REGIONE DEL VENETO
ULSS7 PEDEMONTANA
Via dei Lotti, n. 40
36061 Bassano del Grappa (VI)
Codice fiscale e partita IVA 00913430245

N. 1686 DEL 29/10/2026

DELIBERAZIONE
del

DIRETTORE GENERALE

Nominato con D.P.G.R. n. 21 del 28/02/2026

Coadiuvato dai sigg.:

DIRETTORE AMMINISTRATIVO	dott.ssa LAURA ESPOSITO
DIRETTORE SANITARIO	dr. ANTONIO DI CAPRIO
DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIO – SANITARI	dott.ssa PAOLA VESCOVI

OGGETTO: ADOZIONE DELLA PROCEDURA AZIENDALE "PERCORSO DEL PAZIENTE CHIRURGICO PROGRAMMATO" (CODICE IDENTIFICATIVO PRAZ188, REV. N.0 DEL 20/04/2026) E DEL RELATIVO ALLEGATO 1 "CLASSI DI PRIORITÀ PER RICOVERI PROGRAMMATI — INDICAZIONI CLINICHE AZIENDALI PER SPECIALITÀ"

IL DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA ULSS 7 PEDEMONTANA
dott. Giovanni Carretta

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D. Lgs n. 82/2005, del T.U. n. 445/2000 e norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa; il documento informatico è conservato digitalmente negli archivi informatici dell'Azienda.

Proponente: UOC AFFARI GENERALI
Anno Proposta: 2026 Numero Proposta: 1761/26

Il Direttore della UOC Affari Generali, nonché Responsabile del procedimento, attesta che la presente proposta di deliberazione è stata regolarmente istruita nel rispetto della vigente normativa nazionale, regionale e regolamentare: f.to. Cristiano Galizian

---

Il Direttore della UOC Affari Generali relaziona quanto segue:

Premesso che la gestione e il governo delle liste d'attesa per gli interventi chirurgici programmati costituiscono obiettivo strategico ed indifferibile del Servizio Sanitario Regionale del Veneto, volto a garantire all'utenza la massima trasparenza, equità d'accesso, sicurezza ed adeguatezza dei percorsi assistenziali nei Presidi Ospedalieri dell'Azienda ULSS 7 Pedemontana (Ospedale San Bassiano di Bassano del Grappa, Ospedale Alto Vicentino di Santorso, Ospedale di Asiago);

Richiamato il quadro normativo statale e regionale di riferimento ed in particolare:

- l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche ed indirizzi applicativi sulle liste di attesa (14 febbraio 2002);
- la Legge Regionale 30 dicembre 2016, n. 30 (ed in specie l'art. 38 che disciplina le classi di priorità clinica e i tempi massimi di erogazione per i ricoveri ospedalieri: Classe A entro 30 giorni, Classe B entro 60 giorni, Classe C entro 90 giorni, Classe D entro 180 giorni, Classe E entro 12 mesi);
- la DGRV n. 600 del 13 marzo 2007 (Piano Nazionale contenimento tempi d'attesa);
- la DGRV n. 863 del 21 giugno 2011 (Recepimento PNGLA);
- la DGRV n. 320 del 12 marzo 2013 (Direttive Tecniche sul Governo delle Liste d'attesa);
- la DGRV n. 1191 del 26 luglio 2016 (Disposizioni applicative sul Registro unico dei ricoveri e delle liste operatorie);
- il Decreto del Direttore della Direzione Programmazione Sanitaria n. 63 del 5 luglio 2022 (Linee di indirizzo per la gestione dei pazienti con accesso programmato in Ospedale);
- la DGRV n. 231 del 7 marzo 2023 di recepimento dell'Accordo Stato-Regioni n. 100/CSR/2020 ("Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato");
- la DGRV n. 626 del 4 giugno 2024 (Aggiornamento del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa - PRGLA);
- le Note del Direttore dell'Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto prot. n. 466628 del 10/09/2024 ("Criteri di cancellazione dalla Lista d'Attesa chirurgica programmata"), prot. n. 61973 del 05/02/2025 ("Criteri di sospensione del paziente dalla Lista d'Attesa") e prot. n. 71539 dell'11/02/2025 ("Criteri gestionali per la cataratta");

Dato atto che la Direzione della Funzione Ospedaliera, in collaborazione con le Direzioni Mediche di Presidio e con l'approvazione del Direttore Sanitario, ha predisposto la nuova Procedura Aziendale denominata "Percorso del Paziente Chirurgico Programmato" (Codice identificativo PRAZ188, Rev. n.0 del 20/04/2026) unitamente al relativo Allegato 1 ("Classi di priorità per ricoveri programmati — Indicazioni cliniche aziendali per specialità");

Dato atto altresì che la Procedura PRAZ188 Rev. n.0 e l'Allegato 1 sono state notificate con nota del Direttore Sanitario prot. 96467 del 20/10/2026 tutte le Unità Operative Chirurgiche e Cardiologiche dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda ULSS n. 7 Pedemontana (Ospedale San Bassiano di Bassano del Grappa, Ospedale Alto Vicentino di Santorso, Ospedale di Asiago), oltre che alle Direzioni Mediche, che devono applicare e osservare la procedura per quanto di rispettiva competenza;

Evidenziato che il nuovo corpus procedurale PRAZ188 Rev. n.0 recepisce e disciplina in dettaglio i seguenti elementi operativi vincolanti:

- la distinzione tra Lista di Presa in Carico (PIC) (destinata ai pazienti con indicazione chirurgica che necessitano ancora di approfondimenti diagnostici o trattamenti propedeutici/coadiuvanti) e Lista d'Attesa Effettiva (riservata ai soli pazienti già clinicamente idonei all'intervento e pienamente disponibili);
- la disciplina delle prestazioni chirurgiche in regime ambulatoriale prescritte su ricetta dematerializzata (DEMA), da assoggettare alle medesime classi di priorità dei ricoveri con la dicitura "accesso successivo" nel campo note;
- l'obbligatorietà dell'impegnativa del Medico di Medicina Generale o del Pediatra di Libera Scelta per la proposta di ricovero scaturita da visita specialistica in libera professione intramoenia;
- la gestione dei periodi di sospensione per motivi clinici o personali e il termine perentorio per motivi non clinici (differimento massimo di 30 giorni per le Classi A-B e di 60 giorni per le Classi C-D-E rispetto allo standard, decorso il quale si dà luogo alla cancellazione dalla lista d'attesa previa informativa al cittadino);
- la procedura standardizzata di cancellazione per irreperibilità, subordinata ad almeno tre tentativi di chiamata telefonica tracciati a sistema ed effettuati in giorni ed orari differenti, affiancati da e-mail;
- la definizione delle indicazioni cliniche aziendali di priorità (Allegato 1) per le 11 specialità afferenti all'Azienda (Cardiologia Emodinamica, Cardiologia Elettrofisiologia, Chirurgia Generale, Chirurgia Maxillo Facciale, Chirurgia Senologica, Chirurgia Vascolare, Oculistica, Ortopedia, Ostetricia e Ginecologia, Otorinolaringoiatria, Urologia), coprenti almeno il 70% della casistica totale di ricovero programmato;

Per quanto sopra esposto, il Direttore dell'UOC Affari Generali propone di:

- di approvare ed adottare la Procedura Aziendale "Percorso del Paziente Chirurgico Programmato" (Codice identificativo PRAZ188, Rev. n.0 del 20/04/2026) ed il relativo Allegato 1 ("Classi di priorità per ricoveri programmati — Indicazioni cliniche aziendali per specialità");
- di incaricare dell’esecuzione e vigilanza dell'atto il Direttore della Funzione Ospedaliera, i Direttori Medici di Presidio Ospedaliero e i Direttori delle UU.OO.CC. Chirurgiche e Cardiologiche dell'Azienda ULSS 7 Pedemontana;
- di dare atto che dal presente provvedimento non derivano oneri o impegni di spesa a carico del bilancio aziendale.

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la relazione e la proposta del Responsabile del procedimento;

Dato atto che il responsabile dell’U.O. competente ha attestato l’avvenuta regolare istruttoria della pratica, in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale, regionale e regolamentare;

Acquisito il parere favorevole dei Direttori Amministrativo, Sanitario e dei Servizi Socio-Sanitari, per quanto di rispettiva competenza;

DELIBERA

1. di approvare ed adottare la Procedura Aziendale denominata "Percorso del Paziente Chirurgico Programmato" (Codice identificativo PRAZ188, Rev. n.0 del 20/04/2026) e il relativo Allegato 1 ("Classi di priorità per ricoveri programmati — Indicazioni cliniche aziendali per specialità"), i quali costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

2. di dare atto che la Procedura PRAZ188 Rev. n.0 e l'Allegato 1 sono state notificate con nota del Direttore Sanitario prot. 96467 del 20/10/2026 tutte le Unità Operative Chirurgiche e

Cardiologiche dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda ULSS n. 7 Pedemontana (Ospedale San Bassiano di Bassano del Grappa, Ospedale Alto Vicentino di Santorso, Ospedale di Asiago), oltre che alle Direzioni Mediche, che devono applicare e osservare la procedura per quanto di rispettiva competenza;

3. di dare atto che la presente deliberazione non comporta impegni di spesa né maggiori oneri economico-finanziari a carico del bilancio di previsione dell'Azienda ULSS n. 7 Pedemontana;

4. di dare atto che la presente deliberazione viene pubblicata all'albo del sito istituzionale dell'Azienda per 10 gg. continuativi, inviata contestualmente al Collegio Sindacale, e diventa esecutiva il giorno stesso della sua pubblicazione, come da norma regolamentare approvata con deliberazione n. 1386 del 22.7.2022.

REGIONE DEL VENETO ULSS7 PEDEMONTANA	DIREZIONE DELLA FUNZIONE OSPEDALIERA	PROCEDURA PRAZ188 Rev. n.0 del 20/4/2026

PERCORSO DEL PAZIENTE CHIRURGICO PROGRAMMATO

INDICE

Definizione 2
Scopo 3
Campo di applicazione 3
Soggetti Destinatari 4
Terminologia e abbreviazioni 4
Responsabilità 4
Modalità operative 5
Proposta di intervento 5
Inserimento in lista di presa in carico del paziente (pic) 6
Inserimento in lista di attesa 6
Tenuta e consultazione delle liste d'attesa 7
Modifica dell'ordine di priorità 7
Chiamata dei pazienti 8
Pulizia della lista 8
Cancellazione 8
Rinuncia 9
Irreperibilità 9
Dilatazione data intervento per motivi non clinici 9
Sospensione Tempo di Attesa 9
Monitoraggio 10
Criteri clinici 11
Indicatori 11
Allegati 11
Documenti di riferimento 11

DISTRIBUITA A: UUOO dei Presidi Ospedalieri di Asiago Bassano e Santorso

	Nome e Funzione	Firma	Data
Compilata da	F. Camilli- DMO Bassano S. Veronese- DMO Santorso		20/04/2026
Verificata da	M. Grattarola- Direttore Funzione Ospedaliera		20/04/2026
Approvata da	A. Di Caprio- Direttore Sanitario		20/04/2026

Revisione	Data	Descrizione delle modifiche

PERCORSO DEL PAZIENTE CHIRURGICO PROGRAMMATO

Definizione

Secondo quanto previsto dalla normativa vigente, sia per le prestazioni ambulatoriali che per i ricoveri ospedalieri è obbligatoria una lista di attesa informatizzata. Alle Aziende è stato assegnato l'obiettivo di informatizzare il registro dei ricoveri e delle liste operatorie per favorire la trasparenza informativa della filiera assistenziale dal primo contatto con l'utente alla dimissione.

I tempi d'attesa massimi previsti per i ricoveri sono quelli stabiliti dalle classi di priorità A, B, C, D ed E come da art. 38 della Legge Regionale n. 30 del 2016.

Le classi di priorità individuate sono così definite:

Classe A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque, da arrecare grave pregiudizio alla prognosi
Classe B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni o 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
Classe C	Ricovero entro 90 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono, per l'attesa, ricevere grave pregiudizio alla prognosi
Classe D	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
Classe E	Ricoveri senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere trattati almeno entro 12 mesi

Nell'attribuire la classe di priorità corretta per il paziente, si ricorda che, come ribadito dalla DGR 626/2024, le prestazioni chirurgiche ricondotte al regime ambulatoriale devono essere prescritte su ricetta SSN ma seguono la classificazione prevista per i ricoveri. La classe di priorità dovrà essere riportata nel campo note della DEMA, dopo aver selezionato sulla modalità di accesso la voce "accesso successivo".

PERCORSO DEL PAZIENTE CHIRURGICO PROGRAMMATO

Scopo

La presente procedura si prefigge di descrivere i criteri per l'inserimento in lista di attesa dei ricoveri programmati a garanzia dei principi di accessibilità, di equità e di trasparenza a tutela dei diritti dei pazienti. Il documento si propone, inoltre, di individuare le responsabilità, le modalità della tenuta e del monitoraggio delle liste.

Campo di applicazione

La presente procedura si applica ai processi di inserimento del paziente in lista di attesa, alla gestione della prenotazione e al monitoraggio della tenuta delle liste negli ospedali dell'Azienda ULSS 7 Pedemontana.

La presente procedura si applica alle attività di prescrizione ed inserimento in lista per:

- tutti i ricoveri programmati o elettivi in regime ordinario e DH
- interventi chirurgici per prestazioni ricondotte a regime ambulatoriale

La procedura non si applica a

- Ricoveri in regime di emergenza-urgenza
- Ricoveri in regime di TSO

Direttore della Funzione Ospedaliera	È responsabile del coordinamento delle attività al fine di garantire uniformità di applicazione della procedura nei PP.OO. aziendali e della conservazione e tenuta del registro dei ricoveri ospedalieri.
Direttore Medico di Presidio	È responsabile della diffusione della procedura nel P.O., del monitoraggio dell'attività e dell'individuazione di un dirigente medico referente.
Dirigente Medico referente per la tenuta delle liste di attesa	È incaricato del monitoraggio della tenuta delle liste di attesa sulla base delle indicazioni della presente Procedura.
Direttore dell'U.O.	È responsabile della pianificazione dei ricoveri programmati nel rispetto dei principi di uguaglianza e imparzialità e della corretta tenuta delle agende secondo le indicazioni della presente procedura. Può delegare un suo collaboratore (Medico, Coordinatore Infermieristico, Infermiere, Segretaria – i cui livelli di responsabilità sono definiti dal ruolo) alla tenuta delle agende

	di prenotazione dei ricoveri. È responsabile della definizione dei criteri, espliciti e documentati, per l'assegnazione delle priorità ai pazienti in lista d'attesa all'interno della UOC, in linea con quanto condiviso a livello aziendale. È responsabile delle valutazioni periodiche e dell'attivazione di eventuali azioni correttive qualora si verifichino scostamenti significativi rispetto agli standard previsti.
Personale Medico	È responsabile di un nuovo inserimento in lista o di un eventuale cambiamento della classe di priorità precedentemente assegnata al paziente.
Personale Amministrativo/Infermieristico	È incaricato di fornire telefonicamente informazioni agli utenti ed effettuare eventuale cancellazione di un paziente dalla lista, sulla base dell'accertata indisponibilità del paziente per l'intervento.

Soggetti Destinatari

Tutto il personale delle UUOO e delle Direzioni Mediche dell'Azienda ULSS 7 Pedemontana.

Terminologia e abbreviazioni

DEMA= Ricetta dematerializzata

DGR= Deliberazione della Giunta Regionale

PIC= Presa in carico

PO = Presidio Ospedaliero

UOC = Unità Operativa Complessa

UUOO = Unità Operative

UO = Unità Operativa

ORL = Otorinolaringoiatria

DMPO= Direzione Medica di Presidio Ospedaliero

Responsabilità

LA DMO è responsabile:

- Dell'aggiornamento della presente procedura

- Delle indicazioni relative alla tenuta e conservazione delle agende di prenotazione
- Del monitoraggio della seguente procedura

Il Direttore di UO è responsabile:

- della definizione dei criteri per la corretta attribuzione delle classi di priorità degli interventi
- della vigilanza della corretta applicazione della presente procedura da parte del personale assegnato
- della valutazione periodica del processo e dell'eventuale messa in atto di azioni correttive qualora si verifichino scostamenti significativi rispetto agli standard previsti
- della pianificazione dei ricoveri programmati sulla base dei principi di uguaglianza, imparzialità e trasparenza

Modalità operative

Proposta di intervento

Responsabile della proposta di ricovero/intervento è il medico che effettua la visita specialistica: egli è inoltre responsabile del corretto inserimento del paziente in lista di attesa informatizzata (secondo una determinata classe di priorità coerente col quadro clinico del paziente e con i criteri aziendali) e della completa informazione del paziente. Il medico che esegue la visita è tenuto a fornire le seguenti informazioni:

1- informazioni inerenti alla data presunta del ricovero e il regime di erogazione proposto (ricovero, day surgery, ambulatoriale);

2- informazioni relative alla fase di prericovero e all'esecuzione delle indagini ivi previste e le modalità;

3- il n. telefonico della segreteria di reparto al quale potersi rivolgere, con orario definito, per eventuali necessità. Al numero comunicato il paziente potrà anche rivolgersi nel caso in cui le sue condizioni variassero, ovvero vi fosse un aggravamento, o impossibilità a presenziare all'appuntamento, o rinuncia all'intervento.

Il chirurgo, o personale dell'unità operativa delegato dal Direttore, inserisce tutte le informazioni di cui al paragrafo precedente nel software di gestione delle liste di attesa.

Nel caso di visita in libera professione, per l'inserimento in lista è necessario disporre dell'impegnativa per la proposta di ricovero del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta (la cui copia andrà allegata nella cartella clinica).

Se il paziente è già stato preso in carico da un ospedale di altra azienda sanitaria o da uno degli ospedali dell'AULSS 7 e desidera eseguire l'intervento in altro ospedale (es. da Bassano a Santorso e viceversa), deve ripetere la visita ambulatoriale e deve essere redatta una nuova proposta di inserimento in lista.

Inserimento in lista di presa in carico del paziente (pic)

La lista di presa in carico riguarda i pazienti che hanno eseguito una visita specialistica il cui esito ha fornito indicazione chirurgica, ma il paziente non è nelle immediate condizioni di operabilità. La data di inserimento in lista di presa in carico è il momento in cui il paziente viene valutato da parte della struttura che ne seguirà l'intero iter clinico assistenziale fino all'erogazione dell'intervento o quantomeno al completamento dell'iter diagnostico

Per la gestione della lista di presa in carico nei gestionali in uso per ogni paziente dovranno essere riportati obbligatoriamente:

- cognome e nome;
- data di nascita;
- codice fiscale;
- data di inserimento nella lista di presa in carico;
- codice ICD9CM (poi successivamente ICD-10) dell'intervento;
- codice ICD9CM (poi successivamente ICD-10) della diagnosi.

Inserimento in lista di attesa

Responsabile dell'inserimento in lista d'attesa è il personale individuato dal Direttore di UO (servizio pre-ricovero). Per ogni paziente dovranno essere riportate obbligatoriamente le seguenti informazioni:

- nome e cognome, data di nascita, codice fiscale, sesso, recapito telefonico e indirizzo;
- data di prenotazione;
- classe di priorità (A, B, C, D, E);
- diagnosi (con codice ICD 9 CM);
- intervento/procedura diagnostica o terapeutica prevista (con codice ICD 9 CM-poi successivamente ICD-10);
- medico proponente;

- modalità di effettuazione della visita specialistica nel corso del quale si è deciso il ricovero (divisionale, libero-professionale, specialista convenzionato, pronto soccorso);
- persone da informare;
- data prevista per il ricovero.

Nel campo note dovranno essere riportati i motivi di eventuali cancellazioni, anticipazioni o spostamenti con indicazione di chi ha apportato la modifica. Si sottolinea che massima attenzione deve essere posta alla definizione del momento in cui il paziente ha i requisiti per essere inserito in lista per un determinato intervento.

La data di inserimento in lista d'attesa corrisponde all'**idoneità all'intervento chirurgico** che corrisponde, come previsto dalla DGR n. 231 del 7 marzo 2023, "al momento in cui il paziente è nelle effettive condizioni di essere sottoposto ad intervento chirurgico, avendo già eseguito gli eventuali trattamenti coadiuvanti e tutti gli approfondimenti diagnostici necessari per la corretta definizione dell'indicazione al trattamento chirurgico". Inoltre, per una corretta definizione della data di inserimento in lista d'attesa è necessario raccogliere dal paziente una sua piena e consapevole disponibilità e volontà ad essere sottoposto all'intervento chirurgico che gli viene indicato dal clinico di riferimento, ed è necessario che sia nelle condizioni personali per rispondere positivamente alla chiamata per il ricovero nei tempi e alle condizioni organizzative proposte.

Tenuta e consultazione delle liste d'attesa

Le liste di attesa devono essere periodicamente aggiornate, anche telefonando ai pazienti in lista, in modo che i pazienti in lista corrispondano a quelli effettivamente in attesa di ricovero. Il Direttore della UO è responsabile della completezza delle informazioni contenute in lista. Sono abilitati alla consultazione delle agende il Direttore di Unità Operativa ed il personale dallo stesso autorizzato, il Direttore Medico del Presidio Ospedaliero e i dirigenti della DMPO. Tra le finalità della consultazione vi è la verifica del rispetto dei principi di equità, trasparenza, efficienza, compresi gli aspetti applicativi delle priorità d'accesso.

Modifica dell'ordine di priorità

Qualora si modifichino le condizioni cliniche del paziente, è possibile apportare cambiamenti all'ordine di priorità.

Nel caso in cui il paziente rinvii il ricovero, sarà necessario che la data di prenotazione coincida con il primo giorno utile per il paziente. In questi casi sarà necessario scrivere nel campo note della prenotazione: il motivo, la data e il nominativo di chi ha disposto la variazione.

Chiamata dei pazienti

Il Direttore di UOC provvede a dare indicazioni affinché i casi prossimi al limite temporale previsto dalla classe di priorità siano evidenziati e prioritizzati rispetto agli altri con maggiori margini temporali disponibili. La chiamata dei pazienti dovrà avvenire considerando la priorità clinica assegnata, l'ordine cronologico di iscrizione in lista e le risorse necessarie.

Pulizia della lista

La lista di attesa va verificata ad intervalli di tempo definiti ed espliciti, al fine di valutare la sua corrispondenza rispetto a posizione e stato di permanenza in lista, e procedere ad eventuali correzioni necessarie.

I controlli periodici, compresi i contatti con i pazienti, sono mirati ad un'analisi dell'andamento delle prenotazioni, oltre che alla verifica delle rinunce, degli annullamenti e delle uscite dalla lista, funzionali a garantire un'ottimale programmazione delle sedute operatorie.

Nel corso dell'attesa possono essere necessarie rivalutazioni del paziente che possono comportare una revisione della classe di priorità precedentemente assegnate; in questi casi l'eventuale cambio di classe e la data di rivalutazione dovranno essere tracciati nell'applicativo. Si precisa che in caso di modifica della classe di priorità il tempo di attesa complessivo decorre comunque dalla data di primo inserimento. Il Direttore di UO individuerà formalmente gli operatori abilitati alla pulizia e manutenzione della lista di attesa e chiamata dei pazienti, l'elenco dovrà essere trasmesso alla Direzione Medica.

Cancellazione

La cancellazione dalla lista d'attesa avverrà nei seguenti casi:

- espressa rinuncia all'intervento chirurgico (vedi paragrafo 7.9);
- errori materiali di registrazione, effettivamente verificati (es. inserimenti doppi);
- irreperibilità del paziente (vedi paragrafo 7.10);
- inserimento in altra lista di attesa per medesimo intervento o erogazione dello stesso presso altra struttura o in regime di urgenza;
- motivi clinici;
- decesso.

Il paziente cancellato può accedere ad una nuova prenotazione solo dopo rivalutazione clinica iniziando un nuovo iter di immissione in lista.

Qualora il paziente inserito nella lista rinunci volontariamente al ricovero, nel software si registra l'evento prontamente, eliminando il paziente dalla lista di attesa. Nel caso di inserimento in più liste di attesa, il paziente deve essere coinvolto nel processo di sostituzione/cancellazione.

Rinuncia

Condizioni in cui il paziente, in qualsiasi momento, per sua libera ed irrevocabile scelta, non intenda effettuare l'intervento chirurgico: ne consegue la cancellazione dalla lista di attesa. La rinuncia deve essere formalizzata con annotazione nell'applicativo e se possibile va fatta firmare al paziente. Comunicazione della rinuncia deve essere trasmessa alla contabilità nel caso in cui il paziente abbia eseguito degli accertamenti in pre-ricovero.

Irreperibilità

La cancellazione a seguito di irreperibilità del paziente verrà effettuata dopo 3 chiamate ai numeri di telefono comunicati dal paziente e annotati nella prenotazione, effettuate in giorni ed orari diversi, e ogni qualvolta possibile, via e-mail. Date e orari delle chiamate devono essere tracciate nell'applicativo e nella documentazione clinica, così come la copia della comunicazione via e-mail, quando avvenuta.

Dilatazione data intervento per motivi non clinici

Qualora la richiesta del paziente di posticipare l'intervento per motivi non clinici generi un ritardo superiore ai 30 giorni per le classi A e B e di 60 giorni rispetto alla data massima prevista dallo standard per le altre priorità, si informa il paziente che tale richiesta comporterà la cancellazione dalla lista. Ad avvenuta cancellazione seguirà avviso formale. Data e orario della chiamata devono essere tracciate nella documentazione clinica, così come deve essere conservata copia della comunicazione via e-mail, quando avvenuta.

Modalità e tempistiche degli avvenuti contatti (telefonate, e-mail) devono essere tracciate nella documentazione clinica. Alla cancellazione dalla lista di attesa deve seguire, laddove possibile, una comunicazione telefonica e/o via mail al paziente relativa alla avvenuta rimozione e alla modalità per richiedere un eventuale reinserimento in lista.

Sospensione Tempo di Attesa

Il paziente inserito in lista d'attesa per intervento chirurgico può essere collocato in stato "sospeso" per un determinato periodo di tempo per l'incorrere di condizioni di seguito definite. Il paziente sospeso mantiene il livello di priorità maturato al momento della sospensione. Lo stato di sospensione deve essere tracciato con annotazione informatica obbligatoria della data di inizio della sospensione e della data di re-ingresso in lista o della eventuale cancellazione. Devono inoltre essere riportate le motivazioni della sospensione che può avvenire per:

- motivi personali;
- motivi clinici.

Motivi personali

Il paziente può comunicare la necessità di sospendere il proprio tempo di attesa per motivi personali, per un periodo massimo di sospensione secondo quanto previsto dal paragrafo *Dilatazione data di intervento per motivi non clinici*. Il paziente va informato che, qualora la sospensione richiesta generi un ritardo di oltre 30 giorni per le classi A e B e di oltre 60 giorni per le classi C, D ed E, è prevista la cancellazione dalla lista di attesa.

Motivi clinici

Il paziente inserito in lista di attesa può essere sospeso per motivi clinici: qualora sopraggiungano altre problematiche di salute (es. evento cardiovascolare, malattia infettiva, traumatismo...) oppure quando, nel medesimo periodo, intercorra un altro intervento chirurgico. Si raccomanda di utilizzare la sospensione per motivi clinici solo per le motivazioni sopra esposte. Sono escluse le sospensioni per approfondimenti diagnostici, per terapie neoadiuvanti, per procedure propedeutiche all'intervento (es. coronarografia), condizioni che devono essere gestite con la PIC (presa in carico), solo a completamento delle quali il paziente potrà essere inserito in lista di attesa. Si raccomanda il monitoraggio dei pazienti sospesi affinché sia sempre nota la condizione che giustifica e/o rinnova il periodo di sospensione. Diversamente il paziente andrà rivalutato o cancellato.

Monitoraggio

La Direzione Medica effettuerà una periodica attività di monitoraggio sulla corretta gestione delle liste di attesa dei reparti chirurgici dell'Azienda. In particolare, oggetto di valutazione devono essere:

- Distribuzione per priorità dei pazienti in attesa;
- Distribuzione per priorità degli sforamenti (pazienti ancora in attesa oltre il termine temporale previsto dalla classe di priorità);
- Stima dei tempi di attesa, in particolare per gli interventi in classe A (30 giorni), sulla base della programmazione delle attività di sala operatoria;
- Verifica del livello di soddisfacimento dei tempi di attesa rispetto alle diverse classi di priorità, sulla base del confronto con le soglie individuate dalla Regione;
- Verifica, sulla base delle criticità rilevate, delle modalità di composizione delle liste operatorie;
- Verifica dei pazienti sospesi.

Nel caso in cui si rilevi la sistematica impossibilità, da parte di un' U.O., a mantenere le scadenze stabilite, la DMO effettuerà un'analisi del problema e una eventuale revisione dell'assegnazione delle sedute operatorie alle diverse specialità.

Criteri clinici

A garanzia di trasparenza e per uniformare le modalità di comportamento all'interno della stessa equipe chirurgica, i Direttori delle UU.OO. hanno individuato, per ogni classe di priorità, i parametri clinici (griglia dei criteri clinici) che rendano esplicito il motivo per il quale ad un paziente, in lista per intervento a causa di una determinata patologia, venga attribuita una classe di priorità anziché un'altra. È opportuno che tali criteri siano improntati alla più ampia condivisione nella comunità scientifica/professionale. Al fine di coprire la maggior parte della casistica di U.O., ciascun reparto ha individuato i criteri per l'attribuzione dei codici di priorità per le diagnosi più rappresentative (della casistica di chirurgia maggiore – regime ordinario), vale a dire quelle che, insieme, costituiscono almeno il 70% del totale. Le griglie dei criteri clinici sono state condivise e rese omogenee tra UU.OO. corrispondenti dei diversi Presidi Ospedalieri aziendali (in allegato).

Indicatori

Gli indicatori analizzati sono quelli previsti nell'ambito del monitoraggio periodico e riguardano prevalentemente la percentuale di rispetto dei tempi d'attesa delle prestazioni di ricovero per classe di priorità. Tali indicatori devono essere confrontati con i valori soglia individuati a livello regionale per le diverse classi di priorità.

In particolare, verranno considerati con cadenza mensile:

- Percentuale di ricoveri che rispettano i tempi massimi di attesa per classe di priorità e tipologia di intervento;
- Tempo di attesa medio per le principali tipologie di intervento suddiviso per classe di priorità.

Allegati

Criteri per l'attribuzione delle classi di priorità per le specialità di urologia, chirurgia generale, ginecologia, ortopedia, otorinolaringoiatria, oculistica, chirurgia vascolare, chirurgia maxillo facciale, cardiologia – elettrofisiologia, cardiologia – emodinamica.

Documenti di riferimento

- Presidenza del consiglio dei Ministri, Conferenza Stato Regioni: Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche ed indirizzi applicativi sulle liste di attesa (14 febbraio 2002);
- DGR n. 600 del 13 marzo 2007: Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008 di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266.

Piano Attuativo Regionale: integrazione D.G.R. n. n. 3535 del 12.11.2004 e n. 2066 del 27.06.06; ALLEGATO A;

- Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA 2010-2012)" Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa";
- DGR n. 863 del 21 giugno 2011" Recepimento dell'intesa tra Governo, le Regioni e le PP.AA. di Trento e Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012";
- DGR n. 320 del 12 marzo 2013: "Direttive Tecniche sul Governo delle Liste d'attesa" e ALLEGATO A; o DGR n. 1191 del 26 luglio 2016 "Registro unico dei ricoveri ospedalieri e registro unico delle liste operatorie nella aziende Sanitarie della Regione del Veneto: disposizioni applicative";
- Regione del Veneto – Legge Regionale n. 30 del 30 dicembre 2016 Collegato alla legge di stabilità regionale 2017;
- Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA 2019-2022);
- Decreto Direzione Programmazione Sanitaria n. 63 del 5 luglio 2022 Approvazione delle "Linee di indirizzo per la gestione dell'assistenza dei pazienti con accesso programmato in Ospedale";
- DGR n. 231 del 7 marzo 2023 "Recepimento dell'Accordo n. 100/CSR del 9 luglio 2020 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano concernente "Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato";
- DGR n. 626 del 04 giugno 2024 "Aggiornamento del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA)";
- Nota del Direttore Area Sanità e Sociale n. 466628 del 10/9/2024 "Criteri di cancellazione dalla Lista d'Attesa (LdA) chirurgica programmata";
- Nota del Direttore Area Sanità e Sociale n. 61973 del 5/2/2025 "Criteri di sospensione del paziente dalla Lista d'Attesa (LdA) chirurgica programmata";
- Nota del Direttore Area Sanità e Sociale n. 71539 del 11/2/2025 "Intervento per cataratta: attribuzione priorità e gestione pre-lista."

ALLEGATO 1

Classi di priorità per ricoveri programmati
Indicazioni cliniche aziendali per specialità

SOMMARIO

U.O CARDIOLOGIA – EMODINAMICA 2
U.O CARDIOLOGIA -LABORATORIO DI ELETTROFISIOLOGIA 3
U.O CHIRURGIA GENERALE 5
U.O CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE 6
U.O CHIRURGIA SENOLOGICA 7
U.O CHIRURGIA VASCOLARE 8
U.O OCULISTICA 9
U.O ORTOPEDIA 10
U.O OSTETRICIA E GINECOLOGIA 11
U.O OTORINOLARINGOIATRIA 13
U.O UROLOGIA 15

U.O CARDIOLOGIA – EMODINAMICA

CLASSE PRIORITA'	INDICAZIONI REGIONALI	INDICAZIONI CLINICHE AZIENDALI
Classe A: ricovero entro 30 giorni	Casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque, da arrecare grave pregiudizio alla prognosi.	• Cardiopatia ischemica sintomatica senza evidente instabilizzazione coronarica (angina instabile troponina negativa, angina in sforzo ingravescente) • Valvulopatia severa sintomatica • Recente scompenso cardiaco esordito con edema polmonare acuto • Diagnosi differenziale in cardiopatia acuta instabile di primo riscontro • Aritmie ventricolari polimorfe minacciose
Classe B: ricovero entro 60 giorni	Casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni o disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti.	• Sospetta cardiopatia ischemica (angina da sforzo con fattori di rischio, test di induzione di ischemia positivo o altamente sospetto) • Valvulopatia severa paucisintomatica • Definizione diagnostica di cardiopatia misconosciuta • Stratificazione rischio operatorio chirurgia non cardiaca
Classe C: ricovero entro 90 giorni	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.	• Patologie che richiedano stratificazione emodinamica invasiva (ipertensione arteriosa polmonare, shunts) • Ricanalizzazione occlusione coronariche croniche
Classe D: ricovero entro 180 giorni	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.	• Controllo coronarografico programmato • Rivalutazione patologia pregressa
Classe E: ricovero entro 12 mesi	Casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere trattati almeno entro 12 mesi.	• Ricovero entro 12 mesi per esame di controllo per patologia cronica

U.O CARDIOLOGIA -LABORATORIO DI ELETTROFISIOLOGIA

CLASSE PRIORITA'	INDICAZIONI REGIONALI	INDICAZIONI CLINICHE AZIENDALI
Classe A: ricovero entro 30 giorni	Casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque, da arrecare grave pregiudizio alla prognosi.	• Bradiaritmie sintomatiche di grado non avanzato (blocco atrio ventricolare di I-II grado o disfunzione del nodo del seno) • Tachiaritmia sopraventricolare recidivante e resistente a terapia farmacologica causante riduzione della qualità della vita o causante deterioramento della funzione sistolica e/o scompenso cardiaco • Impianto di defibrillatore in prevenzione primaria o secondaria • Tachiaritmie persistenti che necessitano trattamento interventistico per il ripristino del ritmo sinusale • Sostituzione di dispositivo con batteria in ERI o in caso di recall tecnico • Studio elettrofisiologico endocavitario o impianto loop recorder per sincope
Classe B: ricovero entro 60 giorni	Casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni o disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti.	• Sostituzione di dispositivo in fase di iniziale esaurimento del generatore non in monitoraggio remoto • Studio elettrofisiologico per valutazione del sistema di conduzione • Studio elettrofisiologico per valutazione della vulnerabilità ventricolare • Impianto di loop recorder per stroke criptogenetico
Classe C: ricovero entro 90 giorni	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.	• Studio elettrofisiologico endocavitario ed eventuale ablazione per tachicardia parossistica sintomatica e recidivante • Ablazione della fibrillazione atriale sintomatica e recidivante in cui non è possibile avviare profilassi antiartimica o con recidive frequenti nonostante terapia farmacologica • Impianto di loop recorder con cardiopalmo o monitoraggio del ritmo
Classe D: ricovero entro 180 giorni	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.	• Ablazione della fibrillazione atriale parossistica sintomatica ma con recidive non frequenti • Sostituzione di dispositivo impiantabile in monitoraggio remoto con iniziali segni di esaurimento del generatore

Classe E: ricovero entro 12 mesi	Casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere trattati almeno entro 12 mesi.	• Ricovero entro 12 mesi per espianto di dispositivi esauriti non più necessari

U.O CHIRURGIA GENERALE

CLASSE PRIORITA'	INDICAZIONI REGIONALI	INDICAZIONI CLINICHE AZIENDALI
Classe A: ricovero entro 30 giorni	Casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque, da arrecare grave pregiudizio alla prognosi.	• Neoplasie maligne • Calcolosi della colecisti fortemente sintomatiche (con più accessi in PS) • Calcolosi della colecisti con recente pancreatite acuta non complicata • Ernie e laparoceli con episodio di incarceramento/strozzamento ridotto in PS • Emorroidi sanguinanti con anemizzazione acuta
Classe B: ricovero entro 60 giorni	Casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni o disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti.	• Adenomi del colon non asportabili endoscopicamente • GIST gastrointestinali • NET gastrointestinali • Ablazioni laparoscopiche per tumori epatici • Calcolosi della colecisti associata a calcolosi del coledoco trattata con ERCP • Emorroidi sanguinanti e/o fortemente sintomatiche
Classe C: ricovero entro 90 giorni	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.	• Colelitiasi con precedente colecistite • Polipi del canale anale • Emorroidi sintomatiche • VATS per pneumotorace spontaneo
Classe D: ricovero entro 180 giorni	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.	• Malattia diverticolare complicata già ricoverata e trattata conservativamente • Ernie e laparoceli sintomatici • Colelitiasi sintomatiche
Classe E: ricovero entro 12 mesi	Casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere trattati almeno entro 12 mesi.	• Calcolosi delle colecisti • Ernie e laparoceli • Lipomi • Sinus • Malattia diverticolare del colon • Ricanalizzazioni dopo Hartmann • Chiusura delle stomie

U.O CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE

CLASSE PRIORITA'	INDICAZIONI REGIONALI	INDICAZIONI CLINICHE AZIENDALI
Classe A: ricovero entro 30 giorni	Casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque, da arrecare grave pregiudizio alla prognosi.	• Neoplasie cutanee del testa collo • Neoplasie della cavità orale • Ascessi odontogeni • Cisti infette dei mascellari • Fratture del massiccio facciale • Bonifiche di pazienti cardiopatici in attesa cardiochirurgica o trapianto
Classe B: ricovero entro 60 giorni	Casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni o disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti.	• Lesioni cistiche dei mascellari • Elementi dentari compromessi con infezione/sintomatici • Rimozione di mezzi di sintesi sintomatici • Intervento per osteonecrosi dei mascellari
Classe C: ricovero entro 90 giorni	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.	• Lesioni sottocutanee benigne (tipo lipoma) sintomatiche • Frenuli linguali con limitazioni funzionali
Classe D: ricovero entro 180 giorni	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.	• Bonifiche dentali in pazienti non collaboranti asintomatici • Chiusura fistole oroantrali asintomatiche • Interventi di chirurgia orale in pazienti asintomatici
Classe E: ricovero entro 12 mesi	Casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere trattati almeno entro 12 mesi.	• Disodontiasi degli ottavi asintomatici • Frenuli linguali senza limitazioni funzionali • Lesioni sottocutanee benigne (tipo lipoma) asintomatiche • Innesti ossei per atrofie • Chirurgia ortognatica • Rinosettoplastica post-traumatica

U.O CHIRURGIA SENOLOGICA

CLASSE PRIORITA'	INDICAZIONI REGIONALI	INDICAZIONI CLINICHE AZIENDALI
Classe A: ricovero entro 30 giorni	Casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque, da arrecare grave pregiudizio alla prognosi.	• Neoplasie maligne della mammella
Classe B: ricovero entro 60 giorni	Casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni o disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti.	• Neoplasie maligne della mammella • Neoplasie dubbie della mammella (R4-B4)
Classe C: ricovero entro 90 giorni	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.	• Neoformazioni da definire della mammella (R3-B3)
Classe D: ricovero entro 180 giorni	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.	• Neoformazioni da definire della mammella (R3-B3) • Neoformazione benigne della mammella (B2)
Classe E: ricovero entro 12 mesi	Casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere trattati almeno entro 12 mesi.	• Neoformazioni benigne della mammella • Ricostruzioni di natura plastica della mammella

U.O CHIRURGIA VASCOLARE

CLASSE PRIORITA'	INDICAZIONI REGIONALI	INDICAZIONI CLINICHE AZIENDALI
Classe A: ricovero entro 30 giorni	Casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque, da arrecare grave pregiudizio alla prognosi.	• Stenosi carotidee e/o di altri vasi epiaortici con sintomatologia specifica senza lesioni cerebrali maggiori • Aneurismi dell'aorta addominale con diametro maggiore di 7 cm • Aneurismi dell'aorta toracica e toracoaddominale con diametro maggiore di 8 cm • Arteriopatie obliteranti degli arti inferiori al 3° e 4° stadio (gangrene o dolori a riposo) • Infezione di impianti protesici arteriosi • Arteriopatie viscerali sintomatiche
Classe B: ricovero entro 60 giorni	Casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni o disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti.	• Stenosi carotidee e/o di altri vasi epiaortici serrate asintomatiche • Aneurismi dell'aorta addominale con diametro maggiore di 5,5 cm • Aneurismi dell'aorta toracica o toracoaddominale con diametro maggiore di 6 cm • Arteriopatie obliteranti degli arti inferiori al 3° e 4° stadio (lesioni trofiche parcellari o claudicatio severa) • Accessi arterovenosi per emodialisi
Classe C: ricovero entro 90 giorni	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.	• Stenosi carotidee e/o di altri vasi epiaortici emodinamicamente significative non serrate • Aneurismi dell'aorta addominale con diametro minore di 5 cm • Aneurismi delle arterie viscerali • Aneurismi di arterie periferiche non sintomatici
Classe D: ricovero entro 180 giorni	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.	• Arteriopatia obliterante degli arti inferiori al 2° stadio con claudicatio intermittens non tollerabile
Classe E: ricovero entro 12 mesi	Casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere trattati almeno entro 12 mesi.	• Varici essenziali degli arti inferiori di grado elevato

U.O OCULISTICA

CLASSE PRIORITA'	INDICAZIONI REGIONALI	INDICAZIONI CLINICHE AZIENDALI
Classe A: ricovero entro 30 giorni	Casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque, da arrecare grave pregiudizio alla prognosi.	• Foro maculare retinico a tutto spessore (se insorgenza entro un mese) • Emovitreo da verosimile patologia retinica regmatogena • Glaucoma scompensato • Glaucoma facolitico • Oncologia palpebrale • Distacco di retina (urgenza differibile) • Infezioni oculari acute (urgenza differibile)
Classe B: ricovero entro 60 giorni	Casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni o disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti.	• Glaucoma scarsamente compensato • Cheratopatia bollosa dolente • Emovitreo da verosimile patologia retinica vascolare • Ostruzione neonatale del dotto nasolacrimale
Classe C: ricovero entro 90 giorni	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.	• Fori lamellari maculari / fori a tutto spessore insorti da oltre un mese • Lussazione totale sacco IOL • Glaucomi compensati • Emovitreo in diabetico • Trazione vitreo Maculare • Pucker maculare con metamorfosie e trazioni vitreali • Entropion palpebrale • Trapianto perforante • Trapianto endoteliale
Classe D: ricovero entro 180 giorni	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.	• Trapianto lamellare • Ectropion palpebrale • Membrana epiretinica maculare (ERM/pucker maculare) • Strabismo • Cheratopatie non dolenti necessitanti di cheratoplastica
Classe E: ricovero entro 12 mesi	Casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere trattati almeno entro 12 mesi.	• Cataratta in narcosi di paziente non collaborante • Patologia palpebrale non oncologica • Blefaroptosi • Strabismo

U.O ORTOPEDIA

CLASSE PRIORITA'	INDICAZIONI REGIONALI	INDICAZIONI CLINICHE AZIENDALI
Classe A: ricovero entro 30 giorni	Casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque, da arrecare grave pregiudizio alla prognosi.	• Patologie acute traumatiche in genere (fratture, ferite, lussazioni articolari o di protesi) • Perdita di riduzione delle fratture • Esposizione cutanea, rottura o mobilizzazione dei mezzi di sintesi • Rottura meniscale con blocco articolare / sutura meniscale • Patologie infiammatorie (flemmoni, borsiti settiche, etc.) • Lesioni tendine acute traumatiche • Protesi articolari infette
Classe B: ricovero entro 60 giorni	Casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni o disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti.	• Necrosi articolari
Classe C: ricovero entro 90 giorni	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.	• Mobilizzazione protesi articolari • Lesioni traumatiche acute cuffia dei rotatori • Coxartrosi o gonartrosi con sintomatologia invalidante ("full day pain" non rispondente a terapia antalgica) • Rottura meniscale del ginocchio con sintomatologia invalidante • Borsiti croniche
Classe D: ricovero entro 180 giorni	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.	• Instabilità di spalla • Coxartrosi, gonartrosi od omartrosi con sintomatologia non invalidante • Lesioni della cuffia dei rotatori • Lesioni meniscali e rottura legamenti ginocchio inveterate • Sdr Canalicolari • Patologia degenerativa del piede • Patologia degenerativa della mano • Patologia pediatrica cronica
Classe E: ricovero entro 12 mesi	Casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere trattati almeno entro 12 mesi.	• Cisti tendinee • Morbo di Dupuytren • Intolleranza mezzi di sintesi

U.O OSTETRICIA E GINECOLOGIA

CLASSE PRIORITA'	INDICAZIONI REGIONALI	INDICAZIONI CLINICHE AZIENDALI
Classe A: ricovero entro 30 giorni	Casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque, da arrecare grave pregiudizio alla prognosi.	• Patologie oncologiche • Pazienti con segni e sintomi di neoplasia da studiare chirurgicamente • Lesione endometriale sintomatica (AUB) o con carattere sospetto in isteroscopia diagnostica • Displasie cervicali gravi / lesioni in situ • Mioma con caratteri ecografici sospetti • Cisti annessiale sintomatica e/o con caratteri sospetti per malignità (qualsiasi età) • Isterectomia per miomatosi anemizzante non / poco responsiva a terapia medica • Malattia infiammatoria pelvica (PID) • Cerchiaggio
Classe B: ricovero entro 60 giorni	Casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni o disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti.	• Miomi intramurali/sottosierosi sintomatici (anemia, ingombro) • Miomi intramurali/sottosierosi in pazienti in attesa di pma • Endometriosi sintomatica e/o profonda • Endometriosi in paziente in attesa di pma • Lps diagnostica in paziente sintomatica • Isterectomia per miomatosi sintomatica con crasi ematica normale
Classe C: ricovero entro 90 giorni	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.	• Polipo asintomatico in menopausa • Miomi sottomucosi • Lesioni vulvari/vaginali pauci/asintomatiche non sospette per malignità • Lesioni cervicali lievi/moderate (vedi sopra) e DTC condilomi • Miomi intramurali/sottosierosi stabili nel tempo, poco sintomatici • Miomi intramurali/sottosierosi in pazienti in attesa di pma • Cisti annessiali semplici ed endometriosiche poco sintomatiche • Isterectomia per miomatosi
Classe D: ricovero entro 180 giorni	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.	• Lps diagnostica, css in paziente in attesa di pma • Polipo asintomatico in età fertile • Isteroscopie operative per malformazioni uterine o istmocele • AB profilattica in pazienti con k mammella pregresso o metastatiche

Classe E: ricovero entro 12 mesi	Casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere trattati almeno entro 12 mesi.	• Prolasso genitale • Incontinenza urinaria da sforzo • Sterilizzazione permanente

U.O OTORINOLARINGOIATRIA

CLASSE PRIORITA'	INDICAZIONI REGIONALI	INDICAZIONI CLINICHE AZIENDALI
Classe A: ricovero entro 30 giorni	Casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque, da arrecare grave pregiudizio alla prognosi.	• Intervento di asportazione di neoformazioni maligne • Intervento di biopsie per neoformazioni sospette per malignità • Intervento di MLS diagnostiche • Intervento di Tiroidectomia (Tir 3b, Tir 4, Tir 5)
Classe B: ricovero entro 60 giorni	Casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni o disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti.	• Intervento di FESS per poliposi rinosinusale monolaterali sospette di neoplasia maligna o con erosione ossea (papilloma invertito)
Classe C: ricovero entro 90 giorni	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.	• Intervento di parotidectomia con diagnosi benigne • Intervento di tiroidectomia con diagnosi benigne (Tir 3a) o con gozzi voluminosi e con dislocazione tracheale • Intervento di asportazione di neoformazioni con citologia non sospetta • Intervento di paratiroidectomia per sospetto di neoformazione benigna • Intervento di miringotomia nei bambini con sordità • Interventi di tonsillectomia in esiti di ascesso o tonsilliti recidivanti o tonsille/adenoidi ostruenti • Intervento di DCR in pregresso ascesso del sacco lacrimale • Intervento di timpanoplastica per otite colesteatomatosa o complicata con erosioni ossee • Intervento per neoformazioni latero-cervicali flogistiche • MLS per lesioni con aspetto francamente benigno (noduli, polipi cordali,ecc…) • Interventi di FESS per micetomi
Classe D: ricovero entro 180 giorni	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.	• Intervento di settoplastica e turbinoplastica complicata o con flogosi recidivanti (es. sinusite recidivante) • Intervento di sleep endoscopy in OSAHS adulti/ragazzi (con ostruzione adenotonsillare) • Intervento di OSAHS adulti/ragazzi con marcata ipertrofia adenotonsillare • Interventi di FESS per poliposi rinosinusale massiva

		• Intervento di asportazione di lipomi • Intervento di tiroidectomia con diagnosi benigne (Ti 1, Tir 2) • Protesi fonatoria • Intervento ghiandole salivari per calcoli
Classe E: ricovero entro 12 mesi	Casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere trattati almeno entro 12 mesi.	• Intervento di FESS per poliposi non massiva non complicata • Intervento di tonsillectomia per tonsillite cronica non complicata • Intervento di settoplastica per deviazione setto nasale e ipertrofia dei turbinati non complicata • Intervento di OSAHS adulti non complicato • Intervento di tonsillectomia e adenoidectomia (tonsille non ostruenti di grado 1-2 e adenoidi non occludenti) • Intervento di sleep endoscopy in OSAHS adulti/ragazzi (senza ostruzione adenotonsillare) • Interventi sull'orecchio non complicato: timpanoplastica per otite non complicata, stapedoplastica, ossiculoplastica, miringoplastica • Intervento per DCR cronica non complicata • Frenulectomia linguale

U.O UROLOGIA

CLASSE PRIORITA'	INDICAZIONI REGIONALI	INDICAZIONI CLINICHE AZIENDALI
Classe A: ricovero entro 30 giorni	Casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque, da arrecare grave pregiudizio alla prognosi.	• Calcolosi reno-ureterale con insufficienza renale acuta • Idronefrosi che richiede stenting ureterale • Tumori della vescica di volume superiore a 2 cm che richiedono la resezione endoscopica • tumori vescicali infiltranti che richiedono la cistectomia • Tumori del rene > T2 (masse voluminose) • Tumori del pene • Tumori del testicolo • Tumori della prostata cT3b-T4 • Testicolo ipermobile con episodi pregressi di subtorsione
Classe B: ricovero entro 60 giorni	Casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni o disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti.	• Tumori alta via escretrice che richiedono bonifica endourologica o nefroureterectomia • Tumori della prostata cT3a • Tumori renali T1b • tumori superficiali della vescica di volume inferiore o uguale a 2 cm • Calcolosi reno-ureterale in portatori di nefrostomia
Classe C: ricovero entro 90 giorni	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.	• Tumori vescicali infiltranti che hanno eseguito chemioterapia neoadiuvante • Tumori della prostata cT2 • Tumori del rene T1a • Calcolosi reno-ureterale in portatore di tutore ureterale o Pz molto sintomatico • Ipertrofia prostatica benigna in portatore di catetere • Stenosi dell'uretra in portatore di cistostomia
Classe D: ricovero entro 180 giorni	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.	• Malattia del giunto pielo-ureterale • tumori della prostata cT1 a basso rischio • Idrocele • Varicocele • Prolasso genitale femminile • Ipertrofia prostatica benigna in paziente senza catetere • Stenosi uretrale (senza cistostomia o catetere)
Classe E: ricovero entro 12 mesi	Casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere trattati almeno entro 12 mesi.	• Incontinenza urinaria maschile e femminile che richiede trattamento chirurgico • Fimosi

		• Pene curvo • Disfunzione erettile che richiede protesi peniena