



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
“SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO”
CASERTA

Deliberazione del Direttore Generale N. 337 del 28/04/2026

Proponente: Il Direttore UOC ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI OSPEDALIERI E IGIENE SANITARIA

Oggetto: Adozione del Regolamento aziendale per il governo delle liste di attesa dei ricoveri di area chirurgica e istituzione della Centrale di Programmazione e Gestione Ricovero Chirurgico (C.P.G.R.C.).

PUBBLICAZIONE

In pubblicazione dal 28/04/2026 e per il periodo prescritto dalla vigente normativa in materia (art.8 D.Lgs 14/2013, n.33 e smi)

ESECUTIVITA'

Atto immediatamente esecutivo

TRASMISSIONE

La trasmissione di copia della presente Deliberazione è effettuata al Collegio Sindacale e ai destinatari indicati nell'atto nelle modalità previste dalla normativa vigente. L'inoltro alle UU. OO. aziendali avverrà in forma digitale ai sensi degli artt. 22 e 45 D.gs. n° 82/2005 e s.m.i. e secondo il regolamento aziendale in materia.

UOC AFFARI GENERALI

Direttore ad interim Luigia Infante

ELENCO FIRMATARI

Gennaro Volpe - DIREZIONE GENERALE

Vincenzo Giordano - DIREZIONE SANITARIA

Chiara Di Biase - DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Alfredo Matano - UOC ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI OSPEDALIERI E IGIENE SANITARIA

Per delega del Direttore della UOC AFFARI GENERALI, Dr. Pasquale Cecere

Oggetto: Adozione del Regolamento aziendale per il governo delle liste di attesa dei ricoveri di area chirurgica e istituzione della Centrale di Programmazione e Gestione Ricovero Chirurgico (C.P.G.R.C.).

Direttore UOC ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI OSPEDALIERI E IGIENE SANITARIA

A conclusione di specifica istruttoria, descritta nella narrazione che segue e i cui atti sono custoditi presso la struttura proponente, rappresenta che ricorrono le condizioni e i presupposti giuridico-amministrativi per l'adozione del presente provvedimento, ai sensi dell'art. 2 della Legge n. 241/1990 e s.m.i. e, in qualità di responsabile del procedimento, dichiara l'insussistenza del conflitto di interessi, allo stato attuale, ai sensi dell'art. 6 bis della legge 241/90;

Premesso che

- il **DPCM 12 gennaio 2017 (LEA)** configura l'erogazione delle prestazioni sanitarie, incluse quelle chirurgiche programmate, quale livello essenziale di assistenza, indicando alle aziende sanitarie di garantire accesso equo, appropriato e nei tempi stabiliti;
- il **Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA 2019–2021)** stabilisce criteri uniformi di priorità clinica, tempi massimi di erogazione e obbligo di adozione di modelli organizzativi strutturati per la gestione delle liste di attesa;
- l'**Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 100/CSR del 09/07/2020** dispone che il percorso del paziente chirurgico programmato sia gestito come processo unitario, integrato e tracciabile, prevedendo che si attuino processi di centralizzazione delle liste, di integrazione tra domanda e capacità produttiva e sistemi strutturati di programmazione e monitoraggio;
- il **D.M. 70/2015** definisce standard quantitativi, qualitativi e di sicurezza dell'assistenza ospedaliera, stabilendo soglie minime di volume e correlazione tra volumi ed esiti, da cui deriva la necessità di una programmazione chirurgica coerente e non frammentata;
- il **Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)** introduce indicatori nazionali per la verifica dell'erogazione dei LEA, tra cui quelli relativi ai tempi di attesa e all'appropriatezza dei ricoveri, che costituiscono parametro di valutazione delle performance aziendali;
- il **Programma Nazionale Esiti (PNE)** evidenzia la relazione tra volumi di attività, organizzazione e qualità degli esiti, imponendo un governo attivo e consapevole della programmazione chirurgica;

Preso atto

- della **Deliberazione della Giunta Regionale Campania n. 254 del 30/05/2024** con la quale sono stati recepiti e resi operativi i principi del PNGLA e del citato Accordo Stato-Regioni 2020, definendo modelli organizzativi obbligatori per il governo delle liste di attesa e del percorso chirurgico programmato, con particolare riferimento alla centralizzazione delle funzioni di programmazione e al monitoraggio dei tempi di attesa;
- della **Deliberazione aziendale n. 60 del 17/01/2025** con la quale è stato avviato il percorso di adeguamento dell'assetto organizzativo aziendale alle disposizioni regionali e nazionali, individuando la necessità di strutturare un sistema unitario di gestione delle liste di attesa chirurgiche;

Considerato che

- il complesso delle disposizioni sopra richiamate configura un **quadro normativo vincolante multilivello (nazionale–regionale–aziendale)** che impone alle aziende sanitarie:

Deliberazione del Direttore Generale

- o il governo unitario del percorso chirurgico;
- o la centralizzazione e tracciabilità delle liste;
- o la coerenza tra programmazione e volumi di attività;
- o il monitoraggio sistematico dei tempi di attesa e dell'appropriatezza;
- o il controllo degli esiti e delle performance;
- tali elementi non hanno carattere meramente programmatorio, ma si traducono in **obblighi organizzativi specifici**, la cui attuazione richiede la formalizzazione di modelli operativi aziendali;
- la mancata strutturazione di tali modelli determina scostamenti rispetto:
 - o agli standard organizzativi e di attività;
 - o agli indicatori di erogazione dei LEA;
 - o agli esiti delle cure e alle performance;

Rilevato che

- il Regolamento aziendale allegato al presente atto, disciplina in maniera organica e coerente con il quadro normativo sopra richiamato la gestione unitaria delle liste di attesa, la centralizzazione della programmazione chirurgica, l'integrazione tra domanda e capacità produttiva, i sistemi di monitoraggio e controllo, configurandosi quale **strumento attuativo dei vincoli normativi vigenti**;
- lo stesso è stato presentato alle strutture assistenziali interessate e dalle stesse condiviso;

Ritenuto necessario

- di dover adottare formalmente il Regolamento quale **atto organizzativo aziendale di attuazione delle disposizioni nazionali e regionali**;
- di dover assicurare un modello di governo delle liste coerente con:
 - o i LEA;
 - o gli standard DM 70/2015;
 - o gli indicatori NSG;
 - o le evidenze del Programma Nazionale Esiti;
- di dover garantire uniformità operativa, tracciabilità e verificabilità dei processi;

Accertata

- la coerenza del provvedimento con il quadro normativo vigente e, nello specifico, con:
 - ✓ DPCM LEA 12/01/2017;
 - ✓ PNGLA;
 - ✓ Accordo Stato-Regioni 09/07/2020;
 - ✓ D.M. 70/2015;
 - ✓ Sistema NSG;
 - ✓ Programma Nazionale Esiti;
 - ✓ DGR Campania n. 254/2024;
 - ✓ Deliberazione del Direttore Generale n. 60/2025;

Attestata

la conformità del presente atto alle norme sul trattamento dei dati di cui al D.lgs. 196/2003, così come integrato con le modifiche prodotte dal D.lgs. 101/2018 per l'adeguamento della normativa nazionale al Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e dalle successive introduzioni previste dalla legge 27 dicembre 2019 n. 160, che contiene principi e prescrizioni per il trattamento dei dati personali, anche con riferimento alla loro

Deliberazione del Direttore Generale

“diffusione”, e dichiarato di aver valutato la rispondenza del testo, compreso gli eventuali allegati, destinato alla diffusione per il mezzo dell’Albo Pretorio alle suddette prescrizioni e ne dispone la pubblicazione nei modi di legge;

PROPONE

1. di approvare e adottare il “*Regolamento aziendale per il governo delle Liste di Attesa dei ricoveri di area chirurgica e istituzione della Centrale di Programmazione e Gestione Ricovero Chirurgico (C.P.G.R.C.)*”, così come allegato al presente atto di cui costituisce parte integrante e sostanziale quale strumento di attuazione delle disposizioni normative vigenti in materia di governo delle liste di attesa;
2. di stabilire che il Regolamento costituisce riferimento organizzativo unico aziendale per la gestione dei ricoveri chirurgici programmati il cui fine è quello di garantire:
 - ✓ uniformità e tracciabilità dei processi;
 - ✓ coerenza con gli standard nazionali e regionali;
 - ✓ miglioramento della capacità di governo della domanda chirurgica;
3. di demandare alla Direzione Sanitaria il coordinamento dell’attuazione e il monitoraggio dei processi, ivi inclusa l’individuazione dei referenti delle linee di attività della Centrale di Programmazione e Gestione Ricovero Chirurgico su proposta del Direttore U.O.C. Day Surgery Polispecialistica;
4. di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale, ai sensi di Legge, alla Regione Campania, Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, alla U.O.C. Servizi Informatici Aziendali nonché a tutti i Direttori di Dipartimento e, per il Loro tramite, ai Direttori/Responsabili ed ai Coordinatori delle UU.OO. agli stessi afferenti che provvederanno a darne massima diffusione;
5. di rendere lo stesso immediatamente eseguibile, stante l’urgenza.

Il Direttore U.O.C.
Organizzazione dei Servizi Ospedalieri e Igiene Sanitaria
Dott. Alfredo Matano
(f.to Digitalmente)



IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Gennaro Volpe

individuato con D.G.R.C. n. 591 del 06/08/2025

immesso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n. 109 del 08/08/2025

Vista la proposta di deliberazione che precede, a firma del Direttore UOC Organizzazione dei Servizi Ospedalieri e Igiene Sanitaria Dr. Alfredo Matano

Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo sotto riportati:

Il Direttore Sanitario Dr. Vincenzo Giordano (f.to digitalmente)

Il Direttore Amministrativo Avv. Chiara Di Biase (f.to digitalmente)

DELIBERA

per le causali in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte, di prendere atto della proposta di deliberazione che precede e, per l'effetto, di:

1. approvare e adottare il "Regolamento aziendale per il governo delle Liste di Attesa dei ricoveri di area chirurgica e istituzione della Centrale di Programmazione e Gestione Ricovero Chirurgico (C.P.G.R.C.)", così come allegato al presente atto di cui costituisce parte integrante e sostanziale quale strumento di attuazione delle disposizioni normative vigenti in materia di governo delle liste di attesa;
2. stabilire che il Regolamento costituisce riferimento organizzativo unico aziendale per la gestione dei ricoveri chirurgici programmati il cui fine è quello di garantire:
 - ✓ uniformità e tracciabilità dei processi;
 - ✓ coerenza con gli standard nazionali e regionali;
 - ✓ miglioramento della capacità di governo della domanda chirurgica;
3. demandare alla Direzione Sanitaria il coordinamento dell'attuazione e il monitoraggio dei processi, ivi inclusa l'individuazione dei referenti delle linee di attività della Centrale di Programmazione e Gestione Ricovero Chirurgico su proposta del Direttore U.O.C. Day Surgery Polispecialistica;
4. trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale, ai sensi di Legge, alla Regione Campania, Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, alla U.O.C. Servizi Informatici Aziendali nonché a tutti i Direttori di Dipartimento e, per il Loro tramite, ai Direttori/Responsabili ed ai Coordinatori delle UU.OO. agli stessi afferenti che provvederanno a darne massima diffusione;
5. rendere lo stesso immediatamente eseguibile, stante l'urgenza.

Il Direttore Generale
Dr. Gennaro Volpe
(f.to digitalmente)

Deliberazione del Direttore Generale

Elaborata da	Nome e cognome	Ruolo
	<i>Salvatore Massa</i>	Direttore UOC Day Surgery
	<i>Patrizia Cuccaro</i>	Dirigente Direzione Sanitaria
	<i>Alfredo Cioffi</i>	Dirigente OSOIS
	<i>Domenico D'Alessandro</i>	CPSI Servizio di Pre-ricovero
	<i>Elisabetta Di Lorenzo</i>	CPSI Servizio di Pre-ricovero
	<i>Giovanna Merola</i>	CPSI Servizio di Pre-ricovero
Approvata da	Nome e cognome	Ruolo
	<i>Vincenzo Giordano</i>	Direttore Sanitario
	<i>Alfredo Matano</i>	Direttore UOC OSOIS



REGOLAMENTO AZIENDALE PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA DEI RICOVERI DI AREA CHIRURGICA

Sommario

<u>REGOLAMENTO AZIENDALE PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA DEI RICOVERI DI AREA CHIRURGICA</u>	1
<u>TITOLO I – DISPOSIZIONI GENERALI</u>	4
<u>Art. 1 – Oggetto, Principi e Finalità</u>	4
<u>Art. 2 – Ambito di Applicazione</u>	4
<u>Art. 3 – Principi Organizzativi Vincolanti</u>	5
<u>Art. 4 – Sistema Informativo Aziendale e Vincoli di Compilazione</u>	5
<u>Art. 5 – Requisiti di Accesso, Regime della Visita e Divieto di Ricovero Diretto</u>	6
<u>Art. 6 – Lista d’Attesa Unica Aziendale – Area Booking</u>	7
<u>Art. 7 – Governo del Flusso della Lista d’Attesa Unica Aziendale– Area Pianificazione</u>	8
<u>TITOLO II – GOVERNANCE, ORGANIZZAZIONE E RESPONSABILITÀ</u>	8
<u>Art. 8 – I Livelli di Pianificazione e il Gruppo di Programmazione</u>	8
<u>Art. 9 La Centrale di Programmazione e Gestione Ricovero Chirurgico (C.P.G.R.C.)</u>	9
<u>Art. 10 – Articolazione Funzionale della C.P.G.R.C.</u>	11
<u>Art. 11 – La Funzione di Bed Management</u>	14
<u>Art. 12 – Ruolo e responsabilità dei Responsabili dei Blocchi Operatori</u>	14
<u>Art. 13 – Responsabilità dei Direttori di U.O.C. di area chirurgica e dei Chirurghi</u>	16
<u>TITOLO III – GESTIONE DELLA FASE PRE-OPERATORIA E DELLE LISTE</u>	17
<u>Art. 14 – La Lista di Presa in Carico</u>	17
<u>Art. 15 – La Lista di Attesa e Decorrenza dei Tempi</u>	17
<u>Art. 16 – Gestione Centralizzata della Pre-ospedalizzazione</u>	18
<u>Art. 17 – Validità degli Esami Pre-operatori</u>	19
<u>Art. 18 – Gestione delle Chiamate e Criteri di Cancellazione</u>	20
<u>Art. 19 – Transizione Operativa</u>	22
<u>Art. 20 – Architettura della Pianificazione</u>	23
<u>Art. 21 – Formazione della Lista Operatoria Settimanale (Proposta)</u>	23
<u>Art. 22 – Riunione Settimanale di Programmazione e Validazione</u>	24
<u>Art. 23 – Chiamata per il Ricovero e Assegnazione del Posto Letto</u>	25



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

<u>Art. 24 – Criteri di Sequenziamento e Lista di Riserva</u>	26
<u>Art. 25 – Gestione delle Urgenze Differibili</u>	26
<u>Art. 26 – Validazione Logistica e Ruolo del Bed Management</u>	27
<u>Art. 27 – Gestione del Sovraffollamento (Protocollo NEDOCS)</u>	27
<u>Art. 28 – Tutela dei Percorsi Oncologici</u>	28
<u>Art. 29 – Gestione delle Cancellazioni per Cause Ospedaliere</u>	28
<u>Art. 30 – Sistema di Monitoraggio Aziendale</u>	30
<u>Art. 31 – Indicatori</u>	30
<u>Art. 32 – Rimodulazione degli Spazi Operatori</u>	32
<u>Art. 33 – Fase di Avvio e Sperimentazione</u>	33
<u>Art. 34 – Gestione dell'Arretrato e Bonifica delle Liste</u>	33
<u>Art. 35 – Disposizioni Finali e Rinvio</u>	33

TITOLO I – DISPOSIZIONI GENERALI

Art. 1 – Oggetto, Principi e Finalità

- 1) Il presente Regolamento disciplina, in modo vincolante, il governo unitario dei percorsi di accesso al ricovero chirurgico programmato presso l'AORN "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta, in attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 9 luglio 2020 e del relativo recepimento regionale di cui alla D.G.R.C. n. 254 del 30/05/2024 nonché della Deliberazione Aziendale n. 60 del 17/01/2025.
- 2) Il Regolamento persegue le seguenti finalità:
 - garantire **equità e trasparenza di accesso**: l'accesso al ricovero chirurgico programmato avviene secondo criteri oggettivi di priorità clinica, ordine cronologico di inserimento in lista e risorse richieste dalla gestione del caso, eliminando ogni discrezionalità e tracciando eventuali specificità clinico-organizzative
 - assicurare l'**appropriatezza clinica e organizzativa**: il governo della lista d'attesa è funzionale alla riduzione del rischio di appropriatezza dei ricoveri e alla appropriata scelta del setting assistenziale per tipologia di ricovero;
 - rispettare i **tempi massimi di attesa** per le prestazioni di ricovero ai sensi del PNGLA 2019-21;
 - ottimizzare l'**impiego delle risorse** (sale operatorie, posti letto, personale)
 - **ridurre la variabilità** non giustificata dei comportamenti organizzativi;
 - garantire i **volumi minimi e le soglie di rischio di esito** di cui all'allegato 1 del D.M. n.70/2015;
 - governare i **flussi informativi**, attualmente basati sulla coesistenza di sistemi informatici non integrati e consentire **monitoraggio e reportistica funzionali e coerenti** al governo del percorso chirurgico programmato.
- 3) Con il presente regolamento, il percorso chirurgico è assunto quale **processo unitario e integrato**, dal momento dell'indicazione chirurgica fino alla dimissione, e come tale è oggetto di governo centralizzato da parte della Direzione aziendale che lo gestisce per il tramite della Centrale di Programmazione e Gestione Ricovero Chirurgico (C.P.G.R.C.).

Art. 2 – Ambito di Applicazione

- 1) Il presente regolamento si applica al percorso peri-operatorio del paziente chirurgico programmato, che, in applicazione di quanto previsto dall'Accordo Rep.

Atti n. 100/CSR del 2020, ha inizio al momento del suo inserimento in Lista d'Attesa e si conclude al momento della sua dimissione. Esso ricomprende, dunque:

- a. tempo d'attesa per il ricovero (lista d'attesa);
 - b. tempo per espletare le attività di preparazione all'intervento (pre-ricovero);
 - c. tempo del periodo peri-operatorio (dall'inserimento in Lista d'Attesa alla dimissione).
- 2) Il presente regolamento si applica a tutte le Unità Operative (U.O.) di area chirurgica e interventistica dell'Azienda, indipendentemente dal regime di ricovero (Ordinario, Day Surgery, Week Surgery).
 - 3) Sono soggetti al presente regolamento tutti i dirigenti medici, il personale infermieristico, tecnico e amministrativo coinvolto nel percorso del paziente chirurgico, dalla prima visita specialistica alla dimissione.
 - 4) Il presente regolamento non si applica agli interventi chirurgici effettuati in regime di libera professione intramuraria (A.L.P.I.) per i quali va fatto riferimento alle specifiche disposizioni aziendali.

Art. 3 – Principi Organizzativi Vincolanti

- 1) La gestione delle liste di attesa avviene esclusivamente tramite il sistema centralizzato aziendale. È fatto divieto di istituire o utilizzare liste parallele, agende non tracciate o modalità informali di gestione.
- 2) Lo scorrimento delle liste deve avvenire secondo l'ordine cronologico di inserimento in lista d'attesa ponderato per criteri di priorità clinica (classi A, B, C e D di cui al PNGLA 2019-21) e con obbligo di tracciabilità delle decisioni e motivazione delle eventuali deroghe. Tra queste, sono consentite anticipazioni e posticipazioni legate alla disponibilità di risorse (ad esempio, spazio in sala operatoria vs durata intervento, tipologia di posto letto necessario, specialista o strumentario specifico)
- 3) Il governo dei flussi è centralizzato; la responsabilità clinica resta in capo alle Unità Operative.

Art. 4 – Sistema Informativo Aziendale e Vincoli di Compilazione

- 1) Il Sistema Informativo Aziendale è l'unico strumento autorizzato per la gestione delle liste e della programmazione. L'inserimento del paziente è consentito solo in presenza di dati completi (diagnosi codificata, procedura prevista, classe di priorità, stima tempi).
- 2) Nelle more di pervenire ad un sistema gestionale integrato che renda interoperabile l'intero percorso del paziente, dalla visita specialistica chirurgica alla dimissione, la gestione informatico-amministrativa del percorso utilizza due ambienti funzionali:

- a. Dalla visita specialistica alla fase di pre-ricovero (area booking) è in uso il sistema Wirgilio di Gesan;
 - b. Dalla conclusione positiva del pre-ricovero - che coincide con l'idoneità chirurgica o ok anestesiologicalo – al ricovero, compresi l'atto operatorio e la dimissione (area pianificazione), è in uso il sistema Ellipse di Engineering.
- 3) Ai fini della gestione, del monitoraggio, della reportistica e della tracciabilità, sono da considerare i seguenti vincoli di compilazione:
- a. **Unicità del Dato:** La gestione delle liste di attesa e della programmazione operatoria avviene **esclusivamente** attraverso il Sistema Informativo Aziendale in uso. È fatto divieto di utilizzare registri cartacei, agende personali o database paralleli non integrati per la gestione ufficiale dei pazienti.
 - b. **Vincoli Bloccanti:** Al fine di garantire la veridicità dei dati e la rintracciabilità dell'utenza, il sistema è configurato per impedire tecnicamente l'inserimento in lista o l'avanzamento della procedura in assenza dei seguenti dati obbligatori:
 - i. Dati anagrafici completi del paziente;
 - ii. Contatti telefonici validati: È obbligatorio inserire almeno un recapito telefonico del paziente e un recapito alternativo di un caregiver o familiare abilitato a ricevere comunicazioni;
 - iii. Codifica della diagnosi (ICD-9 o successivi) e della procedura chirurgica prevista;
 - iv. Classe di priorità (A, B, C, D) congruente con la diagnosi;
 - v. Stima dei Tempi Chirurgici: Dato numerico obbligatorio (espresso in minuti), comprensivo dei tempi di induzione, posizionamento, incisione, sutura e risveglio, indispensabile per il calcolo della saturazione dello Slot Chirurgico.
 - c. Ogni operazione è tracciata; la manomissione o l'uso improprio del sistema costituiscono violazione del presente Regolamento.

Art. 5 – Requisiti di Accesso, Regime della Visita e Divieto di Ricovero

Diretto

- 1) L'inserimento del paziente in Lista di Attesa è un atto medico che può avvenire esclusivamente a seguito di una visita specialistica eseguita in uno dei seguenti regimi:
 - Regime Istituzionale (SSN) ambulatoriale o di consulenza interna;
 - Attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI / Intramoenia).

È fatto esplicito divieto di inserire pazienti in lista di attesa a seguito di visite effettuate in regime di Libera Professione Extramuraria (Extramoenia). Tali pazienti, per accedere alla lista, dovranno necessariamente sottoporsi a una nuova valutazione nell'ambito dei percorsi istituzionali dell'Azienda.

- 2) Al fine di garantire la tracciabilità e l'equità, è vietato procedere al ricovero diretto in reparto per i pazienti in regime di elezione senza il preventivo inserimento nella Lista di Attesa e il completamento del percorso di pre-ospedalizzazione disciplinato dal presente regolamento.
- 3) Eventuali aggravamenti clinici del paziente già in lista possono essere oggetto di rivalutazione della classe di priorità da parte dello specialista (es. da B ad A) se motivata da documentate variazioni del quadro clinico, mantenendo la tracciabilità della modifica nel sistema. Della modifica effettuata, va data immediata e tracciabile comunicazione alla Centrale con mail. Saranno monitorate le variazioni di classe di priorità non tempestivamente comunicate alla Centrale.

Art. 6 – Lista d'Attesa Unica Aziendale – Area Booking

- 1) La lista di attesa dei pazienti chirurgici è **unica per tutta l'Azienda** e si compone dalla registrazione su sistema Wirgilio dei pazienti con indicazione chirurgica visitati dagli specialisti ospedalieri durante la prima visita ovvero durante la visita di controllo che segue alla fase di presa in carico;
- 2) La lista d'attesa unica aziendale si compone delle liste generate dalle varie UU.OO. chirurgiche ed è lo strumento-guida per la programmazione delle risorse aziendali (sedute operatorie, posti letto) a cura del Gruppo di Programmazione;
- 3) Ciascuno specialista ospedaliero può inserire il paziente esclusivamente nella lista della propria U.O., attribuendo la classe di priorità e rispettando i vincoli di cui all'art. 4, nonché indicando il livello di complessità dell'intervento;
- 4) Ciascun direttore di U.O. è responsabile della lista della propria U.O., come specificamente descritto all'art. 13, con particolare riferimento all'appropriatezza delle classi di priorità indicate dagli specialisti, ed è tenuto a vigilare sul corretto scorrimento della stessa in collaborazione e in sinergia con la Centrale di Programmazione e Gestione Ricovero Chirurgico;
- 5) Qualora lo specialista ospedaliero ponga indicazione chirurgica per una condizione o patologia che, per motivazioni di appropriatezza **clinica e/ organizzativa** afferisce ad altra U.O., garantisce al paziente l'inserimento in lista in pari data nella

lista dell'U.O. chirurgica competente, trasferendo informaticamente la presa in carico del caso alla U.O. di competenza mediante richiesta di consulenza interna;

- 6) Ai fini della corretta programmazione delle risorse, la **lista unica aziendale** si articola **esclusivamente in base alla complessità degli interventi** distinguendo gli interventi chirurgici destinati al Blocco Operatorio generale (alta complessità) e gli interventi chirurgici destinati al Blocco Operatorio di Day Surgery (bassa e media complessità)

Art. 7 – Governo del Flusso della Lista d’Attesa Unica Aziendale– Area Pianificazione

- 1) La convocazione del paziente al pre-ricovero e l’esito positivo dello stesso determinano la creazione di un bacino di pazienti “pronti” all’intervento. Il volume di pazienti da convocare al pre-ricovero è funzione diretta della consistenza di lista d’attesa delle singole unità operative;
- 2) Lo scorrimento della lista d’attesa e la convocazione al pre-ricovero, con il presente regolamento, sono affidate alla Centrale di Programmazione e Gestione Ricovero Chirurgico che agisce con le modalità e le responsabilità di cui al successivo art. 9;

TITOLO II – GOVERNANCE, ORGANIZZAZIONE E RESPONSABILITÀ

Art. 8 – I Livelli di Pianificazione e il Gruppo di Programmazione

- 1) La pianificazione dell'attività chirurgica si articola in quattro livelli funzionali, come definito dai documenti attuativi della Deliberazione n. 60/2025 **del 17/01/2025** ("Presa d’Atto D.G.R.C. n. 254 del 30/05/2024 – Linee di indirizzo per il paziente chirurgico programmato dell’AORN Sant’Anna e San Sebastiano di Caserta") e alla successiva nota prot. 27231 del 01/09/2025:
 - a) **Pianificazione Strategica:** Di competenza del Vertice Strategico e del Collegio di Direzione, definisce gli obiettivi di assetto stabilendo:
 - Quali linee chirurgiche sono coerenti con la mission dell’Azienda.
 - Quale livello di complessità si intende sostenere.
 - Quale ruolo l’Azienda assume nella rete (hub, spoke, nodo integrato).
 - Quali volumi sono necessari per sostenere competenza ed esiti.

- b) **Programmazione Tattica (Annuale):** Di competenza del Gruppo di Programmazione, traduce la strategia in programmazione annuale, definendo obiettivi quantitativi e assetto produttivo coerente con risorse disponibili. La programmazione tattica determina il calcolo della disponibilità complessiva delle sale operatorie e l'assegnazione del monte orario (*budget di sala*) alle diverse Unità Operative.
 - c) **Programmazione Operativa (Trimestrale):** Di competenza della Centrale di Programmazione e Gestione Ricovero Chirurgico (C.P.G.R.C.) di seguito Centrale, definisce il calendario delle sedute per il trimestre successivo in base ai tempi di attesa e alla consistenza delle liste, condividendolo con i Direttori di U.O.
 - d) **Programmazione Esecutiva (Settimanale/Giornaliera):** di competenza dei Responsabili dei Blocchi Operatori, si sostanzia nella l'attività di gestione del mix produttivo quotidiano.
- 2) Il **Gruppo di Programmazione** è l'organo collegiale responsabile della Programmazione Tattica individuato con Deliberazione aziendale n. 60/2025. È composto da:
- a) Responsabile della Centrale;
 - b) Referente della Direzione Sanitaria;
 - c) Responsabili dei Blocchi Operatori;
 - d) Direttori dei Dipartimenti assistenziali coinvolti.
- 3) **Ruolo della Centrale di Programmazione e Gestione Ricovero Chirurgico (C.P.G.R.C.):** governa il flusso dei pazienti candidati al ricovero in funzione degli spazi definiti dalla pianificazione tattica e operativa. In particolare, determina i volumi di convocazione per ciascuna U.O. assicurando che il numero di pazienti "Pronti" (*buffer*), come previsto al successivo articolo 16 comma 10.

Art. 9 La Centrale di Programmazione e Gestione Ricovero Chirurgico (C.P.G.R.C.)

- 1) Con il presente regolamento, è istituita la **Centrale di Programmazione e Gestione Ricovero Chirurgico (C.P.G.R.C.) di seguito Centrale**, quale nodo di raccordo funzionale a valenza strategica che integra le attività di:
- a) Gestione delle Liste di Attesa chirurgica e convocazione al pre-ricovero;
 - b) Coordinamento del percorso di preparazione del paziente all'intervento chirurgico;
 - c) Pianificazione delle risorse di sala operatoria (in raccordo con i Responsabili dei Blocchi Operatori);

- d) Gestione della risorsa posto letto (in raccordo con il Bed Management).
- 2) La Centrale pianifica ed agisce secondo i principi e le idee guida di cui al presente regolamento, nel rispetto della programmazione strategica aziendale e opera su mandato e sotto la diretta supervisione della Direzione Sanitaria e costituisce l'organo tecnico di governo dei flussi chirurgici elettivi.
- 3) La Centrale realizza e coordina un canale unico di comunicazione tra la Direzione Ospedaliera, i servizi di supporto e le Unità Operative chirurgiche. Questo coordinamento è finalizzato ad allineare le convocazioni dei pazienti alla reale disponibilità di posti letto e alla capacità operativa delle sale operatorie, evitando disservizi e si sostanzia nelle seguenti attività:
 - a) Analisi delle liste d'attesa dei reparti chirurgici;
 - b) Corretto scorrimento della lista;
 - c) Allineamento continuo tra domanda e capacità produttiva, con riferimento a posti letto, slot disponibili e vincoli organizzativi;
 - d) Analisi delle proposte di ricovero e lista operatoria settimanale inviate dalle U.O.C., e verifica della congruità rispetto ai criteri di priorità clinica (classi di priorità), all'ordine cronologico e alla disponibilità di risorse (staff, tecnologie, tempo sala).
 - e) Coordinamento funzionale del personale amministrativo e sanitario dedicato alla gestione delle liste e della pre-ospedalizzazione.
 - f) Interfaccia quotidiana con i Responsabili dei Blocchi Operatori e con il Bed Manager per verificare la fattibilità tecnica e logistica del programma chirurgico.
 - g) Monitoraggio continuo dei flussi e dell'analisi delle proposte di programmazione.
 - h) Interfaccia sistematica con la Direzione sanitaria e con la UOC OSOIS.
- 4) La responsabilità organizzativa e il coordinamento funzionale della Centrale sono affidati al **Responsabile della Centrale**, già Direttore della UOC Day Surgery e Responsabile del Servizio di Pre-ospedalizzazione
- 5) **Poteri Consultivi e Propositivi:**
 - a) La Centrale **non dispone di potere decisionale autonomo** per modificare le liste operatorie proposte dai Direttori di U.O.C.
 - b) Qualora la Centrale riscontri difformità (es. inserimento di pazienti a bassa priorità a scapito di pazienti oncologici/urgenti, sottostima o sovrastima palese dei tempi chirurgici, mancato rispetto delle regole di ingaggio), ha l'obbligo di formulare un **rilievo formale** al Direttore dell'U.O.C. proponente.
 - c) In caso di mancato adeguamento o di persistente disaccordo, la Centrale trasmette una **segnalazione** alla Direzione Sanitaria.

- 6) **Intervento della Direzione Sanitaria:** La Direzione Sanitaria, valutata la segnalazione della Centrale e sentite le parti, assume la decisione finale, autorizzando o ordinando la modifica della lista operatoria. Tale decisione è vincolante.

Art. 10 – Articolazione Funzionale della C.P.G.R.C.

- 1) **Struttura Organizzativa:** Per l'espletamento delle funzioni di governo dei flussi e gestione delle liste di attesa, la Centrale (C.P.G.R.C.) si articola in quattro aree funzionali integrate, operanti sotto il coordinamento del Responsabile di Centrale:
- Back Office Amministrativo;
 - Front Office di Accoglienza e Percorso e Sale Esecutive (Area Clinica)
 - Middle Office di Regolazione e Allineamento flussi
 - Programmazione chirurgica.
- 2) **Back Office di Programmazione:** Il Back Office costituisce il nucleo gestionale dei dati, non ha contatto diretto con il pubblico, salvo per le comunicazioni telefoniche o telematiche ed opera in back-end. A tale area competono:
- La gestione delle agende e lo scorrimento delle liste di attesa secondo i criteri di priorità clinica e cronologica;
 - La convocazione dei pazienti per l'avvio del percorso di pre-ospedalizzazione e per il successivo ricovero;
 - La manutenzione delle liste, incluse le operazioni di cancellazione per rinuncia, irreperibilità, intervento avvenuto altrove o decesso, nonché la sospensione temporanea dei pazienti non idonei;
 - Il supporto tecnico alla pianificazione delle sedute operatorie e il raccordo operativo con il Referente della Programmazione Chirurgica e con il Bed Manager e per la verifica della disponibilità dei posti letto.
 - Il monitoraggio dei tempi di attesa e la produzione della reportistica per la Direzione Sanitari;
 - L'analisi degli scostamenti attraverso gli indicatori di performance aziendali (Art. 31) e la produzione della reportistica direzionale.
 - Partecipazione agli audit clinico-organizzativo per la Direzione Sanitaria
- 3) **Front Office Sala Esecutiva (Area Clinica):** Il Front Office rappresenta l'interfaccia fisica con l'utenza e garantisce la presa in carico logistica del paziente e comprende l'area sanitaria dedicata all'erogazione delle prestazioni diagnostiche e valutative propedeutiche all'intervento. A tale area competono:
- L'accoglienza dei pazienti convocati e la verifica della documentazione amministrativa necessaria;

- b) La gestione clinico-organizzativa del percorso di pre-ospedalizzazione, inclusa la programmazione sequenziale degli appuntamenti diagnostici per ridurre il numero di accessi e i tempi di permanenza in struttura;
 - c) La funzione di orientamento e informazione all'utenza in merito allo stato della propria pratica e ai tempi previsti.
 - d) Esecuzione dei prelievi ematici e campionamenti biologici;
 - e) Esecuzione dell'Elettrocardiogramma (ECG) e di eventuali altri accertamenti strumentali di base;
 - f) Visita Anestesiologica conclusiva, volta al rilascio dell'idoneità all'intervento e alla classificazione del rischio operatorio (ASA).
 - g) Segnalazione dello stato di pre-ospedalizzazione su sistema Wirgilio sull'apposito campo, al fine di notiziare in tempo reale i reparti sull'avanzamento nella gestione dei pazienti, soprattutto nei casi in cui l'iter si prolunghi a causa di approfondimenti richiesti dall'anestesista o di momentanea sospensione per cause cliniche intercorrenti.
- 4) **Middle Office di Regolazione e Allineamento flussi** rappresenta la funzione di raccordo operativo tra programmazione e produzione chirurgica e garantisce l'allineamento dinamico tra liste di attesa, readiness clinica dei pazienti, disponibilità di posti letto e capacità produttiva delle sale operatorie. A tale funzione competono:
- a) La verifica della readiness e del buffer dei pazienti candidati all'intervento, attraverso il monitoraggio dello stato del percorso di pre-ospedalizzazione e dell'idoneità anestesiologica;
 - b) Lo scorrimento guidato delle liste dei pazienti "pronti all'intervento", nel rispetto delle classi di priorità clinica, dell'ordine cronologico e dei criteri aziendali. In particolare, il Middle Office di Regolazione e Allineamento flussi fornisce alle UU.OO. le cartelle dei pazienti pronti all'intervento per la successiva convocazione;
 - c) La segnalazione di incongruenze tecnico-organizzative (priorità non rispettate, pazienti non ready, mismatch risorse/intervento);
 - d) Il monitoraggio continuo dei flussi chirurgici, con analisi degli scostamenti tra programmato ed erogato;
 - e) La produzione di feedback strutturati alle UU.OO. e alla Direzione Sanitaria su criticità e inefficienze;
 - f) La garanzia di equità e trasparenza nello scorrimento delle liste, secondo criteri tracciabili. A tale proposito, e nelle more che sia messo in produzione un sistema gestionale unico per le liste d'attesa dei ricoveri, il Middle Office di Regolazione e Allineamento flussi oltre a fornire gli elenchi dei pazienti pronti all'intervento per la successiva convocazione come indicato al punto

- b), ne verifica le informazioni originarie disponibili su sistema Wirgilio relative a data di inserimento in lista d'attesa e classe di priorità per effettuare le dovute verifiche sul corretto scorrimento delle convocazioni;
 - g) La tracciabilità delle decisioni di riallineamento, con registrazione delle motivazioni clinico-organizzative; in tal senso, il Middle Office di Regolazione e Allineamento flussi si accerta che ogni convocazione al ricovero avvenuta in deroga al regolare scorrimento della lista sia debitamente motivata da parte del Direttore/Responsabile della U.O. e sia ascrivibile esclusivamente a motivazioni cliniche (es. urgenza motivata), organizzative (risorse quali tecnologie, spazi operatori, posti letto, professionalità ecc) o altre motivazioni sostenibili. In caso di dubbio, comunica le difformità al Responsabile della Centrale;
 - h) L'interfaccia operativa quotidiana con il Referente della Programmazione Chirurgica e con il Bed Manager, per la verifica della fattibilità complessiva;
 - i) Il raccordo informativo con il Back Office, per aggiornamento agende e stato dei pazienti;
 - j) Analisi dei dati di flusso e supporto al backoffice per la produzione della reportistica.
- 5) La Funzione di **Programmazione Chirurgica** si occupa, in collaborazione con i Responsabili dei Blocchi Operatori e con i Responsabili dei reparti chirurgici, della costruzione, organizzazione e formalizzazione del programma operatorio, in coerenza con le indicazioni delle UU.OO. e con la disponibilità delle risorse e gli indirizzi della Direzione Sanitaria. A tale funzione competono:
- a) La costruzione della lista operatoria settimanale e giornaliera, sulla base delle disponibilità di sala e delle proposte delle UU.OO. ricevute entro le ore 12:00 del giovedì (Art. 21);
 - b) L'assegnazione degli slot operatori, con definizione di:
 - i) sala operatoria,
 - ii) sequenza degli interventi,
 - iii) orari di inizio e durata stimata;
 - c) La pianificazione delle risorse di sala operatoria, inclusi équipe chirurgiche, anestesilogiche e supporti tecnici;
 - d) L'ottimizzazione della composizione delle sedute operatorie, al fine di massimizzare l'utilizzo della sala e ridurre tempi morti e straordinari;
 - e) Per le finalità di cui al punto d), la funzione di Programmazione chirurgica ha la prerogativa di integrare lo slot operatorio preventivamente assegnato ad una U.O. con interventi di altra/e U.O. al fine di saturare la seduta, secondo i principi espressi dal successivo articolo 32;

- f) Il bilanciamento tra tipologie di intervento, complessità chirurgica e durata prevista;
- g) Il coordinamento con il Bed Management, per la riserva e allocazione preventiva dei posti letto necessari;
- h) La formalizzazione e diffusione del programma operatorio, alle UU.OO. coinvolte e ai servizi di supporto;
- i) La gestione delle variazioni in tempo reale dei flussi, inclusi rinvii, indisponibilità cliniche, necessità di sostituzione pazienti;
- j) La revisione periodica della programmazione, sulla base di vincoli emergenti, variazioni organizzative o indicazioni della Direzione;
- k) Il supporto alla definizione degli standard di programmazione, inclusi criteri di saturazione delle sale e durata media degli interventi;
- l) La collaborazione con il Middle Office, recependo segnalazioni di criticità e adeguando la programmazione di conseguenza.

Art. 11 – La Funzione di Bed Management

- 1) La Funzione di Bed Management, incardinata nella U.O.C. Organizzazione dei Servizi Ospedalieri e Igiene Sanitaria (OSOIS), è responsabile del governo della risorsa "posto letto" aziendale.
- 2) Nel contesto del percorso chirurgico programmato, il Bed Manager:
 - a) Valida la sostenibilità logistica della programmazione chirurgica settimanale, confermando la disponibilità previsionale dei posti letto necessari.
 - b) Monitora in tempo reale lo stato di occupazione dei reparti e l'affollamento del Pronto Soccorso.
 - c) In situazioni di sovraffollamento critico, ha facoltà di proporre alla Direzione Sanitaria l'attivazione dei protocolli di crisi, che possono comportare la sospensione temporanea dei ricoveri elettivi (con priorità di salvaguardia per i pazienti oncologici e non differibili), secondo quanto disciplinato dal "Piano Aziendale di Potenziamento ed Efficientamento del Pronto Soccorso dell'AORN di Caserta (Revisione Deliberazione del Direttore Generale n. 1067 del 29.12.2022 ai sensi del D.G.R.C. n. 37 del 05.02.2025)" con Deliberazione del Direttore Generale N. 345 del 30/12/2025

Art. 12 – Ruolo e responsabilità dei Responsabili dei Blocchi Operatori

- 1) **Funzione Generale:** Questa figura concorre all'organizzazione logistica delle agende e delle sedute operatorie. Coopera per garantire un impiego efficiente, appropriato e

sicuro degli spazi, delle tecnologie e del personale di sala, operando in stretta sinergia e con poteri consultivi rispetto alla Centrale di Programmazione (C.P.G.R.C.), ai Direttori delle Unità Operative (U.O.C.) e al Bed Management.

- 2) **Pianificazione Esecutiva e Supporto Settimanale:** I Responsabili dei Blocchi Operatori rivestono un ruolo di supporto tecnico e di verifica nella definizione delle liste operatorie settimanali. Nello specifico:
 - a) Ricevono entro le ore 12:00 del giovedì (Art. 21) le proposte di lista operatoria elaborate dai Direttori/Responsabili di U.O.C.;
 - b) Analizzano l'elenco dei pazienti proposti (provvisi di "Contrassegno di Idoneità anestesiológica") ed esprimono parere tecnico sulla fattibilità dell'allocazione degli interventi all'interno degli slot temporali assegnati.
- 3) **Ruolo nella Riunione di Programmazione Settimanale** (Art. 22): All'interno della riunione collegiale del giovedì, i Referenti Liste Operatorie eseguono la verifica di fattibilità tecnica. In questa sede, essi hanno il dovere di:
 - a) Valutare la congruenza tra i tempi chirurgici stimati dai chirurghi e gli slot orari effettivamente disponibili, al fine di prevenire sforamenti o sottoutilizzi delle sale (inclusi i tempi di *turnover* e sanificazione);
 - b) Verificare la disponibilità e l'adeguatezza delle risorse tecnologiche (es. strumentario specifico, amplificatori di brillantezza, protesi) e del personale di assistenza dedicato;
 - c) Segnalare tempestivamente al Referente della Programmazione Chirurgica della Centrale e al Direttore di U.O.C. proponente eventuali palesi sottostime o sovrastime dei tempi operatori proposti, o incompatibilità tecniche, suggerendo le necessarie rettifiche;
 - d) Rilasciare il nulla osta tecnico (parere favorevole di fattibilità) ai fini della validazione definitiva della lista operatoria, che resta in capo alla Centrale.
- 4) **Gestione del mix produttivo quotidiano e Urgenze Differibili:** Nel corso dell'attività quotidiana, i Responsabili dei Blocchi Operatori forniscono supporto al coordinamento della sequenza degli interventi. In collaborazione con l'U.O.C. OSOIS, il Bed Manager e il Referente della Centrale, essi esprimono parere tecnico in merito all'inserimento e alla priorità di trattamento delle "Urgenze Differibili", affinché l'assorbimento di tali casistiche avvenga in sicurezza e senza compromettere i percorsi elettivi ad alta priorità.

Art. 13 – Responsabilità dei Direttori di U.O.C. di area chirurgica e dei Chirurghi

- 1) Il Direttore di U.O.C. (o il chirurgo da lui delegato) è l'unico responsabile della correttezza clinica dei dati inseriti nel sistema informativo.
- 2) In particolare, ricadono sotto la responsabilità diretta del medico proponente:
 - a) L'assegnazione appropriata della Classe di Priorità (A, B, C, D) e la sua congruenza con la diagnosi.
 - b) La stima realistica del Tempo Chirurgico previsto (minuti), fondamentale per una corretta allocazione degli slot chirurgici giornalieri e settimanali.
 - c) La verifica preliminare della completezza del percorso diagnostico prima dell'inserimento in Lista di Attesa
 - d) L'invio delle proposte chirurgiche al Referente di Programmazione Chirurgica della Centrale e al Responsabile del Blocco Operatorio entro le ore 12:00 del giovedì (Art. 21).
- 3) Il Direttore di U.O.C. ha l'obbligo di collaborare con i Referenti della Centrale e di fornire tempestivamente riscontro a eventuali richieste di chiarimento o rilievi sulle liste proposte.

TITOLO III – GESTIONE DELLA FASE PRE-OPERATORIA E DELLE LISTE

Art. 14 – La Lista di Presa in Carico

- 1) **Definizione e Funzione:** La Lista di Presa in Carico è lo strumento gestionale destinato ad accogliere i pazienti per i quali, a seguito di visita specialistica, è stata posta indicazione chirurgica ma che non soddisfano ancora i requisiti clinici o amministrativi di immediata operabilità.
- 2) **Ambito di Applicazione:** Tale lista è riservata ai pazienti che necessitano di:
 - a) Completamento dell'iter diagnostico o di stadiazione;
 - b) Terapie neoadiuvanti o trattamenti farmacologici preparatori;
 - c) Periodi di osservazione clinica o calo ponderale;
 - d) Sospensione di terapie che richiedono tempi tecnici non immediati.
 - e) Attesa di valutazioni multidisciplinari;
- 3) **Disciplina Transitoria e Attuativa:** Considerata la complessità gestionale e informatica dello strumento, la piena attivazione operativa della Lista di Presa in Carico e le relative procedure di inserimento e monitoraggio saranno disciplinate con apposito e successivo regolamento. Nelle more della sua adozione, l'inserimento nel sistema informativo aziendale avverrà direttamente nella Lista di Attesa solo al momento dell'effettiva arruolabilità del paziente e le attività e le prestazioni di cui ai punti a) - e) saranno garantite utilizzando strumenti e livelli organizzativi e amministrativi funzionali al singolo caso.

Art. 15 – La Lista di Attesa e Decorrenza dei Tempi

- 1) **Requisiti di Inserimento:** L'inserimento nella Lista di Attesa rappresenta il momento in cui l'indicazione chirurgica può essere definitivamente formulata e avviene esclusivamente quando il paziente ha completato gli approfondimenti diagnostici necessari per la definizione della strategia chirurgica ed è libero da impedimenti clinici che ne differiscano il trattamento. Quando non necessaria la fase di presa in carico (v. art. 14) l'inserimento in lista d'attesa coincide con la visita chirurgica specialistica
- 2) **Comunicazione al paziente:** in fase di inserimento in lista, al paziente verrà rilasciato un promemoria comprensivo di:
 - a) Diagnosi
 - b) Procedura attesa

- c) Classe di priorità
 - d) Riepilogo dei dati anagrafici e di contatto per verifica di correttezza
 - e) Regole relative alla cancellazione in caso di irreperibilità, rinuncia e rinvii
- In riferimento all'informativa di cui ai punti d) ed e), lo specialista avrà cura di acquisire firma da parte del paziente quale presa visione e accettazione del regolamento aziendale. Qualora i dati di contatto riportati sui sistemi informatici non siano confermati, lo specialista avrà, altresì cura di fornire i nuovi recapiti alla Centrale.
- 3) **Tempo di Attesa:** La data di inserimento in lista di attesa costituisce il "Tempo Zero" (T0) per il calcolo dei tempi di attesa massimi previsti dalla Classe di Priorità assegnata (A=30gg, B=60gg, C=180gg, D=12 mesi).
 - 4) **Divieto di Retroattività:** È tassativamente vietato retrodatare l'inserimento in lista di attesa alla data della prima visita se nel frattempo sono intercorsi periodi di approfondimento diagnostico o terapeutico.

Art. 16 – Gestione Centralizzata della Pre-ospedalizzazione

- 1) La convocazione dei pazienti per gli esami di pre-ricovero è competenza esclusiva dalla Centrale
- 2) È fatto divieto ai reparti di gestire elenchi paralleli o di contattare autonomamente i pazienti per il ricovero.
- 3) Il criterio di convocazione segue l'ordine cronologico, ponderato per la classe di priorità assegnata.
- 4) Nel caso di procedure chirurgiche legate a finestre temporali specifiche o tempi stabiliti, il referente clinico (chirurgo) che inserisce il paziente in lista di attesa ha l'obbligo di specificare nel campo "note" il periodo idoneo alla convocazione, al fine di prevenire chiamate a pazienti non ancora eleggibili per l'intervento.
- 5) Segnalazione Indisponibilità Strumentale: Qualora l'intervento richieda procedure o strumentazioni momentaneamente non disponibili, il referente clinico deve darne tempestiva comunicazione alla centrale, esplicitando le motivazioni che impediscono la convocazione del paziente.
- 6) Eventuali anticipazioni rispetto all'ordine di lista sono ammesse solo in presenza di un documentato aggravamento clinico, che deve essere certificato tramite richiesta scritta e motivata dal Direttore dell'U.O.
- 7) È vietato il ricovero diretto di pazienti in lista senza il preventivo percorso di pre-ricovero. L'unica eccezione ammessa è il ricovero d'urgenza tramite accesso da Pronto Soccorso; in tal caso, il Direttore di U.O. o suo delegato deve notificare

l'avvenuto ricovero alla centrale per permettere la cancellazione del paziente qualora questo sia inserito in lista di attesa.

- 8) La Centrale, con la funzione di Front Office, ha il compito di eseguire tutte le indagini necessarie a garantire la sicurezza dell'intervento (idoneità anestesiologicala), evitando esami puramente diagnostici che dovrebbero essere già stati espletati nella fase di presa in carico.
- 9) Il modulo gestione liste del pre-ricovero consentirà di marcare la richiesta di indagini da parte del medico anestesista fino all'arruolamento definitivo per l'intervento chirurgico. La scheda di pre-ricovero sarà quindi consegnata alle Unità Operative ed il sistema informatico assicurerà la contabilizzazione delle cartelle di preospedalizzazione depositate in ogni reparto.
- 10) Al fine di evitare la scadenza degli esami pre-operatori, è istituito il meccanismo del "buffer" operativo: la Centrale sospende o rimodula le nuove convocazioni per una specifica U.O. qualora vi siano già pazienti "Pronti" (con idoneità anestesiologicala) in numero sufficiente a coprire l'attività chirurgica programmata delle successive 3 settimane (buffer). Tale meccanismo garantisce un flusso costante senza generare accumuli eccessivi di pazienti pronti che potrebbero andare incontro ad obsolescenza esami pre-operatori.

Art. 17 – Validità degli Esami Pre-operatori

- 1) L'idoneità anestesiologicala e gli esami pre-operatori hanno una validità limitata nel tempo, definita in 3 mesi (90 giorni) dall'apertura del pre-ricovero, salvo diversa indicazione clinica anestesiologicala.
- 2) Qualora l'intervento non venga eseguito entro il termine di validità per carenza di risorse ospedaliere (es. mancanza sala, sospensione attività):
 - a) Il paziente mantiene la propria posizione e priorità in lista;
 - b) Gli esami necessari vengono ripetuti a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN);
 - c) Il caso viene segnalato come prioritario alla U.O. di afferenza.
- 3) Qualora il paziente, pur convocato, rifiuti o differisca l'intervento oltre il termine di validità degli esami per motivi personali non clinici:
 - a) Il "Contrassegno di Idoneità" decade;
 - b) Il paziente è tenuto al pagamento della quota di compartecipazione alla spesa per le prestazioni di pre-ricovero usufruite e non finalizzate, secondo le procedure di recupero crediti aziendali;
 - c) Per essere riammesso, dovrà ricominciare l'iter previa nuova valutazione specialistica.

Art. 18 – Gestione delle Chiamate e Criteri di Cancellazione

La procedura operativa per lo scorrimento delle liste si articola nelle seguenti fasi:

- 1) **Analisi della Lista:** L'operatore della Centrale interroga il sistema informativo selezionando il reparto in base alla disponibilità prevista dal meccanismo di "buffer" descritto all'art. 14, ordinando la lista in base alla priorità e ai giorni di attesa residui.
- 2) **Verifica Preliminare:** Prima del contatto, si analizza la posizione del singolo paziente, la patologia e il codice di priorità per confermare la correttezza della convocazione.
- 3) **Contatto Telefonico:** Si procede a contattare il paziente per concordare la data di pre-ospedalizzazione, tenendo conto di eventuali impedimenti temporanei quali eventuali terapie e esami diagnostici in corso, o di ogni altra situazione clinica che può presentarsi valutando caso per caso la situazione.
 - a) Le informazioni relative alla preospedalizzazione vengono fornite telefonicamente al diretto interessato o a persona di sua fiducia debitamente indicata nella scheda del trattamento dati personali e a nessun altro. Quest'ultima è compilata dal referente clinico al momento dell'inserimento in lista di attesa;
 - b) Nel caso di **pazienti detenuti**, la convocazione avviene tramite richiesta scritta alla Direzione Sanitaria. Sarà quest'ultima, previo accordo tra la Centrale e la casa circondariale, a ratificare formalmente l'appuntamento per il pre-ricovero.
- 4) **Procedura di Contatto:** Il personale della Centrale effettua le chiamate ai recapiti registrati. In caso di mancata risposta, la procedura prevede:
 - a) **1° Tentativo:** Annotazione a sistema ("Non risponde") e nuovo tentativo in orario e giorno diversi.
 - b) **2° Tentativo:** Annotazione e tentativo in giorno diverso.
 - c) Dopo **3 tentativi** in giorni e orari diversi con esito negativo (documentati dalle relative note), l'operatore **informa** il referente clinico con chiamata registrata e inserisce la nota finale: *"In data [Data] avvisato il medico referente, si elimina dalla lista"*
- 5) **Rinvio Concordato:** Se il paziente non è disponibile nella data proposta ma intende comunque operarsi, si concorda un nuovo appuntamento (ammesso una sola volta) inserendo la nota: *"Data concordata con il paziente"*
- 6) **Paziente non si presenta alla preospedalizzazione:** Nel caso in cui il paziente non si presenti all'appuntamento fissato, si nota: *"[Data], non si presenta alla preospedalizzazione"*

Si contatta il paziente e si propone un'altra data il prima possibile. Alla seconda assenza alla preospedalizzazione (documentata dalle relative note), l'operatore informa il referente clinico con chiamata registrata o email e inserisce la nota finale: "[Data] avvisato il medico referente, si elimina dalla lista"

- 7) **Cancellazione dalla Lista:** La cancellazione definitiva avviene, con tracciabilità informatica di data, operatore e causale, nei seguenti casi:
- Esecuzione dell'intervento;
 - Decesso del paziente;
 - Intervento eseguito presso altra struttura (verificato tramite sistemi regionali) o su comunicazione del paziente o familiare delegato;
 - Rifiuto esplicito all'intervento: Il rifiuto è considerato valido anche se espresso da un familiare delegato individuato dalla scheda dei contatti autorizzati compilata al momento dell'inserimento in lista di attesa, e deve essere tracciato mediante registrazione telefonica;
 - Perdita dei requisiti clinici: inidoneità definitiva è sancita dall'anestesista o dal chirurgo all'atto del ricovero o della rivalutazione clinica;
 - Assenza ingiustificata: Mancata presentazione a due convocazioni per il pre-ricovero senza giustificato motivo. La documentazione delle due convocazioni e delle relative assenze deve essere conservata agli atti con nota sul sistema informatico (nota: "convocato alla preospedalizzazione per due volte non si è presentato").
 - Irreperibilità: Impossibilità di contattare il paziente dopo i 3 tentativi previsti e trascorsi 60 giorni oltre il tempo massimo previsto dalla classe di priorità (con informativa al referente clinico).
 - La Centrale risponde alle chiamate dei pazienti sullo stato dell'attesa al numero e nelle fasce orarie che saranno pubblicizzati sul portale aziendale.
- 8) **Cancellazione d'ufficio:** I pazienti con flag di idoneità anestesiológica vengono cancellati automaticamente dalla lista di attesa trascorsi 3 mesi dalla data dell'idoneità, salvo diversa comunicazione del reparto. La cancellazione automatica comporta anche la rimozione del nominativo dalla quota dei pazienti "convocabili" (liberando spazio nel buffer).
- 9) **Eccezioni alla cancellazione d'ufficio:** Non vengono cancellati dalla lista i pazienti con flag per i quali sussistano motivi clinici o organizzativi validi, quali:
- Sopravvenute condizioni di salute che controindicano temporaneamente l'intervento.
 - Eventi acuti o cronici che richiedano rinvio medico dell'atto chirurgico.
 - Sospensioni determinate da motivazioni organizzative documentate (es. indisponibilità sala operatoria, sospensione attività programmata).

- 10) **Cancellazione dei pazienti con Ok anestesiologicalo.** Per le medesime casistiche di cancellazione di cui ai punti precedenti che riguardino i pazienti in fase di pianificazione (ELLIPSE), l'eliminazione dalla lista avverrà mensilmente ad opera del SIA su comunicazione da parte della Centrale.
- 11) **Procedura in caso di eccezione:**
- a) Il Direttore/Responsabile di UOC Chirurgica deve comunicare per iscritto alla Centrale la motivazione del rinvio e la richiesta esplicita di non procedere alla cancellazione.
 - b) Il paziente resta in lista oltre i 3 mesi, mantenendo la data originaria dell'idoneità anestesiologicala e non viene conteggiato nel limite del buffer dei pazienti sufficienti a garantire le sedute operatorie per almeno 3 settimane.
 - c) Il Direttore/Responsabile di UOC Chirurgica deve informare immediatamente la centrale operativa quando vengono meno gli impedimenti alla sospensione, permettendo così di procedere con la calendarizzazione dell'intervento.
- 12) **Responsabilità:** Tutte le operazioni di passaggio, flag, sospensione e cancellazione devono essere registrate e tracciate sul sistema informativo.
- a) È responsabilità della centrale monitorare le scadenze dei 3 mesi e applicare le cancellazioni, previo controllo delle eventuali comunicazioni di esclusione.
 - b) Il Direttore/Responsabile di UOC Chirurgica è responsabile della correttezza dei dati inseriti, della verifica periodica delle liste e del rispetto del limite dei pazienti flaggati convocabili.

Art. 19 – Transizione Operativa

- 1) Al termine positivo del percorso di pre-ospedalizzazione, l'anestesista appone nel sistema il **Contrassegno di Idoneità all'intervento**.
- 2) Solo la presenza di questo Contrassegno abilita tecnicamente il trasferimento del paziente dal *Modulo Gestione Liste* al *Modulo Gestione Operatoria*, rendendolo visibile per la programmazione delle sedute di cui al Titolo IV.

TITOLO IV – PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE OPERATORIA

Art. 20 – Architettura della Pianificazione

- 1) **Gerarchia dei Processi:** Al fine di garantire l'allineamento tra obiettivi aziendali e capacità produttiva, la gestione delle sale operatorie si articola su tre livelli temporali, in conformità ai documenti di indirizzo aziendali:
 - a) **Pianificazione Tattica (Annuale):** Di competenza del *Gruppo di Programmazione*. Definisce il monte ore complessivo (*Budget di Sala*) assegnato a ciascuna U.O. sulla base dello storico, delle liste di attesa e degli obiettivi strategici.
 - b) **Programmazione Operativa (Trimestrale):** Di competenza dei *Responsabili di Blocco Operatorio* in raccordo funzionale con la **Centrale di Programmazione**. Definisce il calendario delle sedute per il trimestre successivo, armonizzando la disponibilità fisica delle sale con i volumi di convocazione dei pazienti gestiti dalla Centrale.
 - c) **Programmazione Esecutiva (Settimanale):** Di competenza dei *Direttori di U.O.C.*, con il coinvolgimento del **Referente della Centrale**. Definisce la lista nominativa dei pazienti da operare nella singola seduta, verificata la disponibilità di risorse logistiche (letto) e tecnologiche.
- 2) **Principio di Flessibilità:** Gli *Spazi Operatori* assegnati non costituiscono una proprietà immutabile della singola U.O. La Direzione Sanitaria, su segnalazione del *Responsabile della Centrale*, può rimodulare l'assegnazione trimestrale in caso di sottoutilizzo sistematico o di emergenze epidemiologiche.

Art. 21 – Formazione della Lista Operatoria Settimanale (Proposta)

- 1) **Termine di Presentazione:** Entro le ore **12:00 del giovedì** antecedente la settimana di riferimento, i Direttori/Responsabili dell'U.O.C. invieranno la proposta di lista operatoria della settimana successiva al Responsabile di Blocco operatorio e al Referente della Programmazione Chirurgica di Centrale per la schedulazione degli interventi.
- 2) **Requisiti di Eleggibilità:** Possono essere inseriti in lista operatoria esclusivamente i pazienti che:
 - a) Risultano presenti nella Lista di Attesa (LdA);
 - b) Possiedono il "**Contrassegno di Idoneità anestesiológica**" in corso di validità;

- c) Hanno fornito il consenso informato (salvo diversa procedura per specifiche casistiche).
- 3) **Contenuti Obbligatori della Proposta:** Per ogni paziente inserito, il chirurgo deve confermare o specificare:
- a) La procedura chirurgica definitiva;
 - b) La stima aggiornata del **Tempo Chirurgico** (minuti totali di occupazione sala);
 - c) La necessità di risorse specifiche (es. emocomponenti, amplificatore di brillantezza, strumentario, personale ecc.);
 - d) La richiesta confermata di posto letto post-operatorio (Terapia Intensiva / Sub-intensiva), se previsto.
- La proposta va trasmessa esclusivamente utilizzando il modulo allegato a questo regolamento (*Allegato 1 – Modulo Proposta Lista Operatoria*)

Art. 22 – Riunione Settimanale di Programmazione e Validazione

- 1) **Finalità:** Al fine di garantire la massima condivisione dei percorsi e l'ottimizzazione delle risorse strutturali e professionali, è istituita la **Riunione di Programmazione Settimanale**. Tale incontro rappresenta il momento di confronto collegiale necessario per armonizzare le proposte avanzate dalle singole Unità Operative con la disponibilità effettiva di spazi operatori, posti letto e supporto anestesiológico, in coerenza con i principi di equità e trasparenza di cui all'Art. 1 del presente Regolamento.
- 2) **Partecipanti** Alla riunione, convocata con cadenza settimanale (di norma il giovedì alle 12.00), sono tenuti a partecipare:
- a) Il Referente della Centrale di Programmazione o suo delegato;
 - b) I Referenti Liste Operatore;
 - c) Il Responsabile del Servizio di Anestesia e Rianimazione (o suo delegato);
 - d) il Bed Manager;
- 3) **Svolgimento e Funzioni** Durante la seduta, il tavolo tecnico:
- a) Esamina le liste operatorie sulla base delle proposte pervenute;
 - b) **Verifica di Conformità:** il Referente della Programmazione Chirurgica della Centrale verifica l'assenza di eventuali difformità non esplicitamente motivate (es. scavalchi di lista)
 - c) **Verifica di Fattibilità:** Ciascun Responsabile di Blocco Operatorio analizza le proposte ricevute e verifica la compatibilità tecnica (disponibilità di strumentario, personale specialistico, tempi di turnover).

- d) **Verifica Logistica (Bed Management):** Contestualmente, il Bed Manager valida la disponibilità previsionale dei posti letto ordinari e intensivi necessari per accogliere i pazienti proposti.
- e) **Consolidamento:** In assenza di criticità, al termine della riunione il programma viene validato in via definitiva e il referente della centrale provvede a comunicarlo alla Direzione Sanitaria e OSOIS. Eventuali variazioni successive alla chiusura della riunione saranno ammesse solo per motivate esigenze cliniche sopravvenute o cause di forza maggiore, previa comunicazione alla Direzione Sanitaria e OSOIS.

4) Gestione delle Difformità:

- a) Qualora il Responsabile di Blocco Operatorio o il *Responsabile della Centrale* rilevino anomalie (es. mancato rispetto dell'ordine di lista non motivato da priorità clinica, *scavalchi* di lista, sovrastima/sottostima dei tempi chirurgici), ne danno immediata comunicazione alla Direzione Sanitaria e OSOIS nonché ai Direttore di U.O.C. proponente per la rettifica o nuova formulazione compatibile con le eccezioni rilevate.
- b) In caso di mancato accordo, il Responsabile della Centrale trasmette segnalazione alla Direzione Sanitaria per le determinazioni di competenza (art. 6 del presente Regolamento).

Art. 23 – Chiamata per il Ricovero e Assegnazione del Posto Letto

- 1) **Competenza e Tempistiche della Chiamata:** A seguito della validazione definitiva della lista operatoria settimanale, la chiamata al paziente per la comunicazione della data e dell'orario di ingresso in Ospedale è a carico del personale del Reparto (U.O.C.) di competenza. La comunicazione telefonica deve essere effettuata con un preavviso di almeno **72 ore** rispetto all'ingresso previsto, o comunque in tempo utile per consentire al paziente di gestire autonomamente eventuali sospensioni o aggiunte terapeutiche (es. sospensione anticoagulanti), in conformità alle indicazioni cliniche ricevute in fase di pre-ospedalizzazione.
- 2) **Procedura in caso di Irreperibilità:** Qualora il paziente risulti irreperibile al primo contatto telefonico, il personale del Reparto incaricato è tenuto ad effettuare **almeno un secondo tentativo di chiamata in un orario o turno differente**. In caso di persistente irreperibilità dopo i due tentativi previsti, o di rinuncia da parte del paziente, il Reparto ne dà tempestiva comunicazione alla Centrale (C.P.G.R.C.) e provvede all'immediata attivazione della lista di riserva (Stand-by) per la sostituzione, al fine di garantire l'ottimizzazione delle sedute operatorie. Ogni

tentativo di contatto, sia esito positivo che negativo, deve essere opportunamente tracciato.

- 3) **Accesso in Struttura:** Il giorno del ricovero, il paziente non dovrà transitare per gli uffici di Accettazione Centrale (Front Office), ma dovrà recarsi **direttamente presso il Reparto di competenza**, munito della documentazione richiesta. L'espletamento delle pratiche amministrative di accettazione ricovero avverrà internamente a cura del personale del Reparto stesso.
- 4) **Assegnazione del Posto Letto:** All'arrivo del paziente nell'Unità Operativa, l'accoglienza, la presa in carico e l'assegnazione fisica e nominale del posto letto sono di esclusiva competenza del **Coordinatore Infermieristico** del Reparto (o di un suo delegato), nel rispetto della programmazione dei flussi in ingresso e delle disponibilità precedentemente concordate con il Bed Management aziendale.

Art. 24 – Criteri di Sequenziamento e Lista di Riserva

- 1) **Ordine di Sala:** La sequenza degli interventi all'interno della seduta deve seguire criteri di sicurezza e ottimizzazione:
 - a) Pazienti con allergia al lattice (*Latex Free*): Primo caso della seduta (obbligatorio).
 - b) Interventi a maggiore complessità o durata: Preferibilmente a inizio seduta.
 - c) Pazienti con infezioni note o colonizzazioni multiresistenti: Ultimo caso della seduta (per consentire la sanificazione profonda).
- 2) **Lista di Riserva (Stand-by):** Al fine di massimizzare l'utilizzo della sala in caso di cancellazioni improvvise (*cancellazioni last-minute*), ogni U.O. ha facoltà di individuare 1 o 2 pazienti "in riserva" (preferibilmente a bassa complessità e residenti in zona) da attivare con preavviso breve, previo consenso dello stesso acquisito in fase di pre-ospedalizzazione.

Art. 25 – Gestione delle Urgenze Differibili

- 1) Le "Urgenze Differibili" sono rappresentate da pazienti provenienti da Pronto Soccorso per i quali si pone indicazione al ricovero con intervento chirurgico differibile (non imminente pericolo di vita). Al fine di non compromettere la programmazione elettiva (pazienti oncologici e in lista d'attesa), le Urgenze Differibili devono essere trattate:
 - a) Nelle sale dedicate all'Urgenza/Emergenza (se disponibili e libere);
 - b) In Slot specifici riservati nella pianificazione operativa delle U.O.;

- c) In combinazione con le sedute elettive, valutata la compatibilità con l'orario di servizio e le risorse di sala.
- 2) La priorità di trattamento delle Urgenze Differibili rispetto al programma elettivo è valutata congiuntamente dal Direttore di U.O., dal Responsabile di Blocco in cooperazione con OSOIS, con il Bed Manager e il referente della centrale, salvaguardando sempre i pazienti elettivi di Classe A (Oncologici).
- 3) Nel caso delle urgenze differibili, il fabbisogno di sala di ciascuna UO non sarà dato dalla lista d'attesa ma dalla occupazione dei posti letto chirurgici e da una specifica valutazione delle priorità e delle risorse organizzative. Tale valutazione è da affidarsi al Responsabile del Blocco operatorio, in cooperazione con la Centrale, con l'UOC OSOIS e con il bed manager.

TITOLO V – INTERFACCIA CON L'EMERGENZA E GESTIONE DELLE CRISI

Art. 26 – Validazione Logistica e Ruolo del Bed Management

1. **Check Pre-Seduta:** La programmazione chirurgica elettiva è subordinata alla disponibilità effettiva di posti letto di degenza e di terapia intensiva. Tale disponibilità è verificata e validata dalla Funzione di **Bed Management**.
2. **Monitoraggio Quotidiano:** Il Bed Manager effettua un monitoraggio costante (di norma alle ore 08:00 e alle ore 14:00) del tasso di occupazione dei reparti e del flusso in entrata dal Pronto Soccorso.
3. **Segnalazione di Saturazione:** Qualora il Bed Manager rilevi una saturazione dei posti letto tale da mettere a rischio l'accoglienza dei pazienti programmati per il giorno successivo, ne dà immediata comunicazione al *Referente della Centrale* e ai Direttori delle U.O.C. interessate, attivando le procedure di dimissione proattiva o di trasferimento interno (appoggi).

Art. 27 – Gestione del Sovraffollamento (Protocollo NEDOCS)

- 1) **Stato di Sovraffollamento:** In conformità alla Deliberazione n. 315/2025, lo stato di sovraffollamento (*Overcrowding*) del Pronto Soccorso è misurato attraverso l'indice NEDOCS o indicatori equipollenti definiti a livello regionale/aziendale.

- 2) **Impatto sull'Attività Elettiva:** Al raggiungimento delle soglie critiche di sovraffollamento definite dal Piano Aziendale, il Bed Manager ha facoltà di proporre alla Direzione Sanitaria il **Blocco Temporaneo dei Ricoveri Elettivi**.
- 3) **Gerarchia di Sospensione:** In caso di attivazione del blocco, la sospensione dei ricoveri programmati avviene secondo la seguente gerarchia di intervento, al fine di liberare risorse letto per l'emergenza:
 - a) **Livello 1:** Sospensione dei ricoveri elettivi di Classe C e D (bassa priorità) delle U.O.C. chirurgiche non appartenenti al Dipartimento di Emergenza-Accettazione (DEA).
 - b) **Livello 2:** Sospensione dei ricoveri elettivi di Classe B delle U.O.C. non appartenenti al DEA.
 - c) **Livello 3 (Crisi Grave):** Sospensione di tutta l'attività elettiva non oncologica (incluse le U.O. del DEA), salvaguardando esclusivamente le procedure indifferibili e salvavita.
- 4) **Comunicazione:** La decisione di sospensione è comunicata formalmente dalla Direzione Sanitaria al Referente della Centrale, alle U.O.C. e ai responsabili dei blocchi operatori, che provvedono ad aggiornare le liste operatorie.

Art. 28 – Tutela dei Percorsi Oncologici

- 1) **Principio di Intangibilità:** I pazienti oncologici inseriti in Lista di Attesa godono di un regime di protezione speciale. I posti letto e gli slot operatori a loro assegnati non possono essere cancellati per far fronte al sovraffollamento del Pronto Soccorso, salvo situazioni di calamità maggiore o indisponibilità assoluta di risorse vitali (es. assenza di anestesisti o posti letto in Terapia Intensiva).
- 2) **Percorsi Protetti:** Anche in fase di blocco dei ricoveri elettivi (Art. 26), l'Azienda si impegna a garantire l'esecuzione degli interventi oncologici attraverso:
 - a) L'identificazione di aree di degenza "protette" (es. Week Surgery, aree polispecialistiche) non accessibili ai ricoveri da Pronto Soccorso;
 - b) L'utilizzo prioritario delle risorse di sala operatoria residue.

Art. 29 – Gestione delle Cancellazioni per Cause Ospedaliere

- 1) **Definizione:** Si definisce "Cancellazione per Cause Ospedaliere" l'annullamento di un intervento già programmato e comunicato al paziente, dovuto a carenza di posti letto, indisponibilità di sala, guasti tecnici o prolungamento delle urgenze.
- 2) **Priorità di Recupero Assoluta:** Il paziente cancellato per cause indipendenti dalla sua volontà acquisisce lo status di "**Recupero Prioritario**". Il *Referente della Centrale* ha l'obbligo di vigilare affinché tale paziente venga inserito come **primo**



- nominativo** nella prima seduta operatoria utile della medesima U.O., anche in sovrannumero se tecnicamente fattibile.
- 3) **Monitoraggio:** Ogni cancellazione per cause ospedaliere deve essere tracciata nel sistema informativo con specifica causale. Il *Referente della Centrale* elabora un report mensile delle cancellazioni da trasmettere alla Direzione Sanitaria per l'analisi delle inefficienze organizzative.

TITOLO VI – MONITORAGGIO, CONTROLLO E REPORTING

Art. 30 – Sistema di Monitoraggio Aziendale

- 1) **Obiettivi:** Il sistema di monitoraggio ha lo scopo di garantire il rispetto dei tempi di attesa previsti dalla normativa vigente (LEA), l'ottimizzazione delle risorse aziendali (sale e posti letto) e la trasparenza dei processi.
- 2) **Strumenti:** Il monitoraggio si avvale del **Cruscotto Direzionale** (*Dashboard*) alimentato automaticamente dal Sistema Informativo Aziendale, consultabile in tempo reale dai Direttori di Dipartimento, dai Direttori di U.O.C. e dalla Direzione Sanitaria.
- 3) **Livelli di Responsabilità:**
 - a) **Livello Operativo:** Il *Referente della Centrale* monitora quotidianamente la correttezza formale delle liste e la saturazione delle sedute.
 - b) **Livello Tattico:** Il *Gruppo di Programmazione* analizza trimestralmente i dati aggregati per proporre eventuali correttivi alla pianificazione.
 - c) **Livello Strategico:** La Direzione Sanitaria valuta mensilmente i report di performance per le determinazioni di competenza.

Art. 31 – Indicatori

In conformità alla Deliberazione n. 60/2025, è responsabilità della Centrale fornire alla direzione sanitaria i seguenti indicatori di monitoraggio:

Indicatore	Calcolo / Formula	Razionale / Significato	Soglia / Target
INDICATORI DI COMPLIANCE – U.O. CHIRURGICHE (REPARTI)			
Tasso di Scavalco Non Giustificato	$(N. \text{ pazienti convocati/operati senza rispettare l'ordine cronologico o di priorità e privi di nota clinico/organizzativa giustificativa} / \text{Totale pazienti operati}) \times 100$	Misura l'elusione del sistema di priorità unico aziendale; ogni deroga deve essere tracciata e motivata	0% (tendente allo zero)
Tasso di variazioni Classe di Priorità non comunicate	$(N. \text{ variazioni di Classe di Priorità non comunicate} / \text{Totale variazioni di Classe di Priorità}) \times 100$	Misura il mancato rispetto del dovere di comunicazione alla Centrale delle variazioni	0% (tendente allo zero)

Indicatore	Calcolo / Formula	Razionale / Significato	Soglia / Target
		di Classe di Priorità	
Indice di Accuratezza della Stima Operatoria	Media del rapporto (Tempo chirurgico effettivo / Tempo chirurgico stimato)	Valuta l'affidabilità delle stime: <1 indica sovrastima (spreco), >1 sottostima (ritardi, overtime, cancellazioni)	Range ottimale: 0,85–1,15
Tasso di Corretto Inserimento Diretrici (Divieto di Ricovero Diretto)	(N. pazienti elettivi ricoverati senza percorso di pre-ospedalizzazione / Totale ricoveri elettivi) × 100	Verifica il rispetto del divieto di ricovero diretto e la centralizzazione del percorso	0%
INDICATORI DI COMPLIANCE – CENTRALE (C.P.G.R.C.)			
Tasso di Obsolescenza del Pre-ricovero (Scadenza Buffer)	(N. pazienti con idoneità anestesiologicala scaduta (90 gg) senza intervento / Totale pazienti con idoneità anestesiologicala) × 100	Misura la corretta gestione del buffer; valori elevati indicano sovrapproduzione di pre-ricoveri rispetto alla capacità	<5–10%
Indice di Tracciabilità dei Contatti (Irreperibilità/Rinunce)	(N. pazienti cancellati per irreperibilità con procedura completa dei 3 tentativi tracciati / Totale pazienti cancellati per irreperibilità) × 100	Garantisce applicazione rigorosa della procedura di contatto ed evita cancellazioni arbitrarie	100%
INDICATORI DI COMPLIANCE – BLOCCHI OPERATORI			
Tasso di Sostenibilità della Lista Validata (Cancellazioni Last-Minute)	(N. interventi cancellati a seduta in corso per incompatibilità tecnica o sfioramento orario / Totale interventi programmati nella seduta) × 100	Valuta la qualità della verifica di fattibilità tecnica effettuata in fase di programmazione	<5%
Tasso di Gestione Adeguata delle Urgenze Differibili	(N. urgenze differibili inserite in sedute elettive che causano cancellazioni / Totale urgenze differibili trattate) × 100	Verifica la capacità di assorbire urgenze senza compromettere l'attività elettiva	<5–10%
INDICATORI DI COMPLIANCE – BED MANAGEMENT			
Indice di Efficacia del Check Pre-Seduta	(N. interventi annullati il giorno stesso per mancanza posto letto / Totale interventi validati nella riunione settimanale) × 100	Misura l'affidabilità della previsione logistica e del governo dei posti letto	<3–5%

Indicatore	Calcolo / Formula	Razionale / Significato	Soglia / Target
Indice di Salvaguardia Oncologica (Protezione Classe A)	$(N. \text{ interventi oncologici (Classe A) cancellati per cause organizzative o sovraffollamento} / \text{Totale interventi oncologici programmati}) \times 100$	Indicatore sentinella: garantisce il principio di intangibilità dei pazienti oncologici	0%

- 1) **Report Mensile:** Entro il 10° giorno di ogni mese, il *Referente della Centrale* trasmette alla Direzione Sanitaria e ai Direttori di Dipartimento il "Report di Attività Chirurgica", evidenziando:
 - a) Le U.O.C. con le maggiori criticità sui tempi di attesa (in particolare per i codici A e oncologici);
 - b) Le U.O.C. con sottoutilizzo sistematico degli spazi operatori assegnati (< 75%);
 - c) L'elenco delle cancellazioni per cause ospedaliere e le relative motivazioni.
 - d) una relazione sul monitoraggio degli indicatori previsti art.29
- 2) **Audit Clinico-Organizzativo:** La Direzione Sanitaria convoca audit specifici con i Direttori di U.O.C. e i Responsabili di Blocco nei seguenti casi "sentinella":
 - a) Sistematico mancato rispetto dei tempi di attesa per la classe A;
 - b) Tasso di cancellazione superiore agli standard aziendali;
 - c) Sottostima o sovrastima ricorrente dei tempi chirurgici che altera la programmazione.

Art. 32 – Rimodulazione degli Spazi Operatori

- 1) **Principio Fabbisogno:** Gli slot operatori (tempo sala) non costituiscono una proprietà immutabile della singola Unità Operativa, ma sono risorse aziendali assegnate temporaneamente in funzione della domanda di salute e della capacità di erogazione/ produttiva, nonché degli obiettivi della direzione strategica
- 2) **Procedura di Revisione:** Sulla base delle risultanze del monitoraggio trimestrale, il *Gruppo di Programmazione* può proporre alla Direzione Strategica la rimodulazione del budget di sala, trasferendo quote orarie da U.O.C. con liste d'attesa esaurite o sottoutilizzo degli spazi verso U.O.C. in sofferenza o con elevata complessità oncologica.

TITOLO VII – NORME TRANSITORIE, FINALI E ABROGAZIONI

Art. 33 – Fase di Avvio e Sperimentazione

- 1) **Periodo di Transizione:** Al fine di consentire l'adeguamento dei sistemi informativi e la formazione del personale, è istituita una **Fase Pilota** della durata di 60 giorni dalla data di approvazione del presente regolamento.
- 2) **Attività Propedeutiche:** Durante la Fase Pilota:
 - a) Il *Referente della Centrale* e la Direzione Sanitaria avvieranno incontri formativi con i Direttori di U.O.C. e i Coordinatori Infermieristici sull'uso dei Sistemi informativi aziendali e sulle nuove regole di ingaggio.
 - b) Saranno testati i "vincoli bloccanti" del sistema informativo per verificarne l'impatto sull'operatività quotidiana e apportare eventuali correttivi tecnici.
- 3) **Gestione Ibrida:** In via transitoria ed eccezionale, durante la Fase Pilota è tollerata la coesistenza delle vecchie procedure organizzative.

Art. 34 – Gestione dell'Arretrato e Bonifica delle Liste

- 1) **Obbligo di Revisione:** Tutti i pazienti inseriti nelle Liste di Attesa in data antecedente all'entrata in vigore del presente regolamento ("Arretrato") devono essere sottoposti a revisione amministrativa.
- 2) **Procedura di Bonifica:** I Direttori di U.O.C., con il supporto della Centrale, sono tenuti a:
 - a) **Verificare l'interesse:** Contattare i pazienti in lista da oltre 12 mesi per confermare la volontà di sottoporsi all'intervento.
 - b) **Verificare lo stato:** Incrociare i dati con l'Anagrafe Assistiti per cancellare d'ufficio i pazienti deceduti o già operati per la stessa patologia presso altre strutture.
 - c) Bonificare la lista di attesa attuale secondo le nuove modalità previste dal presente regolamento
 - d) **Integrare i dati:** Aggiornare le posizioni prive di diagnosi e/o procedura codificata, e stima dei tempi chirurgici.

Art. 35 – Disposizioni Finali e Rinvio

- 1) **Clausola di Salvaguardia:** Per quanto non espressamente previsto dal presente regolamento, si rinvia alle normative nazionali (Piano Nazionale Governo Liste di Attesa - PNGLA) e regionali (D.G.R.C. vigenti) in materia di accesso alle prestazioni sanitarie.

- 2) **Revisione:** Il presente regolamento è soggetto a revisione periodica su proposta del *Gruppo di Programmazione* o della Direzione Sanitaria, in relazione all'evoluzione normativa o a modifiche dell'assetto organizzativo aziendale.
- 3) **Abrogazioni:** Dalla data di entrata in vigore del presente atto, sono abrogate tutte le precedenti disposizioni, procedure, regolamenti interni e ordini di servizio aziendali incompatibili con le presenti norme.
- 4) **Altri Regolamenti:** Il regolamento si integra e si completa con il Regolamento dei Blocchi Operatori, in corso di redazione
- 5) **Entrata in Vigore:** Il regolamento entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione all'Albo Pretorio Aziendale, fatto salvo quanto previsto per la Fase Pilota all'art. 32.

