

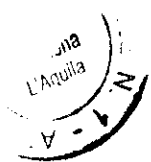
DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N° 1947 DEL 122 NOV. 2011

OGGETTO: " Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa"(PRGLA), D.G.R. n.575 del 11/08/2011, recepimento. Piano attuativo aziendale per il Governo delle Liste di Attesa 2010-2011, adozione.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giancarlo Silveri, nominato con atto di Giunta Regionale d'Abruzzo n. 805 del 31.12.2009, adotta la seguente deliberazione su conforme istruttoria e proposta della Direzione Sanitaria Aziendale



**PREMESSO** che con D.G.R. n.575 del 11/08/2011 la Regione Abruzzo ha adottato il "Piano Regionale per il Governo della Liste di Attesa" (PRGLA).

**PRESO ATTO** che al punto E.1 della citata deliberazione di Giunta Regionale n.575 del 11/08/2011, di adozione del "Piano Regionale per il Governo della Liste di Attesa" (PRGLA) "prevede che, entro 60 giorni dall'adozione del Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa", le Aziende Sanitarie dovranno adottare il programma attuativo aziendale (PAA) in coerenza con quello definito a livello regionale e prima ancora nazionale".

**CONSIDERATO** che nei contenuti del Piano Regionale sopra richiamato è evidenziata l'importanza delle azioni aziendali rivolte ad assicurare:

- a) recepimento dei tempi massimi di attesa individuati dal predetto piano Regionale;
- b) l'applicazione delle misure previste da adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti;
- c) l'organizzazione della rete aziendale delle strutture erogatrici in modo che i tempi massimi di attesa per le prestazioni siano garantiti almeno al 90% dei cittadini richiedenti;
- d) la diffusione e l'accesso alle informazioni tramite l'utilizzo degli strumenti di comunicazione disponibili (siti Web), comunicati stampa aziendali, ecc..., prevedendone la disponibilità anche presso le strutture di abituale accesso sanitario dei cittadini;
- e) la regolamentazione delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni.

**RICHIAMATA** integralmente la precitata deliberazione della Giunta Regionale dell'Abruzzo, recante "Intesa tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010/2012, di cui all'art.1, comma 280 della legge 23/12/2005 n.266 siglata in data 28 ottobre 2010: approvazione del Piano Regionale per il governo delle liste di attesa", con la quale è stato adottato il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA);

**CONSIDERATA** l'Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, sottoscritta in data 28 ottobre 2010, riguardante il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa ed il conseguente documento trasmesso dal Ministero della Salute con nota del 25 marzo 2011 inerente l'aggiornamento delle linee guida per i Piani Regionali sui tempi di attesa;

**CONSIDERATA**, altresì, la Deliberazione della ASR Abruzzo n. 35 del 29/10/2010 con la quale è stato istituito un opportuno gruppo di lavoro permanente per il monitoraggio e il superamento delle liste di attesa nelle strutture sanitarie pubbliche così costituito:

- rappresentanti aziende USL;
- rappresentanti dell'ASR Abruzzo;
- rappresentanti della Direzione Politiche per la Salute della Regione Abruzzo;
- rappresentanti dell'Intersindacale Sanitaria Abruzzese



**RICHIAMATE** le deliberazioni di Giunta Regionale:


- n. 1585 del 07/12/2000 recante "Criteri e Direttive per il miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni e visite specialistiche ambulatoriali";
- n. 496 del 31/05/2005 recante "recepimento degli Accordi Stato Regione dell'11/07/2002 in materia di liste di attesa e condivisione del "Progetto Mattone" predisposto dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali;
- n.1050 del 24/10/2005 con la quale sono stati stabiliti i tempi massimi di attesa per le visite specialistiche ambulatoriali e esami strumentali, sono state individuate come aree prioritarie di accesso alle prestazioni sanitarie quelle oncologica, cardiovascolare e di diagnostica per immagine e sono stati recepiti i percorsi diagnostici terapeutici relative a diverse discipline;
- n. 710 del 26/6/2007 con cui è stato approvato il Piano Regionale di contenimento delle Liste di Attesa per le prestazioni ambulatoriali ed ospedaliere;
- n. 102 del 05/02/2007 mediante la quale è stata modificata e integrata la DGR 710/06;

**RICHIAMATI** i disciplinari tecnici predisposti dal precitato gruppo di lavoro, approvati dalla Regione Abruzzo rispettivamente con DD.GG.RR.:

- n. 955 del 9 dicembre 2010 avente ad oggetto: "Liste di Attesa: definizione delle classi di priorità relative a: visita cardiologia ed elettrocardiogramma, visita di chirurgia vascolare e ecocolordoppler, visita pneumologica, visita otorinolaringoiatrica, visita endocrinologica;
- n. 1052 del 29 dicembre 2010 avente ad oggetto: "Liste di Attesa: definizione delle classi di priorità relative a visita gastroenterologica, visita oculistica, visita neurologica, visita urologica, visita dermatologica."
- n. 173 del 7 marzo 2011 avente ad oggetto: "Liste di Attesa: definizione delle classi di priorità relative a visita oncologica, visita ortopedica, visita ginecologica, visita fisiatrica."
- n. 385 del 13 giugno 2011 avente ad oggetto: "Liste di Attesa: definizione delle classi di priorità relative a: prestazioni strumentali previste dal PNGLA 2010-2012 — modifica disciplinare classi di priorità relative a: visita cardiologia ed elettrocardiogramma, visita di chirurgia vascolare e ecocolordoppler, visita pneumologica, visita otorinolaringoiatrica, visita endocrinologica approvato con DGR 955/2010.

**RITENUTO** necessario, per quanto sopra considerato, adottare il Piano attuativo aziendale per il governo delle liste d'attesa delle prestazioni ambulatoriali, allegato con denominazione A) al presente atto.

**RITENUTO** opportuno, inoltre, impegnare operativamente le strutture aziendali coinvolte nel Piano di cui all'allegato A), che della presente deliberazione costituisce parte integrante e sostanziale, ad attivare le necessarie procedure affinché lo stesso diventi operativo



Per quanto sopra esposto

**DELIBERA**

*La premessa è parte integrante e sostanziale del presente dispositivo e qui di seguito s'intende interamente trascritta.*

*di recepire la D.G.R. n. 575 del 11/08/2011 con la quale è stato adottato il Piano Regionale per il Governo della Liste di Attesa (PRGLA), con la specifica relativa al Punto C4 dell'allegato A della citata DGR;*

*di prendere atto del "Piano Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa (PAAGLA)2010 - 2012", allegato alla presente deliberazione della quale costituisce parte integrante e sostanziale.*

*di approvare, così come esteso, il precitato "Piano Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa (PAAGLA)2010 - 2012", che del presente atto costituisce parte integrante e sostanziale.*

*di demandare, attraverso l'allegato Piano Attuativo ai Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri e Aziendali di Area Centrale, di concerto con le Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero e con i Responsabili dei Distretti Sanitari di Base, l'elaborazione delle strategie per rispondere in modo sempre più efficace ed efficiente all'urgenza/emergenza.*

*di trasmettere copia del presente atto alla Direzione Sanità Regione Abruzzo - Pescara, alla Direzione Generale, alla Direzione Amministrativa d'Azienda, alla Direzione Sanitaria d'Azienda.*

*di dare l'incarico alla Direzione Sanitaria d'Azienda di trasmettere copia del presente atto ai Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri e Aziendali di Area Centrale, alle Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero ed ai Responsabili dei Distretti Sanitari di Base.*

*di dichiarare il presente atto deliberativo, stante l'urgenza a procedere, immediatamente esecutivo.*





ALL. A



**AUSL N.1 ABRUZZO**

**PIANO ATTUATIVO AZIENDALE  
PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA  
(PAAGLA)  
2010 - 2012**



## INDICE

- PREMESSA.....pag. 3
- OBIETTIVI e SCOPI .....pag. 4
- RECEPIMENTO DEL PIANO REGIONALE PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA (D.G.R. n. 575 del 11/08/2011) ..... pag. 5
- INDIVIDUAZIONE DEI TEMPI MASSIMI D'ATTESA PER LE PRESTAZIONI DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER IL TRIENNIO 2010/2012 ..... pag. 6
- TEMPI MASSIMI D' ATTESA FISSATI PER LE SINGOLE PRESTAZIONI..... pag. 9
- LINEE GENERALI D'INTERVENTO PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA ..... pag. 10
- INDIRIZZI UNIFORMI ATTIVITA' MONITORAGGIO  
Organizzazione della rete aziendale delle strutture erogatrici per il monitoraggio e la Gestione dei tempi di attesa..... pag. 11
- MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA PER I RICOVERI OSPEDALIERI.. pag. 12
  - Prestazioni oggetto di monitoraggio..... pag. 13
  - Tempi massimi entro cui devono essere garantite le prestazioni oggetto di monitoraggio..... pag. 14
  - Prestazioni in Day Hospita/Day Surgery..... pag. 15
  - Prenotazioni dei ricoveri ospedalieri – Registro di prenotazione ricoveri programmabili..... pag. 16
  - Modalità di prenotazione..... pag. 19
  - Manutenzione e gestione dei registri ..... pag. 20
  - Modalità di accesso e di controllo ..... pag. 21
  - Procedure di rilevazione dei tempi di attesa..... pag. 22
- PROVVEDIMENTI IN CASO DI SUPERAMENTO T.M.A..... pag. 26
- DIFFUSIONE ED ACCESSO INFORMAZIONE LISTE DI ATTESA ..... pag. 28
- REGOLAMENTAZIONE DELLE ATTIVITA' DI SOSPENSIONE DELL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI.....pag. 29
- ELENCO DELLE SEDI EROGATIVE DELLA ASL N.1 AVEZZANO – SULMONA – L'AQUILA ..... pag. 30



## PREMESSA

Le aree d'intervento del presente Piano Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa, in conformità alle indicazioni di cui alla DGR n. 575 del 11 agosto 2011, fanno riferimento agli atti adottati al riguardo dalla Regione Abruzzo.

Il presente atto è l'espressione della funzione organizzativa adottata dalla ASL n. 1 Avezzano – Sulmona – L'Aquila, in merito all'attuazione del contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche e di ricovero.

I contenuti riportati nel Piano, sono soggetti a modifica, a seguito di possibili e diverse indicazioni regionali e/o nazionali che potrebbero pervenire a proposito.

Esso assume una struttura di atto eterogeneo costituito:

- da una parte statica con la quale sono individuati i principi giuridico – normativi;
- da una parte dinamica complementare ed attuativa con cui sono definiti i processi programmatici e gestionali.

Il Piano Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa (PAAGLA) delle prestazioni specialistiche e di ricovero è articolato in 4 punti:

1. Individuazione dei tempi massimi di attesa.
2. Linee generali di intervento per il contenimento dei tempi di attesa.
3. Individuazione degli indirizzi uniformi per le attività di monitoraggio.
4. Linee Guida per la sospensione delle attività di erogazione.

L'assetto organizzativo della ASL n. 1 Avezzano – Sulmona – L'Aquila ed i sistemi operativi di funzionamento che assicurano l'attuazione dei principi riportati all'interno del Piano Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa, fanno parte del processo di programmazione e pertanto sono oggetto di evoluzione continua in ragione dell'andamento correlato a quanto in esso contenuto.

## OBIETTIVI E SCOPI

Al fine di recepire il contenuto della D.G.R. n. 575 del 11-08-2011: "Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa", il presente documento si prefigge di esprimere il piano di intervento in materia nel contesto della ASL n 1 Avezzano – Sulmona – L'Aquila. Con l'obiettivo di garantire a ciascun cittadino prestazioni sanitarie mirate ed adeguate, nel rispetto del diritto alla salute, così costituzionalmente sancito e del principio di equità all'accesso delle prestazioni sanitarie medesime, il presente documento, anche in base agli adempimenti stabiliti con PNGLA ( Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa) 2010 -2012, pone come obiettivo la garanzia di tempi di attesa congrui, attraverso una maggiore appropriatezza della domanda e di una migliore offerta.

I fattori che determinano il caso "Liste di Attesa", sono diversi, riconducibili a tre grandi aree di intervento:

- Il governo della domanda di prestazioni;
- Il governo dell'offerta di assistenza;
- Sistemi di prenotazione ed erogazione delle prestazioni.

E' necessario, quindi, studiare ed applicare idonei programmi atti a garantire una gestione razionale della domanda e dell'offerta per consentire un'erogazione tempestiva delle prestazioni sanitarie in condizioni di appropriatezza e qualità.

L'appropriatezza clinica, come parimenti quella organizzativa, sono da ritenersi gli elementi principi nel ruolo di condotta nelle scelte da parte di quei soggetti che hanno una responsabilità nei confronti del bisogno di salute.





RECEPIMENTO DEL PIANO REGIONALE PER IL GOVERNO DELLE  
LISTE DI ATTESA (D.G.R. N.575 DEL 11/08/2011)

a) Con il presente Piano Attuativo Aziendale per il Governo dei Tempi di Attesa la ASL Avezzano – Sulmona – L'Aquila recepisce integralmente il Piano Regionale per il Governo dei tempi di Attesa (D.G.R. 575 del 11/08/2011), ivi compresi gli allegati, con una specifica relativa al Punto C4 dell'allegato A della precitata D.G.R. n.575 del 11/08/2011 ossia "individuazione degli ambiti territoriali in cui i tempi massimi di attesa sono garantiti, differenziando il ruolo degli ospedali e del territorio, nonché delle modalità con le quali è garantita la diffusione dell'elenco delle strutture presenti nei diversi ambiti".

b) Il Punto C4 dell'allegato A della D.G.R. n.575 del 11/08/2011 è da intendersi recepito secondo la seguente specifica: "I Tempi Massimi di Attesa sono garantiti a livello Aziendale, nei presidi individuati dalla ASL n. 1 Avezzano – Sulmona – L'Aquila nel presente Piano Attuativo Aziendale e per tutte le prestazioni in elenco (come specificato al punto B.1 della citata delibera), fatto salvo l'impegno dell'Azienda ad attuare tutte le misure ed azioni che si dovessero rendere necessarie per estendere l'ambito di garanzia per le visite e le prestazioni non complesse a livello distrettuale".



## INDIVIDUAZIONE DEI TEMPI MASSIMI D'ATTESA PER LE PRESTAZIONI di GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER IL TRIENNIO 2010/2012

Le prestazioni del PRGLA (Piano Regionale Governo Liste di Attesa) sono state individuate in conformità a quelle indicate al punto 3) dell'intesa del 28 ottobre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di attesa per il triennio 2010/2012, che testualmente recita "Le prestazioni sono state individuate anche a partire dall'esperienza sperimentale di monitoraggio dei tempi di attesa svolta dall'AgeNaS in attuazione dell'Intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006. In particolare, sono state escluse dall'elenco di cui al PNCTA 2006-2008 alcune prestazioni che nelle rilevazioni attuate:

- non hanno presentato nessun problema di attesa nella maggioranza delle regioni;
- presentavano volumi dell'erogato talmente limitati da ridurre il valore aggiunto dell'informazione raccolta a livello di sistema, oltre a renderla facilmente sensibile a fattori contingenti. Sono state, invece, incluse alcune prestazioni che sono risultate critiche o che sono funzionali ad una visione completa dell'ambito osservato. Sono da intendersi non incluse nel presente piano le prestazioni erogate nell'ambito dei piani regionali della prevenzione attiva per le quali i medesimi piani regionali abbiano previsto modalità di offerta attiva e di fissazione degli appuntamenti. La Regione Abruzzo con DGR 575/2011, pubblicata sul B.U.R.A n. 55 serie Speciale del 02-settembre 2011, ha individuato le prestazioni oggetto del monitoraggio:

VISITE SPECIALISTICHE

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Disciplina
1	Visita cardiologia	89.7	08
2	Visita chirurgia vascolare	89.7	14
3	Visita endocrinologica	89.7	19
4	Visita neurologica	89.13	32
5	Visita oculistica	95.02	34
6	Visita ortopedica	89.7	36
7	Visita ginecologica	89.26	37
8	Visita otorinolaringoiatrica	89.7	38
9	Visita urologica	89.7	43
10	Visita dermatologica	89.7	52
11	Visita fisiatrica	89.7	56
12	Visita gastroenterologica	89.7	58
13	Visita oncologica	89.7	64
14	Visita pneumologica	89.7	68

PRESTAZIONI STRUMENTALI


Altri esami Specialistici		
Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore
34	Colonscopia	45.23 - 45.25 - 45.42
35	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24
36	Esofagogastroduodenoscopia	45.13 - 45.16
37	Elettrocardiogramma	89.52
38	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50
39	Elettrocardiogramma da sforzo	89.41 - 89.43
40	Audiometria	95.41.1
41	Spirometria	89.37.1 - 89.37.2
42	Fondo Oculare	95.09.1
43	Elettromiografia	93.08.1

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL//DAY SURGERY

Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
44	Chemioterapia	99.25	V38.1
45	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
46	Biopsia percutanea del fegato	50.11	
47	Emorroidectomia	49.46 - 49.49	
48	Riparazione ernia inguinale	53.0X - 53.1X	



PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO			
Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
49	Interventi chirurgici tumore Mammella	Categoria 83.4	Categoria 174
50	Interventi chirurgici tumore Prostata	60.5	185
51	Interventi chirurgici tumore colon retto	45.7x - 45.8; 48.5 - 48.6	Categorie 153 - 154
52	Interventi chirurgici tumori dell'utero	Da 68.3 a 68.9	Categoria 182
53	By pass aortocoronarico	Sottocategoria 36.1X	
54	Angioplastica Coronarica - PTCA	60.66 - 60.69	
55	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
56	Intervento protesi d'anca	81.51 - 81.52 - 81.53 - 00.70 - 00.71 - 00.72 - 00.73	162
57	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.3 - 32.4 - 32.5 - 32.9	
58	Tonsillectomia	28.2 - 28.3	



## TEMPI MASSIMI D'ATTESA FISSATI PER LE SINGOLE PRESTAZIONI

Per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio i tempi massimi di attesa definiti con il presente atto dovranno essere garantiti al 90% degli utenti che ne fanno richiesta presso le strutture erogatrici indicate nel Piano Attuativo Aziendale (PAA) delle ASL. In riferimento alle visite specialistiche ed alle prestazioni strumentali individuate, le classi di priorità sono definite come di seguito:

- Classe URGENTE (U) da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore.
- Classe BREVE (B) da eseguire entro 10 giorni.
- Classe DIFFERIBILE (D) da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
- Classe PROGRAMMATA (P).

Le priorità di accesso sono individuate in base alla rilevanza clinica presentata dal paziente in modo da garantire:

- il contenimento delle liste di attesa attraverso l'incremento di appropriatezza: creando una netta differenziazione di percorso all'interno della domanda da indirizzare all'area ambulatoriale;
- l'accesso alle prestazioni sanitarie in tempi adeguati allo specifico problema di salute.



## LINEE GENERALI D'INTERVENTO PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

Modalità attuativa per la promozione dell'appropriatezza della domanda

La ASL Avezzano - Sulmona - L'Aquila considererà e valuterà l'appropriatezza della domanda, adottando, conseguentemente, i relativi percorsi diagnostici di concerto con le strutture erogatrici, in sintonia delle linee guida nazionali, regionali ed aziendali.

Quanto sopra per assicurare all'utenza, nei tempi previsti e nella logica della razionalizzazione delle risorse, le adeguate prestazioni.

La ASL Avezzano - Sulmona - L'Aquila, assumerà, se dal caso, propri provvedimenti che andranno a regolamentare lo stato di derogabilità delle prestazioni, con peculiare riferimento a:

1. utilizzo delle classi di priorità;
2. presenza di quesito diagnostico \*;
3. corretta identificazione delle prime visite e dei controlli.

\* il quesito diagnostico dovrà essere obbligatoriamente indicato dal medico prescrittore nella richiesta (ricetta rossa) per visite specialistiche o esami strumentali. Qualora sulla precitata richiesta questo non fosse individuato, la stessa non sarà considerata nell'ambito della "classe di priorità".

Ai fini della verifica dei tempi di attesa, sono prese in considerazione solo quelle prestazioni che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto.

In coerenza con la D.G.R. 575/2011, sono escluse dalla precitata verifica tutte le prestazioni che riguardano controlli o screening.




## INDIRIZZI UNIFORMI ATTIVITA' MONITORAGGIO

### Organizzazione della rete aziendale delle strutture erogatrici per il monitoraggio e la gestione dei tempi di attesa

La ASL Avezzano – Sulmona – Avezzano, ha individuato una rete aziendale atta al “Monitoraggio e Gestione delle Liste di Attesa” attraverso il CPA, al quale compete, oltre alle funzioni proprie di monitoraggio e gestione delle liste di attesa anche la predisposizione delle azioni correttive d’intesa con:

- Direzione Sanitaria Aziendale;
- Direttori dei Dipartimenti;
- Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero,
- Direttori/Responsabili DD.SS.BB. e RR.DD.SS.BB.,
- Direttori delle UU.OO. eroganti le prestazioni ambulatoriali e/o di ricovero.

Ogni situazione tale da essere ritenuta critica, che comporta un superamento dei T.M.A. o una mancata garanzia dei T.M.A. per almeno il 90% degli assistiti richiedenti, diventa oggetto di attenzione da parte del C.F.A. di concerto con le figure precitate.



## MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA PER I RICOVERI OSPEDALIERI

Il Tempo Massimo di Attesa (TMA) da considerare è quello dall'indicazione dello specialista all'intervento chirurgico.

Le prestazioni in regime di ricovero, oggetto di monitoraggio, comprendono 5 prestazioni erogate prevalentemente in regime di ricovero diurno e 10 in regime di ricovero ordinario.

Per le prestazioni erogate in regime di ricovero ordinario viene adottato l'uso delle classi di priorità, così come definite nell'Accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002 e nel PNCTA 2006-2008.

- 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, 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 presentano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.



Prestazioni oggetto di monitoraggio

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO

Numero	Prestazione	Codice intervento	Codice diagnosi
49	Interventi chirurgici tumore mammella	Categoria 85.4	Categoria 174
50	Interventi chirurgici tumore prostata	60.5	185
51	Interventi chirurgici tumore colon-retto	45.7x-45.8-48.5-48.6	Categorie 153-154
52	Interventi chirurgici tumore dell'utero	Da 68.3 a 68.9	Categoria 182
53	By pass aortocoronarico	36.1x	
54	Angioplastica coronarica (PTCA)	00.66-36.09	
55	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
56	Intervento protesi d'anca	81.51-81.52-81.53-00.70-00.71-00.72-00.73	162
57	Interventi chirurgici tumore del polmone	32.3-32.4-32.5-32.9	
58	Tonsillectomia	28.2-28.3	

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL/DAY SURGERY

Numero	Prestazione	Codice intervento	Codice diagnosi
44	Chemioterapia	99.25	V58.1
45	Coronarografia	88.55-88.56-88.57	
46	Biopsia percutanea del fegato	50.11	
47	Emorroidectomia	49.46-49.49	
48	Riparazione emia inguinale	53.0x-53.1x	

Tempi massimi entro cui devono essere garantite le prestazioni oggetto di monitoraggio

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO			
Prestazione	Codice intervento	Codice diagnosi	Tempi massimi di attesa
Interventi chirurgici tumore mammella	Categoria 85.4	Categoria 174	100% entro 30 giorni
Interventi chirurgici tumore prostata	60.5	185	100% entro 30 giorni
Interventi chirurgici tumore colon-retto	45.7x-45.8-48.5-48.6	Categorie 153-154	100% entro 30 giorni
Interventi chirurgici tumore dell'utero	Da 68.3 a 68.9	Categoria 182	100% entro 30 giorni
By pass aortocoronarico	36.1x		90% entro 60 giorni
Angioplastica coronarica (PTCA)	00.66-36.09		90% entro 60 giorni
Endoarteriectomia carotidea	38.12		90% entro 60 giorni
Intervento protesi d'anca	81.51-81.52-81.53-00.70-00.71-00.72-00.73	162	50% entro 90 giorni 90% entro 180 giorni
Interventi chirurgici tumore del polmone	32.3-32.4-32.5-32.9		100% entro 30 giorni
Tonsillectomia	28.2-28.3		100% con almeno 6-7 episodi di tonsillite acuta l'anno o con ascesso tonsillare entro 60 giorni 100% con altra indicazione entro 180 giorni

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL/DAY SURGERY

Prestazione	Codice intervento	Codice diagnosi	Tempi massimi di attesa
Chemioterapia	99.25	V58.1	inizio del trattamento chemioterapico per neoplasia e, comunque, in accordo alle indicazioni previste nel singolo caso, entro 30 giorni dal momento indicato dello specialista per il 100%
Coronarografia	88.55-88.56-88.57		50% entro 60 giorni 90% entro 120 giorni
Biopsia percutanea del fegato	50.11		100% che necessitano di tipizzazione di lesione nodulare entro 30 giorni 100% con altra indicazione entro 180 giorni
Emorroidectomia	49.46-49.49		100% con sintomatologia invalidante entro 60 giorni 100% degli altri entro 180 giorni
Riparazione ernia inguinale	53.0x-53.1x		100% con sintomatologia invalidante entro 60 giorni 100% degli altri entro 180 giorni



## Prenotazione dei ricoveri ospedalieri – Registro di prenotazione ricoveri programmabili

Al fine della gestione dell'accesso e del monitoraggio dei ricoveri ospedalieri programmabili la Direzione Aziendale definisce una procedura generale per la gestione dei registri di ricovero (Agende di prenotazione dei ricoveri programmabili), che può prevedere variazioni, comunque esplicitate ed approvate, per adeguamento alle specificità delle UUOO.

### Contenuti e procedura

La procedura per la gestione delle agende di prenotazione dei ricoveri definisce:

- i criteri di costituzione dei registri di prenotazioni;
- le modalità di prenotazione;
- le modalità di manutenzione e gestione dei registri;
- le modalità di accesso e di controllo.

### Criteri di costituzione dei registri

E'obbligatorio l'utilizzo delle agende di prenotazione, già previste dalla normativa vigente (legge n. 724/1994, art. 3 comma 8).

Il registro di prenotazione dei ricoveri è quindi obbligatorio per tutte le UU.OO. che effettuano ricoveri programmabili sia ordinari, che in DH/DS.

In tale registro afferiscono tutte le proposte di ricovero formulate dai medici della U.O. e condivise clinicamente da parte del relativo Responsabile.

In fase di costituzione dei registri vanno definiti preventivamente i seguenti aspetti:

- la periodicità dei ricoveri, individuando il calendario dei giorni per l'intero anno solare. Non sono ammesse chiusure periodiche delle agende e le prenotazioni non hanno limite temporale.



- L'individuazione dei tempi tecnici di esecuzione per le diverse tipologie di prestazioni propedeutiche al ricovero anche al fine di definire gli eventuali tempi di prenotazione.

Tale registro può comporsi di diversi sotto-registri, distinti per gruppi di patologie, a scorrimento autonomo ed eventualmente differenziato.

I criteri generale che presiedono alla gestione delle liste di attesa sono:

- Ordine cronologico d'inserimento;
- Classe di priorità.

I campi previsti per la definizione delle agende di prenotazione dei ricoveri sono quelli riportati nello schema seguente.

Si precisa che a prescindere dalla rilevanza indicata nello schema, i campi devono essere comunque previsti tutti.



Informazioni inerenti al paziente	Rilevanza
a) Nome cognome del paziente	Essenziale
b) Codice paziente ( fiscale)	Essenziale
c) Sesso	Essenziale
d) Data nascita	Utile
e) Residenza	Utile
f) Numero telefono del paziente	Essenziale
g) Persona da informare (nome e telefono)	Essenziale
h) Diagnosi o sospetto diagnostico	Essenziale
i) Classe di priorità	Essenziale
j) Note cliniche particolari	Utile
Informazioni gestionali	Rilevanza
k) Nome del medico prescrittore	Utile
l) Tipo di percorso/intervento previsto (diagnostico, terapeutico, chirurgico ecc.)	Utile
m) Data di prescrizione della richiesta da parte del prescrittore	Essenziale
n) Data inserimento del paziente nella agenda di prenotazione	Essenziale
o) Data prevista per il ricovero	Essenziale
p) Data reale del ricovero	Essenziale
q) Motivi eventuale esclusione/cancellazione, anticipazione o spostamento nella lista	Essenziale
r) Modalità di accesso (visita in ambulatorio divisionale, prescrizione di specialista esterno, visita al PS, visita privata ecc.)	Utile



## Modalità di prenotazione

Il Direttore della U.O. dovrà inviare per iscritto al Dirigente Medico di Presidio la procedura per la gestione dell'agenda di prenotazione.

La procedura per la gestione dei registri dei ricoveri definisce i soggetti che:

- Possono richiedere una prenotazione
- Decidono l'inserimento nell'agenda di prenotazione
- Inseriscono materialmente i dati

La proposta di ricovero può provenire dal MMG o dallo specialista.

Il paziente viene preso in carico dalla struttura, che attraverso lo specialista interno, conferma o meno la necessità del ricovero.

La data di inserimento del paziente è quella in cui lo specialista ospedaliero conferma la necessità del ricovero e provvede all'inserimento del paziente nel registro di prenotazione.

Può accadere che, in alcuni casi, al paziente non venga assegnata subito una data di ricovero, ma venga inserito in una specie di "pre-lista" e solo successivamente, a seconda della organizzazione, disponibilità di posto letto o di seduta operatoria, gli sia attribuita una precisa data di ricovero.

Il paziente va comunque inserito nella agenda di prenotazione e il dato relativo al campo n) (data di prenotazione) è comunque quello del primo contatto del paziente con la struttura nel quale viene esplicitata la necessità del ricovero.

Questa data, relativa alla identificazione del bisogno (momento della convalida dello specialista), è anche quella che dovrà essere utilizzata per la compilazione del campo "data di prenotazione", previsto nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).

L'inserimento nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) del campo per la registrazione della data di prenotazione è obbligatorio dal 1 gennaio 2007 come ribadito dalla direttiva della Direzione Sanità prot. N. 286 del 04.01.07 ed è stato già attuato in seguito alla precedente direttiva della Direzione Sanità prot. N. 350 del 13.01.03.



La data prevista per il ricovero (campo o), come già accennato, può, in alcuni casi, inizialmente essere indicata in modo approssimativo.

La data reale del ricovero viene precisata nel campo p).

Se le data dei campi o) e p) sono diverse, ciò dovrà essere motivato nel campo q), dove andrà motivata anche la eventuale cancellazione.

Al momento dell'inserimento del paziente nell'agenda di prenotazione, allo stesso andrà consegnato un modulo che contenga almeno le seguenti informazioni:

- generalità dell'assistito
- tipo di prestazione
- data di inserimento in agenda
- data e sede di effettuazione del ricovero

L' allegato I riporta un esempio di modulistica.

La comunicazione di inserimento del paziente nell'agenda di prenotazione dei ricoveri deve pervenire al CUP.

E' auspicabile una gestione informatica dei registri di prenotazione così che tale comunicazione avvenga elettronicamente.

In ogni caso il CUP si fa carico della gestione centralizzata delle agende di prenotazione e delle comunicazioni relative al paziente.

## Manutenzione e gestione dei registri

Responsabile della agenda di prenotazione dei ricoveri è il Direttore della UO.

I pazienti possono essere inseriti nell'agenda da tutti i sanitari afferenti alla UO interessata, previa comunicazione al Direttore della stessa con il quale si concorderà la priorità di prenotazione nel rispetto di procedure formalizzate.

Sarà cura dei Direttori delle UU.OO. garantire, attraverso la procedura scritta, come e dove sono conservati i registri, le procedure di gestione relativamente all'inserimento dei dati, alla tutela dell'accesso ed alla riservatezza, all'acquisizione del consenso informato. Nella procedura si dovrà prevedere la sistematica e periodica "pulizia della lista", utile a comprendere le motivazioni delle variazioni verificatesi.





## Modalità di accesso e di controllo

Tra i soggetti che possono avere accesso ai dati sono ovviamente sempre previsti gli incaricati delle direzioni sanitarie e delle regioni, che hanno il compito di vigilare e verificare sul rispetto dei principi di equità, trasparenza, efficienza ecc., compresi gli aspetti applicativi delle priorità di accesso.

La Direzione Medica di Presidio ha il compito di vigilare e verificare il rispetto dei principi di qualità, trasparenza e appropriato uso dei registri in conformità con la procedura formalizzata.

Con cadenza almeno semestrale la Direzione Sanitaria di Presidio svolgerà la sua azione di controllo, portando a conoscenza dei responsabili delle UU.OO. e della Direzione Aziendale le informazioni derivate dalle attività di verifica.

Le agende di prenotazione potranno essere visionate, oltre che dagli organismi preposti al controllo e alla vigilanza, anche da soggetti esterni come MMG e cittadini/utenti interessati o associazioni di cittadini.

Ciò deve avvenire nel rispetto più assoluto della legge sulla tutela della privacy, quindi rendendo verificabili criteri e date di prenotazione, senza che siano accessibili i dati identificativi dei singoli utenti.

Un'esemplificazione di registro cartaceo che garantisca la verificabilità e contemporaneamente la tutela dei dati personali è riportata nell'allegato 2.

Il modello consta di due parti, una superiore e una inferiore. Nella parte superiore sono riportate voci che possono individuare il paziente, ivi compresi i risultati dell'attività di pulizia della lista.

Nella parte inferiore sono presenti voci che riguardano i criteri e le date di prenotazione, che sono riferite ad un codice identificativo dell'utente che compare anche nella parte superiore.

Il codice identificativo non consente di mettere in relazione diagnosi o sospetto diagnostico, note cliniche, tipo di percorso previsto con il nominativo del paziente.



poiché le due parti, superiore ed inferiore, saranno materialmente disgiunte (tagliate lungo la linea tratteggiata).

La parte superiore avrà, sulla prima pagina dell'agenda, un cartoncino coprente e sarà quindi possibile sfogliare la parte inferiore per i controlli di cui sopra, senza violazione della normativa sulla privacy.

#### Procedure di rilevazione dei tempi di attesa

Il monitoraggio dovrà avvenire con procedure "ex-post" in modo da riportare il reale tempo di attesa, cioè l'intervallo tra prenotazione e ricovero effettivo.


Il sistema di monitoraggio dei tempi di attesa "ex-post" si basa sulla presenza nella SDO di due informazioni:

- a) la data di inserimento del paziente nella agenda di prenotazione,
- b) la classe di priorità del paziente.

L'inserimento nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) del campo per la registrazione della data di prenotazione è obbligatorio dal 1 gennaio 2007 come ribadito dalla direttiva della Direzione Sanità prot. N. 286 del 04.01.07 ed è stato già attuato in seguito alla precedente direttiva della Direzione Sanità prot. N. 350 del 13.01.03.

Ai fini della completa rilevazione delle informazioni relative ai tempi di attesa per ricoveri programmati, vengono definiti i contenuti informativi, desumibili dal tracciato SDO, così come previsto dalle "linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa" del 24 dicembre 2010:

- codice di struttura
- tipo di ricovero (non urgente, urgente, TSO, con preospedalizzazione)
- regime di ricovero (ordinario, diurno)
- data di prenotazione
- classe di priorità

- 
- codice intervento chirurgico, procedura diagnostico-terapeutica
  - data intervento chirurgico, procedura diagnostico-terapeutica

La gestione delle informazioni relative al monitoraggio dei tempi di attesa per i ricoveri programmati, contenute nella SDC (tracciato regionale ASDO), avviene attraverso il Servizio Gestione Flussi Informativi della Direzione Politiche della Salute.

Con cadenza trimestrale le Direzioni Mediche di Presidio trasmettono i tempi di attesa relativi ai ricoveri oggetto di monitoraggio alla Direzione Sanitaria di ASL, che trasmette alla Regione.

Il monitoraggio avverrà a partire dai dimessi dell'ultimo trimestre 2010 e consisterà nel verificare la presenza di data di prenotazione e classe di priorità. La completezza di trasmissione dei campi data di prenotazione e classe di priorità deve essere pari al 50% nell'ultimo trimestre 2010; al 70% nel 2011 e al 90% nel 2012.



P.O.

-- ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila

Data \_\_\_\_\_

La/Il Sig./ra/re \_\_\_\_\_

È STATO INSERITO IN LISTA DI ATTESA PER EFFETTUARE L'INTERVENTO DI \_\_\_\_\_

PRESSO L'UNITA' OPERATIVA DI \_\_\_\_\_

Proposto dal dr. \_\_\_\_\_

LA DATA PREVISTA PER IL RICOVERO È \_\_\_\_\_

N.B.: la data prevista potrà subire modifiche che Le verranno comunicate al n. telefonico che Lei ha indicato per ogni necessaria comunicazione. Per eventuali variazioni o impedimenti da parte Sua, potrà rivolgersi ai numeri sottoindicati.

CUP \_\_\_\_\_ (dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_) tel. \_\_\_\_\_

Per qualsiasi informazione: Caposala (dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_) tel. \_\_\_\_\_

Unità Operativa (dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_) tel. \_\_\_\_\_


Studio medici (dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_) tel. \_\_\_\_\_



Unità Operativa di .....  
Tipologia di ricovero .....  
Responsabile U.O. ....

Nome e cognome	Motivi eventuale esclusione, cancellazione, anticipazione o spostamento nella lista
Codice fiscale	
Sesso	
Data di nascita	
Residenza	
Numero telefono	
Persona da informare (nome e tel.)	
Diagnosi o sospetto diagnostico	
Nome del medico prescrittore	
Codice identificativo del paziente	

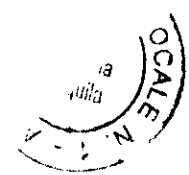
Codice identificativo del paziente	
Modalità di accesso	
Diagnosi o sospetto diagnostico	
Classe di priorità	
Note cliniche particolari	
Tipo di percorso/intervento previsto	
Data di prescrizione della richiesta da parte del prescrittore	
Data inserimento del paziente nella agenda di prenotazione o data di prenotazione (la data di prenotazione deve essere riportata nella SDO)	
Data prevista per il ricovero	
Data reale del ricovero	




## PROVVEDIMENTI IN CASO DI SUPERAMENTO T.M.A.

La ASL Avezzano – Sulmona – L'Aquila, in caso di superamento dei T.M.A., ricorrerà ai correttivi di seguito riportati:

1. Incremento dell'offerta di prestazioni per le "agende critiche", con tempi massimi di attesa superiori a quelli stabiliti con la D.G.R. 575/2011 attraverso obiettivi specifici, da assicurare in orario aggiuntivo relativamente all'attività ambulatoriale corrente.
2. Adeguamento e razionalizzazione, a livello aziendale, dell'offerta delle prestazioni d'intesa con le strutture erogatrici, del numero delle sedute, degli orari di apertura degli ambulatori, dell'utilizzo delle strumentazioni.
3. Rivisitazione dei "Piani di lavoro" delle U.O.O. e/o delle Strutture Territoriali di concerto con i Direttori/Responsabili delle stesse, con lo scopo di rideterminare i margini di incremento dell'offerta.
4. Progettazione di un eventuale piano di prenotazioni, per le agende "critiche", con il sistema dell' "overbooking"
5. Controllo e monitoraggio del fenomeno del "drop out" con attuazione sistematica del servizio di richiamata dell'utente a casa per richiedere conferma della prenotazione(Recall).
6. Valutazione dell'appropriatezza delle prescrizioni di prestazioni diagnostico-strumentali a più alto impatto tecnologico ed economico (es. RMN, P.E.T., etc...), valutazioni svolte o dai MM.MM.CC. in forma associata (es. ambulatorio dei codici bianchi attivo presso il D.E.A. Aziendale ) o dai medici-specialisti ospedalieri/territoriali opportunamente designati.
7. Incremento dell'offerta di prestazioni dei medici specialistici ambulatoriali interni, nel rispetto del tetto di spesa.
8. Separazione delle agende "prime visite" ed "esami di controllo". Queste ultime, gestite direttamente dallo specialista, devono essere programmate e quantificate dall'Azienda sulla base delle necessità riscontrate (epidemiologia ed evidenze scientifiche).



9. Azione mirata e razionale delle risorse a disposizione per i progetti-obiettivo riguardanti la "riduzione delle liste d'attesa"
10. Acquisto di prestazioni ambulatoriali "mirato", mediante specifiche da inserire nei contratti negoziali con le strutture private accreditate di competenza territoriale di questa ASL.
11. Inoltre, l'Azienda si avvarrà dell'inserimento nel sistema informatico del "CUP Aziendale", delle agende relative alle prestazioni erogate dalle strutture private
12. Verifica, unitamente ai responsabili delle strutture erogatrici, degli obiettivi prefissati, e, in fase di consuntivo, dopo opportuna rendicontazione, quelli raggiunti

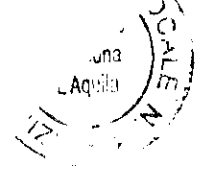


## DIFFUSIONE E ACCESSO INFORMAZIONI LISTE DI ATTESA

La diffusione e l'accesso alle informazioni avviene attraverso le sottoelencate modalità

- a) Carta dei Servizi della ASL n. 1 Avezzano - Sulmona - L'Aquila.
- b) Pubblicazione sul sito Web della ASL n. 1 Avezzano - Sulmona - L'Aquila, con informazioni relative a:
  - CUP Aziendale
  - Presidi, Distretti sanitari di Base e Strutture Territoriali che assicurano prestazioni ambulatoriali e prestazioni strumentali.
- c) Diffusione, attraverso comunicati stampa Aziendali, predisposti d'intesa con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, di tutte le variazioni più significative riguardanti le attività sanitarie erogate dall'Azienda (es. aperture di ambulatori, variazioni di tipologia delle prestazioni erogate, etc... ). Detta comunicazione avviene sia nei luoghi di abituale accesso sanitario dei cittadini (ambulatori, farmacie ecc...), sia attraverso la diffusione dei comunicati stessi a mezzo degli organi di stampa e di informazione.





## REGOLAMENTAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI SOSPENSIONE DELL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

La sospensione delle attività di erogazione delle prestazioni è programmata e concordata tra le strutture sanitarie erogatrici e le Direzioni Mediche dei Presidi Ospedalieri di riferimento o i direttori/Responsabili delle strutture sanitarie territoriali della ASL Avezzano – Sulmona - L'Aquila.

L'Azienda, in tal caso, dovrà porre in essere ogni azione, procedura e attività volta a limitare al massimo i disagi per l'utenza derivanti dalla sospensione dell'erogazione delle prestazioni.

Le cause delle sospensioni di erogazione programmata possono essere ricondotte a:

- manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature elettromedicali,
- riduzione delle attività di erogazione in concomitanza delle ferie estive o delle principali ricorrenze religiose),
- manutenzione ordinaria e straordinaria delle strutture

In caso di sospensione delle attività per cause imprevedibili (es. guasto macchina) viene posta in essere un sistematica attività di recall degli utenti presenti nelle agende oggetto della sospensione, con ricollocamento degli stessi in una nuova lista sia presso altre strutture che erogano la medesima prestazione e, ove possibile, l'anticipo o il posticipo degli appuntamenti presso la stessa struttura erogatrice.

Gli utenti che non possono essere contattati telefonicamente, sono avvisati per il tramite del "servizio telegrammi".

L'Azienda ha attivo il "monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione", che viene svolto sotto la diretta responsabilità del referente aziendale per il monitoraggio e la gestione delle liste di attesa.


ELENCO DELLE SEDI EROGATIVE DELLA ASL N.1  
 AVEZZANO - SULMONA - L'AQUILA

Sede Erogativa	Codice Erogatore	Distretto di Riferimento
AQ OSPEDALE REG.LE COPPITO	130001	AQ01
AQ_D.S.B. PAGANICA	100001	AQ01
AQ_D.S.B. L'AQUILA	100002	AQ01
D.S.B. CAROLI	002001	AQ02
D.S.B. CELANO	002005	AQ02
P.T.A. PESCIANA	000400	AQ02
D.S.B. TRASACCO	002004	AQ02
D.S.B. GIOIA DEI MARSÌ	002007	AQ02
P.T.A. TAGLIACOZZO	000500	AQ02
D.S.B. TAGLIACOZZO	002002	AQ02
OSPEDALE AVEZZANO	000100	AQ03
D.S.B. MONTE VELINO - AVEZZANO	003003	AQ03
D.S.B. CIVITELLA ROVETO	007000	AQ03
PRESIDIO SANT'ARIO BALSORANO	005000	AQ03
OSPEDALE SULMONA	000200	AQ04
D.S.B. PRATOLA PELICIA	002008	AQ04
D.S.B. SCANNO	002011	AQ04
D.S.B. CASTELVECCHIO S.	002009	AQ04
D.S.B. SULMONA	003010	AQ04
AQ_D.S.B. MONTEREALE	000204	AQ05
AQ_D.S.B. BARISCIANO	000202	AQ05
AQ_D.S.B. SAN DEMETRIO	000201	AQ05
AQ_D.S.B. TORNIMPARTE	000203	AQ05
AQ_D.S.B. CAPESTRANO	000205	AQ05
AQ_D.S.B. PIZZOLI	000207	AQ05
AQ_D.S.B. ROCCA DI MEZZO	000205	AQ05
OSPEDALE CASTEL DI SANGRO	000300	AQ06
D.S.B. CASTEL DI SANGRO	001300	AQ06



D.S.B.PESCASSEPOLI	001014	AQ06
D.S.B.PESCOCCOSTANZO	002013	AQ06

N.B.: la codifica utilizzata per il distretto di riferimento è quella presente nella D.G.R. 575/11 ed è utilizzata provvisoriamente in attesa dell'approvazione del nuovo atto aziendale.

  
Si attesta che il presente provvedimento ad oggetto: «Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa - (PRGLA), D.G.R. n.575 del 11/08/2011, presa d'atto. Piano attuativo aziendale per il Governo delle Liste di Attesa 2010-2011, adozione», è stato proposto previa istruttoria dell'Ufficio proponente ai sensi del capo 2) della legge 07.08.1990, n. 241

IL FUNZIONARIO ISTRUTTORE  
Collaboratore Amministrativo Professionale

Silvio Wolpe

\_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE PROPONENTE

\_\_\_\_\_

In relazione all'art. 3 comma 7, del decreto legislativo 30.12.92 n. 502 come sostituito dell'art.4, punto e) del decreto legislativo 07.12.93 e come ulteriormente modificato dall'art. 3 del D.Lvo 229/99, esprime parere

favorevole  
IL DIRETTORE SANITARIO

(Dott. Libero Colitti)

\_\_\_\_\_

favorevole  
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

(Dott. Paolo Gentile)

\_\_\_\_\_

IL DIRETTORE GENERALE

(Dott. Giancarlo Silveri)

\_\_\_\_\_

## CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Il sottoscritto attesta che la presente deliberazione è stata pubblicata, ex art. 32 comma 1 della legge 18 giugno 2009 n. 69, sul sito [www.asl1abruzzo.it](http://www.asl1abruzzo.it) il **23 NOV. 2011** e vi rimarrà per 15 giorni consecutivi, ai sensi dell'art. 124, comma 2°, del Decreto Legislativo n. 267 del 18 Agosto 2000.

IL FUNZIONARIO

---

La presente deliberazione è divenuta esecutiva ai sensi dell'art. 134, comma 3 del Decreto Legislativo del 18 Agosto 2000 n. 267.

L'Aquila, **5 DIC. 2011**

IL FUNZIONARIO