

## ALLEGATO I

# GLOSSARIO PER IL CITTADINO IN MATERIA DI LISTE DI ATTESA

**Agenda chiusa:** agenda di prenotazione temporaneamente (o periodicamente) chiusa, ovvero in ogni caso non disponibile per l'inserimento di nuove prenotazioni. La chiusura delle Agende di prenotazione è vietata dalla Legge 266/2005 (Finanziaria 2006, art. 1 comma 282), che prevede sanzioni amministrative per i trasgressori.

**Agenda di prenotazione:** strumento informatizzato o cartaceo utilizzato per gestire il calendario delle prenotazioni per le prestazioni. Ai fini del diritto di accesso alla documentazione gli erogatori devono tenere, sotto la personale responsabilità del direttore sanitario, il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali tramite il Centro Unificato di Prenotazione (CUP) e dei ricoveri ospedalieri programmati. Tutti i cittadini che vi abbiano interesse, possono richiedere alle direzioni sanitarie notizie sulle prenotazioni e sui relativi tempi di attesa, con la salvaguardia della riservatezza dei dati delle persone.

**Attività libero-professionale intramuraria (ALPI):** si intende l'attività che i dirigenti medici e sanitari svolgono, sia nelle strutture ospedaliere che territoriali, individualmente o in equipe, al di fuori del proprio orario di lavoro e delle attività previste dall'impegno di servizio, su libera scelta dell'assistito, in adempimento della propria obbligazione assunta con il paziente, con oneri a carico dello stesso.

**Azienda sanitaria:** si intende un ente pubblico deputato all'erogazione di servizi sanitari. Nel Piano Nazionale Governo Liste Attesa indica il soggetto erogatore o garante delle prestazioni. Nel monitoraggio dei tempi di attesa istituzionali (SSN) le Aziende ospedaliere, Aziende ospedaliere universitarie, IRCSS di diritto pubblico, Policlinici universitari comprese le strutture private accreditate in convenzione, contribuiscono alla garanzia dell'accesso e dei tempi di attesa nell'ambito territoriale in cui è presente l'Azienda sanitaria territoriale.

**Raccomandazioni e buone pratiche clinico-assistenziali:** gli esercenti le professioni sanitarie nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie. In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali.

**Classe di priorità:** un sistema di classificazione che consente di differenziare l'accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute dell'utente e quindi alla gravità del quadro clinico.

**Per le prestazioni ambulatoriali** sono previste le seguenti specifiche.

U= urgente (nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore);

B= entro 10 gg;

D= entro 30 gg (visite) entro 60 gg (prestazioni strumentali);

P= entro 120 gg. La classe P si riferisce alle prestazioni di primo accesso (prestazioni per accertamenti/verifiche cliniche programmabili che non influenzano lo stato clinico/prognosi del paziente) da garantire al massimo entro 120 gg.

**Per le prestazioni di ricovero** sono previste le seguenti.

A - Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi;

B - Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;

C - Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;

D - Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

**CUP (Centro Unificato di Prenotazione):** sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie, deputato a gestire con efficienza l'intera offerta (SSN, regime convenzionato, intramoenia, ecc.). Tale Sistema consente di facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie e di monitorare la domanda e l'offerta complessiva, attraverso idonei strumenti, che forniscano informazioni rilevanti ai fini del governo delle liste di attesa.

**Day Service Ambulatoriale (DSA):** anche detto Pacchetto Ambulatoriale Complesso (PAC) è un modello di assistenza specialistica ambulatoriale usato per gestire casi clinici complessi attraverso l'erogazione di visite, esami strumentali e prestazioni terapeutiche, che coinvolgono più professionisti.

**Data appuntamento della prestazione specialistica ambulatoriale:** è la data che viene assegnata all'atto della prenotazione per l'erogazione della prestazione specialistica ambulatoriale.

**Data di prenotazione di prestazione specialistica ambulatoriale:** è la data in cui il cittadino entra in contatto con il sistema di prenotazione di prestazione specialistica ambulatoriale.

**Data di dimissione:** corrisponde alla giornata della dimissione dal ricovero ospedaliero.

**Data di erogazione:** è la data in cui la prestazione viene effettivamente erogata al cittadino.

**Data di Prenotazione del ricovero:** corrisponde alla data di inserimento del paziente nella lista d'attesa per i ricoveri programmati.

**Data di prescrizione di prestazione specialistica ambulatoriale:** è la data di compilazione del prescrittore della richiesta (prescrizione SSN) di prestazioni ambulatoriali.

**Data di prima disponibilità di erogazione:** è la prima data proposta dal sistema di prenotazione all'utente al momento della richiesta tenendo conto della classe di priorità indicata dal prescrittore e dell'ambito territoriale di assistenza dell'assistito.

**Data di refertazione:** è la data in cui viene redatto il referto. La struttura erogatrice rilascia il referto.

**Data del ricovero:** è la data effettiva del ricovero.

**Drop-out (ritirarsi, rinuncia alla prestazione prenotata):** mancata presentazione del cittadino che doveva ricevere la prestazione prenotata, presso il punto di erogazione, nella data e all'orario previsti. In questo caso, laddove le cause di mancata presentazione siano riconducibili a libere scelte del cittadino, quest'ultimo deve comunicare al sistema di prenotazione la rinuncia alla prestazione prenotata.

**Garanzia dei tempi massimi:** il cittadino ha il diritto di ricevere una visita medica o un esame entro un

certo tempo stabilito, che dipende dalla gravità del suo caso. Se il cittadino sceglie una data diversa da quella che gli è stata offerta, la prestazione esce dall'ambito di garanzie e il Servizio Sanitario Regionale (SSR) può non rispettare i tempi già previsti.

**Modalità di prenotazione:** il cittadino può prenotare ricoveri, visite e analisi in diversi modi: andare agli sportelli, telefonare, usare il computer delle farmacie, del medico di famiglia collegato con l'Azienda sanitaria, o su Internet. Tutte queste prenotazioni vengono registrate nel sistema del Centro Unificato di Prenotazione (CUP).

**Numero di persone in attesa:** è il numero di persone che aspettano di avere una visita, un esame o un ricovero. Sono comprese in questo numero anche le persone che hanno appuntamenti molto lontani nel tempo o che ancora non hanno una data fissata.

**Pre-lista:** la pre-lista non è una vera e propria agenda di prenotazione, ma consente la presa in carico delle richieste in un elenco progressivo in ordine cronologico per data di primo contatto al punto di prenotazione, qualora non ci sia disponibilità nei tempi previsti dalla classe di priorità.

**Pre-ospedalizzazione:** si tratta degli esami e trattamenti da fare prima di essere ricoverati in ospedale, per diminuire la durata del ricovero.

**Prestazione ambulatoriale:** sono visite con specialisti o esami medici come le radiografie o le ecografie, che non richiedono il ricovero in ospedale.

**Prestazione in emergenza/urgenza clinica:** i ricoveri urgenti sono quelli che devono avvenire in tempi brevissimi e comunque entro 72 ore, per garantire la salute del paziente.

Anche alcuni esami o visite devono essere effettuati molto rapidamente perché la condizione del paziente è seria, e quindi in questi casi non si segue la normale lista d'attesa. Si può accedere direttamente al Pronto Soccorso o tramite una "ricetta rossa".

Se nella ricetta è presente un codice "U", secondo la legge, quella prestazione, pur essendo considerata urgente, può essere effettuata entro 72 ore dalla prescrizione del medico.

**Prestazione da garantire:** è una prestazione (ricovero, visita medica, esame) prevista in un elenco nazionale e/o regionale, che dev'essere effettuata entro i tempi massimi di attesa in quanto rientra nell'ambito di garanzia dei tempi massimi.

**Percorsi diagnostico-terapeutici:** serie di visite e trattamenti che coinvolgono diversi medici e professionisti, organizzati in modo preciso. Lo scopo è quello di trovare la causa di una malattia e decidere il trattamento migliore per curarla.

**Ricovero programmato:** è un ricovero ospedaliero, anche in giornata (day-hospital), che può essere previsto in anticipo. Questo succede quando il medico di famiglia, il pediatra, uno specialista dell'ospedale o un medico di fiducia del paziente ritengono che il ricovero non debba avvenire con urgenza, in base alle condizioni di salute del paziente o degli esami da fare.

**Scelta dell'utente:** se l'utente rifiuta la proposta di data e/o sede di erogazione della prestazione, accetta che il tempo di attesa possa subire un allungamento e possa perdere la precedenza assegnata.

**Tempo di attesa per il ricovero programmato:** è il tempo che passa dalla data in cui il paziente accetta di essere messo in lista di attesa e il giorno in cui il paziente viene ricoverato.

**Tempo di attesa per le prestazioni ambulatoriali:** è il tempo che intercorre tra la data di prenotazione e la data in cui si effettua la visita.

**Tempo massimo di attesa:** è il tempo massimo tra quando si prenota una visita e quando la si riceve. Questo tempo è stabilito dalle Regioni, seguendo le linee guida nazionali.

**Tipo di accesso:** Il tipo di accesso per le visite mediche si divide in primo accesso e accesso successivo. Il primo accesso riguarda la prima visita o il primo esame diagnostico richiesto, mentre l'accesso successivo è per controlli o visite successive.

Quando si tratta di un ricovero, si specifica se si tratta di un ricovero ordinario o giornaliero.

Nei ricoveri ordinari, dev'essere indicato se si tratta di un ricovero programmato, urgente, obbligatorio per legge (TSO), o se si tratta di un ricovero programmato con pre-ospedalizzazione.

Se un paziente viene dal Pronto Soccorso senza una prescrizione medica di ricovero, viene considerato un ricovero urgente.

Per i ricoveri giornalieri, non è necessario specificare il tipo di ricovero perché sono sempre programmati.

PERCORSI DI TUTELA ----RIMBORSO