


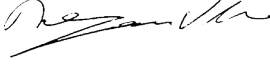
|   |   |                                 |
|---|---|---------------------------------|
| <br>UNI EN ISO 9001: 2015 | <b>PRO 01 PROTOCOLLO</b><br><br><b>GESTIONE LISTA DI ATTESA</b> | PRO 01<br>Rev. 0 del 28/02/2022 |
|   |   | Pag. 1 di 3                     |

## INDICE

|          |   |          |
|----------|---|----------|
| <b>1</b> | <b>SCOPO</b> .....  | <b>2</b> |
| <b>2</b> | <b>CAMPO DI APPLICAZIONE</b> .....                              | <b>2</b> |
| <b>3</b> | <b>RESPONSABILITÀ</b> .....                                     | <b>2</b> |
| <b>4</b> | <b>MODALITA' OPERATIVE</b> .....                                | <b>2</b> |
|          | 4.1 <i> Criteri di composizione della Lista di attesa</i> ..... | 2        |
|          | 4.2 <i> Ordine di accesso</i> .....                             | 2        |
|          | 4.3 <i> Cancellazione dalla lista di attesa</i> .....           | 2        |
|          | 4.4 <i> Responsabilità del Direttore Sanitario</i> .....        | 3        |
| <b>5</b> | <b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b> .....                              | <b>3</b> |
| <b>6</b> | <b>LISTA DISTRIBUZIONE</b> .....                                | <b>3</b> |
| <b>7</b> | <b>ALLEGATI</b> .....   | <b>3</b> |

| Rev.                          | Data       | Descrizione della modifica        | Pag. / par. modificati |
|-------------------------------|------------|-----------------------------------|------------------------|
| 0                             | 28.02.2022 | Prima emissione                   | ---                    |
|                               |            |                                   |                        |
| Redatto<br>RSQ/Accreditamento |            | Verificato<br>Direttore Sanitario | Approvato<br>DA        |

|   |   |                                 |
|---|---|---------------------------------|
| <br>UNI EN ISO 9001: 2015 | <b>PRO 01 PROTOCOLLO</b><br><br><b>GESTIONE LISTA DI ATTESA</b> | PRO 01<br>Rev. 0 del 28/02/2022 |
|   |   | Pag. 2 di 3                     |

|   |   |  |
|---|---|--|
|  |  |  |
|---|---|--|

La copia validità del presente documento è garantita solo per la copia presente su server aziendale. Il formato stampato è da ritenersi non controllata. L'originale del documento firmato è disponibile presso il RSQ. Questo documento deve essere utilizzato così com'è.

## **1 SCOPO**

Il presente protocollo ha lo scopo di definire e delineare i criteri per la formazione della Lista di attesa per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali.

## **2 CAMPO DI APPLICAZIONE**

Il presente protocollo si applica a tutte le domande/richieste di prestazioni di diagnostica per immagine nel Centro Radiodiagnostico.

## **3 RESPONSABILITÀ**

Il presente protocollo è rivolto al personale del CUP.

## **4 MODALITA' OPERATIVE**

Dopo la presentazione della domanda/richiesta di ammissione, attraverso i canali descritti e riportati sia sulla Carta dei Servizi che sul sito istituzionale della Struttura, la domanda viene esaminata dalla Direzione e, se accettata, qualora non ci fossero posti disponibili, viene inserita in una Lista di attesa (MOD. 11 – Registro Lista di attesa).

La lista d'attesa viene gestita in modo integrato dal Direttore di Struttura e dal Direttore Sanitario.

### **4.1 Criteri di composizione della Lista di attesa**

Il paziente deve fornire correttamente i dati necessari all'inserimento dei pazienti in lista di prenotazione: anagrafica (nome cognome data di nascita codice fiscale residenza recapito telefonico), nonché la richiesta del medico prescrittore ove previsto.

Viene così disposto l'inserimento del paziente nel sistema informatizzato aziendale e vengono forniti al paziente tutte le informazioni relative ai tempi d'attesa per l'esecuzione dell'esame.

Il momento della presa in carico coincide sempre con l'inserimento del paziente in lista, a volte può coincidere con la fase di esecuzione diagnostica nel momento in cui le liste d'attesa sono vuote.

È importante regolare la programmazione dell'attività in modo che sia possibile, al momento dell'inserimento in lista di attesa, stabilire una data e orario certi per l'effettuazione dell'indagine diagnostica necessaria.

### **4.2 Ordine di accesso**

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

- Ordine cronologico di iscrizione in lista
- Risorse necessarie/disponibili

Vengono così fissati una data e un orario per l'appuntamento.

Per risorse disponibili si intendono requisiti di carattere organizzativo, clinico e assistenziale (es. spazio di sala visita, specialisti clinici e tecnici, materiale, apparecchiature e strumentario) che si rendono necessari per l'indagine diagnostica con il maggior livello di efficacia, efficienza, sicurezza e qualità della prestazione. Esse rappresentano uno degli elementi da garantire per una corretta programmazione delle attività.

### **4.3 Cancellazione dalla lista di attesa**

La cancellazione avverrà nei seguenti casi:

- rinuncia all'indagine diagnostica da parte del paziente;
- errori materiali di registrazione, effettivamente verificati;

|  |                                 |                                 |
|--|---------------------------------|---------------------------------|
|  | <b>PRO 01 PROTOCOLLO</b>        | PRO 01<br>Rev. 0 del 28/02/2022 |
| UNI EN ISO 9001: 2015  | <b>GESTIONE LISTA DI ATTESA</b> | Pag. 3 di 3                     |

- irreperibilità del paziente

Nel caso in cui la struttura non sia nelle condizioni di garantire il rispetto dei tempi di attesa, a fronte di specifici accordi o protocolli definiti, viene proposta al paziente una valida ed equivalente alternativa all'interno della rete dei centri medici privati o privati accreditati di zona, assicurando il rispetto dei tempi previsti.

#### 4.4 Responsabilità del Direttore Sanitario

Il Direttore Sanitario, in conformità con la normativa vigente, dovrà garantire la vigilanza in ordine alla gestione appropriata della lista di attesa e dei registri di prenotazione per assicurare trasparenza ed equità, predisponendo anche controlli ad hoc sulle relazioni fra attività libero professionale ed attività istituzionale e sul rapporto fra interventi urgenti e programmati.

#### 5 RIFERIMENTI NORMATIVI

Manuale del Sistema di Gestione per la Qualità

Norma UNI EN ISO 9001:2015

Manuale di autorizzazione ed accreditamento Strutture extra-ospedaliere Regione Molise

#### 6 LISTA DISTRIBUZIONE

- DA
- RSQ
- Direttore di Struttura
- Direttore Sanitario

#### 7 ALLEGATI

MOD. 11 – Registro Lista di attesa