

# PROCEDURA AZIENDALE DI GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA PER I RICOVERI PROGRAMMATI NELLE STRUTTURE SANITARIE E CORRETTA TENUTA DELLE AGENDE DI PRENOTAZIONE

Redazione	Verifica	Autorizzazione all'emissione
<p>Responsabile Unico dell'Accesso (RUA) dr. Domenico Montemurro</p> <p>SOC Direzione Medica Presidio SMM dr. Davide Pozzi</p>	<p>Direttore Medico Presidio Ospedaliero San Daniele – Tolmezzo dr Loris D'Orlando</p> <p>Direttore Medico Presidio Ospedaliero Latisana – Palmanova dr.ssa Claudia Giuliani</p> <p>Direttore Medico Presidio Ospedaliero SMM - Udine dr. Domenico Montemurro</p> <p>Direzione Generale Ufficio Gestione Sistemi e Processi di erogazione ing. Luca Ponte</p>	<p>Direttore Sanitario dr. David Turello</p>
Documento in ADIWEB	Documento in ADIWEB	Documento in ADIWEB

Parola chiave 1	Parola chiave 2	Parola chiave 3
Intervento chirurgico	Liste attesa	Registri chirurgici

## INDICE

1	Matrice delle versioni del documento .....	3
2	Scopo e campo di applicazione .....	3
3	Destinatari .....	3
4	Contenuti .....	3
4.1	Valutazione del paziente .....	4
4.2	Inserimento del paziente, candidabile a chirurgia, nella lista "presa in carico" .....	4
4.3	Prenotazione degli interventi chirurgici in elezione .....	6
4.3.1	Inserimento in lista di attesa ricoveri per intervento chirurgico .....	6
4.3.2	Attribuzione della classe di priorità e priorità di convocazione .....	8
4.3.3	Manutenzione delle liste .....	8
4.4	Programmazione dell'attività di prericovero ed eventuale rinuncia/annullamento ..	10
5	Responsabilità .....	12
6	Terminologie e abbreviazioni .....	12
7	Riferimenti normativi e bibliografici .....	13
8	Documenti interni collegati .....	13
9	Allegati .....	13

## 1 Matrice delle versioni del documento

Codifica	Versione	Data	Motivo della modifica
DOSP_PR_02	01	22/06/2024	Regolamento liste d'attesa Creazione del documento unico per l'ASUFC che subentra ai documenti precedentemente esistenti sul tema: "Liste di attesa, programmazione e registri degli interventi chirurgici in elezione ed urgenza" del 28/04/2016 ex ASUIUD

## 2 Scopo e campo di applicazione

Gli scopi della presente procedura sono:

- garantire un accesso alle procedure chirurgiche in elezione, in regime di ricovero ordinario e Day Surgery, secondo criteri di accessibilità, di equità e di trasparenza, a tutela dei diritti dei pazienti;
- definire le modalità di gestione delle liste di presa in carico (PIC) e di liste d'attesa (LiAt) e il loro aggiornamento
- definire le modalità operative di pianificazione delle procedure chirurgiche in urgenza ed emergenza;
- definire strumenti di pianificazione dell'attività di sala operatoria (SO) al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse;
- definire idonee e uniformi modalità di compilazione, custodia, conservazione e archiviazione del registro di SO nel rispetto della normativa vigente in materia e garantendo i requisiti sostanziali di veridicità, completezza e chiarezza ed i requisiti formali essenziali.

La procedura si applica a tutte le Strutture Operative aziendali coinvolte.

## 3 Destinatari

La gestione del percorso chirurgico è oggetto di approfondite riflessioni ed azioni di miglioramento a livello aziendale.

Il ricovero ospedaliero rappresenta infatti un momento particolarmente significativo nella vita sanitaria dell'assistito, ed ha elementi specifici legati sia alla rilevanza assistenziale, in quanto correlato alla significatività della malattia, sia al livello organizzativo necessario per garantire la massima appropriatezza.

Elemento essenziale e costitutivo della prestazione di ricovero è sicuramente il tempo di attesa e la sua garanzia di contenimento in un tempo massimo conosciuto in anticipo.

La procedura è destinata a chiunque è autorizzato a utilizzare il sistema ADT di Reparto (ADT) e il gestionale clinico di pianificazione di sala operatoria e di registro chirurgico per le informazioni correlate alle liste di attesa e agli interventi chirurgici. Sono escluse le attività svolte all'interno delle sale operatorie ambulatoriali dalle Strutture di Gastroenterologia, Diagnostica Angiografica-Radiologia interventistica e Pneumologia.

## 4 Contenuti

## 4.1 Valutazione del paziente

La prescrizione per visita specialistica per patologia che può essere con indicazione al ricovero/intervento può essere redatta da:

- MMG
- medico specialista
- altra figura medica eventualmente delineata all'interno di un PDTA.

Se la visita specialistica si conclude con una proposta di ricovero/intervento, la struttura prende in carico il paziente e ne segue l'iter clinico e assistenziale. Si identificano, quindi, due casi:

1. **paziente candidato a intervento chirurgico con indicazione/diagnosi certa:** viene inserito subito nella lista d'attesa (la data di presa in carico e di immissione in lista coincidono);
2. **paziente che necessita di accertamenti diagnostici:** sono necessari approfondimenti per giungere ad una puntuale indicazione di ricovero. Il paziente viene inserito in Lista di "Presa in carico" per il periodo necessario a definirne l'idoneità.

L'inserimento del paziente in lista di presa in carico può essere dettato, ad esempio, dai seguenti motivi:

- necessità di stadiazione- approfondimenti diagnostici;
- necessità di terapie-trattamenti neoadiuvanti;
- necessità di valutazione multidisciplinare prevista nei PDTA oncologici

Qualora il paziente sia valutato in regime di Libera Professione individuale, il percorso diagnostico terapeutico che include l'eventuale ricovero in elezione deve concludersi nello stesso regime libero professionale, con il divieto di utilizzare la ricetta SSN; tuttavia il paziente può transitare in un percorso a carico SSN attraverso valutazione del proprio MMG/PLS che rilascerà relativa ricetta SSN con indicazione al ricovero stesso o all'esecuzione di altri esami suggeriti dallo specialista in regime di Libera Professione. Con tale prescrizione il paziente si reca presso la segreteria del reparto di riferimento per richiedere l'inserimento in lista di attesa. Dopo inserimento da parte del medico, viene rilasciata al paziente dovuta documentazione attestante l'inserimento in lista. Dovrà essere registrata correttamente la provenienza del paziente nell'apposito campo.

## 4.2 Inserimento del paziente, candidabile a chirurgia, nella lista "presa in carico"

La lista di Presa in Carico riguarda i pazienti che hanno eseguito una visita specialistica, il cui esito ha fornito un'indicazione chirurgica (proposta di ricovero), ma il paziente non è nelle immediate condizioni di operabilità.

Il momento della Presa in Carico, non sempre coincide con l'inserimento in Lista di Attesa, in quanto la fase diagnostica potrebbe non essere completata, e quindi, non ancora puntualmente definita l'indicazione all'intervento chirurgico, 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.

Responsabile della presa in carico è il medico che effettua la visita specialistica durante la quale viene verificata l'indicazione chirurgica.

Nel caso il paziente rifiutasse l'inserimento in Lista di presa in carico, perché non è intenzionato a sottoporsi all'intervento, il medico lo specificherà sul referto ambulatoriale e indicherà le modalità su come ricontattare la struttura.

Per l'inserimento nella lista di PIC, I campi necessari da compilare sono:

- La data di presa in carico (precompilato con la data odierna)
- La descrizione della lista PIC (precompilato)
- La sezione di preparazione
- Il nome del medico proponente (obbligatorio)
- La diagnosi ICD-9-CM (obbligatorio)
- La diagnosi in testo libero
- Il campo note con esami da richiedere e relativa urgenza

I passaggi tecnici/informatici per l'inserimento in Lista di Presa in carico sono visualizzabili nella video pillola

[L'inserimento del paziente in lista di presa in carico \(PIC\) - Intranet ASUFC \(sanita.fvg.it\).](#)

## 4.3 Prenotazione degli interventi chirurgici in elezione

### 4.3.1 Inserimento in lista di attesa ricoveri per intervento chirurgico

La data di inserimento in Lista di Attesa corrisponde al momento in cui il paziente è nelle effettive condizioni di essere sottoposto ad intervento chirurgico avendo già eseguito gli eventuali trattamenti adiuvanti e tutti gli approfondimenti diagnostici, stadiativi necessari per la corretta definizione dell'indicazioni al trattamento chirurgico.

Si possono delineare due situazioni:

- Paziente non noto, che viene valutato in una "prima visita"
- Paziente già in lista "presa in carico"

Nel caso di un paziente **non inserito nella lista "presa in carico"**, ad esempio **una prima visita**, il responsabile della proposta di intervento è il medico che effettua la visita specialistica durante la quale viene verificata la necessità di sottoporre il paziente a procedura chirurgica e che il paziente abbia completato l'iter diagnostico, stadiativo, terapeutico pre-intervento. In tal caso andrà eseguito un neo-inserimento in lista di attesa ricoveri per intervento chirurgico.

La messa in lista di attesa può essere effettuata direttamente sul portale ADT web di reparto o tramite chiamata di contesto ad ADT dal gestore ambulatoriale istituzionale.

I campi da compilare sono:

- Data di messa in lista (preimpostata con la data corrente)
- descrizione della lista di attesa
- Il regime
- I recapiti
- Patologica Traumatica (nel caso in cui si tratti di evento traumatico)
- Classi di Priorità
- Il medico proponente (preimpostato)
- Preferenze del paziente sulle date di preparazione
- Sezione di preparazione
- Diagnosi: ICD-9-CM (obbligatorio)
- Diagnosi: campo libero
- Note patologie: specificare quali esami eseguire in prericovero
- Tipo di ricovero
- Unità Clinica che eseguirà intervento
- Tipo Intervento Proposto

La compilazione degli altri campi facilitano le procedure di ricovero.

I passaggi tecnici/informatici per l'inserimento in Lista di attesa sono visualizzabili nella video pillola.

[L'inserimento del paziente in lista di Attesa \(LiAt\) - Intranet ASUFC \(sanita.fvg.it\)](#)

Nel caso in cui il paziente non sia immediatamente pronto all'intervento, il paziente va inserito nella lista "presa in carico" (paragrafo 4.2).

Se il **paziente è già presente nella lista "presa in carico"** il responsabile della proposta di intervento è il medico che, al completamento delle prestazioni richieste, conferma la necessità di sottoporre il paziente a procedura chirurgica.

Il paziente in questo caso deve essere dichiarato IDONEO e inserito in lista d'attesa. Va specificato:

- Il regime (DH/ORD)
- la lista di attesa
- Patologica Traumatica (nel caso in cui si tratti di evento traumatico)
- Classe di Priorità
- Tipo Intervento Proposto

**Si specifica che solo in questo momento potrà essere richiesta la visita anestesiologicala da effettuarsi nel percorso di prericovero.**

**Solo in questo momento partirà il conteggio per il rispetto dei tempi di attesa, la data di prenotazione del ricovero sarà la data in cui il paziente viene inserito in lista di attesa E NON È PIU' MODIFICABILE.**

Il medico stampa e consegna al paziente la *Dichiarazione di inserimento* in lista di attesa ricoveri e gli fornisce tutte le informazioni sulla sua posizione.

**A questo punto viene a costituirsi l'elenco degli assistiti in attesa di ricovero e pronti immediatamente per le procedure di prericovero per l'intervento chirurgico, stratificabile per classi di priorità.**  
**Da questo elenco il Personale addetto provvederà a programmare il percorso di pre - ricovero.**  
**Solo al termine di tale attività sarà fissata in via definitiva la data dell'intervento e, di conseguenza, quella del ricovero (vedi par. 4.3.1).**

Nel caso in cui il paziente non voglia essere inserito immediatamente in lista (ad es. nel caso in cui chieda di valutare altre possibilità), il medico compila la proposta di inserimento in lista all'interno del Referto ambulatoriale, attraverso una Macro che contiene la diagnosi, il tipo di intervento chirurgico proposto, il codice di priorità secondo i criteri previsti dalla Struttura, la scolarità (N.B.: il dato sulla scolarità viene raccolto in questa fase e servirà ad alimentare il relativo campo obbligatorio di compilazione S.D.O.; di per sé è ininfluenza per le attività di questa fase) e l'intenzione del paziente in merito al ricovero. In tal caso il paziente non viene inserito in alcuna lista di attesa. Qualora il paziente successivamente accettasse di essere sottoposto all'intervento, dovrà presentarsi con il referto ambulatoriale presso la Struttura per l'inserimento nella lista attesa ricoveri di ADT da parte del Personale preposto.

### 4.3.2 Attribuzione della classe di priorità e priorità di convocazione

È una precisa responsabilità del medico attribuire la corretta classe di priorità al paziente.

Le classi di priorità, definite dalla normativa vigente, sono:

CLASSE	DESCRIZIONE
Classe A:	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.
Classe B:	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.
Classe C:	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.
Classe D:	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.

I criteri di priorità assegnati ai pazienti inseriti in lista devono fare riferimento almeno ai seguenti aspetti:

- condizione clinica e natura della patologia,
- presenza di dolore e/o deficit funzionale e/o altre complicanze previste per il tipo di patologia,
- casi particolari che, indipendentemente dal quadro clinico, richiedano di essere trattati in un tempo prefissato, purché esplicitamente dichiarati dal medico che redige la scheda di proposta di inserimento in lista.

I Criteri per l'assegnazione delle classi di priorità e la gestione delle liste d'attesa, vanno descritti nell'allegato 1 a livello di disciplina (all'interno dei dipartimenti strutturali e/o funzionali) ed inviati al Dipartimento di Assistenza Ospedaliera.

Il Direttore di ogni Struttura chirurgica è responsabile della programmazione operatoria in relazione alle classi di priorità attribuite ai pazienti.

L'ordine con cui il paziente viene convocato per il ricovero dipende da:

- data di inserimento in lista d'attesa;
- classe di priorità assegnata.

La lista ADT verrà discussa nelle riunioni periodiche con le Direzioni Mediche di Presidio.

### 4.3.3 Manutenzione delle liste

Per ogni specialità chirurgica sono stati definiti dei referenti per la programmazione chirurgica e della lista d'attesa che operano sotto la guida del Direttore di Struttura.



La manutenzione è la fase operativa di controllo delle liste per valutare se l'organizzazione delle attività è congrua con gli obiettivi fissati.

La gestione di tale attività deve essere svolta con cadenza mensile e si articola di 2 processi:

- 1) Pulizia delle liste: cancellando dalla lista d'attesa previa comunicazione diretta all'interessato e annotando in ADT il motivo della cancellazione, gli utenti:
  - a. operati presso altre strutture per la stessa motivazione del ricovero proposto;
  - b. che rifiutano per più di tre volte una data proposta per l'intervento;
  - c. che rifiutano un cambio di sede del ricovero proposto senza valide motivazioni;
  - d. utenti sospesi perché non rispondono al telefono (a tutti i numeri indicati dal paziente o presenti in anagrafica) per un numero di 5 chiamate in fasce orarie diverse, registrando nell'apposito campo di ADT ciascuna chiamata;
  - e. deceduti.
  
- 2) Sospensione dalla lista: vanno invece sospesi (STATO: SOSPESI) gli utenti che:
  - a. necessitano di posticipare il ricovero per motivi clinici (es. febbre, sindrome influenzale, ecc..);
  - b. devono ripetere eventuali esami stadiativi/diagnostici per motivi clinici. Si ricorda che la validità temporale standard di tali approfondimenti è di mesi 6 (in assenza di cambiamenti di stato clinico e a discrezione del clinico che ha in carico il paziente);
  - c. necessitano di approfondimento diagnostico di manifestazioni patologiche non note o riacutizzate;
  - d. che non rispondono al telefono (a tutti i numeri indicati dal paziente o presenti in anagrafica) per un numero di 3 chiamate in fasce orarie diverse, registrando nell'apposito campo di ADT ciascuna chiamata;
  - e. necessitano di posticipare il ricovero su volontà del paziente per gravi e giustificati motivi personali riferiti dal paziente stesso (es. lutto in famiglia).

La posizione di lista sospesa verrà successivamente riattivata (STATO: Rientrati).

Qualora invece si modifichino le condizioni cliniche del paziente (presenza di dolore e/o deficit funzionale e/o altra complicanze prevedibile) devono essere riportate sul campo note.

In questo caso l'operatore che riceve la segnalazione dal paziente lo comunica al medico che ha redatto la proposta di ricovero, il quale può:

- rivalutare il paziente in sede di visita
- disporre di procedere alla preparazione del paziente (pre-ospedalizzazione) per fissare la data di intervento quanto prima.

Ogni modifica apportata dall'operatore al fine di rendere "pulita" la lista deve essere giustificata dallo stesso nei campi previsti nella procedura informatica ("note"), come garanzia di trasparenza, tracciabilità ed equità di gestione.

Nel corso dell'attesa possono essere necessarie rivalutazioni del paziente che possono comportare una revisione della classe di priorità precedentemente assegnata; in questi casi l'eventuale cambio di classe e la data di rivalutazione dovranno essere tracciati nelle liste di attesa sul sistema ADT.

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 del paziente al ricovero;
- Verifica della sospensione del paziente nei casi in cui è prevista;
- Verifica dei pazienti sospesi e rivalutazione dei pazienti sospesi per un periodo giudicato troppo lungo;
- Verifica dello stato in vita del paziente

In seguito alla rivalutazione, se la condizione clinica del paziente fosse cambiata, è possibile chiudere l'episodio di messa in lista d'attesa e riaprirne uno aggiornato.

I passaggi tecnici/informatici per la manutenzione delle liste d'attesa sono visualizzabili nelle video pillole:

[La spiegazione dei vari folder/icone della LiAt: Tutti, Preparazione, Programmazione, Sospesi, Rientrati - Intranet ASUFC \(sanita.fvg.it\)](#)

[La gestione della Sospensione, Rinuncia e Cancellazione dei pazienti dalla Lista di Attesa \(LiAt\) - Intranet ASUFC \(sanita.fvg.it\)](#)

#### **4.4 Programmazione dell'attività di prericovero ed eventuale rinuncia/annullamento**

Gli obiettivi principali della fase pre-operatoria sono:

- valutare le condizioni generali del paziente;
- rilevare eventuali condizioni non diagnosticate che potrebbero determinare un problema intra o perioperatorio;
- determinare il rischio perioperatorio (chirurgico ed anestesiológico);
- 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 più appropriato di trattamento e assistenza post-operatoria (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, e migliorare la programmazione dell'attività chirurgica

L'attività di prericovero serve a valutare il rischio perioperatorio del paziente.

Viene chiesto, ad ogni struttura, in collaborazione con i servizi di Anestesia, di prevedere esami standard calibrati al rischio ASA e all'età del paziente.

Seppur con le necessarie differenze esistenti fra Presidi Ospedalieri e organizzazione singola delle varie strutture, vanno messi in atto modelli che consentano una parità di approccio a tutti gli utenti, nel rispetto dei tempi totali del percorso, con riduzione al minimo degli accessi (compattando l'esecuzione delle prestazioni) e rispetto a:

- classe di priorità
- distanza dal Presidio Ospedaliero
- necessità di trasporto sanitario
- età
- presenza o meno di un accompagnatore
- necessità di mediatore culturale
- comorbilità altamente limitanti (es: limitate capacità cognitive, ecc.)

E' possibile accettare esami in prericovero effettuati in regime ambulatoriale, in altre strutture (distretti, altri presidi, strutture convenzionate, ecc..), che saranno valutati in sede di visita anestesiologicala a conclusione del percorso di prericovero.

In tale fase, il nominativo del paziente in preparazione viene identificato nel sistema ADT ed è possibile eseguire la chiamata di contesto al gestore richieste per richiedere le prestazioni necessarie e conoscere lo stato delle richieste effettuate.

Al termine di tale fase, ottenuto il nulla osta all'intervento da parte dell'Anestesista, il Personale della fase di "PRE RICOVERO" provvede a dichiarare il paziente come "PRONTO" ed a segnalare contestualmente al Personale individuato da ogni Direttore di Struttura chirurgica per la predisposizione dei programmi operatori, l'elenco dei pazienti che hanno completato l'iter di preparazione.

Nel caso in cui l'utente rinunci al ricovero, le prestazioni già erogate saranno gestite come prestazioni ambulatoriali su ricetta rossa cartacea, con eventuale pagamento della quota di compartecipazione alla spesa (ticket).

Nell' Allegato 3 è presente l'informativa per il paziente e il modulo per segnalare il paziente alla Direzione Amministrativa di Presidio.

Nel caso eccezionale in cui il ricovero venga annullato per controindicazioni emerse in seguito agli esiti delle prestazioni effettuate in regime di pre-ricovero o per motivi indipendenti dalla volontà del paziente, deve essere prevista l'apertura di un ricovero ordinario, nella data dell'ultimo accesso reale del paziente e la cartella clinica deve riportare l'epicrisi del percorso diagnostico seguito dal paziente durante il pre-ricovero. La Scheda di Dimissione Ospedaliera, deve riportare come codice di diagnosi principale ICD9CM, il più appropriato tra i seguenti:

- V64. 1 Intervento chirurgico o altra procedura non eseguiti per controindicazione;
  - V64. 3 Procedura non eseguita per altre ragioni;
- e come diagnosi secondaria la patologia che avrebbe determinato il trattamento.

I passaggi tecnici/informatici per la programmazione e gestione del prericovero sono visualizzabili nella video pillole:

[La programmazione e gestione del prericovero - Intranet ASUFC \(sanita.fvg.it\)](#)

## 5 Responsabilità

Attività	Figure responsabili						
	Direttore Sanitario/ Direttore Medico di Presidio	Direttore di struttura chirurgica	Coordinatore infermieristico di sala operatoria	Gruppo di Gestione operatoria	Medici	Infermieri	Personale amministrativo
Modifica o inserimento in lista di attesa ricoveri per intervento chirurgico		I			R	C	C
Inserimento in lista Presa in Carico		I			R		
Attribuzione della classe di priorità					R		
Tenuta della lista di attesa ADT e G2 Clinico		R			C	C	C

Legenda: R= *Responsabilità generale sull'attività* C= *Collaborazione all'attività* I= *Informazione sull'attività*  
R\*= *Responsabilità relativa allo specifico ambito di competenza*

## 6 Terminologie e abbreviazioni

Intervento chirurgico	Per intervento chirurgico o atto operatorio si intende l'insieme delle procedure chirurgiche che iniziano con l'incisione (cutanea o mucosa) e terminano con la sutura.
Interventi multipli	Per interventi multipli si intendono atti operatori che comprendono due o più incisioni (cutanee o mucose) per intervenire su due o più organi o strutture anatomiche diverse durante lo stesso accesso in sala operatoria (es. intervento contemporaneo per riduzione aperta di frattura di ossa lunghe di più arti); Non devono essere classificati come interventi multipli gli interventi complessi che prevedono diverse fasi ma facenti comunque parte di un unico processo terapeutico (es. asportazione di neoplasia e linfadenectomia regionale). In questi casi la complessità dell'intervento è specificata dall'indicazione delle diverse procedure ICD-9-cm.
S.O.	Sala Operatoria
R.O.	Registro Operatorio
ADT	Applicativo clinico per la gestione dei ricoveri (Ammissione, Dimissione e Trasferimento)
PIC	Lista di Presa in Carico

## 7 Riferimenti normativi e bibliografici

- Conferenza stato Regioni 9 Luglio 2020 Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato
- Delibera Regione Fvg 333 del 24/02/2023 DLGS 281/1997 art.4 Accordo tra governo, regioni e province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per il governo del paziente chirurgico programmato". REP n. 100/CSR del 9 Luglio 2020, recepimento
- Programmazione Chirurgica al SMM – linee operative del 29/12/2022
- Circolare del Ministero della Sanità n. 900.2/2.7/190 del 13 marzo 1996 [*registro operatorio*];
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist, ottobre 2009
- Accordo in Conferenza Stato-Regioni, repertorio atti n. 1386 allegato B e n. 2555 [*liste di attesa e criteri di priorità*];
- DGR Friuli Venezia Giulia n. 288/2007 [*liste di attesa e criteri di priorità*];
- Piano regionale attuativo del Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012 DGR 1439/2011
- Gli standard Joint Commission International per l'accreditamento degli ospedali Joint Commission International.

## 8 Documenti interni collegati

- ACCRIS\_PR\_06\_Antibiotico profilassi peri-operatoria nell'adulto.
- DMP\_REG\_01\_Ricovero Programmato;
- DMP\_IO\_12\_Ottimizzazione Tempi Operatori
- ACCRIS\_PRO\_02\_Protocollo rischio chirurgico;
- ACCRIS\_PG\_05\_Compilazione cartella peri-operatoria;
- DANE\_PG\_02\_Gestione anestesia;
- DMP\_PG\_12\_Consenso informato.

## 9 Allegati

Allegato 1: Criteri per l'assegnazione delle classi di priorità e la gestione delle liste d'attesa

Allegato 2: Procedure autorizzative

Allegato 3: Informativa all'utenza