sportello e la richiesta può essere soddisfatta in quel momento si può procedere all'accettazione e, quindi all'esecuzione dell'esame. E' il caso, ad esempio, di gran parte degli esami di Laboratorio Analisi, della U.O. di Cardiologia (elettrocardiogrammi).

Un'ulteriore verifica, per le richieste SSN/R, è la presenza del quesito diagnostico(=motivo della richiesta), l'indicazione del codice di esenzione dal pagamento del ticket e l'indicazione della “priorità d'accesso”

La DGR n. XII/957 del 18 settembre 2023 ha stabilito che a partire dal 1° ottobre 2023 la validità delle ricette prescritte per visite ed esami è pari a 180 giorni.

Effettuate tutte le verifiche preliminari, si procede alla prenotazione nell'agenda di riferimento (Ambulatorio ed Ente) mediante la funzione dedicata del programma informatico in funzione presso l'Ospedale: inserimento dei dati anagrafici ex novo se Utente nuovo, ovvero reperimento dei dati dall'archivio anagrafico generale, eventuale aggiornamento di tali dati, inserimento della/e prestazione/i richiesta/e di eventuali “note per l'Utente” (preparazione e/o indicazioni particolari sul tipo di esame prenotato e/o altre informazioni utili all'Utente) e “note per gli Operatori” (funzionali alle successive fasi di accettazione ed erogazione della prestazione richiesta).

Il completamento della prenotazione si ha con la stampa del "foglio di appuntamento" che reca: i dati anagrafici dell'Utente, il giorno e l'ora dell'appuntamento, l'esame prenotato, l'accesso all'Ambulatorio di riferimento e l'eventuale "nota" inserita e indicazioni sui documenti da presentare il giorno fissato.

Se la prenotazione SSN avviene allo sportello e il richiedente gode di esenzione dal ticket in genere viene contemporaneamente effettuata anche l'accettazione della prestazione stessa.

Per gli Utenti che fruiscono di forme di assistenza privata (es.: Enti mutualistici o previdenziali tipo fondi assicurativi) per le quali è prevista una preliminare "presa in carico" del Paziente/prestazione, le procedure di prenotazione/accettazione vengono effettuate presso l'Ufficio "Solventi/Enti convenzionati".

4.1.4 Accettazione

Questa funzione (comprensiva anche della funzione contabile) si effettua il giorno dell'appuntamento (ovvero nei giorni e negli orari di apertura degli Ambulatori di riferimento quando non è necessario l'appuntamento). Eccezione a questa pratica sono le richieste SSN/R che vengono prenotate allo sportello che prevedono l'accettazione immediata.

L'accettazione genera un numero nosologico che identifica il paziente accettato (ID Paziente). La procedura di accettazione (e cassa) viene effettuata mediante funzione dedicata del nostro programma informatico e prevede:

- a) verifica correttezza appuntamento,
- b) verifica dei dati anagrafici ed eventuale loro aggiornamento (questo soprattutto se la prenotazione è avvenuta per telefono o tramite Call Center),
- c) completamento dei campi di accettazione (codice Ente richiedente, numero di impegnativa ed eventuale codice di esenzione* (per impegnative SSN/R), codice/i esame/i richiesto/i
- d) pagamento (ove previsto) e consegna della fattura emessa
- e) completamento dell'accettazione=chek-in (funzione che consente l'erogazione della prestazione prenotata abilitando pertanto la funzione di refertazione)

Quando la prenotazione è abbinata all'accettazione, quest'ultima si conclude al punto d) con la consegna del "foglio di appuntamento" e dell'eventuale fattura. Il completamento dell'accettazione (punto e) avviene il giorno prenotato.

4.1.5 Presa in carico integrata del paziente cronico e fragile

Le DGR n. X/6164/2017, DGR n. X/6551/2017, DGR n. X/7038/2017 e DGR n. X/7655/2017 definiscono la modalità di presa in carico integrata dei pazienti cronici e fragili attraverso un Piano di assistenza individuale ed un Patto di Cura che secondo precisi protocolli di gestione dei percorsi e dei follow-up, prevede, previa specifica sottoscrizione di convenzioni con gli Enti gestori, l'istituzione di agende di prenotazione dedicate per la programmazione di prestazioni maggiormente rispondenti ai loro bisogni di salute e correttamente collocate in termini di tempo nell'anno solare.

4.1.6 Percorsi di cura interni e differenziati

La DGR n. 1129/2023 e dalle DGR, Note Regionali e aggiornamenti normativi successivi al fine di assicurare percorsi "tutelati" per particolari categorie di pazienti introduce per le strutture sanitarie erogatrici di prestazioni la facoltà di pianificare e attivare "percorsi interni" che consentano l'erogazione delle prestazioni in tempi funzionali alle specifiche necessità cliniche.

Secondo le consuete logiche di trasparenza tali percorsi dovranno essere tracciati nel flusso 28/SAN mediante apposizione di specifico flag.

Di seguito le specifiche relative ai flag previsti:

FLAG 1

"Percorso interno", per quelle prestazioni la cui organizzazione (dalla prenotazione all'erogazione) non può essere delegata all'esterno, ma viene gestita direttamente dal personale che lavora nell'ambulatorio di effettuazione dell'esame.

Le prestazioni che sono prenotate in determinate agende ("Strutture Erogatrici", per la procedura informatica), opportunamente identificate, sono automaticamente flaggate in prenotazione e poi nelle fasi successive dell'accettazione e della rendicontazione.

A titolo esemplificativo rientrano in questa categoria le seguenti tipologie di agende:

- riservate a pazienti inseriti in un percorso di cura per il quale la struttura attraverso i suoi specialisti provvede direttamente a prendere in carico e gestire i bisogni di salute del paziente (come ad esempio prestazioni oncologiche, ematologiche, ecc);
- relative a prestazioni sostanzialmente prescritte dagli specialisti della nostra struttura quali prestazioni di II livello;
- con "forzature" rispetto al piano di lavoro previsto;
- relative a prestazioni erogate in televisita;
- con priorità "U-urgente";

FLAG 2

"Percorso differenziato", per prestazioni ambulatoriali erogate a favore di ospiti di RSA o di pazienti gestiti nell'ambito di percorsi in strutture quali UONPIA, CAL, CPS.

Per queste prestazioni l'apposizione del flag nell'apposito campo (denominato dalla procedura informatica: "Percorso Ricetta") viene effettuata dal personale del CUP all'atto dell'accettazione della prescrizione.

FLAG 3

"Sostituzione Prescrizione", per prestazioni ambulatoriali per le quali in fase di erogazione è stato necessario aggiungere qualcosa o da rimettere la prescrizione (con la quale era stata presa la prenotazione) per garantire la prestazione al cittadino senza rimandarlo al medico proscrittore (MMG/PLS o specialista). La nuova prescrizione viene redatta da un Medico Specialista della struttura.

Per queste prestazioni l'apposizione del flag nell'apposito campo (denominato dalla procedura informatica: "Percorso Ricetta") viene effettuata dal personale del CUP all'atto dell'accettazione della prescrizione.

Nel dettaglio, le due casistiche principali sono:

- modifica dell'impegnativa in fase di accettazione per integrazioni, errori, omissioni, cambio data, modifica prestazioni;
- prestazioni aggiuntive prescritte ed eseguite contestualmente alla prestazione originaria e necessarie per una adeguata risposta clinica al quesito diagnostico.

4.2 Percorso ricoveri in elezione

4.2.1 Classi di priorità Prestazioni in regime di ricovero programmato:

In ottemperanza alla DGR Regione Lombardia XI/186 "Per tutti i ricoveri programmati dovrà essere garantito l'uso sistematico delle classi di priorità, definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito dell'accordo" e della normativa vigente come di seguito riportato:

CLASSI DI PRIORITA'	INDICAZIONI
A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi (i casi di neoplasia maligna afferiscono sempre a questa priorità)
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati di norma entro 12 mesi.

A livello aziendale i suddetti criteri sono stati declinati operativamente in funzione al contesto in particolare per quanto riguarda la Classe di priorità A relativamente alle diagnosi di neoplasia maligna.

4.2.2. Prenotazione ricoveri Ospedale Valduce Como

La prenotazione dei ricoveri viene effettuata dalle UU.OO. che gestiscono attività di degenza ordinaria e DH/DS; nel caso l'indicazione al ricovero presenti caratteri di indifferibilità, il soggetto viene inviato al Pronto Soccorso da cui viene preso in carico.

Il ricovero può essere proposto da un medico dipendente della struttura o da un medico esterno; in questo secondo caso la valutazione sull'opportunità del ricovero deve essere effettuata comunque da uno specialista dell'U.O. interessata previa visita specialistica ambulatoriale.

Per l'inserimento in lista d'attesa il medico proponente deve compilare la **Scheda di prenotazione ricovero programmato** predisposta dalle singole UU.OO. (Schede prenotazione ricovero programmato- All 1 -) e registrarla nello specifico applicativo PRIAMO oppure consegnarla direttamente al personale preposto all'inserimento informativo in lista d'attesa.

Al fine di garantire integrità e trasparenza dell'intero processo, il medico provvede a far sottoscrivere al paziente per condivisione e approvazione la scheda di prenotazione fornendo altresì informativa in merito alla sospensione e rimozione dalle liste.

Il medico proponente dovrà provvedere invece ad inserire invece nella "**lista di presa in carico**" eventuali pazienti per i quali si configuri una delle seguenti condizioni:

- a) non sia ancora stata completata la fase diagnostica;
- b) sia presente un quadro clinico del paziente grave e quindi ad elevato rischio operatorio, e non sia pertanto sottoponibile ad intervento nel breve periodo;
- c) vi sia la necessità di effettuare trattamenti preventivi all'intervento (es. neoadiuvante, altri trattamenti farmacologici);
- d) sia necessario attendere un tempo prestabilito di osservazione o valutazione prima di effettuare l'intervento chirurgico.

Naturalmente una volta che le condizioni del paziente risultassero permissive per l'intervento il medico proponente provvede a dare nulla osta al "trasferimento" del paziente in lista d'attesa

La data di presa in carico dovrà essere inserita nel flusso SDO ad evidenza di tutte le fasi del percorso. L'operatore incaricato e autorizzato provvede ad effettuare la prenotazione utilizzando esclusivamente l'apposita procedura informatica secondo specifica Istruzione Operativa (IO01PG04.02).

L'originale della scheda di prenotazione deve essere conservata nella Cartella Clinica ad evidenza della trasparenza delle liste di attesa.

La procedura informatica garantisce l'identificazione, attraverso un accesso con password personale, dell'operatore che effettua la prenotazione e conferma automaticamente, senza possibilità di ulteriori modifiche, la data e l'orario di prenotazione, a salvaguardia del principio di rispetto dell'ordine cronologico di inserimento.

La procedura informatica obbliga inoltre all'identificazione della priorità secondo specifiche codifiche basate su parametri clinici di riferimento delle diverse discipline.

L'ordine di effettivo accesso alle prestazioni di ricovero programmato si determina sulla base dei seguenti elementi di seguito elencati:

- Classe di priorità clinica (categorie A-B-C-D)
- Altre variabili definite in relazione alla severità del quadro clinico presente, alla prognosi, alla tendenza al peggioramento, alla presenza di dolore e/o deficit funzionale e implicazioni sulla qualità di vita, etc., alla valutazione della complessità assistenziale.
- Ordine cronologico di inserimento in lista.

La gestione delle liste avviene con l'utilizzo del sistema informatico Priamo

4.2.3 Prenotazione ricoveri Villa Beretta

Fermi restando le indicazioni di gestione sopra illustrate stante il carattere monospécialistico di riabilitazione di alta specialità di Villa Beretta la richiesta di ricovero deve essere corredata da puntuale recente documentazione redatta da professionisti sanitari con la competenza per fornire informazioni esaustive circa la condizione clinica del paziente, per consentire al personale sanitario di Villa Beretta di verificare i requisiti clinici che determinano l'appropriatezza del ricovero in termini di complessità di cura ed assistenza.

La richiesta di ricovero deve essere inoltrata all'ufficio ricoveri (Email: ufficio.ricoveri@valduce.it)

Dopo valutazione da parte dei sanitari della situazione clinica e della scala di complessità assistenziale e una volta determinata la congruità del ricovero sia dal punto di vista dell'iter di cura che di assistenza (prevedibili da parte del Direttore UOC Medicina Riabilitativa, del Responsabile UOS che si farà carico del paziente al momento del ricovero e della Responsabile SITRA), si procede all'inserimento nelle liste di attesa classificandole come stabilito dal DGR1865 del 09/07/2019 (classi **A - B - C - D**).

Preme precisare, che in virtù del carattere specialistico di Villa Beretta, per i pazienti provenienti da alcuni Enti Ospedalieri del territorio è stato attivato un collegamento prioritario per garantire l'ottimale continuità di cura nell'ambito di specifiche patologie per la cui riabilitazione Villa Beretta costituisce centro di eccellenza regionale (malattie neurologiche genetiche o acquisite, con particolare riferimento a postumi ictus cerebri, gravi cerebrolesioni, mielolesioni in postumi chirurgia del rachide, con particolare riferimento alle patologie oncologiche)

Per l'inserimento in lista d'attesa il medico proponente deve compilare la **Scheda di prenotazione ricovero programmato** predisposta dalle singole UU.OO. (Schede prenotazione ricovero programmato) e registrarla nello specifico applicativo PRIAMO oppure consegnarla direttamente al personale preposto all'inserimento informativo in lista d'attesa.

Al fine di garantire integrità e trasparenza dell'intero processo, il medico provvede a far sottoscrivere al paziente per condivisione e approvazione la scheda di prenotazione fornendo altresì informativa in merito alla sospensione e rimozione dalle liste.

Il medico proponente dovrà provvedere invece ad inserire invece nella "**lista di presa in carico**" eventuali pazienti per i quali si configuri una delle seguenti condizioni:

- a) non sia ancora stata completata la fase diagnostica;
- b) sia presente un quadro clinico del paziente grave e quindi ad elevato rischio operatorio, e non sia pertanto sottoponibile ad intervento nel breve periodo;
- c) vi sia la necessità di effettuare trattamenti preventivi all'intervento (es. neoadiuvante, altri trattamenti farmacologici);
- d) sia necessario attendere un tempo prestabilito di osservazione o valutazione prima di effettuare l'intervento chirurgico.

Naturalmente una volta che la condizioni del paziente risultassero permissive per l'intervento il medico proponente provvede a dare nulla osta al "trasferimento" del paziente in lista d'attesa

La data di presa in carico dovrà essere inserita nel flusso SDO ad evidenza di tutte le fasi del percorso. L'operatore incaricato e autorizzato provvede ad effettuare la prenotazione utilizzando esclusivamente l'apposita procedura informatica secondo specifica Istruzione Operativa (IO01PG04.02).

L'originale della scheda di prenotazione deve essere conservata nella Cartella Clinica ad evidenza della trasparenza delle liste di attesa.

La procedura informatica garantisce l'identificazione, attraverso un accesso con password personale, dell'operatore che effettua la prenotazione e conferma automaticamente, senza possibilità di ulteriori modifiche, la data e l'orario di prenotazione, a salvaguardia del principio di rispetto dell'ordine cronologico di inserimento.

L'ordine di effettivo accesso alle prestazioni di ricovero programmato si determina sulla base dei seguenti elementi di seguito elencati:

- Classe di priorità clinica (categorie A-B-C-D)
- Altre variabili definite in relazione alla severità del quadro clinico presente, alla prognosi, alla tendenza al peggioramento, alla presenza di dolore e/o deficit funzionale e implicazioni sulla qualità di vita, etc., alla valutazione della complessità assistenziale.
- Ordine cronologico di inserimento in lista.

In assoluta analogia ai ricoveri programmati presso Valduce anche presso Villa Beretta la gestione delle liste avviene con l'utilizzo del sistema informatico Priamo.

Al fine di garantire il rispetto delle norme in materia di trasparenza, al momento dell'inserimento in lista d'attesa viene comunicato al cittadino e/o al medico di riferimento del paziente che ne ha fatto richiesta, la classe di priorità e il relativo massimo tempo di attesa oltre alle eventuali informazioni sul pre-ricovero.

La Classe di Priorità è il criterio primario di gestione della lista di attesa, parimenti bilanciato dalla valutazione della complessità assistenziale.

Al fine di consentire un'appropriatezza assistenza viene effettuata una valutazione preliminare delle condizioni cliniche generali con riferimento in particolare alla gestione dei pazienti tracheostomizzati, ventilatore dipendenti, disfagici, portatori di lesioni da decubito, con turbe comportamentali.

4.2.4 Modifica della priorità del ricovero

Se durante l'attesa del ricovero si presentassero delle condizioni che vanno a modificare le condizioni cliniche del paziente è possibile modificare l'ordine di priorità a cura del medico cui è stata delegata la gestione della procedura di ricovero. A tal fine, il medico di competenza, a seguito dell'autorizzazione da parte del DUOC, procede a richiedere tramite mail all'ufficio ricoveri (per Valduce Como ricoveri@valduce.it, per Villa Beretta ufficio.ricoveri@valduce.it) il cambio di priorità precisando la motivazione e dichiarandone l'avvenuta autorizzazione da parte del DUOC.

4.2.5 Chiamata del paziente

La programmazione dei ricoveri avviene a cura del responsabile di U.O. (o suo delegato) e può avvenire con modalità differenti nelle diverse UU.OO., a seconda della peculiare organizzazione di ciascuna di esse, nel rispetto delle priorità identificate alla prenotazione e dell'ordine cronologico di inserimento nella lista e della necessità/opportunità di effettuare il pre-ricovero (vedi PS 04 CH)

La comunicazione e/o conferma della data e orario di ricovero avviene telefonicamente, entro un limite minimo di 24 ore dal ricovero stesso, a cura del coordinatore di U.O. (o suo delegato).

L'operatore che provvede alla chiamata ha il compito di:

- Specificare al paziente data, ora e luogo di presentazione
- Elencare la documentazione necessaria al ricovero:
 - Proposta di ricovero in corso di validità
 - Carta di identità
 - Codice fiscale
 - Tessera sanitaria regionale
 - Documentazione clinica precedente
- Fornire eventuali ulteriori indicazioni specifiche (digiuno, preparazione,..)

Nel caso in cui il paziente rifiuti il ricovero nel giorno proposto, l'operatore deve provvedere, a seconda del motivo esposto, alla variazione della prenotazione con le seguenti modalità:

- **sospensione:** se il paziente chiede il rinvio del ricovero, il suo stato da attivo deve essere modificato in "sospeso" indicando sia la data di inizio che quella di fine della sospensione. Alla terza richiesta di sospensione da parte del paziente, se non per evidenti e comprovati motivi di impossibilità (es. inidoneità clinica del paziente), lo stesso dovrà essere rimosso dalla lista di attesa e dovrà essere tracciato il motivo della rimozione;
- **irreperibilità:** se il paziente non risulta contattabile ai recapiti indicati dopo 3 tentativi in giorni diversi e previa adeguata comunicazione comprovante l'avvenuto tentativo di contatto, lo stesso dovrà essere rimosso dalla lista di attesa.

4.2.6 Accettazione ricoveri

Al momento dell'ingresso in Ospedale per il ricovero, il paziente deve recarsi presso la U.O. dove vengono espletate le pratiche amministrative relative al ricovero.

L'apertura della Cartella Clinica avviene richiamando l'identificativo di prenotazione.

L'impiegata ha il compito di effettuare le seguenti operazioni:

- Verificare l'identità del paziente richiedendo carta di identità e codice fiscale
- Verificare anche nel portale SISS dati anagrafici e validità tessera sanitaria
- Verificare la validità della documentazione sanitaria richiedendo la proposta di ricovero in corso di validità e la tessera sanitaria
- Verificare, in agenda informatizzata la corrispondenza della data di presentazione con la prenotazione di ricovero
- Fotocopiare i documenti
- Consegnare e far sottoscrivere l'Informativa al trattamento dei dati ai sensi del Regolamento UE 2016/79 e in ottemperanza al DGPR attuativo recepito nel D.Lgs.101 del 10/08/2018
- Stampare il frontespizio della cartella clinica
- Indirizzare il paziente al personale di assistenza per l'accoglienza
- Fornire questionario di "customer satisfaction" (allegato 2)

4.2.7 Monitoraggio delle attività di prenotazione e gestione relativi tempi di attesa

Al fine di garantire l'applicazione delle corrette modalità di prenotazione ed il rispetto dei relativi tempi di attesa, all'interno dell'Ospedale è stato implementato un sistema di controllo e verifica finalizzato ad evidenziare eventuali anomalie o criticità nella gestione delle attività di prenotazione.

L'obiettivo principale del controllo è la verifica dell'ottemperanza del rispetto dei criteri di gestione delle liste di attesa con particolare riferimento a classi di priorità, variabili e ordine cronologico di inserimento

I servizi direttamente coinvolti nell'attività sono:

- **La Direzione Sanitaria** responsabile delle seguenti attività:
 - Verifica delle tempistiche di "clearance" delle liste di attesa
 - Analisi dei dati prodotti
 - Rilievo delle criticità
 - Revisione dei casi con i clinici interessati
 - Coordinamento delle attività di "pulizia" delle liste d'attesa

DIREZIONE SANITARIA

- **Il controllo di gestione** che si occupa di
 - Produzione di report riguardanti gli indicatori di riferimento
 - Data di ricovero
 - Data di prenotazione
 - Codice di priorità e note
 - Famiglie di DRG o codici ICD9-CM ritenute di interesse per lo specifico controllo.
(Tale scelta può modificarsi nel tempo a seconda delle priorità identificate dalla Direzione Sanitaria)
 - Rielaborazione dati in funzione delle attività di "pulizia" liste e rispetto delle stesse
 - Predisposizione dati per invio report nell'ambito dell'attività di monitoraggio a cura di ATS e Regione

- **Servizio Flussi Informativi e Back office** che in collaborazione con la Responsabile CUP provvede a :
 - Monitoraggio eventuali criticità a livello di gestione prenotazioni ambulatoriali
 - Sorveglianza ottemperanza alle indicazioni regionali e aziendali in materia di gestione liste d'attesa

- **Servizio QUF (Qualità, URP e formazione)** che si fa carico di
 - Collaborare nella gestione di eventuali situazioni di criticità a livello di gestione casi di reclamo in materia di tempi di attesa e presa in carico delle richieste da parte dei pazienti
 - Revisione delle procedure aziendali in ottemperanza alle disposizioni aziendali e alle linee di indirizzo aziendali

Nell'ambito di tale attività di monitoraggio, in ottemperanza alle linee di indirizzo regionali e di ATS, nonché al fine di una gestione aggiornata delle agende di prenotazione, all'interno della struttura è prevista l'effettuazione sistematica da parte di personale individuato e incaricato dalla Direzione Sanitaria di un'operazione di "pulizia" e aggiornamento della lista di attesa stessa, affinché il numero di pazienti in lista corrisponda effettivamente a quelli che sono in attesa di ricovero e che effettivamente intendono effettuare il ricovero

La suddetta attività avviene mediante contatto telefonico volto a verificare la reale disponibilità/intenzione del paziente ad effettuare il ricovero per cui è stato inserito in lista d'attesa:

- La conferma da parte del paziente non modifica i dati riportati a sistema dove eventualmente viene riportata nelle note l'avvenuto contatto telefonico e l'esito dello stesso
- se il paziente chiede il rinvio del ricovero, il suo stato da "attivo" viene modificato in "sospeso", Alla terza richiesta di sospensione da parte del paziente, se non per evidenti e comprovati motivi di impossibilità (es. inidoneità clinica del paziente), lo stesso dovrà essere rimosso dalla lista di attesa e dovrà essere tracciato il motivo della rimozione; in ogni caso a seguito della richiesta di sospensione dovesse essere trascorso un tempo prolungato il medico di riferimento può comunque richiedere una visita di rivalutazione clinica e aggiornamento del caso
- Se il paziente non risulta contattabile ai recapiti indicati dopo tre tentativi e previa adeguata comunicazione comprovato l'avvenuto tentativo di contatto, lo stesso dovrà essere rimosso dalla lista d'attesa.