



Linee di indirizzo regionali per la stesura del regolamento per la gestione delle liste di attesa per i ricoveri programmati

**Direzione Sanità e Welfare
Assessorato alla Sanità Regione Piemonte**

Versione 20 maggio 2022

INDICE

- 1. Premessa e finalità del Documento**
- 2. Principi generali e ambito di applicazione**
- 3. Accesso ai ricoveri programmati**

4. Gestione liste di attesa

1. Premessa e finalità del Documento

Nelle “Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell’epidemia da SARS-Cov-2” emesse dal Ministero della Salute viene posta la necessità di sviluppare sistemi di monitoraggio oggettivi della domanda e dell’offerta dei ricoveri programmati.

Tale monitoraggio è indispensabile per attuare le necessarie riorganizzazioni volte a incrementare l’efficienza dei percorsi e per identificare le strategie ottimali utili a bilanciare domanda e offerta.

La finalità del documento è di definire le Linee di indirizzo regionali per la stesura del regolamento per la gestione delle liste di attesa per i ricoveri programmati, ad uso delle Aziende Sanitarie.

L’implementazione di un governo globale del percorso peri-operatorio si basa sullo sviluppo di due macroaree: (1) governo delle liste di attesa e (2) governo della capacità produttiva.

Nell’allegato 5 del documento ministeriale è indicato chiaramente che, riguardo la macroarea “governo delle liste di attesa” e al fine di realizzare un sistema integrato di gestione dell’accesso alle prestazioni di ricovero programmato, si dovranno garantire l’adozione di strumenti di classificazione degli interventi in lista d’attesa (es. “nomenclatore unico”) e l’introduzione di metodi tecnico-organizzativi, percorsi formativi e prodotti (software e applicativi) tali da consentire:

- a) uniformità delle modalità di gestione delle liste di attesa
- b) diffusione e utilizzo degli strumenti informatici per la gestione dell’accesso alle prestazioni di ricovero programmato
- c) monitoraggio prospettico per consentire interventi mirati e tempestivi laddove risultano evidenti criticità nel rispetto dei tempi di attesa
- d) integrazione con i sistemi-applicativi che gestiscono la programmazione delle sale operatorie
- e) programmazione dell’assegnazione delle risorse sulla base della consistenza e della criticità delle liste di attesa
- f) pulizia e verifica delle liste di attesa
- g) garanzia di una corretta e trasparente informazione al paziente relativamente alla sua posizione in lista.

Nel documento “Linee di Indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato”, Accordo Stato Regioni 100/CSR 9 luglio 2020, tra i principi fondanti sono menzionati:

- la trasparenza delle liste di attesa;
- l’esplicitazione dei tempi di attesa previsti;
- l’informatizzazione del percorso chirurgico.

Nel documento ministeriale “Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell’epidemia da SARS-COV-2” è affermato che “La conoscenza completa e approfondita del numero di pazienti in attesa di ricovero chirurgico programmato è componente fondamentale per il governo del processo; pertanto, è importante definire in modo chiaro e condiviso le modalità di inserimento del paziente in Lista di Attesa, in coerenza con i principi guida del PNGLA (anche in ottemperanza a quanto previsto dall’art.41 del D.lgs. 33/2013, come successivamente modificato ed integrato), in modo da inserire solamente i pazienti effettivamente pronti per la chirurgia, con criteri e modalità classificatorie univoche.”

Si ribadisce, inoltre, la necessità di introdurre come strumento informatizzato per il monitoraggio delle liste di attesa un “nomenclatore” unico, basato su un tracciato record che consenta di indicare la diagnosi e gli atti terapeutici programmati mediante la classificazione ICD-9-CM ed il loro successivo raggruppamento in macrocategorie in base a criteri di afferenza chirurgico-nosologica. L'utilizzo di tale nomenclatore garantisce la possibilità di estrazione dei dati per il monitoraggio e l'aggiornamento continuo dello stato delle liste di attesa a livello locale e regionale, consentendo un confronto a livello nazionale. Il Ministero della Salute ha fornito i file relativi al nomenclatore unico e la loro aggregazione in base alla classe di complessità del DRG.

Nella tabella seguente sono evidenziate le diminuzioni di volume di ricoveri nel 2020 rispetto al 2019 a livello nazionale.

Classificazione complessità DRG chirurgici	Classe di Priorità di ricovero				Totale
	A	B	C	D	
Classe 1: Interventi maggiori, chirurgia oncologica e trapianti	-40.847	-17.626	-8.659	-7.014	-74.146
Classe 2: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di rilievo	-91.070	-78.604	-65.608	-34.528	-269.810
Classe 3: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore complessità	-86.554	-74.566	-99.303	-61.624	-322.047
Totale	-218.471	-170.796	-173.570	-103.166	-666.003

I codici ICD-9-CM diagnosi e intervento da inserire nella lista di attesa devono essere scelti in base alla diagnosi e all'intervento più probabili al momento dell'inserimento in lista e possono non coincidere con i codici inseriti nella scheda di dimissione alla chiusura del ricovero.

Le linee di indirizzo ministeriali stabiliscono l'obbligo di informatizzazione (a pagina 5 dell'allegato 5) sia per le strutture pubbliche sia per quelle private accreditate, in quanto partecipano attivamente all'offerta di prestazioni di ricovero nell'ambito del sistema pubblico.

Obbligo presente anche nel PNGLA 2019-2021 approvato con l'intesa Stato-Regioni 21 febbraio 2019:

“Per i ricoveri l’inserimento nella lista di attesa tramite procedura informatizzata a livello regionale, delle Province Autonome o di singola azienda/istituzione privata accreditata, deve riguardare criteri di appropriatezza e priorità clinica. Al fine di garantire la trasparenza, al momento dell’inserimento in lista di attesa, devono essere comunicate al cittadino informazioni sul suo ricovero, sulla Classe di priorità e i relativi tempi massimi d’attesa, oltre alle indicazioni organizzative previste (es. informazioni circa il pre-ricovero).”

La matrice di correlazione tra coppie codici ICD-9-CM diagnosi-intervento e DRG e relativa classe di complessità (Appendici 1 e 2 delle *Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2*) serve a classificare i casi inseriti in lista in base alla classe di complessità e alla classe di priorità clinica.

Nella matrice di correlazione sono censiti 234 DRG a fronte dei 538 DRG presenti nella ventiquattresima versione in uso in Italia.

Classe	Descrizione	N. DRG
1	Interventi maggiori, chirurgia oncologica e trapianti	79
2	Interventi non classificati come maggiori, ma correlati a patologie di rilievo	86
3	Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore complessità	69
		234

Poiché la classificazione proposta dalla matrice di correlazione non è esaustiva, in particolare sono escluse alcune casistiche neoplastiche, è quantomai rilevante l'indicazione ministeriale "Si raccomanda dunque di porre particolare attenzione alla *gestione prioritaria della casistica oncologica*, a prescindere dalla categoria/DRG di attribuzione teorica."

Secondo le linee di indirizzo ministeriali per stabilire l'ordine di chiamata dei pazienti presenti in lista di attesa è opportuno utilizzare un punteggio (score) che tiene conto di:

- classe di priorità (A, B, C, D)
- data di inserimento in lista (tempo trascorso in lista)

La formula ministeriale per il calcolo del punteggio o score è la seguente:

$$Score = \frac{A * B}{C}$$

- A = tempo trascorso in lista, cioè data odierna – data di inserimento in lista
- B = tempo massimo previsto dalla classe di priorità meno urgente censita nella lista. Se nella lista sono presenti tutte le classi di priorità A, B, C, D il valore da inserire sarà 365 giorni, se la lista è riservata alla classe A il valore da inserire sarà 30 giorni, ecc.
- C = tempo massimo previsto dalla classe di priorità assegnata al caso in lista (classe A=30, B=60, C=180, D=365)

Qui di seguito un esempio di una lista che contiene pazienti di tutte le classi di priorità.

Caso	Classe	Tempo massimo classe	Tempo massimo classe meno urgente	Tempo trascorso in lista	Punteggio
Neoplasia maligna	A	30	365	15	183
Ernia inguinale	C	180	365	60	122

Come si può vedere, il caso di neoplasia maligna con un punteggio di 183 deve essere chiamato prima di quello con ernia inguinale.

Nell'allegato 5 delle *Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2*) è ritenuto utile che "ciascuna Regione e Azienda Sanitaria predisponga un regolamento per la corretta gestione delle Liste di Attesa per ricovero chirurgico programmato, in cui siano definite le modalità dell'inserimento del paziente in lista di attesa, di permanenza e di chiamata, nonché per la pulizia e manutenzione, tenuta e gestione informatizzata della lista. Dovranno essere inoltre declinati i livelli di responsabilità ed il diritto di accesso e comunicazione al paziente."

2.Principi generali e ambito di applicazione

L'erogazione delle prestazioni sanitarie entro i tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti è un elemento fondamentale dei livelli essenziali di assistenza (LEA) che devono essere garantiti in modo equo e trasparente.

Il tempo di attesa per le prestazioni sanitarie è, peraltro, una delle maggiori criticità percepite dal cittadino quando si rapporta col sistema sanitario. Per organizzare equamente la lista d'attesa, la domanda di prestazioni sanitarie deve essere stratificata in classi con priorità d'accesso differenziate in funzione della gravità della patologia. Tale stratificazione secondo classi di priorità è indispensabile per poter garantire a tutti una prestazione in tempi adeguati alle necessità cliniche, compatibilmente con le risorse disponibili. La possibilità di attribuire ai singoli utenti tempi di attesa diversi è quindi determinante per garantire l'efficacia della prestazione ed efficienza del servizio.

L'attuazione di iniziative volte ad aumentare l'appropriatezza delle prestazioni rese, sia in termini generali che di priorità è un elemento fondamentale che deve precedere ed accompagnare la definizione delle priorità. Una prestazione deve essere erogata rispettando le indicazioni cliniche per le quali si è dimostrata efficace, nell'ambito di una tempistica adeguata e secondo il regime organizzativo più opportuno.

Uno degli strumenti necessari alla realizzazione di questo obiettivo è l'adozione da parte degli erogatori di un regolamento di gestione dell'accesso ai ricoveri in elezione, che stabilisca i criteri di composizione delle liste di attesa dei ricoveri programmati, ordinari e diurni.

Indirizzi e regole omogenee, su tutto il territorio regionale, hanno lo scopo di assicurare che la gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati avvenga secondo criteri di appropriatezza, equità e trasparenza, garantendo la tutela dei diritti dei pazienti, facilitando la fruizione delle prestazioni assistenziali ed al contempo rafforzando strumenti e regole di governo del percorso del paziente chirurgico e della programmazione delle risorse. È stato dunque predisposto il presente documento finalizzato a fornire a tutte le strutture di ricovero pubbliche, equiparate e private accreditate le linee di indirizzo per la redazione e l'adozione del *Regolamento per la gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati*.

3. Accesso ai ricoveri programmati

Nella ricetta-proposta di ricovero devono essere indicati:

- la patologia certa o presunta;
- l'intervento previsto;
- il regime di erogazione previsto (ordinario o diurno con/senza pernottamento)
- la classe di priorità

Per quanto riguarda la patologia e l'intervento indicati nella ricetta, è preferibile sia anche indicato il codice ICD-9-CM.

4. Gestione liste di attesa

Modalità di inserimento

La data di prenotazione (inserimento in lista) è il momento in cui il paziente, essendo nelle effettive condizioni di essere sottoposto al trattamento previsto, viene inserito nella agenda di prenotazione per i ricoveri programmati. Questa data è anche quella che deve essere utilizzata per la compilazione del campo "data di prenotazione", previsto nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO).

Il periodo necessario per gli eventuali approfondimenti diagnostici, trattamenti farmacologici, terapie adiuvanti, radioterapia o osservazione non fanno parte del tempo di attesa.

Sulla scorta di una ricognizione circa le modalità organizzative dell'attività chirurgica programmata presenti nelle strutture piemontesi, essendo emerso che la programmazione è generalmente mensile e vista l'impossibilità di fornire una data certa di ricovero, al momento della prenotazione deve essere fornita al paziente l'attesa media prevista per la tipologia di intervento e classe di priorità presso la struttura di ricovero (dato medio ex post desunto dal flusso SDO).

Chiamata

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

1. livello di priorità clinica
2. ordine cronologico di iscrizione in lista

Scopo della classe di priorità è quello di determinare l'ordine di ingresso alla prestazione consentendo di identificare i tempi massimi entro i quali la stessa deve essere garantita.

Le quattro classi di priorità previste dal programma nazionale di gestione delle liste di attesa (PNGLA) e dall'accordo Stato-Regioni del 14/02/2002 sono le seguenti.

Classe	Descrizione
A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che possono aggravarsi rapidamente tanto da diventare emergenti o da determinare una compromissione della prognosi.
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o

Classe	Descrizione
	grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente.
C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né può l'attesa, diventare una pregiudiziale per la prognosi.
D	Ricovero che non richiede la definizione di una attesa massima: casi clinici senza dolore o disfunzione o disabilità. La prestazione va comunque garantita entro i 12 mesi.

La classe di priorità è assegnata sulla base di criteri clinici, tenendo in considerazione i seguenti elementi:

- a) 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, severità del quadro clinico presente (incluso il sospetto diagnostico),
- b) prognosi;
- c) tendenza al peggioramento a breve;
- d) presenza di dolore e/o deficit funzionale;
- e) implicazione sulla qualità di vita;
- f) casi particolari che richiedono di essere trattati in un tempo prefissato, purché esplicitamente dichiarati dal medico che lo ha in carico;
- g) speciali caratteristiche del paziente che possono configurare delle eccezioni, purché esplicitamente dichiarate dal medico prescrittore.

La classe di priorità può essere modificata successivamente all'inserimento in lista di attesa in funzione dell'andamento clinico del singolo caso, specificando il motivo nell'agenda.

Nelle more dell'emanazione di un sistema omogeneo regionale di assegnazione nelle varie classi di priorità, le strutture erogatrici devono attivare iniziative volte a conseguire l'omogeneità di attribuzioni alle classi di priorità almeno a livello della struttura ospedaliera.

Nelle operazioni di chiamata deve essere tenuta in conto anche la durata della presenza in lista di attesa. Nel documento ministeriale è proposta una formula per calcolare un punteggio da assegnare ad ogni paziente in lista di attesa per stabilire l'ordine di chiamata in modo da tener conto anche della durata della presenza in lista.

Facendo una simulazione con tale formula, è emerso che la durata della presenza in lista di attesa ha un'influenza maggiore rispetto ad altri fattori quali la priorità clinica. Questo fenomeno è più evidente se la tipologia dei pazienti in lista è composita e meno conclamato se la lista è monotematica (es. una lista dedicata ai pazienti con patologia neoplastica).

Per ovviare a questo effetto distorsivo si propone di introdurre nella formula un fattore correttivo che tenga conto maggiormente della priorità clinica-gravità della patologia.

Nel prospetto seguente sono confrontati gli effetti dei punteggi ottenuti con la formula ministeriale e quelli ottenuti con i fattori correttivi.

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Classe priorità	gg presenza in lista di attesa	gg annue	Attesa standard	Score con formula MdS	Fattore correzione per classe DRG			Ricalcolo score tenendo conto della classe DRG		
					1	2	3	1	2	3
A	27	365	30	329	30	15	8	9870	4935	2632
B	80	365	60	487	5	2,5	1	2435	1218	487
C	210	365	180	426	0,75	0,5	0,2	320	213	85
D	300	365	365	300	0,3	0,2	0,1	90	60	30

Come si può vedere dalla simulazione, con la formula ministeriale un paziente con classe di priorità B in virtù di una presenza in lista di attesa di 80 giorni ha un punteggio maggiore – quindi verrebbe chiamato prima – di un paziente con priorità A (es. una neoplasia). Stesso risultato con un paziente in classe C e presenza in lista di attesa di 210 giorni. Con i parametri di correzione (colonne F-G-H) il punteggio ottenuto (colonne I-J-K) è tale da privilegiare sempre un paziente in classe di priorità A, ove sono normalmente allocate le patologie neoplastiche e le altre di particolare gravità.

Si propone di considerare la formula ministeriale come segue:

$$Score = \frac{A * B}{C} * F$$

dove *F* è il fattore di correzione i cui valori sono

Classe priorit�	Fattore correzione per classe DRG
A	30
B	5
C	0,75
D	0,3

La scelta di utilizzare una sola serie di valori di correzione differenziata per classi di priorit  risiede nel fatto che nella lista di attesa possono essere presenti casi che non rientrano nei 234 DRG facenti parte delle tre classi di complessit  e, di conseguenza, si deve usare un fattore indipendente da tale associazione.

Pulizia e manutenzione

È necessario procedere periodicamente, con cadenza adeguata alla classe di priorità assegnata, ad una verifica della disponibilità dei pazienti al ricovero e in caso negativo alla “pulizia” della lista.

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.

Durante l’attesa, specie se prolungata, può essere necessario rivalutare il paziente. Se tale attività evidenzia la necessità di una revisione della classe di priorità precedentemente assegnata, il cambio di classe e la data di rivalutazione dovranno essere tracciati nelle agende di prenotazione. Si precisa che in caso di modifica della priorità il tempo di attesa complessivo è comunque conteggiato dal giorno del primo inserimento in lista (il tempo già trascorso rientra nel tempo di attesa).

Si sintetizzano di seguito le principali attività comprese nella pulizia periodica delle liste d’attesa:

- verifica dell’effettiva disponibilità al ricovero;
- verifica delle sospensioni;
- verifica dello stato in vita del paziente
- verifica dei ricoveri successivi all’inserimento in lista d’attesa, che rendono inutile la prenotazione

Devono essere formalmente individuati gli operatori abilitati alla pulizia e manutenzione della lista e chiamata dei pazienti. Essi partecipano e collaborano con il RUA alla manutenzione della lista.

Tenuta e gestione informatizzata

Per conseguire gli obiettivi di corretta gestione delle liste di attesa definiti dalle linee di indirizzo ministeriali è necessario disporre di sistemi informatizzati, che

- consentano la stima del tempo di attesa;
- forniscano strumenti di analisi per individuare i casi oltre soglia o con altre anomalie;
- aiutino la pianificazione delle attività (interazione con altri applicativi e piattaforme);
- permettano l’aggiornamento sullo stato dei ricoveri avvenuti al di fuori della chiamata da lista d’attesa (es. ingressi in urgenza);
- agevolino la manutenzione delle liste di attesa (sospensioni, modificazioni della prenotazione, uscita dalla lista) con la tracciabilità degli eventi;
- mettano a disposizione reportistiche dinamiche e sempre aggiornate utili a controllare i principali indicatori di monitoraggio dei tempi di attesa, il rispetto delle regole di inserimento nelle liste, l’adeguata manutenzione, i dati utili all’organizzazione e al controllo delle attività e alla programmazione.

La Regione Piemonte è tenuta a rendicontare l’andamento delle liste di attesa per ricovero programmato sia in base alle classi di priorità ma anche secondo la ripartizione in classi di complessità dei DRG così come esplicitato nella matrice di correlazione.

Tali classi di complessità possono essere attribuite “in batch” purché in fase di prenotazione siano indicati i codici ICD-9-CM relativi alla patologia e all’intervento programmato.

Responsabilità

Il registro 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, siano essi in forma cartacea o informatizzata, e devono essere conservati secondo le norme vigenti.

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

La responsabilità della corretta gestione delle prenotazioni per i ricoveri programmati è del direttore sanitario aziendale e del direttore medico di presidio (per le strutture private, il direttore sanitario), del RUA, dei direttori di dipartimento e dei direttori delle strutture di ricovero.

Responsabilità e compiti devono essere chiaramente declinate nel regolamento aziendale, in base alle modalità organizzative e operative proprie di ciascuna struttura di ricovero.

Accesso e comunicazione al paziente

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

- data di prenotazione;
- classe di priorità assegnata;
- una data presunta di ricovero;
- eventuali criticità in ordine ai tempi di attesa;
- informativa riguardo alle modalità di sospensione, rinvio, rinuncia e cancellazione dalla lista;
- riferimenti per informazioni nel corso della permanenza in lista.

La data presunta di ricovero può essere determinata nel modo seguente:

$$Data di prenotazione + Attesa media$$

L'attesa media, espressa in giorni, è quella calcolabile ex post sulla casistica pregressa relativamente a casi analoghi per diagnosi, intervento, DRG e classe di priorità, riferiti alla struttura di ricovero o al singolo reparto.