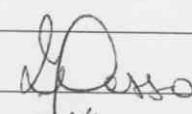
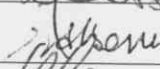
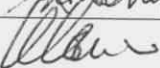
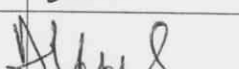

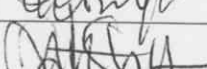
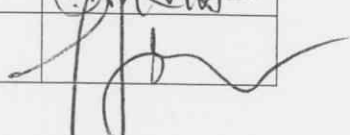


REGIONE CALABRIA  
Grande Ospedale Metropolitano  
"Bianchi - Melacrino - Morelli"



**REGOLAMENTO AZIENDALE PER LA GESTIONE DELLE  
LISTE DI ATTESA DEL PERCORSO CHIRURGICO**

Rev.	00	
Data	Dicembre 2019	
Redazione	Dirigente Medico U.O.C. Direzione Medica di Presidio	
Verifica	Responsabile U.O.S.D. Monitoraggio e Controllo Attività di Ricovero	
	Responsabile U.O.S.D. Governo Clinico e Risk Management	
	Direttore U.O.S.D. Blocchi Operatori	
	Direttore Dipartimento Chirurgico Polispécialistico	
	Direttore U.O.C. Direzione Medica di Presidio	
Approvazione	Direttore Sanitario Aziendale	



### Art. 1 – PREMESSA

Con il presente documento si indicano le linee comportamentali ed i criteri metodologici da adottare per la gestione delle liste di attesa dei ricoveri in elezione, sia in regime ordinario, di Day Surgery e della chirurgia a ciclo breve - Week Surgery- .

Vengono indicate le modalità di regolazione e controllo dell'accesso al ricovero, stabilendo gli ambiti e i diversi profili di responsabilità, con lo scopo di garantire che la pianificazione dei ricoveri e la composizione delle liste di attesa siano coerenti e governati secondo criteri di accessibilità, equità e trasparenza, a tutela dei diritti dei cittadini.

### Art. 2 - GESTIONE INFORMATIZZATA DEL REGISTRO DELLE LISTE D'ATTESA

Per conseguire l'obiettivo di una corretta gestione delle liste d'attesa, l'Azienda si è dotata di un sistema informatizzato integrato con il modulo ambulatoriale del sistema ADT (Accettazione – Dimissione - Trasferimenti) ed il registro operatorio.

Tale strumento integrato permette al personale sanitario di governare e monitorare l'intero processo di programmazione dei ricoveri.

Tale strumento integrato garantisce:

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

### Art. 3 - PROCEDURE PER LA TENUTA E CONSERVAZIONE DEL REGISTRO

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

Le modalità di tenuta del registro devono garantire la massima tutela della privacy; il sistema informatizzato deve salvaguardare le informazioni dal rischio di manomissione, i dati personali devono essere adeguatamente custoditi, inaccessibili a persone non autorizzate.

Il sistema di gestione consente la tracciabilità sia dell'intero processo organizzativo sia gli operatori autorizzati alle attività di inserimento ed eventuali modifiche dei pazienti in lista.

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

- l'identificazione e la rintracciabilità del paziente (anagrafica);
- il medico che propone l'immissione in lista ed il ruolo che ricopre;
- la tracciabilità della provenienza della richiesta di immissione in lista, ovvero se il paziente ha effettuato una visita in regime istituzionale o in regime di libera professione;



Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

- la tracciabilità di tutti i movimenti di lista: modifica della classe di priorità, rinvii, sospensioni, annullamenti, rinunce, cancellazioni e invii ad altre Strutture.

I controlli sul registro di prenotazione verteranno su:

- correttezza nell'ordine di chiamata in relazione ai criteri esplicitati;
- verifica dei tempi di assegnazione in relazione alla classe di priorità;
- monitoraggio della gestione dei tempi massimi di attesa.

#### Art. 4 – RESPONSABILITÀ

##### **Responsabilità del Direttore Medico di Presidio Sanitario**

Il Direttore Medico di Presidio, in conformità con la normativa vigente, anche attraverso l'individuazione di un medico referente, dovrà garantire la vigilanza in ordine alla gestione appropriata della lista di attesa e dei registri di prenotazione per assicurare trasparenza ed equità, predisponendo anche controlli ad hoc sul rapporto tra attività libero professionale ed attività istituzionale. Egli è, inoltre, responsabile della realizzazione delle procedure, nei modi e nei tempi previsti, e mette in atto ogni eventuale azione di miglioramento.

La Direzione Medica di Presidio provvede, inoltre, ad organizzare AUDIT periodici con le singole unità operative o con i Dipartimenti per il miglioramento continuo e l'implementazione dei processi.

##### **Responsabilità del Direttore di Unità Operativa**

Il Direttore di Unità Operativa su indicazione del Direttore di Dipartimento di afferenza è tenuto ad esplicitare, in modo formale, i criteri della classe di priorità dei pazienti per la corretta gestione della lista di attesa, nel rispetto dei principi di uguaglianza e di imparzialità.

Individua, inoltre, il personale medico ed infermieristico preposto alla gestione del registro informatizzato per le liste d'attesa e delle procedure di pre-ricovero.

Il Direttore di Unità Operativa, o altro Dirigente Medico, da lui formalmente delegato, è il responsabile delle proposte di ricovero, della completezza dei dati, dell'appropriatezza della indicazione al ricovero e la necessità di eventuali visite e prestazioni propedeutiche alla presa in carico o all'immissione in lista collaborando con gli operatori individuati per la gestione del registro informatizzato.

Il Direttore di Unità Operativa predisponde le liste operatorie settimanali, secondo i criteri del presente documento e dei protocolli interni predisposti.

#### Art. 5 - PROCEDURA DI GESTIONE DELL'ACCESSO AI RICOVERI PROGRAMMATI

##### **Proposta di ricovero**

L'indicazione al ricovero programmato può essere proposta dal Dirigente Medico Specialista dell'unità operativa di afferenza, mediante l'inserimento dei dati nei campi obbligatori presenti nel "modulo liste di attesa dell'applicativo ADT" sia in regime istituzionale che in libera professione. L'omissione di anche un solo campo obbligatoria impedisce la procedura di inserimento del paziente in lista di attesa.

Quando la proposta di ricovero è generata da una visita in libera professione del medico specialista interno, non vi è necessità di ulteriore visita in istituzionale al fine dell'inserimento del paziente in lista;

Lo specialista dell'Unità Operativa, a cui afferisce la lista di attesa, è titolare del giudizio sull'appropriatezza del ricovero proposto nonché responsabile dell'attribuzione della classe di priorità, in risposta alla gravità del quadro clinico.

Egli dispone l'inserimento del paziente nel sistema informatizzato aziendale della lista di attesa dei ricoveri e fornisce al paziente le informazioni relative alla classe di priorità, al numero progressivo in lista d'attesa, ai tempi presunti del ricovero, al regime di ricovero.



### Presa in carico

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

Il momento della presa in carico non sempre coincide con il momento di inserimento in lista, in quanto la fase diagnostica potrebbe non essere completata e quindi non ancora puntualmente definiti l'indicazione all'intervento chirurgico e/o il livello di gravità clinica del paziente, oppure potrebbe esservi la necessità di effettuare trattamenti farmacologici, terapie adiuvanti o attendere un tempo prestabilito di osservazione o valutazione prima dell'intervento.

Un eventuale iter diagnostico propedeutico all'inserimento in lista di attesa dovrà seguire un percorso ambulatoriale previa prescrizione medica dello specialista che ha in cura il paziente.

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

Pertanto, *la data di prenotazione (inserimento in lista) corrisponde al momento in cui il paziente è nelle effettive condizioni di essere candidato ad intervento chirurgico.*

### Inserimento in lista

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

Dalla data di iscrizione in lista in poi, fino al giorno del ricovero (data ammissione), sarà calcolato il tempo di attesa.

### Preospedalizzazione

A far data dalla chiamata del paziente è avviata la fase di preospedalizzazione che si pone i seguenti obiettivi:

- valutare le condizioni generali del paziente;
- determinare il rischio perioperatorio (chirurgico ed anestesilogico);
- ottenere il nulla osta anestesilogico all'intervento chirurgico;
- ottimizzare le condizioni del paziente al fine di ridurre il rischio perioperatorio;
- definire, anche in accordo con il paziente, la strategia di gestione perioperatoria ottimale;
- definire il setting assistenziale più appropriato - day surgery, degenza ordinaria, eventuale transito in ambiente intensivo, eventuali percorsi di recupero funzionale o riabilitazione, ove prevedibili -;
- informare il paziente rispetto all'intervento, all'anestesia ed al percorso successivo al fine di ridurre il livello di ansia e facilitare il recupero post-intervento;
- ridurre la durata della degenza media e pre-operatoria e migliorare la programmazione dell'attività chirurgica.

Rientrano nella preospedalizzazione:

- tutte le prestazioni necessarie per valutare il rapporto rischio/beneficio chirurgico e l'idoneità anestesilogica del paziente ad essere sottoposto ad intervento chirurgico (esami di laboratorio, consulenze specialistiche richieste dal sanitario proponente o dall'anestesista, ECG, RX torace);
- le metodiche eventualmente necessarie per l'intervento, come ad esempio predeposito di sangue autologo, interruzione di terapia anticoagulante.

Non rientrano nella preospedalizzazione:

- le indagini o le consulenze necessarie per l'inquadramento diagnostico o la stadiazione della patologia, che devono essere eseguite in regime ambulatoriale prima dell'inserimento del paziente in lista di attesa.

Gli accertamenti eseguiti in regime di preospedalizzazione sono gratuiti, in quanto rientranti nella omnicomprensività della tariffa del DRG.

Qualora l'intervento non venisse eseguito *per volontà del paziente*, gli accertamenti eseguiti dal servizio di preospedalizzazione saranno da ritenersi totalmente a carico del paziente.

Pertanto il paziente dovrà essere preventivamente informato che, nel caso in cui, per propria libera scelta, rinunciasse al ricovero programmato o decidesse di rinviarlo di oltre 30 giorni dall'esecuzione delle indagini eseguite in regime di preospedalizzazione, sarà tenuto al pagamento dell'intera tariffa di rimborso delle singole prestazioni ricevute.

Il costo da corrispondere sarà calcolato come la somma delle tariffe, da nomenclatore tariffario regionale vigente, delle singole prestazioni ricevute in regime di preospedalizzazione (*"Informativa e consenso del paziente"- Allegato 1*).

Eventuali esami diagnostici effettuati nella fase di preospedalizzazione richiesti prima dell'effettuazione del ricovero saranno rilasciati previa ricevuta di pagamento degli stessi.

#### Ordine di accesso al ricovero programmato

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

- a. criteri clinici di priorità;
- b. ordine cronologico di iscrizione in lista di attesa;
- c. risorse disponibili e coerente efficientamento della seduta operatoria.

##### **a. Criteri clinici di priorità**

Viene individuata per ciascuna patologia/intervento chirurgico una classe di priorità "predefinita" allo scopo di fornire al professionista un supporto alla decisione.

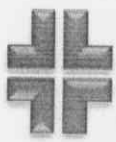
Tale classe, puramente indicativa, può essere modificata dal medico, al momento dell'inserimento in lista, in base alla valutazione clinica di specifici parametri, di seguito dettagliati, con l'assegnazione del paziente alla più corretta classe di priorità. La classe di priorità è stabilita dal medico proponente nella scheda di immissione in lista in base alla valutazione clinica di specifici parametri, di seguito dettagliati. Essa può essere modificata, dallo stesso medico o da altro collega, operante nella stessa UOC, che specificherà dopo aver effettuato nuova valutazione ambulatoriale che potrà rideterminare la classe di priorità. Lo scopo della classe di priorità è quello di determinare l'ordine di ingresso alla prestazione, consentendo di identificare i tempi massimi entro i quali deve essere garantita la prestazione.

La classe è da assegnare valutando:

1. condizione clinica del paziente, natura della patologia e delle possibili evoluzioni peggiorative del quadro clinico e della prognosi, in relazione al tempo necessario al trattamento;
2. presenza di dolore e/o deficit funzionale o altre complicanze previste;
3. casi particolari che, indipendentemente dal quadro clinico, richiedano di essere trattati in un tempo prefissato, purché esplicitamente dichiarati dal medico che lo ha in carico.

Le classi di priorità sono quattro, distinte in base alla priorità clinica, con i relativi tempi massimi di attesa;





Il livello di priorità clinica si fonda su criteri esplicitati e indicati per classe di priorità, declinate dall'accordo Stato-Regioni del 14 febbraio 2002 (*Tabella n. 1*).

Tabella 1 – Criteri di individuazione della classe di priorità		
Classe	Descrizione	
A	Ricovero entro 30 giorni	Per i casi clinici che possono aggravarsi rapidamente tanto da diventare emergenti o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.
B	Ricovero entro 60 giorni	Per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
C	Ricovero entro 180 giorni	Per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
D	Ricovero senza attesa massima definita	Per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

#### b. Ordine di iscrizione in lista e cronologia di chiamata

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

#### c. Risorse disponibili

Per risorse disponibili si intendono requisiti di carattere organizzativo, clinico e assistenziale (es. spazio di sala operatoria, bilanciamento corretto ed efficiente tra casi più o meno impegnativi in seduta operatoria, materiale, disponibilità di farmaci, apparecchiature e strumentario chirurgico) che si rendono necessari per condurre l'intervento chirurgico con il maggior livello di efficacia, efficienza, sicurezza e qualità della prestazione. Esse rappresentano uno degli elementi da garantire per una corretta programmazione delle attività.

#### Art. 6 - PROCEDURA PER LA MANUTENZIONE DELLA LISTA D'ATTESA

##### Chiamata dei pazienti

L'ordine di chiamata dei pazienti è stabilito secondo i criteri definiti nel presente regolamento.

##### Pulizia della lista

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

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

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

Si precisa che, in caso di modifica della priorità, il tempo di attesa complessivo è comunque conteggiato dal giorno del primo inserimento in lista (il tempo già trascorso rientra nel tempo di attesa).

In ogni U.O. devono essere formalmente individuati gli operatori abilitati (referenti di gestione lista di attesa dei ricoveri) alla pulizia e manutenzione della lista e chiamata dei pazienti.

### Sospensione

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

- motivi sanitari del paziente (insorgenza di controindicazioni all'intervento ovvero altro ricovero);
- indisponibilità del paziente per motivi personali.

È uno stato della lista di attesa (stato SOSPEO) durante il quale il paziente mantiene il livello di priorità maturato; il periodo di sospensione deve avere una data di inizio e una di fine, certa o presunta: in questo stato il contatore è fermo e il tempo di sospensione è sottratto dal tempo di attesa.

Nel caso in cui il periodo di sospensione si protragga per un tempo giudicato troppo lungo è opportuno pianificare e concordare con il paziente una visita di rivalutazione.

Nel caso in cui il gestore della lista di attesa effettui la chiamata al paziente per la visita di rivalutazione ed il paziente, per motivi non correlati allo stato di salute, manifesti una indisponibilità o non si presenti alla data concordata, viene offerta una seconda visita di rivalutazione ed a fronte di un ulteriore rifiuto o mancata presentazione, la cancellazione diviene esecutiva (stato ANNULLATO).

Quando la visita di rivalutazione clinica conferma la necessità di eseguire l'intervento, il medico avvia l'appropriato iter terapeutico, fornendo una data di ricovero.

Ogni modifica dello stato di lista di attesa, ogni atto diagnostico, ogni contatto e ogni cambio di iter terapeutico, deve essere deciso dallo specialista e deve avere riscontro nel registro informatizzato e comunicato puntualmente al paziente.

### Uscita dalla lista di attesa

Il paziente esce dalla lista di attesa quando:

1. viene ricoverato e viene effettuato l'intervento chirurgico;
2. viene ricoverato e l'intervento chirurgico è rinviato per problematiche legate all'azienda: è necessario valutare la possibilità, all'interno dello stesso ricovero, di riprogrammare l'intervento chirurgico. Nel caso in cui ciò non sia possibile, al momento della dimissione deve essere stabilita e comunicata al paziente la nuova data di ricovero, da effettuarsi prima possibile, comunque entro 7 giorni, ed inserito in lista operatoria come primo paziente nella prima seduta operatoria disponibile ovvero nella seduta di recupero, prevista da codesto regolamento.  
Sulla SDO andrà inserita come diagnosi principale il *cod. V643 Intervento chirurgico o altra procedura non eseguiti per altre ragioni* ed in diagnosi secondaria il codice relativo alla patologia che aveva determinato il ricovero;
3. viene ricoverato e l'intervento chirurgico è rinviato per controindicazioni: sulla SDO andrà inserita come diagnosi principale il *cod. V641 Intervento chirurgico o altra procedura non eseguiti per controindicazione* ed in diagnosi secondaria il codice relativo alla patologia che aveva determinato il ricovero;
4. viene cancellato per le seguenti motivazioni e descritte chiaramente nel registro informatizzato delle liste d'attesa:



Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

- *Rinuncia*: condizione in cui il paziente, per sua libera ed irrevocabile scelta, non intende effettuare l'intervento chirurgico;
- *Annullamento*: condizione in cui il paziente, per motivi non correlati allo stato di salute, formalizza una indisponibilità alla visita di rivalutazione per due volte consecutive;
- *Irreperibilità del paziente*: la cancellazione a seguito di irreperibilità del paziente verrà effettuata, dopo due chiamate ai numeri di telefono comunicati dal paziente, in giorni ed orari diversi;
- *Errori materiali di registrazione*, effettivamente verificati;
- *Invio ad altra struttura* che consenta il rispetto dei tempi di attesa.

## Art. 7 - PREDISPOSIZIONE DELLE LISTE OPERATORIE

### Lista operatoria settimanale

La proposta di programmazione settimanale viene prodotta dal sistema informatico aziendale prelevando dalla lista di attesa i pazienti che sono risultati idonei a seguito della visita anestesiologicala.

La lista operatoria deve essere elaborata entro le ore 8.30 del venerdì per gli interventi della settimana successiva.

### Responsabilità

- il Direttore dell'U.O. chirurgica: predispone e trasmette al Responsabile dell'U.O.S.D. Blocco Operatorio la lista operatoria settimanale, condividendola con l'Anestesista di riferimento, in relazione alla durata degli slot operatori ed alla complessità ed alla tempistica degli interventi indicando l'equipe operatoria;
- il Direttore dell'U.O.C. di Anestesia e Rianimazione: trasmette al Responsabile dell'U.O.S.D. Blocco Operatorio i turni settimanali degli anestesisti e del personale infermieristico di anestesia per ogni sala operatoria per ogni giorno della settimana;
- il Responsabile dell'U.O.S.D. Blocco Operatorio predispone i turni del personale infermieristico per ogni sala operatoria per ogni giorno della settimana.

### Lista operatoria giornaliera

La lista operatoria giornaliera è formalizzata dal Direttore dell'U.O.C. chirurgica, entro le 12.00 del giorno precedente, partendo dalla lista operatoria settimanale e dovrà contenere la chiara indicazione della corretta sequenza di chiamata dei pazienti al blocco operatorio, al fine dell'organizzazione della seduta operatoria stessa, della preparazione del paziente nel reparto e del trasporto del paziente dal reparto al Blocco Operatorio.

Tale lista, dopo opportuna verifica e completamento con i dati di anestesisti e infermieri di anestesia e di sala, da parte del Responsabile dell'U.O.S.D. Blocco Operatorio è trasmessa alle UU.OO. interessate (UU.OO. chirurgiche, Anestesia e Rianimazione, Radiologia, Anatomia Patologica, ecc). La lista dovrà riportare oltre i dati del paziente, la diagnosi ed il tipo di intervento, la durata prevista, l'equipe operatoria, l'anestesista e gli infermieri di anestesia e di sala.

Qualsiasi modifica alla nota operatoria già convalidata, dovrà essere tempestivamente comunicata al Responsabile dell'U.O.S.D. Blocco Operatorio, prevedendo eventualmente la sostituzione dell'intervento già programmato con altro intervento simile per impegno clinico ed organizzativo.

### Recupero interventi rimandati

Qualora, il programma operatorio previsto e concordato non possa essere mantenuto in una o più sale operatorie per sopraggiunte motivazioni, il responsabile dell'U.O.S.D. Blocco Operatorio riprogrammerà nel più breve tempo possibile e comunque non oltre 30 giorni, il recupero di tali sedute operatorie mediante l'assegnazione di slot aggiuntivi.





#### Art. 8 - MONITORAGGIO DEL PERCORSO CHIRURGICO

##### *Report monitoraggio dell'andamento delle liste di attesa e dei tempi di attesa*

- pazienti in lista di attesa, suddiviso per regime di ricovero, unità operativa e classe di priorità;
- pazienti che sono stati rinviati dalla struttura o che hanno rinviato, sospeso, rinunciato e relative motivazioni;
- pazienti in lista di attesa per diagnosi e tipologia di intervento.

##### *Report monitoraggio utilizzo sale operatorie contenente:*

- orario medio di inizio primo intervento,
- tasso di utilizzo grezzo delle sale operatorie.

#### Art. 9 - SINERGIE DI RETE PER LA GARANZIA DEI TEMPI DI ATTESA

Nel caso in cui la struttura non sia nelle condizioni di garantire il rispetto dei tempi di attesa in regime istituzionale, l'Azienda potrà prevedere la predisposizione di sedute operatorie aggiuntive ricorrendo ai fondi derivanti dal 5% dei proventi della libera professione intramoenia accantonati per l'abbattimento delle liste d'attesa (Regolamento per la libera Professione Intramoenia approvato con delibera del Direttore Generale n. 65 del 15/02/2018) o altri fondi eventualmente individuati.

Nel caso in cui la struttura non sia comunque nelle condizioni di garantire il rispetto dei tempi di attesa, verrà proposta al paziente una valida ed equivalente alternativa di ricovero all'interno della rete degli ospedali, pubblici o del privato accreditato, prioritariamente nel territorio provinciale, assicurando il rispetto dei tempi previsti per la classe di priorità assegnata.

Qualora il paziente non accetti di effettuare l'intervento in altra struttura, così come proposto, viene a cadere il vincolo "contrattuale" di rispetto dei tempi massimi di attesa.

Rimane valida l'iscrizione del paziente in lista di attesa e i tempi di esecuzione dell'intervento chirurgico seguiranno i tempi di scorrimento disponibili nella struttura ospedaliera.

È indispensabile la puntuale documentazione dei passaggi procedurali e la formalizzazione della scelta effettuata dal paziente.

#### Art. 10 - RIFERIMENTI NORMATIVI

- D.P.C.M. 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,
- 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. Relazione finale,
- D.P.C.M. del 29 novembre 2001,
- D.P.C.M. 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.
- Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2010-2012 (28 ottobre 2010),
- Piano Regionale di Governo delle Liste d'attesa,
- Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 126 del 2 Dicembre 2011,
- D.P.G.R. – CA n. 141 del 16.10.2013
- Delibera ALPI



**S**ERVIZIO  
**S**ANITARIO  
**R**EGIONALE



Grande Ospedale Metropolitano  
"Bianchi Melacrino Morelli"  
*Reggio Calabria*



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie*

- Linee guida n. 1/1995 del Ministero della Sanità "Applicazione del Decreto ministeriale 14 dicembre 1994", in caso di rinuncia o di rinvio dell'intervento per libera scelta del paziente, le singole indagini diagnostiche e le visite specialistiche effettuate, ove ritenute non più utili ai fini della valutazione preoperatoria, saranno considerate prestazioni ambulatoriali e, conseguentemente, sarà dovuto il pagamento della relativa quota di compartecipazione della spesa da parte dell'utente.

#### **Art. 11 – PRIVACY**

Le procedure descritte nel presente Regolamento verranno applicate secondo le Direttive Aziendali nel rispetto del G.D.P.R. n. 216/679.



SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



Grande Ospedale Metropolitano  
"Bianchi Melacrino Morelli"  
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

Allegato 1

**GESTIONE DELLE LISTE D'ATTESA PER RICOVERO PROGRAMMATO:  
INFORMATIVA IN CASO DI RINUNCIA VOLONTARIA DEL PAZIENTE  
ALL'INTERVENTO CHIRURGICO**

**Il sottoscritto**

Cognome e nome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di essere stato debitamente informato che, nel caso in cui, per propria libera scelta, rinunciassi al ricovero programmato o decidessi di rinviarlo di oltre 30 giorni dall'esecuzione delle indagini eseguite in regime di preospedalizzazione (1):

1. sarà tenuto al pagamento dell'intera tariffa di rimborso derivante dalla somma delle singole prestazioni ricevute;
2. il costo da corrispondere sarà calcolato come somma delle tariffe, da nomenclatore tariffario regionale vigente, delle singole prestazioni ricevute in regime di preospedalizzazione.

**ESPRIME**

il proprio libero e informato consenso a corrispondere al Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi Melacrino Morelli" di Reggio Calabria l'intera tariffa di rimborso, calcolata come somma delle singole prestazioni ricevute, nel caso in cui, per propria libera scelta, rinunciassi al ricovero programmato ovvero decidessi di rinviarlo di oltre 30 giorni dall'esecuzione delle indagini in preospedalizzazione.

Reggio Calabria, li \_\_\_\_\_

Firma del paziente

\_\_\_\_\_

(1) Ai sensi delle Linee guida n. 1/1995 del Ministero della Sanità "Applicazione del Decreto ministeriale 14 dicembre 1994", in caso di rinuncia o di rinvio dell'intervento per libera scelta del paziente, le singole indagini diagnostiche e le visite specialistiche effettuate, ove ritenute non più utili ai fini della valutazione preoperatoria, saranno considerate prestazioni ambulatoriali e, conseguentemente, sarà dovuto il pagamento della relativa quota di compartecipazione della spesa da parte dell'utente.