

Anno XXXVII

REPUBBLICA ITALIANA

N. 37 Ordinario



BOLLETTINO UFFICIALE

REGIONE ABRUZZO

L'AQUILA, 7 LUGLIO 2006

PALAZZO CENTI



Spedizione in abbonamento postale - 70% Div. Corr. D.C.I. - AQ

BOLLETTINO UFFICIALE

INFORMAZIONI

Il Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo è pubblicato in L'Aquila dalla Presidenza della Giunta Regionale presso cui ha sede il servizio Bollettino che ne cura la direzione, la redazione e l'amministrazione.

Le uscite sono differenziate a seconda del contenuto.

Il Bollettino Ordinario si compone di 3 parti:

I° PARTE: dove vengono pubblicate le leggi e i regolamenti della Regione, i decreti del Presidente della Giunta e del Consiglio e gli atti degli Organi regionali - integralmente o in sintesi - che possono interessare la generalità dei cittadini.

II° PARTE: dove vengono pubblicate le leggi e gli atti dello Stato che interessano la Regione.

III° PARTE: dove vengono pubblicati gli annunci e gli altri avvisi di interesse della Regione o di terzi la cui inserzione - gratuita o a pagamento - è prevista da leggi e da regolamenti della Regione e dello Stato (nonché quelli liberamente richiesti dagli interessati).

Nei **Supplementi** vengono pubblicati tutti gli atti riguardanti il personale regionale, gli avvisi e i bandi di concorso interno. Questa tipologia di bollettino non è inclusa nell'abbonamento.

In caso di necessità si pubblicano altresì numeri **Straordinari** e **Speciali**.

ABBONAMENTO E PASSWORD

E' possibile sottoscrivere abbonamenti in qualunque periodo dell'anno. Il **costo annuale è di € 77,47** da versare sul **c.c.p. n° 12101671** specificando nella causale: "Nuovo abbonamento". L'attivazione dell'abbonamento decorrerà non prima della ricezione da parte della Redazione dell'attestazione di pagamento. Al fine di velocizzare la pratica è consigliabile inviare copia del versamento effettuato alla Redazione tramite fax al numero **0862 364665**.

L'abbonamento al cartaceo offre anche la possibilità di consultare i bollettini sul sito della Regione Abruzzo tramite l'apposita password da richiedere compilando la scheda sul sito <http://bura.regione.abruzzo.it> oppure specificando tale richiesta nel fax inviato.

Dopo questa operazione, il Servizio provvederà ad inviare tramite posta ordinaria una user e una password strettamente personali che consentiranno l'accesso al Bollettino on-line limitatamente al periodo di validità dell'abbonamento al bollettino cartaceo.

INSERZIONI

La pubblicazione di avvisi, bandi, deliberazioni, decreti ed altri atti in generale (anche quelli emessi da organi regionali) per conto di Enti, Aziende, Consorzi ed altri soggetti è effettuata a pagamento, tranne i casi in cui tali atti siano di interesse esclusivo della Regione e dello Stato.

Le richieste di pubblicazione di avvisi, bandi ecc. devono essere indirizzate con tempestività ed esclusivamente alla:
Direzione del Bollettino Ufficiale - Corso Federico II n. 51 - 67100 L'Aquila

Il testo da pubblicare deve pervenire:

- in originale o copia conforme regolarizzata ai fini del bollo;
- munito della ricevuta del versamento sul c.c.p. n. 12101671 intestato a: Regione Abruzzo - Bollettino Ufficiale - 67100 L'Aquila, per un importo variabile in relazione all'atto da pubblicare e calcolato in base a quanto di seguito riportato:
 - per titoli ed oggetto che vanno in neretto pari a € 1,81 a rigo (foglio uso bollo massimo 61 battute)
 - per testo di ciascuna inserzione pari a € 1,29 a rigo (foglio uso bollo massimo 61 battute).

Per le scadenze da prevedere nei bandi è necessario che i termini vengano fissati partendo dalla "data di pubblicazione sul B.U.R.A.".

AVVERTENZE

- Gli abbonamenti e le Inserzioni vengono effettuati esclusivamente tramite **c.c.p. n° 12101671** intestato a:
Regione Abruzzo - Bollettino Ufficiale - 67100 L'Aquila. - n. fax 0862 364665
- Costo fascicolo: **€ 1,29** - Arretrati, solo se disponibili, **€ 1,29**.
- Le richieste dei numeri mancanti non verranno esaudite trascorsi 60 giorni dalla data di pubblicazione
- Unico punto vendita: Ufficio B.U.R.A. - Corso Federico II n° 51 - 67100 L'Aquila
- Orario per il pubblico: dal lunedì al venerdì dalle **ore 9.00** alle **ore 13.00** ed il martedì e giovedì pomeriggio dalle 15.30 alle 17.30

SOMMARIO

Parte I

Leggi, Regolamenti ed Atti della Regione

LEGGI

LEGGE REGIONALE 16 GIUGNO 2006, n. 17:

Disciplina del tributo speciale per il deposito in discarica dei rifiuti solidi. Pag. 5

LEGGE REGIONALE 16 GIUGNO 2006, n. 18:

Modifica alla L.R. 26/2003 recante: Integrazione alla L.R. 11/1999 concernente: Attuazione del D.Lgs 112/1998 - Individuazione delle funzioni amministrative che richiedono l'esercizio unitario a livello regionale per il conferimento di funzioni e compiti amministrativi agli enti. Valutazione d'incidenza. Pag. 12

LEGGE REGIONALE 16 GIUGNO 2006, n. 19:

Norme per l'attuazione degli interventi di dragaggio dei fiumi e dei canali nonché per la realizzazione di impianti di stoccaggio e recupero di fanghi..... Pag. 13

LEGGE REGIONALE 23 GIUGNO 2006, n. 20:

Misure per il settore sanità relative al funzionamento delle strutture sanitarie ed all'utilizzo appropriato dei regimi assistenziali del macrolivello ospedaliero e territoriale e per la loro regolazione. Pag. 15

LEGGE REGIONALE 23 GIUGNO 2006, n. 21:

Sostituzione dell'art. 19 (Interventi a favore della ricomposizione fondiaria e dei giovani agricoltori) della L.R. 18 maggio 2000, n. 95 "Nuove norme per lo sviluppo delle zone montane"..... Pag. 105

LEGGE REGIONALE 23 GIUGNO 2006, n. 22:

Integrazione del Piano regionale di gestione dei rifiuti, approvato con L.R.

28.4.2000, n. 83 (Testo unico in materia di gestione dei rifiuti contenente l'approvazione del piano regionale dei rifiuti) con il Piano di gestione degli imballaggi e dei rifiuti di imballaggio, con il Piano regionale per la raccolta e lo smaltimento degli apparecchi soggetti ad inventario in attuazione dell'art. 4, comma 1 del D.Lgs. 209/1999 e dell'art. 11, comma 1 della Direttiva 96/59/CE in ordine allo smaltimento dei PCB/PCT e con il Programma per la riduzione dei rifiuti biodegradabili da collocare in discarica. Pag. 107

DECRETI

Presidente della Giunta Regionale

DECRETO 23.06.2006, n. 81/14Bil:

Integrazione dello stanziamento del capitolo di spesa obbligatoria 312600 dello stato di previsione della spesa per il corrente esercizio finanziario, denominato "Oneri derivanti dalla concessione di garanzie fidejussorie". Pag. 109

Parte III

Avvisi, Concorsi, Inserzioni

AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE
DI TERAMO

II° SETTORE – SERVIZIO ESPROPRI

Estratto decreto definitivo di esproprio rep. N. 25811 del 23/05/2006 concernente: "S.P. 80/A di Piane di Collevecchio. Lavori di completamento del tratto terminale". Pag. 109

COMUNE DI ALFEDENA (AQ)

Approvazione del Progetto di Variante al Piano Regolatore Esecutivo. Pag. 112

COMUNE DI FALLO (CH)

Espropriazione di beni immobili per la realizzazione di 2 laboratori artigianali polivalenti L.R. 7/2004, art. 13. Deposito presso la Cassa DD.PP. delle indennità di esproprio a favore delle Ditte non concordatarie. Pag. 112

COMUNE DI FARA SAN MARTINO (CH)

Decreto di Esproprio n. 05 del 26 maggio 2006 emesso ai sensi del D.P.R. 8 giugno 2001 n. 327 "T.U. in materia di espropriazione per pubblica utilità" e relativo al "Comparto Edilizio Numero Cinque". Pag. 113

COMUNE DI FOSSA (AQ)

Deliberazione del Consiglio Comunale n°16 del 03.08.2005 concernente l'approvazione definitiva del Piano Regolatore Generale del Comune di Fossa. Pag. 115

COMUNE DI L'AQUILA (AQ)
SETTORE AMBIENTE

- Determinazione Dirigenziale n. 34 del 24.02.2006 riguardante: "Cava inerti in località "Colle Leone" in tenimento del Comune censuario di Paganica - Ditta "Cava Inerti di Ciuffini Secondino" S.a.s.. Concessione art. 10 lettera b) della L.R. 26.07.83 n. 54 per l'esercizio dell'attività estrattiva". Pag. 115

- Determinazione Dirigenziale n. 35 del 24.02.2006 riguardante: "Cava inerti in località "Colle Leone" in tenimento del Comune censuario di Paganica - Ditta "Cava Inerti di Ciuffini Secondino" S.a.s.. Autorizzazione di cui all'art. 5 lettera d) della

L.R. 23.10.87 n. 67 per l'esercizio dell'attività estrattiva". Pag. 117

COMUNE DI MORRO D'ORO (TE)
*AREA GESTIONE TERRITORIO -
MANUTENTIVA*

Avviso di vigenza della Variante Generale al Piano Regolatore Esecutivo. Pag. 118

COMUNE DI SAN DEMETRIO
NE' VESTINI (AQ)

Estratto del Decreto di Esproprio riguardante: "Lavori di realizzazione Infrastruttura Zona Artigianale" Deliberazione CIPE n. 17/2003 - Atto integrativo all'APQ n. 5. Pag. 119

CONSORZIO PER L'AREA DI SVILUPPO
INDUSTRIALE DEL SANGRO (CH)

Decreto definitivo di esproprio art. 23 e 24 D.P.R. 327/2001 e succ. mod. int. Decreto. n. 004 data 08/06/2005 cod. Agglomerato Industriale di Fara San Martino. Assegnazione disposta con D.C.R. n. 544 del 29/09/1995 e n. 270 del 31/05/2005 - destinatario Ditta Pastificio Artigianale Cav. Giuseppe Cocco s.n.c. Progetto definitivo di insediamento produttivo. Pag. 130

ERRATA CORRIGE

**DIREZIONE AFFARI DELLA PRESIDENZA,
POLITICHE LEGISLATIVE
E COMUNITARIE, RAPPORTI ESTERNI
SERVIZIO B.U.R.A., PUBBLICITÀ ED ACCESSO**

"Errata Corrige" relativa alla pubblicazione dei "Valori Agricoli Medi" sul Bura n. 59 serie "Speciale" del 21 Giugno 2006. Pag. 132

PARTE I

**LEGGI, REGOLAMENTI ED
ATTI DELLA REGIONE****LEGGI**

LEGGE REGIONALE 16 GIUGNO 2006, n. 17:

Disciplina del tributo speciale per il deposito in discarica dei rifiuti solidi.

IL CONSIGLIO REGIONALE ha approvato;

IL PRESIDENTE
DELLA GIUNTA REGIONALE

promulga

la seguente legge:

Art. 1

Finalità

1. La presente legge disciplina l'applicazione del tributo speciale per il deposito in discarica dei rifiuti solidi, di seguito denominato: "tributo", in conformità alle disposizioni di cui all'art. 3, commi da 24 a 40, della legge 28 dicembre 1995, n. 549: Misure di razionalizzazione della finanza pubblica, e successive modificazioni ed integrazioni, di seguito denominata: "legge statale", al fine di disincentivare la produzione di rifiuti e favorire il recupero dagli stessi di materia prima ed energia.

Art. 2

Oggetto del tributo

1. Il tributo si applica ai rifiuti solidi disciplinati dal D.Lgs. 5 febbraio 1997, n. 22: Attuazione delle direttive 91/156/CEE sui rifiuti, 91/689/CEE sui rifiuti pericolosi e 94/62/CE sugli imballaggi e sui rifiuti di imballaggio, i cui effetti sono prorogati ai sensi dell'art. 264, lett. i) del D.Lgs 3 aprile 2006, n. 152: Norme in materia ambientale,

e successive modificazioni ed integrazioni, di seguito denominato: "decreto", riferiti all'allegato "A" dello stesso, compresi i fanghi anche palabili:

- a) conferiti in discarica autorizzata;
- b) smaltiti tal quali in impianti di incenerimento senza recupero di energia;
- c) smaltiti in discarica abusiva, abbandonati o scaricati in depositi incontrollati.

Art. 3

Soggetti passivi

1. Il tributo, con obbligo di rivalsa nei confronti di colui che effettua il conferimento dei rifiuti, è dovuto:
 - a) dal gestore dell'impresa di stoccaggio definitivo;
 - b) dal gestore dell'impianto di incenerimento per rifiuti smaltiti tal quali senza recupero di energia.
2. Il tributo è altresì dovuto:
 - a) da chiunque esercita, ancorché in via non esclusiva, attività di discarica abusiva;
 - b) da chiunque abbandona, scarica o effettua deposito incontrollato di rifiuti.

Art. 4

Soggetti obbligati in solido

1. L'utilizzatore a qualsiasi titolo o, in mancanza, il proprietario dei terreni sui quali insiste la discarica abusiva, ai sensi dell'art. 3, comma 32, della legge statale, ove non dimostri di aver presentato denuncia di discarica abusiva alla competente struttura in materia di rifiuti della Regione, prima della constatazione delle violazioni di legge, è tenuto in solido:
 - a) agli oneri di bonifica;
 - b) al risarcimento del danno ambientale;

- c) al pagamento del tributo e delle sanzioni pecuniarie previste.

Art. 5

Base imponibile e determinazione del tributo

1. La base imponibile del tributo è costituita dalla quantità dei rifiuti conferiti, determinata sulla base delle annotazioni effettuate nei registri tenuti ai sensi dell'art. 12 del decreto, ovvero, in assenza di essi, sulla base di quanto previsto dall'art. 11.
2. Con riferimento alle definizioni ed alla classificazione di cui agli artt. 6 e 7 del decreto, l'ammontare del tributo è determinato per ogni mille chilogrammi di rifiuti conferiti in discarica, applicando, se stabilito, il coefficiente di correzione di cui all'art. 3, comma 29, della legge statale, in:
 - a) € 3 per i rifiuti speciali non pericolosi dei settori minerario, estrattivo, edilizio (costruzione e demolizione - di seguito denominati "C & D"), lapideo e metallurgico, ivi compresi i rifiuti inerti provenienti da scavi, sia tal quali che derivanti da impianti di trattamento;
 - b) € 6 per i rifiuti speciali pericolosi dei settori minerario, estrattivo, edilizio (C & D), lapideo e metallurgico, ivi compresi i rifiuti inerti provenienti da scavi, sia tal quali che derivanti da impianti di trattamento;
 - c) € 10 per i rifiuti speciali non pericolosi, non rientranti in quelli di cui alla lett. a);
 - d) € 20 per i rifiuti speciali pericolosi, non rientranti in quelli di cui alla lett. b);
 - e) € 25 per tutti i rifiuti urbani conferiti tal quali, per i rifiuti urbani provenienti da fuori ATO e da fuori regione;
 - f) € 11 per tutti i restanti tipi di rifiuti.
3. Sono soggetti al pagamento del tributo nella misura del 30% dell'ammontare fissato dal comma 2, lett. e) i seguenti rifiuti:
 - a) rifiuti smaltiti tal quali in impianti di incenerimento senza recupero di energia;
 - b) rifiuti trattati, esclusa la sola riduzione volumetrica senza selezione, scarti e sovralli di rifiuti urbani e speciali, derivanti da impianti a tecnologia complessa ove vengono svolte operazioni, ai sensi degli artt. 27, 28, 31 e 33 del decreto, conferiti ai fini dello smaltimento in discariche, nonché le scorie dei forni degli impianti di incenerimento conferite in discarica per rifiuti non pericolosi;
 - c) i rifiuti non pericolosi di cui all'art. 6, comma 1, lett. b) del D.M. 3.8.2005: Definizione dei criteri di ammissibilità dei rifiuti in discarica;
 - d) i fanghi palabili, conferiti in discariche controllate;
 - e) i rifiuti di qualunque natura o provenienza giacenti sulle spiagge marittime, lacuali e fluviali, come individuati dall'art. 7, comma 2, lettera d) del decreto.
4. Sono soggetti al pagamento del tributo, nella misura del 30% dell'ammontare fissato dal comma 2, lett. a), i rifiuti provenienti da attività di ripristino ambientale di siti inquinati nonché da attività di bonifica regolate dalla vigente normativa, anche in tema di amianto, effettuate all'interno del territorio regionale.
5. Sono soggetti al pagamento del tributo, nella misura del 80% dell'ammontare fissato al comma 2, lett. e), i Comuni in cui la produzione totale procapite annua dei rifiuti urbani (kg/ab/a), sia inferiore del 20% rispetto alla produzione totale media procapite annua dei rifiuti urbani (kg/ab/a) della Provincia territorialmente interessata, riferita all'anno precedente.

6. La frazione organica stabilizzata (FOS) utilizzata per la ricopertura giornaliera, secondo la normativa vigente, nonché gli altri materiali utilizzati per la realizzazione e gestione di discariche, non sono assoggettati al pagamento del tributo, limitatamente alle quantità previste nel progetto di discarica, autorizzate e riportate nei registri di cui all'art. 12 del decreto.
7. L'ammontare del tributo è fissato con legge della Regione entro il 31 luglio di ogni anno per l'anno successivo; in caso di mancata determinazione dell'importo, si intende prorogata la misura vigente.

Art. 6

Agevolazioni collegate all'effettivo recupero dei rifiuti

1. I rifiuti di cui all'art. 5, comma 3, lett. b), sono soggetti al pagamento del tributo in misura ulteriormente ridotta, per le percentuali appresso indicate:
 - a) 30% del tributo, qualora nell'anno precedente il Comune produttore abbia assicurato il raggiungimento dell'obiettivo del 50% di rifiuti urbani effettivamente avviati a recupero;
 - b) 50% del tributo, qualora nell'anno precedente il Comune produttore abbia assicurato il raggiungimento dell'obiettivo del 35% di rifiuti urbani effettivamente avviati a recupero.
2. Le suddette riduzioni sono applicate anche ai Comuni che raggiungono il 50% ed il 35%, aggiungendo alle percentuali di rifiuti effettivamente avviati a recupero quelle ottenute attraverso la riduzione a monte della quantità procapite annua di rifiuti prodotti (kg/ab/a).
3. Il raggiungimento degli obiettivi di raccolta differenziata e di effettivo recupero è certificato annualmente, a seguito di accertamento delle Province tramite gli Osservatori

Provinciali Rifiuti (OPR), istituiti ai sensi dell'art. 10, comma 5 della legge 23 marzo 2001, n. 93, sulla base di una relazione documentata e sottoscritta dal Comune, da inviare alla Provincia territorialmente competente, entro il 28 febbraio di ogni anno, attestante le quantità di rifiuti raccolti in modo differenziato e quelle avviati all'effettivo recupero, secondo il metodo regionale di calcolo della percentuale di raccolta differenziata.

4. Le riduzioni del tributo previste dal comma 1 non si applicano ai rifiuti prodotti da territori extra regionali.
5. In caso di bonifica di siti inquinati, mediante utilizzazione di rifiuti già presenti nel sito, i rifiuti bonificati ai sensi della normativa vigente in materia, utilizzati per gli interventi previsti dal progetto, non sono assoggettati al pagamento del tributo.

Art. 7

Modalità di versamento

1. Il tributo è versato dai soggetti passivi, entro il mese successivo alla scadenza del trimestre solare in cui sono state effettuate le operazioni di deposito, direttamente alla Tesoreria della Regione Abruzzo, utilizzando il sistema bancario e/o postale, con l'obbligo di indicazione nella causale:
 - a) ragione sociale, sede legale ed amministrativa, codice fiscale o partita IVA della ditta, nonché le generalità del legale rappresentante;
 - b) ubicazione della discarica o dell'impianto di incenerimento;
 - c) il trimestre di riferimento in cui è avvenuto il conferimento in discarica o nell'impianto di incenerimento;
 - d) quantità complessive dei rifiuti conferiti nell'anno, raggruppati conformemente alle tipologie di cui all'art. 5, indicando, per ciascuna, il trimestre in cui è avven-

nuto il conferimento in discarica o lo smaltimento nell'impianto di incenerimento;

- e) liquidazione del conseguente debito d'imposta;
- f) indicazione della data e degli importi dei versamenti trimestrali effettuati.

Art. 8

Presentazione della dichiarazione

1. La dichiarazione deve essere redatta secondo il modello predisposto dalla struttura regionale competente in materia tributaria.
2. La dichiarazione deve essere presentata, entro il 28 febbraio, direttamente alla competente struttura tributaria della Regione, che ne rilascia ricevuta attestante la data di presentazione, ovvero può essere spedita alla struttura stessa in plico raccomandato e, in questo caso, quale data di presentazione, fa fede il timbro a data apposto dall'ufficio postale accettante.
3. A cura della struttura di cui al comma 2, copia della dichiarazione viene trasmessa, entro trenta giorni dal ricevimento, alla Provincia nel cui territorio è ubicata la discarica o l'impianto di incenerimento.
4. La dichiarazione presentata, ma priva di sottoscrizione del legale rappresentante o difforme dal modello di cui al comma 1, è da considerare omessa se, entro trenta giorni dalla notifica dell'avviso per la conseguente regolarizzazione, il soggetto obbligato non provveda a sanare l'inadempienza.

Art. 9

Delega alle Province

1. Le funzioni concernenti l'accertamento del tributo, l'accertamento e le contestazioni delle violazioni tributarie, nonché il relativo contenzioso amministrativo e l'eventuale rappresentanza in giudizio sia nel conten-

zioso amministrativo che tributario, sono delegate alle Province territorialmente competenti.

2. Le Province sono tenute ad inviare alla Regione, entro il 31 marzo di ogni anno, una relazione sullo stato di attuazione della presente delega che contenga:
 - a) i dati relativi alle discariche e agli impianti di incenerimento senza recupero di energia operanti nel territorio provinciale nell'anno precedente;
 - b) i dati relativi al contenzioso tributario e amministrativo con l'indicazione delle somme del tributo evaso recuperate;
 - c) i dati relativi alle somme introitate derivanti dalle sanzioni amministrative e tributarie in attuazione di quanto previsto dalla presente legge.
 - d) i dati relativi alle modalità di utilizzo delle somme del tributo, in conformità con le finalità di cui all'art. 3, comma 27 della legge statale e dell'art. 15 della presente legge.
3. Per l'esercizio delle funzioni previste dal comma 1, è assegnato a ciascuna Provincia il 5% del gettito annuo del tributo, determinato secondo i criteri e le modalità di cui all'art. 15.
4. L'erogazione delle somme previste a favore delle Province, ai sensi del comma 3 del presente articolo, è subordinata all'acquisizione da parte della Regione della relazione di cui al comma 2.

Art. 10

Accertamento e contestazione delle violazioni tributarie

1. I soggetti di cui all'art. 3, comma 33, della legge statale redigono apposito processo verbale di constatazione, da trasmettere al competente ufficio provinciale entro sessanta giorni dalla sua redazione.

2. La Provincia, accertata la violazione, la contesta al trasgressore con invito al pagamento, in unica soluzione, della tassa evasa e delle sanzioni. La contestazione della violazione è comunicata all'interessato a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento.
3. Nel caso in cui dagli atti d'ufficio si ravvisi direttamente la violazione commessa, l'accertamento e la contestazione sono effettuati d'ufficio con le modalità stabilite al comma 2.
4. L'importo del tributo evaso e degli interessi moratori va versato direttamente alla Regione, secondo le modalità di cui all'art. 7, mentre l'importo delle sanzioni amministrative e tributarie e delle spese del procedimento va versato alla Provincia.
5. Nel caso in cui i soggetti ostacolano, in qualunque modo, agli aventi diritto l'espletamento degli accertamenti, si applica a loro carico la sanzione amministrativa da €516,00 a €5.164,00, nonché le disposizioni di cui alla legge 24 novembre 1981, n. 689: Modifiche al sistema penale.
6. Nel caso in cui non fosse possibile determinare il momento del conferimento in discarica dei rifiuti di cui all'art. 2, gli stessi si presumono conferiti, abbandonati, scaricati o depositati alla data dell'accertamento di cui all'art. 10.
7. Nel caso in cui non fosse altrimenti possibile determinare il quantitativo, per categoria, dei rifiuti di cui all'art. 2, lo stesso quantitativo si presume accertato sulla base del volume dei rifiuti rapportato ad un fattore di conversione peso/volume pari a 1 ed applicando l'aliquota massima del tributo vigente.
8. Avverso la presunzione di cui ai commi 6 e 7 del presente articolo, è ammessa la prova contraria da parte dei soggetti interessati,

entro il termine perentorio di sessanta giorni dalla notifica di cui al comma 2.

Art. 11 Sanzioni

1. Per l'omessa e/o infedele registrazione delle operazioni di conferimento, si applica la sanzione amministrativa del 200% del tributo speciale relativo all'operazione.
2. Per l'omessa dichiarazione di cui all'art. 8, comma 2, si applica la sanzione amministrativa di €516,46. In caso di infedele dichiarazione si applica la sanzione di €103,29.
3. Per l'omesso, insufficiente o tardivo versamento del tributo speciale, oltre al pagamento del tributo dovuto, si applica la sanzione amministrativa prevista dall'art. 13 del D.Lgs 18 dicembre 1997, n. 471: Riforma delle sanzioni tributarie non penali in materia di imposte dirette, di imposta sul valore aggiunto e di riscossione dei tributi, pari al 30% di ogni importo non versato o tardivamente versato e gli interessi moratori nella misura fissata per l'interesse legale, a decorrere dal giorno in cui il tributo è dovuto alla Regione.
4. Le sanzioni di cui ai commi 1 e 2 sono ridotte ad un quarto se, entro il termine per ricorrere alle commissioni tributarie, interviene l'adesione del contribuente ed il contestuale pagamento del tributo, se dovuto, e della sanzione.
5. Per la riscossione coattiva delle somme a qualsiasi titolo dovute alla Regione per il tributo speciale, ivi comprese le somme relative alle sanzioni amministrative, si applicano le disposizioni in materia previste dal D.Lgs 26 febbraio 1999, n. 46: Riordino della disciplina della riscossione mediante ruolo, a norma dell'art. 1 della legge 28 settembre 1998, n. 337, del D.Lgs 13 aprile 1999, n. 112: Riordino del servizio nazionale della riscossione, in attuazione della delega prevista dalla legge 337/1998 e del D.Lgs

27 aprile 2001, n. 193: Disposizioni integrative e correttive dei D.Lgs 26 febbraio 1999, n. 46 e D.Lgs 112/1999 in materia di riordino della disciplina relativa alla riscossione.

6. Il diritto alla riscossione del tributo e delle penalità si prescrive nel termine di cinque anni a decorrere dalla data di scadenza per la presentazione della dichiarazione annuale di cui all'art. 8.
7. In ogni caso i soggetti passivi del tributo possono avvalersi del ravvedimento di cui all'art. 13 del D.Lgs 18 dicembre 1997, n. 472: Disposizioni generali in materia di sanzioni amministrative per le violazioni di norme tributarie.

Art. 12

Discariche abusive

1. Chiunque esercita, ancorché in via non esclusiva, l'attività di una discarica abusiva e chiunque abbandona, scarica o effettua deposito incontrollato di rifiuti è soggetto al pagamento del tributo speciale e di una sanzione amministrativa pari a tre volte l'ammontare del tributo stesso, oltre alle sanzioni amministrative previste dall'art. 11.
2. Resta ferma l'applicazione della disciplina sanzionatoria per la violazione della vigente normativa sullo smaltimento dei rifiuti e l'obbligo di procedere alla bonifica ed alla rimessa in pristino dell'area ove esercita l'attività di cui al comma 1.
3. L'utilizzatore a qualsiasi titolo o, in mancanza, il proprietario dei terreni sui quali insiste la discarica abusiva è tenuto in solido agli oneri di bonifica, al risarcimento del danno ambientale ed al pagamento del tributo speciale e delle sanzioni amministrative di cui alla presente legge, ove non dimostri di aver presentato denuncia di discarica abusiva ai competenti organi regionali prima dell'accertamento delle violazioni di legge.

4. Nel caso delle violazioni individuate nel presente articolo, non si applicano le agevolazioni indicate nell'art. 11, comma 4.
5. Per le finalità di cui al presente articolo, la Regione, tramite il competente servizio per la gestione dei rifiuti, promuove forme di collaborazione tra le Province, il Corpo Forestale dello Stato, il Comando Carabinieri per la Tutela dell'Ambiente e la Guardia di Finanza.

Art. 13

Decadenza, rimborsi e compensazione

1. L'accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui alla presente legge deve essere eseguito entro il termine di decadenza di cinque anni, a decorrere dall'ultimo giorno utile per la presentazione della dichiarazione annuale di cui all'art. 8. In caso di comportamenti omissivi la prescrizione opera dal momento dell'accertamento del fatto illecito.
2. Gli aventi titolo possono richiedere la restituzione di quanto indebitamente o erroneamente pagato entro il termine di decadenza di cinque anni dal giorno di pagamento con gli interessi previsti dalla legge 26 gennaio 1961, n. 29: Norme per la disciplina delle riscossioni dei carichi in materia di tasse e di imposte indirette sugli affari e successive modifiche e integrazioni.
3. Chi abbia indebitamente o erroneamente pagato un importo superiore al tributo dovuto può, entro il mese successivo alla scadenza del trimestre solare seguente, operare la compensazione, anche parziale, tra le somme indebitamente o erroneamente pagate e quelle da versare quale tributo per il trimestre solare trascorso.
4. Per i controlli di competenza, l'interessato deve inviare, contemporaneamente all'operazione di cui al comma 3, alla struttura regionale competente in materia tributaria, la comunicazione che evidenzia la compensazione tra le somme indebitamente o erroneamente pagate e quelle da versare.

amente pagate per il trimestre solare precedente e la somma che avrebbe dovuto versare per il trimestre solare successivo.

5. La compensazione di cui sopra deve essere annotata nella dichiarazione prevista dall'art. 8; qualora sia accertata un'erronea compensazione, si applica una sanzione amministrativa prevista per l'omesso versamento.

Art. 14

Comunicazioni e contenzioso

1. Gli enti competenti al rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di discariche o di impianti di incenerimento, ai sensi della legislazione statale e regionale, comunicano alla struttura regionale competente in materia tributaria, entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, le informazioni ed i dati rilevanti ai fini dell'applicazione del tributo, relativi alle autorizzazioni in essere.
2. Gli enti di cui al comma 1 comunicano, inoltre, alla struttura regionale competente in materia tributaria, i dati relativi alle nuove autorizzazioni ed alle modifiche di quelle in essere, entro trenta giorni dall'adozione del provvedimento.
3. Le controversie in materia di applicazione del tributo appartengono alla competenza della giurisdizione tributaria, ai sensi dell'art. 2, comma 1 del D.Lgs 31 dicembre 1992, n. 546: Disposizioni sul processo tributario in attuazione della delega al Governo contenuta nell'art. 30 della legge 30 dicembre 1991, n. 431 e successive modificazioni ed integrazioni.

Art. 15

Fondo ambientale

1. Il gettito del tributo è iscritto nel Cap. 11690 (U.P.B. 01.01.002) denominato: Tributo speciale per il deposito in discarica dei rifiuti solidi - art. 3, comma 24, legge 549/1995, dello stato di previsione dell'entrata del bilancio regionale.

2. Una quota del 10% del gettito del tributo è dovuta alle Province in ragione del gettito riferito alle discariche e agli impianti di incenerimento senza recupero di energia, situati nel territorio di ciascuna Provincia ed iscritto nel Cap. 291531 (UPB 05.01.011) denominato: Quota del 10% del tributo speciale per il deposito in discarica dei rifiuti solidi di cui alla legge 549/1995 da destinare alle Province, dello stato di previsione della spesa del bilancio regionale.
3. Per le finalità di cui all'art. 3, comma 27, della legge statale e per gli altri interventi previsti e disciplinati dall'art. 34, comma 2, della L.R. 28.4.2000, n. 83: Testo unico in materia di gestione dei rifiuti contenente l'approvazione del Piano regionale dei rifiuti, il 35% del gettito annuo del tributo, al netto di quanto già destinato alle Province, ai sensi del comma 2, è iscritto al Cap. 292210 (UPB 05.02.010) denominato: Fondo regionale per gli interventi di prevenzione dagli inquinamenti e risanamento ambientale, dello stato di previsione della spesa del bilancio regionale.
4. A titolo di concorso nelle spese della delega, previste dalla presente legge, la Regione riconosce alle Province una quota pari al 5% del gettito annuo del tributo, al netto di quanto già destinato ai sensi dei commi 2 e 3.
5. Un ulteriore 10% del gettito annuo del tributo, al netto di quanto già destinato ai sensi dei commi 2, 3 e 4, è destinato alle Province, per l'esercizio delle funzioni delegate dalla L.R. 83/2000. Il riparto di dette quote è disposto dal dirigente della struttura regionale competente in materia tributaria, sulla base dei criteri di cui al comma 2.
6. La struttura regionale competente in materia tributaria può erogare, a titolo di acconto, su richiesta della Provincia, un importo pari al

50% della somma erogata nell'anno precedente.

7. Le entrate, derivanti dalle sanzioni amministrative e tributarie, sono introitate direttamente dalle Province nei loro bilanci, per essere destinate all'esercizio delle funzioni amministrative e delle attività di controllo ambientale, di cui all'art. 20 del decreto.

Art. 16

Abrogazione di norme

1. Dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono abrogate le seguenti disposizioni relative alla disciplina del tributo:
- a) L.R. 16 dicembre 1998, n. 146: Disciplina del tributo speciale per il deposito in discarica dei rifiuti solidi;
 - b) l'art. 1 della L.R. 9 febbraio 2000, n. 6: Disposizioni finanziarie per la redazione del bilancio di previsione della Regione Abruzzo per l'anno 2000. Legge Finanziaria regionale;
 - c) l'art. 41 della L.R. 28 aprile 2000, n. 83: Testo unico in materia di gestione dei rifiuti contenente l'approvazione del piano regionale dei rifiuti;
 - d) L.R. 10 agosto 2002, n. 20: Modifiche ed integrazioni alla L.R. 146/1998 recante: Disciplina per il deposito in discarica dei rifiuti solidi;
 - e) L.R. 26 luglio 2004, n. 20: Modifiche ed integrazioni alla L.R. 146/1998 concernente: Disciplina del tributo speciale per il deposito in discarica dei rifiuti solidi;
 - f) L.R. 3 marzo 2005, n. 14: Adeguamento della L.R. 26.7.2004, n. 20 alla normativa nazionale di cui al D.Lgs. 13.1.2003, n. 36.

Art. 17

Rinvio

1. Per quanto non disciplinato dalla presente legge regionale, si applicano le disposizioni contenute nell'art. 3 della legge statale, nonché le disposizioni di legge comunque applicabili alla materia oggetto della presente legge.

Art. 18

Disposizioni transitorie

1. Sino all'emanazione del decreto di cui al comma 4, dell'art. 205 del D.Lgs 3 aprile 2006: Norme in materia ambientale, ed all'approvazione del nuovo Piano regionale di gestione dei rifiuti, secondo le disposizioni dello stesso, continua ad applicarsi la disciplina attuativa di cui all'art. 3, commi da 24 a 40, della legge 28 dicembre 1995, n. 549.

Art. 19

Entrata in vigore

1. La presente legge è pubblicata sul *B.U.R.A.* ed entra in vigore come previsto dall'art. 3, comma 29 della legge statale.

La presente legge regionale sarà pubblicata nel *Bollettino Ufficiale della Regione*.

E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione Abruzzo.

L'Aquila, addì 16 Giugno 2006

OTTAVIANO DEL TURCO

LEGGE REGIONALE 16 GIUGNO 2006, n. 18:
Modifica alla L.R. 26/2003 recante: Integrazione alla L.R. 11/1999 concernente: Attuazione del D.Lgs 112/1998 - Individuazione delle funzioni amministrative che richiedono l'esercizio unitario a livello regionale per il conferimento di funzioni e compiti amministrativi agli enti. Valutazione d'incidenza.

IL CONSIGLIO REGIONALE ha approvato;

IL PRESIDENTE
DELLA GIUNTA REGIONALE

promulga

la seguente legge:

Art. 1

**Abrogazione del comma 2 dell'art. 1
della L.R. 26/2003**

1. Il comma 2 dell'art. 1 della L.R. 26/2003 (Integrazione alla L.R. 11/1999 concernente: Attuazione del D.Lgs 31 marzo 1998 - Individuazione delle funzioni amministrative che richiedono l'esercizio unitario a livello regionale per il conferimento di funzioni a compiti amministrativi agli enti), inserito dal comma 4 dell'art. 111 della L.R. 6/2005, è abrogato.

Art. 2

Entrata in vigore

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo*.

La presente legge regionale sarà pubblicata nel *Bollettino Ufficiale della Regione*.

E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione Abruzzo.

L'Aquila, addì 16 Giugno 2006

OTTAVIANO DEL TURCO

LEGGE REGIONALE 16 GIUGNO 2006, n. 19:

Norme per l'attuazione degli interventi di dragaggio dei fiumi e dei canali nonché per la realizzazione di impianti di stoccaggio e recupero di fanghi.

IL CONSIGLIO REGIONALE ha approvato;

IL PRESIDENTE
DELLA GIUNTA REGIONALE

promulga

la seguente legge:

Art. 1

Finalità

1. La Regione, al fine di garantire la navigazione interna e di consentire il regolare ricambio delle acque degli ambienti di interesse naturale, provvede alla manutenzione ordinaria e straordinaria dei fiumi e dei canali e promuove il riutilizzo dei materiali di dragaggio.

Art. 2

Soggetti attuatori

1. Per la realizzazione degli interventi di cui all'art. 1, l'Amministrazione regionale può provvedere in forma diretta o tramite delegazione amministrativa a favore della Provincia, dei Comuni limitrofi agli ambienti fluviali e portuali, dei loro consorzi, delle aziende speciali di Enti pubblici, dei consorzi industriali o di consorzi tra imprenditori turistici privati.
2. I soggetti attuatori predispongono un programma triennale delle attività di manutenzione ordinaria e straordinaria di cui all'art. 1.

Art. 3

**Autorizzazione per gli interventi di tutela
della fascia costiera**

1. La Regione, ai sensi dell'art. 21 della Legge 31 luglio 2002, n. 179: Disposizioni in materia ambientale, è competente all'istruttoria e al rilascio dell'autorizzazione all'immersione in mare dei fanghi da dragaggio solo quando è dimostrata, nell'ambito dell'istruttoria stessa, l'impossibilità tecnica o economica del loro utilizzo ai fini del ripascimento della fascia costiera o del recupero o smaltimento alternativo.

2. L'Agenzia regionale per l'Ambientale (A.R.T.A.) predispose l'istruttoria per le autorizzazioni al fine di valutare i dati relativi alla caratterizzazione chimica, fisica e microbiologica del materiale di dragaggio.
3. La Regione, con l'ausilio della Capitaneria di Porto competente e sentite le Associazioni degli Operatori della Pesca, del Commercio e del Turismo interessate, individua annualmente il quantitativo di materiale fangoso e sabbioso da dragare, nel rispetto delle previsioni del Piano regolatore portuale.
4. L'autorizzazione di cui al comma 1 è soggetta a valutazione di impatto ambientale (V.I.A.), ai sensi dell'art. 46 (Valutazione di impatto ambientale) della L.R. 3 marzo 1999, n. 11: Attuazione del D.Lgs 31 marzo 1998, n. 112: Individuazione delle funzioni amministrative che richiedono l'unitario esercizio a livello regionale e conferimento di funzioni e compiti amministrativi agli enti locali ed alle autonomie funzionali.

Art. 4

Localizzazione del riutilizzo e modalità di recupero dei fanghi

1. Il sito o i siti per la collocazione dei fanghi derivanti dal dragaggio sono individuati dai soggetti attuatori degli interventi in idonee aree in coerenza con il principio di efficienza e di economicità nonché con le esigenze del trattamento e smaltimento dei fanghi stessi in impianti autorizzati.
2. I fanghi trattati sono impiegati nelle seguenti attività di recupero:
 - a) formazione di rilevati e sottofondi stradali previo essiccamento ed eventuale igenizzazione (il recupero è subordinato all'esecuzione del test di cessione sul rifiuto tal quale secondo il metodo previsto nell'allegato 3 al D.M. 5 febbraio 1998: Individuazione dei rifiuti non pericolosi sottoposti alle procedure sempli-

ficite di recupero ai sensi degli artt. 31 e 33 del D.Lgs 5 febbraio 1997, n. 22);

- b) esecuzione di terrapieni e arginature, ad esclusione delle opere a contatto diretto o indiretto. con l'ambiente marino, previo essiccamento ed eventuale igenizzazione (il recupero è subordinato all'esecuzione del test di cessione sul rifiuto tal quale secondo il metodo previsto nell'allegato 3 del D.M. di cui alla lettera a);
- c) ulteriori eventuali riutilizzazioni previamente autorizzate dalla competente Direzione regionale.

Art. 5

Contributi

1. La Regione concede ai soggetti attuatori di cui all'art. 2, contributi per le spese relative allo studio e alla realizzazione di impianti per il deposito, l'inertizzazione e il riutilizzo dei materiali di dragaggio, ivi compreso il costo delle relative aree.

Art. 6

Regolamento

1. Il Consiglio regionale approva il regolamento con il quale sono definiti i criteri e le modalità per lo smaltimento e il riciclaggio dei fanghi.
2. Entro 180 giorni dall'entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale propone al Consiglio regionale il regolamento di cui al comma 1.

Art. 7

Norma transitoria

1. Nelle more dell'approvazione del nuovo Piano regionale di smaltimento dei rifiuti, in assenza di una specifica disciplina nella L.R. 28 aprile 2000, n. 83: Testo unico in materia di gestione dei rifiuti contenente l'approvazione del piano regionale dei rifiuti, la Giunta regionale provvede, entro 180 giorni dall'entrata in vigore della presente

legge, alla individuazione degli impianti per il recupero dei fanghi provenienti dalle attività di dragaggio.

Art. 8

Norma finanziaria

1. Agli oneri derivanti dall'applicazione della presente legge, valutati complessivamente per l'anno 2006 in Euro 230.000,00 si provvede mediante le seguenti variazioni in termini di competenza e cassa nello stato di previsione della spesa del bilancio per l'esercizio finanziario in corso

- Cap. 151414 U.P.B. 05.01.007 denominato: Interventi di manutenzione dei porti e degli approdi ed escavazione dei fondali, attività realizzative e di studio attinenti la difesa della costa

- in diminuzione €230.000,00

- Cap. 152431 U.P.B. 05.02.011 di nuova istituzione denominato: Contributi per la realizzazione di impianti per il recupero e lo stoccaggio dei fanghi derivanti dal dragaggio di fiumi e canali

- in aumento €200.000,00

- Cap. 151580 U.P.B. 05.01.007 di nuova istituzione denominato: Contributi per studi e progetti per la realizzazione di impianti, per il deposito, l'inertizzazione ed il riutilizzo dei materiali di dragaggio

- in aumento €30.000,00

2. Per gli esercizi successivi gli stanziamenti verranno iscritti con legge di bilancio nei pertinenti capitoli ai sensi della L.R. 3/2002.

Art. 9

Entrata in vigore

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo*.

La presente legge regionale sarà pubblicata nel *Bollettino Ufficiale della Regione*.

E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione Abruzzo.

L'Aquila, addì 16 Giugno 2006

OTTAVIANO DEL TURCO

LEGGE REGIONALE 23 GIUGNO 2006, n. 20:

Misure per il settore sanità relative al funzionamento delle strutture sanitarie ed all'utilizzo appropriato dei regimi assistenziali del macrolivello ospedaliero e territoriale e per la loro regolazione.

IL CONSIGLIO REGIONALE ha approvato;

IL PRESIDENTE
DELLA GIUNTA REGIONALE

promulga

la seguente legge:

Art. 1

Appropriatezza

1. Nell'ambito delle misure tese alla definizione degli elementi di principio e di metodo della programmazione sanitaria, propedeutici alle azioni necessarie per il governo clinico, il riequilibrio dell'offerta dei servizi di assistenza territoriale ed il rilancio della qualità delle cure e del servizio pubblico, la presente legge detta i presupposti di indirizzo ed individua gli strumenti applicativi.

2. Il tasso di ospedalizzazione intraregionale per ricoveri in regime ordinario e day hospital della popolazione abruzzese è determinato nella misura del 220 x 1000 (duecentoventi ricoveri ogni anno per mille abitanti) per l'anno 2006. Di conseguenza, per l'anno 2006, le strutture pubbliche e private ridu-

cono la produzione dei ricoveri, complessivamente, del 13%. Si prevede che tale abbattimento sia differente per ogni struttura, poiché correlato a due criteri specifici di appropriatezza, di seguito elencati:

- 1) la percentuale di ricoveri assegnati ai quarantatré Diagnosis Related Groups (DRG) Raggruppamenti Omogenei di diagnosi a rischio di inappropriata sul totale dei ricoveri ordinari di cui al DPCM 29 novembre 2001, di seguito definiti come Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi a rischio di inappropriata (DRG);
- 2) la percentuale di ricoveri ripetuti sul totale dei ricoveri ordinari. Il primo criterio prevede una riduzione dei ricoveri per ogni struttura oscillante tra un minimo del 7.5%, ed un massimo del 10.5%, in base alla frequenza relativa dei quarantatré DRG - sul totale, secondo la seguente scala: fino al 10.99% di DRG a rischio di inappropriata sul totale, riduzione pari a 7.5% dei ricoveri ordinari; dall'11% al 12.99%: riduzione 8%; dal 13% al 15.99%: riduzione 8.5%; dal 16% al 19.99%: riduzione 9%; dal 20% al 24.99%: riduzione 9.5%; dal 25% al 29.99%: riduzione 10%; superiore uguale al 30%: riduzione 10.5%. Il secondo criterio prevede una riduzione per ogni struttura - da sommarsi alla precedente, compresa tra 0% ed 1'8%, in base alla percentuale di ricoveri ripetuti sul totale dei ricoveri ordinari, utilizzando come standard di riferimento la mediana regionale. Nessun abbattimento é previsto per le strutture con valori dell'indice descritto pari o al di sotto della mediana. Al contrario, le strutture con valori superiori alla mediana regionale riducono i ricoveri ordinari di una quota calcolata secondo la seguente scala: fino ad una percentuale maggiore del 1.99% della

mediana regionale (ad esempio, 20.9% se la mediana é 20.5%), riduzione pari all'1%; da 2% a 2.99%: riduzione 2%; dal 3% al 3.99%: riduzione 3%; dal 4% al 4.99%: riduzione 4%; dal 5% al 5.99%: riduzione 5%; dal 6% al 7.99%: riduzione 6%; dall' 8% al 10.99%: riduzione 7%; superiore uguale all'11%: riduzione 8%. Per l'anno 2006, i precedenti calcoli per la valutazione delle quote di riduzione della produzione di ogni struttura sono basati sull'analisi dei ricoveri dell'anno 2005, ovvero gli ultimi dati disponibili. L'abbattimento complessivo di ogni struttura, calcolato tramite i criteri sopra esposti, deve comunque riguardare il 90% dei ricoveri ordinari ed il 10% dei ricoveri a ciclo diurno di tipo medico. I casi in esubero rispetto all'obiettivo definito per ogni struttura non sono oggetto di valorizzazione ai fini di finanziamento dell'azienda. Il valore economico dei casi in esubero è calcolato attraverso il prodotto del valore medio della produzione complessiva separatamente per ordinari acuti e day hospital medici per il numero dei casi in esubero. A partire dal 2007, la riduzione della produzione dei ricoveri in regime ordinario e di day hospital medico corrisponde alla somma delle due seguenti quote:

- a) il valore di inappropriata di ogni struttura nell'anno precedente, rilevato tramite il protocollo di appropriatezza di cui all'Allegato A alla presente legge;
- b) una quota basata sulla percentuale di ricoveri ripetuti sul totale dei ricoveri per ogni struttura, adottando gli stessi criteri riferiti alla mediana regionale di cui sopra. Entro il 2006, previa consultazione con le organizzazioni

sindacali pubbliche e private, sono rideterminati i criteri di abbattimento.

3. I ricoveri riguardanti i quarantatré DRG ad alto rischio di inappropriata di cui al DPCM 29 novembre 2001, sono valorizzati:

- a) per l'80% a tariffa day hospital (DH) o day surgery (DS) e per il 20% a tariffa di ricovero ordinario per i ricoveri effettuati nel secondo semestre del 2006.
- b) per il 90% a tariffa DH o DS e per il 10% a tariffa di ricovero ordinario per gli anni 2007, 2008, 2009.

Il valore economico dei ricoveri da valorizzare a tariffa di ricovero ordinario è calcolato mediante il prodotto del valore medio della produzione complessiva in DH o DS per il numero di ricoveri corrispondente alle percentuali previste.

4. I Raggruppamenti Omogenei di diagnosi (DRG) ordinari chirurgici nelle Unità Operative (UO) chirurgiche generali e specialistiche devono raggiungere entro il 2006 il 75% del totale dei DRG delle singole UO. In caso di non raggiungimento di tale standard, la differenza percentuale è considerata come base per l'abbattimento della remunerazione del complesso dei DRG medici delle singole UO.

5. Le UO mediche e chirurgiche, con eccezione delle UO di Terapia Intensiva, Unità Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC) riabilitazione/lungodegenza, che nel biennio 2004 e 2005 non hanno raggiunto il tasso di occupazione nelle degenze ordinarie del 60% sono accorpate, fatto salvo il riconoscimento di struttura complessa delle UUOO accorpate. I Direttori Generali predispongono il piano di accorpamento che è approvato dalla Giunta regionale.

6. Per le strutture pubbliche il valore economico derivante dalle sanzioni di cui ai punti 1,

2 e 4 comporta una riduzione del finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ospedaliero, con esclusione delle aree di emergenza-urgenza e delle alte specialità, da trasferire nel processo di budget regionale annuale sui budget dei LEA territoriale e della prevenzione collettiva.

7. A partire dal secondo trimestre 2006, i flussi della scheda dimissione ospedaliera (SDO) devono pervenire presso l'ufficio preposto della Direzione Sanità entro il 45° giorno dalla fine del trimestre. In caso di ritardo si prevede l'abbattimento del 3% della remunerazione di tutti i ricoveri del trimestre.

Art. 2

Regolamentazione delle attività ospedaliere a ciclo diurno

1. A partire dal secondo semestre 2006 le attività ospedaliere a ciclo diurno day hospital, day service, day surgery, chirurgia ambulatoriale sono regolamentate dalle Linee guida riportate nell'allegato B alla presente legge.

2. Le Aziende Sanitarie Locali attivano per tutte le forme di assistenza a ciclo diurno previste dal presente atto nei diversi stabilimenti ospedalieri aziendali, potendone prevedere una differenziata e non esaustiva attivazione all'interno di ogni singolo presidio.

3. Le strutture ospedaliere private accreditate attivano le forme di assistenza a ciclo diurno conformemente alle disposizioni contenute nella presente legge.

4. Entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge le Aziende Sanitarie Locali e le strutture ospedaliere private accreditate adottano il Regolamento aziendale delle attività cliniche a ciclo diurno; secondo quanto previsto dallo schema previsto al punto 8 delle Linee guida.

5. Le prestazioni di DS che possono essere esercitate nei presidi ospedalieri pubblici e privati sono quelle inerenti l'Area Funzionale Omogenea (AFO) presenti nel Piano Sanitario Regionale 1999-2001. Per le discipline specialistiche chirurgiche sono ammesse le attività di DS se sono presenti le discipline equipollenti e affini ai sensi del D.M. 30-1-1998, pubblicato nel suppl. ord. alla G.U. n. 37 del 14.2.1998 e DPCM 29.11.2001 con riferimento all'AFO Chirurgica. Dalla data di entrata in vigore della presente legge è vietato l'esercizio di altre attività di DS al di fuori di quelle previste dal presente comma. Il mancato rispetto di questa norma comporta la sospensione delle attività di DS, previa accertamento definitivo a seguito di verifica ispettiva.
6. Ai fini programmatori ed organizzativi i posti letto di DH e DS sono equiparati ai posti letto ordinari con le seguenti indicazioni:
 - a) i posti letto di DH sono attivati mediante conversione dei posti letto ordinari in un rapporto due ordinari a uno DH;
 - b) i posti letto di DS sono attivati mediante conversione dei posti letto ordinari in un rapporto uno a uno;
 - c) il numero complessivo dei posti letto di DH e DS deve raggiungere, entro il 2007, almeno il 10% dei posti letto totali;
 - d) gli spazi ed il personale dedicato all'assistenza a ciclo diurno sono chiaramente identificati anche qualora il personale sia destinato allo svolgimento di altre attività.
7. I posti letto di DH e DS sono attivati con atto deliberativo dell'Azienda pubblica o privata, previa verifica della rispondenza alle norme fissate.
8. Le delibere di attivazione e i regolamenti aziendali per l'assistenza a ciclo diurno sono trasmesse alla Direzione Sanità e all'Agenzia Sanitaria Regionale. La Direzione Sanità cura l'informativa ai cittadini tramite il portale della sanità della Regione.
9. I requisiti minimi autorizzativi strutturali, impiantistici e organizzativi per le attività a ciclo diurno sono quelli previsti dalla L.R. 62/1998: Recepimento atto di indirizzo e coordinamento contenuto nel DPR 14 gennaio 1997, e successive modificazioni e integrazioni.
10. Allo scopo di garantire una gestione uniforme dei regimi assistenziali a ciclo diurno e perseguire il rispetto dei requisiti di appropriatezza previsti dal presente atto, è costituito, sotto il coordinamento dell'Agenzia Sanitaria Regionale, un gruppo di lavoro composto da referenti individuati formalmente da ciascuna ASL, un operatore per ASL, e dalle strutture private accreditate, due operatori in totale. Tale gruppo di lavoro:
 - a) raccoglie dalle ASL e dalle strutture private accreditate gli Schemi di attività a ciclo diurno di cui al paragrafo 8, punto F delle Linee guida allegate;
 - b) confronta i protocolli diagnostico-terapeutici previsti per categorie omogenee di pazienti, ricorrendo per quanto possibile alle evidenze derivate dalla letteratura scientifica in merito, costituendo, in caso di evidenti difformità tra aziende, appositi tavoli tecnici per individuare con i professionisti possibili interventi migliorativi;
 - c) pubblica annualmente il Registro regionale dei protocolli diagnostico-terapeutici dei regimi assistenziali a ciclo diurno.

Art. 3

Regolazione dei regimi di assistenza

1. Fino alla emanazione della nuova legge regionale sul sistema di autorizzazione e accreditamento, in attuazione del D.Lgs. 229/1999 e degli atti ad essa collegati, quali: atto del fabbisogno per l'autorizzazione alla realizzazione; manuale di autorizzazione per l'autorizzazione all'esercizio; manuale di accreditamento per l'accreditamento istituzionale, linee guida sugli accordi contrattuali, è vietato realizzare, trasformare, ampliare, trasferire:

- a) Presidi e unità operative che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo, ricoveri ordinari per acuti;
- b) Presidi che erogano prestazioni sanitarie in regime residenziale.

Sono possibili in deroga alla presente norma:

- a) le realizzazioni, trasformazioni, ampliamento e trasferimento di presidi legati all'attuazione dei progetti ex art. 20 della Legge 11 marzo 1988, n. 67: Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato;
- b) i trasferimenti di posti letto ordinari, di DH e DS accreditati alla data in vigore della presente legge nell'ambito della stessa Azienda Sanitaria Locale o della stessa struttura sanitaria privata con il vincolo inderogabile dell'attribuzione alla stessa disciplina nello stesso numero di posti letto accreditati.

Ulteriori deroghe, esclusivamente all'interno di quanto previsto dal vigente Piano Sanitario Regionale, sono approvate dal Consiglio regionale.

2. E' individuato nel Resource Utilization Group - Gruppi Omogenei per l'Utilizzo di Risorse (RUG III) il sistema di classificazione del case-mix delle strutture residenziali che accolgono anziani non autosuffi-

cienti. Nel corso del 2006 l'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR-Abruzzo) conduce la sperimentazione del sistema cui partecipano tutte le strutture residenziali pubbliche e private che ospitano pazienti anziani non autosufficienti. La mancata partecipazione alla sperimentazione è motivo di revoca dell'accreditamento della struttura.

3. Entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge la Direzione Sanità, su istruttoria tecnica dell'ASR-Abruzzo e dei servizi competenti regionali, previa consultazione con le istituzioni private, emana le linee guida per la verifica di appropriatezza dei trattamenti riabilitativi nelle strutture di riabilitazione fisica e di riabilitazione psichiatrica sulla base di protocolli riabilitativi.
4. La Giunta regionale avvia con le regioni di confine un tavolo di concertazione sulla mobilità sanitaria interregionale basato sui fabbisogni di prestazioni della popolazione abruzzese e sui criteri di appropriatezza di cui al comma 3 e sentita la Commissione consiliare competente in materia, stipula i relativi accordi.
5. Le prestazioni erogate a favore di pazienti extraregionali, da parte di strutture private, sono riconosciute come remunerabili con fondi del SSN, solo se prodotte mediante fruizione di posti letto accreditati. Per l'anno 2006 le prestazioni erogate a favore dei pazienti extra regionali sono liquidate nel modo seguente:
 - a) Fino al limite del fatturato prodotto da ciascun erogatore per pazienti extraregionali nel 2004 il corrispettivo è liquidato mensilmente, alle scadenze previste dal contratto negoziale 2005/2007, nella misura del 70% del fatturato. Il saldo pari al 30% è corrisposto entro il 30 aprile 2007.
 - b) Oltre il limite del fatturato extraregionale prodotto da ciascun erogatore

nell'anno 2004 il corrispettivo maturato per le prestazioni extra-regionali nel 2006 è liquidato entro il 30 giugno 2008.

6. I contenuti degli Allegati A e B della presente legge, sono confermati o aggiornati annualmente, con delibera di Giunta regionale sentita la Commissione consiliare competente in materia e la Conferenza permanente per i rapporti fra Regione e Aziende Sanitarie Locali.
7. Nel caso il procedimento di contestazione si concluda con esito negativo per l'erogatore, lo stesso ha facoltà di appellarsi ad un organo terzo, costituito da tre esperti non appartenenti alle istituzioni pubbliche o private regionali, di cui uno segnalato dagli erogatori, nominati con delibera di Giunta regionale.

Art. 4

Altre misure di modifiche e abrogazioni

1. Gli incarichi di direttore amministrativo, direttore sanitario in corso nelle Aziende sanitarie d'Abruzzo non conferiti dai Direttori Generali in carica alla data della presente legge cessano, se non confermati, entro tre mesi dalla data di insediamento del nuovo Direttore Generale. Nessun compenso e indennizzo è corrisposto al direttore amministrativo o direttore sanitario in caso di mancata conferma.
2. Gli accordi stipulati con le strutture ospedaliere e residenziali private accreditate, ferma restando l'invalidabilità dei budget assegnati, sono aggiornati ai sensi delle predette disposizioni in modo uniforme e con procedura negoziata formale, e completati con il piano delle prestazioni integrando e coordinando attività di ricovero ordinario, di DH, DS ed ambulatoriali, concordato con le direzioni generali delle ASL territoriali di riferimento delle strutture stesse, di concerto e per conto delle ASL committenti e su indi-

rizzo delle linee programmatiche regionali, previa intesa con le rappresentanze regionali delle Associazioni di categoria.

3. Nel quadro dei nuovi indirizzi di politica sanitaria la Giunta regionale, sentita la Commissione Consiliare competente in materia, ridefinisce ruolo, funzioni e indirizzi organizzativi dell'ASR-Abruzzo.
4. La Conferenza Permanente per i rapporti fra la Regione e le Aziende Sanitarie Locali di cui alla L.R. 23.12.19/93, n. 79 è integrata dalla figura del Direttore dell'Agenzia Sanitaria Regionale.
5. Sono abrogate tutte le disposizioni legislative e regolamentari incompatibili e/o in contrasto con quelle degli artt. 1, 2, 3 e dei commi 1, 2, 3 e 4 del presente articolo.

Art. 5

Modifiche alla L.R. 24 dicembre 1996, n. 146 e successive modificazioni ed integrazioni

1. La lettera e) del comma 1 dell'art. 10 della L.R. 146/1996 è sostituita dalla seguente:

«e) le somme derivanti da forme di partecipazione diretta alla spesa da parte dei cittadini e non ricomprese nelle precedenti fattispecie, nonché le somme introitate dalla Regione Abruzzo per il trasporto di pazienti appartenenti ad altre Regioni - effettuato a mezzo di eliambulanza delle basi operative del Servizio 118 della Regione Abruzzo - ad incremento del finanziamento del Servizio di Elisoccorso 118 regionale e le somme introitate dalla Regione Abruzzo derivanti dalla partecipazione ad eventuali accordi interregionali per la lavorazione del plasma - ad incremento del finanziamento delle attività trasfusionali regionali nonché le somme introitate dalla Regione, derivanti dai diritti di cui ai decreti legislativi 112/1998 e 432/1998 e dai Regolamenti CE 583/04, 882/04 e 183/05, ad incremento del finanziamento destinato al Servizio Veterinario Regionale».

2. Dopo il comma 2 dell'art. 10 della L.R. 146/1996 è aggiunto il seguente comma:

«2bis. Per le delegazioni di pagamento stipulate dalle ASL, approvate dalla Giunta regionale, è istituito, nel bilancio di previsione annuale della Regione, nell'ambito del titolo delle spese correnti, specifico capitolo di spesa con relativo codice gestionale Sistema Informativo delle Operazioni degli Enti Pubblici (SIOPE), nel quale annualmente è previsto lo stanziamento di competenza e di cassa a copertura delle relative rate delle approvate delegazioni».

3. All'art. 19, comma 4 bis, della L.R. 146/1996, modificato dall'art. 109 della L.R. 15/2004 recante: Norme in materia di programmazione, contabilità, gestione e controllo delle Aziende del Servizio sanitario regionale, le parole "dalla trasmissione" sono sostituite con le parole "dalla ricezione".

4. Dopo il comma 4 bis dell'art. 19 della L.R. 146/1996, è aggiunto il seguente:

«4ter. Il termine suindicato è interrotto se prima della scadenza la Giunta regionale chiede chiarimenti o elementi integrativi di giudizio all'Azienda. L'Azienda invia i chiarimenti o gli elementi integrativi entro e non oltre trenta giorni dalla data di richiesta.

Il termine inizia a decorrere nuovamente dal momento della ricezione dei chiarimenti o elementi integrativi».

5. Dopo il comma 4 dell'art. 22 della L.R. 146/1996 è aggiunto il seguente:

«4bis. Il termine suindicato è interrotto se prima della scadenza la Giunta regionale chiede chiarimenti o elementi integrativi di giudizio all'Azienda. L'Azienda invia i chiarimenti o gli elementi integrativi entro e non oltre trenta giorni dalla data di richiesta.

Il termine inizia a decorrere nuovamente dal momento della ricezione dei chiarimenti o elementi integrativi».

6. Dopo il comma 7 dell'art. 32 della L.R. 146/1996, modificato dall'art. 117 della L.R. 15/2004, è aggiunto il seguente:

«7bis. Entro trenta giorni dal ricevimento della nota di cui al comma 5, l'Ufficio Unico degli Acquisti può autorizzare l'Azienda sanitaria interessata ad espletare la procedura di aggiudicazione nel rispetto degli atti trasmessi, ovvero avvia, entro i successivi trenta giorni, la procedura di aggiudicazione».

7. Il comma 2 dell'art. 33 della L.R. 146/1996 è sostituito dal seguente:

«2. Può inoltre svolgere attività tendenti all'omogeneizzazione merceologica dei fabbisogni, delle procedure di acquisto e delle condizioni di fornitura, anche mediante la produzione di linee di indirizzo per la predisposizione del capitolato generale e di capitolati speciali-tipo ed anche mediante la tenuta di un albo regionale dei fornitori».

Art. 6

Modifica dell'art. 29 della L.R. 7/2002: Disposizioni finanziarie per la redazione del Bilancio annuale 2002 e pluriennale 2002-2004 della Regione Abruzzo (Legge Finanziaria 2002) come modificato dall'art. 99 L.R. 15/2004

1. Il punto 3 del comma 1 dell'art. 99 della L.R. 15/2004 è abrogato.

2. Il punto 4 del comma 1 dell'art. 99 della L.R. 15/2004 è sostituito dal seguente:

«4. I proventi derivanti dalle sanzioni di cui all'art. 21, comma 2, del D.Lgs. 19.12.1994, n. 758 recante: Modificazione della disciplina sanzionatoria in materia di lavoro, ed i proventi derivanti dalle sanzioni previste da altre disposizioni legislative nazionali vigenti in materia di prevenzione, sono introitati dalle ASL su apposito capitolo di entrata previsto negli strumenti di programmazione».

3. Il punto 5 del comma 1 dell'art. 99 della L.R. 15/2004 è sostituito dal seguente

«5. Le somme di cui al punto 4 sono destinate per l'80% al Servizio del Dipartimento di Prevenzione che le ha prodotte; il restante 20%

è trasferito alla Regione che lo destina ad iniziative di formazione e aggiornamento degli operatori della prevenzione. La somma così ripartita incrementa il budget economico riservato al Dipartimento di Prevenzione derivante dal Fondo Sanitario Regionale».

4. Il punto 6 del comma 1 dell'art. 99 della L.R. 15/2004 è sostituito dal seguente:

«6. La quota dei proventi di cui al punto 5 è finalizzata a:

- a) acquistare i beni e gli strumenti necessari per il funzionamento dei servizi;
- b) implementare la funzionalità dei servizi;
- c) favorire la formazione degli operatori;
- d) promuovere l'attività di assistenza alle parti sociali e alle aziende del territorio;
- e) a costituire il fondo necessario alle posizioni organizzative previste dal CCNL degli operatori con qualifica di Ufficiale di polizia giudiziaria, di cui al comma 3, che svolgono prevalentemente le attività di cui al D.Lgs. 758/1994».

Art. 7

Dotazione dei posti letto e riordino rete ospedaliera regionale

1. Per la Rete Ospedaliera regionale il numero dei posti letto, di cui al comma 4 dell'art. 3 della legge 16 novembre 2001, n. 405, è fissato, nel rispetto dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 Rep. n. 2271, in 5.850 posti letto (4,5 p.l. per 1000 abitanti).
2. La Rete Ospedaliera regionale è ridefinita con legge entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, nel rispetto del vincolo fissato al comma 1 e con riguardo al riequilibrio dell'offerta di posti letto per acuti e per la lungodegenza e riabilitativa, al fine del rispetto degli obblighi di programmazione a livello regionale e per garantire l'effettività del processo di razionalizzazione delle reti strutturali ospedaliere e della domanda ospedaliera, nel rispetto della disciplina prevista dalla presente legge.

Art. 8

Ulteriori disposizioni per l'applicazione delle sanzioni amministrative in materia sanitaria di cui alla L.R. 47/1984

1. Il pagamento delle sanzioni amministrative nel caso di infrazioni al divieto di fumare, inflitte da organo non statale, in esecuzione della legge 16.1.2003, n. 3, è applicato secondo le modalità disciplinate dalla L.R. 19 luglio 1984, n. 47.
2. Il Sindaco del Comune nel cui ambito è commessa la violazione, è competente a ricevere il rapporto e ad applicare le sanzioni nel caso non sia stato effettuato il pagamento in misura ridotta di cui agli articoli 16 e 17 della legge 689/1981.

Art. 9

Disciplina delle strutture socio sanitarie

1. Le strutture socio-sanitarie operanti nella Regione sono disciplinate dalle norme di cui agli art. 8-ter, 8-quater ed 8-octies del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e sue modifiche ed integrazioni; le stesse pertanto non sono sottoposte alle norme di cui alla L.R. 4 gennaio 2005, n. 2 recante: Disciplina delle autorizzazioni al funzionamento e dell'accreditamento di soggetti eroganti servizi alla persona.

Art. 10

Entrata in vigore

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo*.

La presente legge regionale sarà pubblicata nel *Bollettino Ufficiale della Regione*.

E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione Abruzzo.

L'Aquila, addì 23 Giugno 2006

OTTAVIANO DEL TURCO

Segue Allegato



Misure per il settore sanità relative al funzionamento delle strutture sanitarie ed all'utilizzo appropriato dei regimi assistenziali del macrolivello ospedaliero e territoriale e per la loro regolazione

Art. 1 Adeguatezza

1. Nell'ambito delle misure tese alla definizione degli elementi di principio e di metodo della programmazione sanitaria, propedeutici alle azioni necessarie per il governo clinico, il riequilibrio dell'offerta dei servizi di assistenza territoriale ed il rilancio della qualità delle cure e del servizio pubblico, la presente legge detta i presupposti di indirizzo ed individua gli strumenti applicativi.
2. Il tasso di ospedalizzazione intraregionale per ricoveri in regime ordinario e day hospital della popolazione abruzzese è determinato nella misura del 220 x 1000 (duecentoventi ricoveri ogni anno per mille abitanti) per l'anno 2006. Di conseguenza, per l'anno 2006, le strutture pubbliche e private riducono la produzione dei ricoveri, complessivamente, del 13%. Si prevede che tale abbattimento sia differente per ogni struttura, poiché correlato a due criteri specifici di adeguatezza, di seguito elencati:
 - 1) la percentuale di ricoveri assegnati ai quarantatré Diagnosis Related Groups (DRG) Raggruppamenti Omogenei di diagnosi a rischio di inadeguatezza sul totale dei ricoveri ordinari di cui al DPCM 29 novembre 2001, di seguito definiti come Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi a rischio di inadeguatezza (DRG);
 - 2) la percentuale di ricoveri ripetuti sul totale dei ricoveri ordinari. Il primo criterio prevede una riduzione dei ricoveri per ogni struttura oscillante tra un minimo del 7.5%, ed un massimo del 10.5%, in base alla frequenza relativa dei quarantatré DRG - sul totale, secondo la seguente scala: fino al 10.99% di DRG a rischio di inadeguatezza sul totale, riduzione pari a 7.5% dei ricoveri ordinari; dall'11% al 12.99%: riduzione 8%; dal 13% al 15.99%: riduzione 8.5%; dal 16% al 19.99%: riduzione 9%; dal 20% al 24.99%: riduzione 9.5%; dal 25% al 29.99%: riduzione 10%; superiore uguale al 30%: riduzione 10.5%. Il secondo criterio prevede una riduzione per ogni struttura - da sommarsi alla precedente, compresa tra 0% ed 1'8%, in base alla percentuale di ricoveri ripetuti sul totale dei ricoveri ordinari, utilizzando come standard di riferimento la mediana regionale. Nessun abbattimento è previsto per le strutture con valori dell'indice descritto pari o al di sotto della mediana. Al contrario, le strutture con valori superiori alla mediana regionale riducono i ricoveri ordinari di una quota calcolata secondo la seguente scala: fino ad una percentuale maggiore del 1.99% della mediana regionale (ad esempio, 20.9% se la mediana è 20.5%), riduzione pari all'1%; da 2% a 2.99%: riduzione 2%; dal 3% al 3.99%: riduzione 3%; dal 4% al 4.99%: riduzione 4%; dal 5% al 5.99%: riduzione 5%; dal 6% al 7.99%: riduzione 6%; dall' 8% al 10.99%: riduzione 7%; superiore uguale all'11%: riduzione 8%. Per l'anno 2006, i precedenti calcoli per la valutazione delle quote di riduzione della produzione di ogni struttura sono basati sull'analisi dei ricoveri dell'anno 2005, ovvero gli ultimi dati disponibili. L'abbattimento



complessivo di ogni struttura, calcolato tramite i criteri sopra esposti, deve comunque riguardare il 90% dei ricoveri ordinari ed il 10% dei ricoveri a ciclo diurno di tipo medico. I casi in esubero rispetto all'obiettivo definito per ogni struttura non sono oggetto di valorizzazione ai fini di finanziamento dell'azienda. Il valore economico dei casi in esubero è calcolato attraverso il prodotto del valore medio della produzione complessiva separatamente per ordinari acuti e day hospital medici per il numero dei casi in esubero. A partire dal 2007, la riduzione della produzione dei ricoveri in regime ordinario e di day hospital medico corrisponde alla somma delle due seguenti quote:

- a) il valore di inappropriata di ogni struttura nell'anno precedente, rilevato tramite il protocollo di appropriatezza di cui all'Allegato A alla presente legge;
 - b) una quota basata sulla percentuale di ricoveri ripetuti sul totale dei ricoveri per ogni struttura, adottando gli stessi criteri riferiti alla mediana regionale di cui sopra. Entro il 2006, previa consultazione con le organizzazioni sindacali pubbliche e private, sono rideterminati i criteri di abbattimento.
3. I ricoveri riguardanti i quarantatré DRG ad alto rischio di inappropriata di cui al DPCM 29 novembre 2001, sono valorizzati:
- a) per l'80% a tariffa day hospital (DH) o day surgery (DS) e per il 20% a tariffa di ricovero ordinario per i ricoveri effettuati nel secondo semestre del 2006.
 - b) per il 90% a tariffa DH o DS e per il 10% a tariffa di ricovero ordinario per gli anni 2007, 2008, 2009.

Il valore economico dei ricoveri da valorizzare a tariffa di ricovero ordinario è calcolato mediante il prodotto del valore medio della produzione complessiva in DH o DS per il numero di ricoveri corrispondente alle percentuali previste.

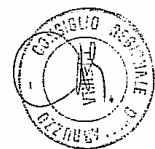
4. I Raggruppamenti Omogenei di diagnosi (DRG) ordinari chirurgici nelle Unità Operative (UO) chirurgiche generali e specialistiche devono raggiungere entro il 2006 il 75% del totale dei DRG delle singole UO. In caso di non raggiungimento di tale standard, la differenza percentuale è considerata come base per l'abbattimento della remunerazione del complesso dei DRG medici delle singole UO.
5. Le UO mediche e chirurgiche, con eccezione delle UO di Terapia Intensiva, Unità Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC) riabilitazione/lungodegenza, che nel biennio 2004 e 2005 non hanno raggiunto il tasso di occupazione nelle degenze ordinarie del 60% sono accorpate, fatto salvo il riconoscimento di struttura complessa delle UUOO accorpate. I Direttori Generali predispongono il piano di accorpamento che è approvato dalla Giunta regionale.
6. Per le strutture pubbliche il valore economico derivante dalle sanzioni di cui ai punti 1, 2 e 4 comporta una riduzione del finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ospedaliero, con esclusione delle aree di emergenza-urgenza e delle alte specialità, da trasferire nel processo di budget regionale annuale sui budget dei LEA territoriale e della prevenzione collettiva.
7. A partire dal secondo trimestre 2006, i flussi della scheda dimissione ospedaliera (SDO) devono pervenire presso l'ufficio preposto della Direzione Sanità entro il 45° giorno dalla fine del trimestre. In caso di ritardo si prevede l'abbattimento del 3% della remunerazione di tutti i ricoveri del trimestre.



Art. 2

Regolamentazione delle attività ospedaliere a ciclo diurno

1. A partire dal secondo semestre 2006 le attività ospedaliere a ciclo diurno day hospital, day service, day surgery, chirurgia ambulatoriale sono regolamentate dalle Linee guida riportate nell'allegato B alla presente legge.
2. Le Aziende Sanitarie Locali attivano per tutte le forme di assistenza a ciclo diurno previste dal presente atto nei diversi stabilimenti ospedalieri aziendali, potendone prevedere una differenziata e non esaustiva attivazione all'interno di ogni singolo presidio.
3. Le strutture ospedaliere private accreditate attivano le forme di assistenza a ciclo diurno conformemente alle disposizioni contenute nella presente legge.
4. Entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge le Aziende Sanitarie Locali e le strutture ospedaliere private accreditate adottano il Regolamento aziendale delle attività cliniche a ciclo diurno; secondo quanto previsto dallo schema previsto al punto 8 delle Linee guida.
5. Le prestazioni di DS che possono essere esercitate nei presidi ospedalieri pubblici e privati sono quelle inerenti l'Area Funzionale Omogenea (AFO) presenti nel Piano Sanitario Regionale 1999-2001. Per le discipline specialistiche chirurgiche sono ammesse le attività di DS se sono presenti le discipline equipollenti e affini ai sensi del D.M. 30-1-1998, pubblicato nel suppl. ord. alla G.U. n. 37 del 14.2.1998 e DPCM 29.11.2001 con riferimento all'AFO Chirurgica. Dalla data di entrata in vigore della presente legge è vietato l'esercizio di altre attività di DS al di fuori di quelle previste dal presente comma. Il mancato rispetto di questa norma comporta la sospensione delle attività di DS, previa accertamento definitivo a seguito di verifica ispettiva.
6. Ai fini programmatori ed organizzativi i posti letto di DH e DS sono equiparati ai posti letto ordinari con le seguenti indicazioni:
 - a) i posti letto di DH sono attivati mediante conversione dei posti letto ordinari in un rapporto due ordinari a uno DH;
 - b) i posti letto di DS sono attivati mediante conversione dei posti letto ordinari in un rapporto uno a uno;
 - c) il numero complessivo dei posti letto di DH e DS deve raggiungere, entro il 2007, almeno il 10% dei posti letto totali;
 - d) gli spazi ed il personale dedicato all'assistenza a ciclo diurno sono chiaramente identificati anche qualora il personale sia destinato allo svolgimento di altre attività.
7. I posti letto di DH e DS sono attivati con atto deliberativo dell'Azienda pubblica o privata, previa verifica della rispondenza alle norme fissate.
8. Le delibere di attivazione e i regolamenti aziendali per l'assistenza a ciclo diurno sono trasmesse alla Direzione Sanità e all'Agenzia Sanitaria Regionale. La Direzione Sanità cura l'informativa ai cittadini tramite il portale della sanità della Regione.
9. I requisiti minimi autorizzativi strutturali, impiantistici e organizzativi per le attività a ciclo diurno sono quelli previsti dalla L.R. 62/1998: Recepimento atto di indirizzo e coordinamento contenuto nel DPR 14 gennaio 1997, e successive modificazioni e integrazioni.



10. Allo scopo di garantire una gestione uniforme dei regimi assistenziali a ciclo diurno e perseguire il rispetto dei requisiti di appropriatezza previsti dal presente atto, è costituito, sotto il coordinamento dell'Agenzia Sanitaria Regionale, un gruppo di lavoro composto da referenti individuati formalmente da ciascuna ASL, un operatore per ASL, e dalle strutture private accreditate, due operatori in totale. Tale gruppo di lavoro:
- raccoglie dalle ASL e dalle strutture private accreditate gli Schemi di attività a ciclo diurno di cui al paragrafo 8, punto F delle Linee guida allegate;
 - confronta i protocolli diagnostico-terapeutici previsti per categorie omogenee di pazienti, ricorrendo per quanto possibile alle evidenze derivate dalla letteratura scientifica in merito, costituendo, in caso di evidenti difformità tra aziende, appositi tavoli tecnici per individuare con i professionisti possibili interventi migliorativi;
 - pubblica annualmente il Registro regionale dei protocolli diagnostico-terapeutici dei regimi assistenziali a ciclo diurno.

Art. 3

Regolazione dei regimi di assistenza .

- Fino alla emanazione della nuova legge regionale sul sistema di autorizzazione e accreditamento, in attuazione del D.Lgs. 229/1999 e degli atti ad essa collegati, quali: atto del fabbisogno per l'autorizzazione alla realizzazione; manuale di autorizzazione per l'autorizzazione all'esercizio; manuale di accreditamento per l'accREDITAMENTO istituzionale, linee guida sugli accordi contrattuali, è vietato realizzare, trasformare, ampliare, trasferire:
 - Presidi e unità operative che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo, ricoveri ordinari per acuti;
 - Presidi che erogano prestazioni sanitarie in regime residenziale.Sono possibili in deroga alla presente norma:
 - le realizzazioni, trasformazioni, ampliamento e trasferimento di presidi legati all'attuazione dei progetti ex art. 20 della Legge 11 marzo 1988, n. 67: Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato;
 - i trasferimenti di posti letto ordinari, di DH e DS accreditati alla data in vigore della presente legge nell'ambito della stessa Azienda Sanitaria Locale o della stessa struttura sanitaria privata con il vincolo inderogabile dell'attribuzione alla stessa disciplina nello stesso numero di posti letto accreditati.Ulteriori deroghe, esclusivamente all'interno di quanto previsto dal vigente Piano Sanitario Regionale, sono approvate dal Consiglio regionale.
- E' individuato nel Resource Utilization Group - Gruppi Omogenei per l'Utilizzo di Risorse (RUG III) il sistema di classificazione del case-mix delle strutture residenziali che accolgono anziani non autosufficienti. Nel corso del 2006 l'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR-Abruzzo) conduce la sperimentazione del sistema cui partecipano tutte le strutture residenziali pubbliche e private che ospitano pazienti anziani non autosufficienti. La mancata partecipazione alla sperimentazione è motivo di revoca dell'accREDITAMENTO della struttura.
- Entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge la Direzione Sanità, su istruttoria tecnica dell'ASR-Abruzzo e dei servizi competenti regionali, previa consultazione con le

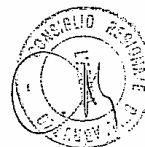


- istituzioni private, emana le linee guida per la verifica di appropriatezza dei trattamenti riabilitativi nelle strutture di riabilitazione fisica e di riabilitazione psichiatrica sulla base di protocolli riabilitativi.
4. La Giunta regionale avvia con le regioni di confine un tavolo di concertazione sulla mobilità sanitaria interregionale basato sui fabbisogni di prestazioni della popolazione abruzzese e sui criteri di appropriatezza di cui al comma 3 e sentita la Commissione consiliare competente in materia, stipula i relativi accordi.
 5. Le prestazioni erogate a favore di pazienti extraregionali, da parte di strutture private, sono riconosciute come remunerabili con fondi del SSN, solo se prodotte mediante fruizione di posti letto accreditati. Per l'anno 2006 le prestazioni erogate a favore dei pazienti extra regionali sono liquidate nel modo seguente:
 - a) Fino al limite del fatturato prodotto da ciascun erogatore per pazienti extra-regionali nel 2004 il corrispettivo è liquidato mensilmente, alle scadenze previste dal contratto negoziale 2005/2007, nella misura del 70% del fatturato. Il saldo pari al 30% è corrisposto entro il 30 aprile 2007.
 - b) Oltre il limite del fatturato extra-regionale prodotto da ciascun erogatore nell'anno 2004 il corrispettivo maturato per le prestazioni extra-regionali nel 2006 è liquidato entro il 30 giugno 2008.
 6. I contenuti degli Allegati A e B della presente legge, sono confermati o aggiornati annualmente, con delibera di Giunta regionale sentita la Commissione consiliare competente in materia e la Conferenza permanente per i rapporti fra Regione e Aziende Sanitarie Locali.
 7. Nel caso il procedimento di contestazione si concluda con esito negativo per l'erogatore, lo stesso ha facoltà di appellarsi ad un organo terzo, costituito da tre esperti non appartenenti alle istituzioni pubbliche o private regionali, di cui uno segnalato dagli erogatori, nominati con delibera di Giunta regionale.

Art. 4

Altre misure di modifiche e abrogazioni

1. Gli incarichi di direttore amministrativo, direttore sanitario in corso nelle Aziende sanitarie d'Abruzzo non conferiti dai Direttori Generali in carica alla data della presente legge cessano, se non confermati, entro tre mesi dalla data di insediamento del nuovo Direttore Generale. Nessun compenso e indennizzo è corrisposto al direttore amministrativo o direttore sanitario in caso di mancata conferma.
2. Gli accordi stipulati con le strutture ospedaliere e residenziali private accreditate, ferma restando l'invalidità dei budget assegnati, sono aggiornati ai sensi delle predette disposizioni in modo uniforme e con procedura negoziata formale, e completati con il piano delle prestazioni integrando e coordinando attività di ricovero ordinario, di DH, DS ed ambulatoriali, concordato con le direzioni generali delle ASL territoriali di riferimento delle strutture stesse, di concerto e per conto delle ASL committenti e su indirizzo delle linee programmatiche regionali, previa intesa con le rappresentanze regionali delle Associazioni di categoria.



3. Nel quadro dei nuovi indirizzi di politica sanitaria la Giunta regionale, sentita la Commissione Consiliare competente in materia, ridefinisce ruolo, funzioni e indirizzi organizzativi dell'ASR-Abruzzo.
4. La Conferenza Permanente per i rapporti fra la Regione e le Aziende Sanitarie Locali di cui alla L.R. 23.12.19/93, n. 79 è integrata dalla figura del Direttore dell'Agenzia Sanitaria Regionale.
5. Sono abrogate tutte le disposizioni legislative e regolamentari incompatibili e/o in contrasto con quelle degli artt. 1, 2, 3 e dei commi 1, 2, 3 e 4 del presente articolo.

Art. 5

Modifiche alla L.R. 24 dicembre 1996, n. 146 e successive modificazioni ed integrazioni

1. La lettera e) del comma 1 dell'art. 10 della L.R. 146/1996 è sostituita dalla seguente:
«e) le somme derivanti da forme di partecipazione diretta alla spesa da parte dei cittadini e non ricomprese nelle precedenti fattispecie, nonché le somme introitate dalla Regione Abruzzo per il trasporto di pazienti appartenenti ad altre Regioni - effettuato a mezzo di eliambulanza, delle basi operative del Servizio 118 della Regione Abruzzo - ad incremento del finanziamento del Servizio di Elisoccorso 118 regionale e le somme introitate dalla Regione Abruzzo derivanti dalla partecipazione ad eventuali accordi interregionali per la lavorazione del plasma - ad incremento del finanziamento delle attività trasfusionali regionali nonché le somme introitate dalla Regione, derivanti dai diritti di cui ai decreti legislativi 112/1998 e 432/1998 e dai Regolamenti CE 583/04, 882/04 e 183/05, ad incremento del finanziamento destinato al Servizio Veterinario Regionale».
2. Dopo il comma 2 dell'art. 10 della L.R. 146/1996 è aggiunto il seguente comma:
«2bis. Per le delegazioni di pagamento stipulate dalle ASL, approvate dalla Giunta regionale, è istituito, nel bilancio di previsione annuale della Regione, nell'ambito del titolo delle spese correnti, specifico capitolo di spesa con relativo codice gestionale Sistema Informativo delle Operazioni degli Enti Pubblici (SIOPE), nel quale annualmente è previsto lo stanziamento di competenza e di cassa a copertura delle relative rate delle approvate delegazioni».
3. All'art. 19, comma 4 bis, della L.R. 146/1996, modificato dall'art. 109 della L.R. 15/2004 recante: Norme in materia di programmazione, contabilità, gestione e controllo delle Aziende del Servizio sanitario regionale, le parole "dalla trasmissione" sono sostituite con le parole "dalla ricezione".
4. Dopo il comma 4 bis dell'art. 19 della L.R. 146/1996, è aggiunto il seguente:
«4ter. Il termine suindicato è interrotto se prima della scadenza la Giunta regionale chiede chiarimenti o elementi integrativi di giudizio all'Azienda. L'Azienda invia i chiarimenti o gli elementi integrativi entro e non oltre trenta giorni dalla data di richiesta.
Il termine inizia a decorrere nuovamente dal momento della ricezione dei chiarimenti o elementi integrativi».
5. Dopo il comma 4 dell'art. 22 della L.R. 146/1996 è aggiunto il seguente:
«4bis. Il termine suindicato è interrotto se prima della scadenza la Giunta regionale chiede chiarimenti o elementi integrativi di giudizio all'Azienda. L'Azienda invia i chiarimenti o gli elementi integrativi entro e non oltre trenta giorni dalla data di richiesta.

7



Il termine inizia a decorrere nuovamente dal momento della ricezione dei chiarimenti o elementi integrativi».

6. Dopo il comma 7 dell'art. 32 della L.R. 146/1996, modificato dall'art. 117 della L.R. 15/2004, è aggiunto il seguente:
«7bis. Entro trenta giorni dal ricevimento della nota di cui al comma 5, l'Ufficio Unico degli Acquisti può autorizzare l'Azienda sanitaria interessata ad espletare la procedura di aggiudicazione nel rispetto degli atti trasmessi, ovvero avvia, entro i successivi trenta giorni, la procedura di aggiudicazione».
7. Il comma 2 dell'art. 33 della L.R. 146/1996 è sostituito dal seguente:
«2. Può inoltre svolgere attività tendenti all'omogeneizzazione merceologica dei fabbisogni, delle procedure di acquisto e delle condizioni di fornitura, anche mediante la produzione di linee di indirizzo per la predisposizione del capitolato generale e di capitolati speciali-tipo ed anche mediante la tenuta di un albo regionale dei fornitori».

Art. 6

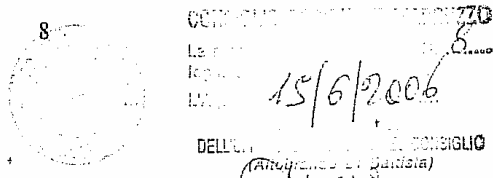
Modifica dell'art. 29 della L.R. 7/2002: Disposizioni finanziarie per la redazione del Bilancio annuale 2002 e pluriennale 2002-2004 della Regione Abruzzo (Legge Finanziaria 2002) come modificato dall'art. 99 L.R. 15/2004

1. Il punto 3 del comma 1 dell'art. 99 della L.R. 15/2004 è abrogato.
2. Il punto 4 del comma 1 dell'art. 99 della L.R. 15/2004 è sostituito dal seguente:
«4. I proventi derivanti dalle sanzioni di cui all'art. 21, comma 2, del D.Lgs. 19.12.1994, n. 758 recante: Modificazione della disciplina sanzionatoria in materia di lavoro, ed i proventi derivanti dalle sanzioni previste da altre disposizioni legislative nazionali vigenti in materia di prevenzione, sono introitati dalle ASL su apposito capitolo di entrata previsto negli strumenti di programmazione».
3. Il punto 5 del comma 1 dell'art. 99 della L.R. 15/2004 è sostituito dal seguente:
«5. Le somme di cui al punto 4 sono destinate per l'80% al Servizio del Dipartimento di Prevenzione che le ha prodotte; il restante 20% è trasferito alla Regione che lo destina ad iniziative di formazione e aggiornamento degli operatori della prevenzione. La somma così ripartita incrementa il budget economico riservato al Dipartimento di Prevenzione derivante dal Fondo Sanitario Regionale».
4. Il punto 6 del comma 1 dell'art. 99 della L.R. 15/2004 è sostituito dal seguente:
«6. La quota dei proventi di cui al punto 5 è finalizzata a:
 - a) acquistare i beni e gli strumenti necessari per il funzionamento dei servizi;
 - b) implementare la funzionalità dei servizi;
 - c) favorire la formazione degli operatori;
 - d) promuovere l'attività di assistenza alle parti sociali e alle aziende del territorio;
 - e) a costituire il fondo necessario alle posizioni organizzative previste dal CCNL degli operatori con qualifica di Ufficiale di polizia giudiziaria, di cui al comma 3, che svolgono prevalentemente le attività di cui al D.Lgs. 758/1994».

Art. 7

Dotazione dei posti letto e riordino rete ospedaliera regionale

1. Per la Rete Ospedaliera regionale il numero dei posti letto, di cui al comma 4 dell'art. 3



della legge 16 novembre 2001, n. 405, è fissato, nel rispetto dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 Rep. n. 2271, in 5.850 posti letto (4,5 p.l. per 1000 abitanti).

2. La Rete Ospedaliera regionale è ridefinita con legge entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, nel rispetto del vincolo fissato al comma 1 e con riguardo al riequilibrio dell'offerta di posti letto per acuti e per la lungodegenza e riabilitativa, al fine del rispetto degli obblighi di programmazione a livello regionale e per garantire l'effettività del processo di razionalizzazione delle reti strutturali ospedaliere e della domanda ospedaliera, nel rispetto della disciplina prevista dalla presente legge.

Art. 8

Ulteriori disposizioni per l'applicazione delle sanzioni amministrative in materia sanitaria di cui alla L.R. 47/1984

1. Il pagamento delle sanzioni amministrative nel caso di infrazioni al divieto di fumare, inflitte da organo non statale, in esecuzione della legge 16.1.2003, n. 3, è applicato secondo le modalità disciplinate dalla L.R. 19 luglio 1984, n. 47.
2. Il Sindaco del Comune nel cui ambito è commessa la violazione, è competente a ricevere il rapporto e ad applicare, le sanzioni nel caso non sia stato effettuato il pagamento in misura ridotta di cui agli articoli 16 e 17 della legge 689/1981.

Art. 9

Disciplina delle strutture socio sanitarie

1. Le strutture socio-sanitarie operanti nella Regione sono disciplinate dalle norme di cui agli art. 8-ter, 8-quater ed 8-octies del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e sue modifiche ed integrazioni; le stesse pertanto non sono sottoposte alle norme di cui alla L.R. 4 gennaio 2005, n. 2 recante: Disciplina delle autorizzazioni al funzionamento e dell'accreditamento di soggetti eroganti servizi alla persona.

Art. 10

Entrata in vigore

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo.

Attesto che il Consiglio regionale, con provvedimento n° 36/1 del 13.6.2006, ha approvato la presente legge.

L'Aquila, 14 giugno 2006

ADB/cm



IL PRESIDENTE

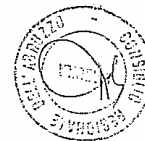
Handwritten signature of the President of the Regional Council of Abruzzo.



ALLEGATO A

PROTOCOLLO APPROPRIATEZZA DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA**Indice**

Capitolo	pag.
1. Introduzione	1
2. Logiche del Protocollo di Appropriatelyzza	4
3. Tipologie di ricoveri sottoposti a controllo di Appropriatelyzza	8
4. Schema sintetico delle attività di controllo dell'Appropriatelyzza	9
5. Metodologia complessiva per la valutazione dell'Appropriatelyzza dei ricoveri ordinari	10
6. Metodologia complessiva per la valutazione dell'Appropriatelyzza dei ricoveri Day Hospital (DH)	15
7. Allegato A1. Criteri di Appropriatelyzza dei ricoveri DH	19
8. Schema riassuntivo e simulazione – ricoveri ordinari	21
9. Schema riassuntivo e simulazione – ricoveri DH	22



1. Introduzione

Riferimenti normativi

I D.Lgs 502/92 e 517/93 e successive modificazione ed integrazioni stabiliscono tra i compiti della Regione l'organizzazione del sistema sanitario, l'individuazione dei criteri di finanziamento e la valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie. Inoltre il D.M. 15 aprile 1994 all'articolo 4 prevede che la Regione vigili sulla corretta applicazione da parte delle Aziende sanitarie del sistema di remunerazione ed in particolare sulla corretta compilazione delle SDO, sulla frequenza dei ricoveri anomali, sulla documentazione attestante prestazioni di ricovero, ambulatoriali e di diagnostica strumentale.

Si deve poi ricordare che la legge 23 dicembre 2000 n. 388 all' art 88 secondo comma da indicazione circa l'attivazione di un controllo analitico annuo di almeno il 2% delle cartelle cliniche e delle corrispondenti SDO in conformità a specifici protocolli di valutazione. di monitoraggio delle prescrizioni sanitarie, a salvaguardia della relativa appropriatezza.

Sempre ai fini della completa attuazione della normativa relativa alla gestione delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, nonché delle Zone territoriali e dei Presidi di alta specializzazione, si dovrà applicare il combinato disposto dell'art 52 comma 4, lettera d della Legge 289/2002 e art 3 comma 2 lettera c della Legge 405/2001.

Per quanto concerne la normativa regionale, con Deliberazione di Giunta Regionale (DGR) n. 269 dell'08.03.2005 è stato approvato il "Protocollo d'intesa per le verifiche ispettive" (di cui alla DGR n. 753 del 30.08.2004 – 7.Allegato A1 – punto 3.3.2) e, con DGR n. 831 del 29.08.2005, sono state apportate esplicitazioni ed integrazioni al suddetto protocollo.

Razionale

A seguito della crescita continua, negli ultimi decenni, della spesa sanitaria, le strategie di contenimento dei costi sono spesso state basate su una logica di *razionamento* delle risorse, ovvero su una riduzione diffusa dei servizi erogati a prescindere dall'utilità di questi ultimi per la collettività. Tuttavia, vi è unanime consenso sulla necessità di superare tale modello ed applicare una logica di *razionalizzazione* delle risorse, ovvero concentrare gli investimenti su quelle attività a maggiore efficacia o costo-efficacia, e depotenziare invece i servizi la cui utilità non risulta altrettanto elevata. Poiché una parte rilevante della spesa sanitaria è allocata alle attività ospedaliere, e dato che numerosi studi nazionali ed internazionali hanno documentato che una quota non indifferente dei ricoveri ospedalieri può essere considerata non necessaria¹, la valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri rappresenta un passaggio essenziale, prioritario, per poter conseguire il duplice obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e contribuire a ridurre i costi senza incidere sui servizi a disposizione del paziente, ovvero per poter mettere in atto un appropriato sistema di razionalizzazione delle risorse.

¹ Grover PL. Is inappropriate hospital care an inevitable component of the health care system? Med Care 1991;29:AS1.



E' utile notare, infatti, come il tema dell'appropriatezza, nelle sue articolazioni di appropriatezza clinica (definita come l'indicazione o l'effettuazione di un intervento sanitario in condizioni tali che le probabilità di beneficiarne superano i potenziali rischi) ed organizzativa (definita come il livello assistenziale - reparto per acuti, day hospital, ambulatorio specialistico, medicina di base - adeguato all'intervento sanitario clinicamente appropriato, in termini di sicurezza e di economicità nel consumo di risorse), sia non solo di attualità nel dibattito scientifico, ma anche oggetto delle specifiche norme legislative sopra citate, e sia inserita tra i principi e gli obiettivi di diversi Piani Sanitari Nazionali e Regionali. Si richiama, in particolare, l'esempio costituito dal D.P.C.M. 29/11/2001, Allegato 2C, ove sono elencati 43 DRG per i quali il ricovero in regime di degenza ordinario è considerato ad elevato rischio di inappropriatezza. In tali contesto, appare chiaro come l'appropriatezza clinica e l'appropriatezza organizzativa siano esplicitamente poste come obiettivo del SSN e delle aziende pubbliche e private accreditate e delle relative attività di promozione, formazione e controllo.

▪ **Finalità**

Le finalità del presente protocollo di valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri sono essenzialmente due, in rigorosa sequenza temporale. In prima istanza, le azioni previste mirano a quantificare la quota di ricoveri inappropriati per ogni struttura erogante sul territorio regionale, attraverso una metodologia di verifica duplice, che prevede il coinvolgimento delle stesse strutture controllate e degli organi di controllo centrali. In seconda battuta, una volta stabilito il sistema di controllo continuo di qualità, mediante una strategia volta a premiare le strutture che presentano i risultati migliori ed a penalizzare la valorizzazione dei ricoveri inappropriati, sarà possibile raggiungere l'obiettivo fondamentale, ovvero rendere il sistema sanitario regionale sempre più appropriato e liberare risorse da destinare al miglioramento di quei servizi, in particolare territoriali, per i quali si prevede un significativo aumento della domanda.



2. Logiche del Protocollo di Appropriatezza

A. Doppio sistema di controlli – Fiducia alle strutture eroganti e tutela verso comportamenti opportunistici

In precedenza, è stato accennato alla estrema complessità del processo di valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri. Oltre alle rilevanti problematiche metodologiche, infatti, una delle maggiori criticità è data dalla necessità che le attività di controllo siano attuate secondo modalità condivise, che possano ridurre in modo significativo la probabilità di nascita di contenziosi difficilmente sanabili tra gli organi di governo regionali e le strutture eroganti. Per tale motivo, e sulla base del principio generale dell'autocertificazione vigente in altri ambiti della pubblica amministrazione, il protocollo di valutazione ivi descritto prevede un doppio sistema di controlli: un controllo interno da parte delle strutture eroganti sui propri ricoveri, inserito nel sistema di qualità aziendale; ed un controllo esterno da parte della Regione, mirato essenzialmente alla verifica dell'affidabilità del controllo interno. In altri termini, il sistema poggia fondamentalmente sull'autovalutazione da parte delle strutture, aziendali, che vengono responsabilizzate e coinvolte direttamente nell'attività di valutazione. Tuttavia, sebbene in tal modo si intenda stabilire un rapporto di reciproca fiducia tra le parti in causa, è inevitabilmente prevista una forma di tutela della Regione verso eventuali comportamenti opportunistici o inadempienze nel controllo interno. E' quindi necessario un controllo esterno, effettuato sulla base di criteri oggettivi ed identici a quelli del controllo interno, che può verificare la corretta attuazione delle attività previste nel protocollo da parte delle strutture. Tale premessa è necessaria per comprendere una delle logiche fondamentali del sistema: nel caso in cui i risultati del controllo interno ed esterno concordino in modo sufficiente (entro gli ampi margini statistici più avanti specificati), i dati provenienti dalle strutture, ovvero i dati del controllo interno, vengono considerati validi *in toto*; nel caso, invece, in cui tali risultati discordino sensibilmente, ovvero in presenza di una lettura incorretta dei casi da parte della struttura erogante, viene previsto un'ulteriore verifica esterna e, se si riscontra ulteriore discordanza, sono ritenuti validi i dati provenienti dal solo controllo esterno, con una rilevante penalizzazione economica.

B. Criteri di appropriatezza oggettivi e basati su standard di riferimento internazionali

E' indubbio che, per permettere ad un tale sistema di funzionare correttamente, siano necessarie metodiche esplicite e di riconosciuta validità sia in ambiti nazionali che internazionali. Per ciò che concerne i criteri di appropriatezza dei ricoveri ordinari, lo strumento ad oggi ritenuto più affidabile e valido ², già utilizzato con successo in diverse

² McDonagh MS, Smith DH, Goddard M. Measuring appropriate use of acute beds. A systematic review of methods and results. Health Policy 2000;53:157-184.



regioni italiane tra cui Lombardia, Marche e Friuli Venezia Giulia, è sicuramente il Protocollo di Revisione dell'Uso dell'Ospedale, meglio noto come PRUO. Esso rappresenta l'adattamento italiano dell'Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) ³, promosso dall'Istituto Mario Negri e da un gruppo di lavoro coordinato dalla Regione Friuli Venezia Giulia ⁴. Relativamente al Manuale PRUO da utilizzare, sono presenti alcune versioni sul territorio nazionale, leggermente differenti tra loro poiché modificate in base alle esigenze degli esperti che hanno applicato il metodo PRUO nelle varie regioni d'Italia. Tra queste ultime, tuttavia, la Lombardia ed il Friuli Venezia Giulia sono le regioni che hanno adottato i criteri più rigorosi per l'applicazione di alcune (lievi) modifiche al Manuale PRUO e la successiva validazione dello stesso. Di conseguenza, il Manuale PRUO che viene applicato nella Regione Abruzzo sarà scelto con appropriata delibera tra una di queste due opzioni, sulla base delle indicazioni del gruppo di lavoro sull'appropriatezza. In breve, qualunque sia la versione, il PRUO permette di verificare se le condizioni cliniche del paziente e la necessità di assistenza o di utilizzo delle strutture ospedaliere giustificano il ricovero. Un'ammissione o una giornata di degenza sono giustificate (cioè appropriate) se fanno uso delle competenze e risorse tipiche dell'ospedale per acuti e se l'utilizzo è intensivo ed organizzato nel tempo in modo da limitare sprechi di risorse. L'inappropriatezza valutata dal PRUO non si riferisce alla necessità che il paziente sia sottoposto ad intervento sanitario o meno, bensì al fatto che la prestazione può essere erogata in strutture diverse ed alternative all'ospedale per acuti (lungodegenza, ambulatorio, domicilio, residenza protetta).

Per ciò che concerne, invece, i ricoveri effettuati in regime di Day Hospital, i criteri utilizzati per la valutazione di appropriatezza sono quelli, altrettanto oggettivi ma ancora più semplificati, riportati in 7. Allegato A1. Essi sono stati sviluppati in collaborazione con una commissione di esperti regionale, e saranno oggetto di continue verifiche annuali.

Infine, in via assolutamente sperimentale e non legata in alcun modo al sistema di calcolo delle sanzioni, la Regione prevede anche l'impiego del software di analisi della severità della casistica ospedaliera "Disease Staging", sviluppato a partire dagli anni '70 dal Prof. J.S. Gonnella ⁵, utilizzato in diversi studi in Italia ed anche in Abruzzo ⁶, ed impiegato in tutto il mondo, con diverse modalità, nei sistemi di valutazione della qualità dell'assistenza ospedaliera. Tale strumento permette un'analisi della tempestività e dell'inappropriatezza generica, pesata per la gravità clinica, su tutti i ricoveri ordinari, senza dover ricorrere al campionamento ed alla rilevazione manuale sulle cartelle cliniche. Esso sarà sperimentato per verificare la sua potenziale applicabilità alla realtà regionale ed il futuro impiego ai fini di migliorare la precisione del sistema di controllo nel calcolo delle sanzioni.

³ Gertman PL, Restuccia JD. The Appropriateness Evaluation Protocol: a technique for assessing unnecessary days of care. *Med Care* 1981;19:855.

⁴ Lattuada L, Francescutti C, Sampognaro E. L'appropriatezza dei ricoveri. Padova, Edizioni Vega, 2001.

⁵ Gonnella JS, Hornbrook MC, Louis DZ. Staging of disease. A case-mix measurement. *JAMA* 1984;251:637.

⁶ Manzoli L, Romano F, Schioppa F, Staniscia T, Vitullo F, Marasco G, Louis DZ, Gonnella JS. On the use of Disease Staging for clinical management: analysis of untimely admissions in the Abruzzo Region, Italy. *Italian Journal of Public Health* 2004;1:103.



C. Campionamento casuale – concetto di inferenza dei risultati del controllo al totale dei ricoveri

Poiché il metodo di rilevazione dell'appropriatezza si basa sulla revisione manuale delle cartelle cliniche da parte di esperti qualificati, l'esame della totalità dei ricoveri erogati sul territorio regionale comporterebbe un aggravio insostenibile sia per i nuclei valutativi delle strutture, al controllo interno, sia per gli ispettori del governo regionale. Si rende inevitabile, di conseguenza, ricorrere ad una tecnica di campionamento dei ricoveri da esaminare, che sono scelti con criterio casuale dalla ASR. Tuttavia, il campione deve raggiungere una numerosità sufficiente a renderlo statisticamente rappresentativo della totalità dei ricoveri, per poter effettuare una inferenza dei risultati ottenuti sul campione al complesso dei ricoveri effettuati. Risulta evidente, infatti, che tale inferenza è assolutamente necessaria per rendere il sistema realmente efficace; in caso le sanzioni fossero limitate ai soli ricoveri sottoposti a verifica, esse sarebbero talmente limitate da non rappresentare un incentivo sufficiente al miglioramento della qualità complessiva dell'assistenza. Applicando la formula standard ⁷, adottata anche dalla Regione Lombardia, è stato calcolato che un campione pari al 10% dei ricoveri ordinari – il 20% dei ricoveri DH – di ogni struttura può essere considerato nella grande maggioranza dei casi statisticamente significativo, ovvero permette di estendere i risultati ottenuti sul campione al totale dei ricoveri di quella struttura con un margine di errore considerato accettabile. In aggiunta a questo primo passaggio, cruciale, è da specificare che nel calcolare la sanzione, ovvero il numero dei ricoveri che non vengono valorizzati l'anno successivo, si adotta un'ulteriore metodologia finalizzata ad assicurare la massima garanzia di una corretta inferenza per le strutture sanzionate. Una volta ottenuta la percentuale di ricoveri inappropriati in ogni struttura, sulla base del numero delle cartelle revisionate al controllo interno vengono calcolati i limiti di confidenza inferiore e superiore al 95%, ovvero i margini di errore nell'inferire la quota di inappropriata sul totale dei ricoveri di quella struttura, e la sanzione non è basata sulla stima puntuale derivata dal campione bensì sul limite di confidenza inferiore. Questo passaggio aggiuntivo permette di essere ragionevolmente sicuri che nessun erogatore possa essere colpito in quantità superiore rispetto al proprio livello di inappropriata a causa del processo di campionamento. Adottando questa metodologia, quindi, si intende ridurre in modo rilevante le preoccupazioni, altrimenti fondate, relative ai limiti metodologici connessi a qualunque tipologia di indagine campionaria.

⁷ Formula:

$$n \geq \frac{(1.96)^2 \times N \times Py \times (1 - Py)}{[(N - 1) \times \epsilon^2 \times Py^2] + [(1.96)^2 \times Py \times (1 - Py)]}$$

Dove: n = campione da calcolare; N = numero dei ricoveri nella popolazione (ad es. 4000); Py = percentuale di inappropriata (ad es. 30%); ϵ = lo scarto che siamo disposti a tollerare tra la proporzione dell'evento nel nostro campione e quella nella popolazione generale (ad es. 15%). Nell'esempio fornito, i dati sarebbero di conseguenza inseriti:

$$n \geq \frac{(1.96 \times 1.96) \times 4000 \times 0.30 \times (1 - 0.30)}{[(4000 - 1) \times (0.2 \times 0.2) \times (0.3 \times 0.3)] + [(1.96 \times 1.96) \times (0.30) \times (1 - 0.30)]} = 363$$



D. Modalità di calcolo delle sanzioni – quota di inappropriatezza e affidabilità del controllo interno

Come in parte in precedenza accennato, sono previste sanzioni in caso siano riscontrate quote di ricoveri inappropriati. Il punto centrale di tutto il sistema, come detto, è dato dal fatto che tali sanzioni sono proporzionali alla percentuale di ricoveri inappropriati riscontrata in ciascuna struttura, e che, di conseguenza, non vengono sanzionate strutture che lavorano in modo adeguato. Tuttavia, il metodo di calcolo è notevolmente differente nel caso in cui la collaborazione al controllo da parte della struttura erogante sia stata efficace, ovvero vi sia concordanza tra il controllo interno ed esterno, rispetto al caso in cui il controllo interno sia risultato inadeguato. Nel primo caso, la struttura viene "premiata", poiché le sanzioni vengono calcolate sulla base del limite di confidenza inferiore della quota di inappropriatezza riscontrata al controllo interno, mentre nel secondo caso la struttura può essere penalizzata, poiché le sanzioni sono calcolate sulla base della stima puntuale, senza limite di confidenza, della percentuale di inappropriatezza riscontrata al controllo esterno (non essendo affidabile il dato del controllo interno).

Per le strutture private, le sanzioni consistono, per ciò che concerne i ricoveri ordinari, in una riduzione del numero di ricoveri valorizzati l'anno successivo, mentre per ciò che riguarda i DH, nel loro mancato pagamento. Per le strutture pubbliche, è identico il meccanismo ma, non essendo attuabile una forma di mancato pagamento, le sanzioni di cui sopra si traducono in uno spostamento di risorse di eguale entità dall'assistenza ospedaliera a quella territoriale.

Da quanto espresso si evince che, per una struttura privata, in caso di efficiente collaborazione dal parte della stessa nel processo di autovalutazione, le percentuali di ricoveri ordinari da non valorizzare l'anno successivo e di DH da non rimborsare sono pari, rispettivamente, ai limiti di confidenza inferiori delle percentuali di inappropriatezza di ricoveri ordinari e di ricoveri DH.

Similmente, per una struttura pubblica, in caso di efficiente collaborazione dal parte della stessa nel processo di autovalutazione, le percentuali di ricoveri ordinari e di DH (o meglio, il corrispondente valore economico) da trasferire dall'ospedale al territorio l'anno successivo sono pari, rispettivamente, ai limiti di confidenza inferiori delle percentuali di inappropriatezza di ricoveri ordinari e di ricoveri DH.

Al contrario, se le strutture, siano esse pubbliche o private, non collaborano efficacemente nel processo di autovalutazione, o mettono in atto comportamenti opportunistici, le percentuali di ricoveri ordinari e DH da ridurre/non rimborsare/trasferire sono pari alle quote di inappropriatezza, rispettivamente di ricoveri ordinari e DH, riscontrate al controllo esterno.



3. Tipologie di ricoveri sottoposti a controllo di appropriatezza.

Sono sottoposti a verifica di appropriatezza ed eventuale sanzione due tipologie di ricovero:

- A. Ricoveri ordinari per acuti, ad esclusione dei ricoveri attribuiti ai 43 DRG elencati nell'Allegato 2C del DPCM 29/11/2001, sotto riportati (per i quali è prevista una modalità di sanzione diretta); dei ricoveri in Unità Operative di Psichiatria ed Ostetricia; dei ricoveri effettuati da soggetti di età uguale od inferiore a 14 anni;
- B. Ricoveri effettuati in regime di Day Hospital medico, ad esclusione dei ricoveri attribuiti ai 43 DRG elencati nell'Allegato 2C del DPCM 29/11/2001, sotto riportati (per i quali è prevista una modalità di sanzione diretta); dei ricoveri in Unità Operative di Psichiatria ed Ostetricia; dei ricoveri effettuati da soggetti di età uguale od inferiore a 14 anni.

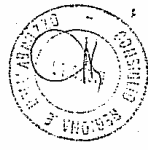
Nel capitolo seguente è riportato uno schema sintetico dell'insieme delle attività di controllo finora accennate. I capitoli successivi descrivono in maggiore dettaglio la metodologia seguita.

Elenco dei 43 DRG a rischio di inappropriata in base ai criteri esposti nell'Allegato 2C del D.P.C.M. 29/11/2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza), esclusi dal controllo di appropriatezza poiché oggetto di modalità di sanzione diretta.

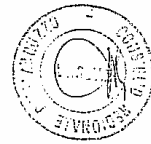
DRG	TIPO	NOME RIDOTTO	Tariffa ord.	Tariffa DH
6	C	Decompressione Tunnel Carpale	2910	1976
19	M	Mal. Nervi Cranici E Periferici Senza Cc	4828	463
25	M	Convulsioni E Cefalea, Eta' >17 Senza Cc	3967	475
39	C	Int. Su Cristallino Con O Senza Vitrectomia	3634	2296
40	C	Int. Extraoculari Escl. Orbita, Eta' >17	2816	1837
41	C	Int. Extraoculari Escl. Orbita, Eta' <18	2571	1769
42	C	Int. Intraoculari Escl. Retina, Iride E Cristallino	4730	2101
55	C	Miscellanea Int. Su Orecchio, Nasa, Bocca E Gola	3869	2049
65	M	Alterazioni Dell'equilibrio	3716	475
119	C	Legatura E Stripping Di Vene	3676	2110
131	M	Mal. Vascolari Periferiche Senza Cc	4731	438
133	M	Aterosclerosi Senza Cc	4224	447
134	M	Iperensione	3903	454
142	M	Sincope E Collasso Senza Cc	3493	470
158	C	Int. Su Ano E Stoma Senza Cc	3426	1413
160	C	Int. Emia Escl. Inguin. E Femor., Eta' >17 Senza Cc	4629	1738
162	C	Int. Emia Inguinale E Femorale, Eta' >17 Senza Cc	3584	1798
163	C	Int. Emia, Eta' <18	2566	1905
183	M	Gastroent., Miscell. Mal. Diger., Eta' >17 Senza Cc	3373	442
184	M	Gastroent., Miscell. Mal. Diger., Eta' <18	2444	517
187	M	Estrazioni E Riparazioni Dentali	3207	719
208	M	Mal. Vie Biliari Senza Cc	4333	444
222	C	Int. Su Ginocchio Senza Cc	5329	2861
232	C	Artroscopia	3826	2091
243	M	Affezioni Mediche Del Dorso	4213	468
262	C	Biopsia Mammella E Escis. Locale Non Per T.M.	3085	1788
267	C	Interventi Perianali E Pilonidali	3873	1522
270	C	Altri Int. Pelle, Sottocutanea E Mammella Senza Cc	3396	1541
276	M	Patologie Non Maligne Della Mammella	2664	507
281	M	Traumi Pelle, Sottocut. E Mammella, Eta' >17 Senza Cc	3115	627
282	M	Traumi Pelle, Sottocut. E Mammella, Eta' <18	2834	976
283	M	Mal. Minori Della Pelle Con Cc	5588	477
284	M	Mal. Minori Della Pelle Senza Cc	3304	454
294	M	Diabete Eta' >35	5004	434
301	M	Mal. Endocrine Senza Cc	3753	540
324	M	Calcolosi Urinaria Senza Cc	2914	429
326	M	Segni, Sintomi Rene E Vie Urinarie, Eta' >17 Senza Cc	4130	511
364	C	D&C, Conizzazione Escl. Per T.M.	2846	1447
395	M	Anomalie Dei Globuli Rossi, Eta' >17	6571	542
426	M	Nevrosi Depressive	4148	408
427	M	Nevrosi Escl. Nevrosi Depressive	3650	439
429	M	Disturbi Organici E Ritardo Mentale	5716	429
467	M	Altri Fattori Che Influenzano Lo Stato Di Salute	2931	532

4. Schema sintetico delle attività di controllo dell'appropriatezza dell'assistenza sanitaria - Regione Abruzzo.

Tipo Controllo	Metodo	Campione	Sanzioni *
<p>Controllo Interno (CI) C11. Congruenza Tracciato record ricoveri Controllo che i dati riportati sulla SDO concordino con quelli presenti sulla cartella clinica</p>	<p>Indicazioni nazionali Verifica congruenza SDO-cartella</p>	<p>Tale tipologia di controllo viene effettuata su tutti i ricoveri le cui cartelle sono sottoposte ai controlli</p>	<p>Vedere analogo tipologia di controllo in controllo esterno (CE1)</p>
<p>CI2. Appropriata su ricoveri ordinari A. Ricoveri ordinari (tutti i DRG esclusi U.O. Psichiatria, Ostetricia, 43 DRG a rischio inappropriata e soggetti di età < 14 anni) B. DH (con le esclusioni sopra citate e, in aggiunta, esclusi i DS)</p>	<p>A. PRUO B. Criteri regionali</p>	<p>A. 10% delle cartelle per ogni struttura, scelte da ASR casualmente. B. 20% delle cartelle per ogni struttura, scelte casualmente da ASR</p>	<p>Vedere CE2.A Vedere CE2.B</p>
<p>Controllo esterno (CE) CE1. Congruenza (generale) Tracciato record ricoveri Controllo che i dati riportati sulla SDO concordino con quelli presenti sulla cartella clinica</p>	<p>Indicazioni nazionali Verifica congruenza SDO-cartella</p>	<p>Tale tipologia di controllo viene effettuata su tutti i ricoveri le cui cartelle sono sottoposte ai controlli</p>	<p>A meno che non siano previste specifiche modalità di sanzione (ripartite nei punti successivi), se la pratica non è confermata: assegnazione ≠ DRG; ≠ durata degenza o tariffa DH.</p>
<p>CE2. Appropriata su ricoveri in altri DRG A. Ricoveri ordinari (tutti i DRG esclusi U.O. Psichiatria, Ostetricia, 43 DRG a rischio inappropriata e soggetti di età < 14 anni) B. DH (con le esclusioni sopra citate e, in aggiunta, esclusi i DS)</p>	<p>A. PRUO Disease Staging B. Criteri regionali</p>	<p>A. 2% delle cartelle, estratte casualmente da ASR tra quelle già controllate al controllo interno, il Disease Staging analizza tutte le SDO ed è usato a solo scopo sperimentale B. 4% delle cartelle, estratte casualmente da ASR tra quelle già controllate al controllo interno.</p>	<p>A. In ogni struttura: (Tot ricoveri con giornata d'ammissione inappropriata + (Totale giornate ricovero inappropriata / media durata ricoveri) / Tot ricoveri = % inappropriata, con inferenza su limite 95% inferiore (a meno di discordanza tra controllo interno ed esterno). Se, ad es. inappropriata 5% al controllo interno, la riduzione ricoveri per l'anno successivo sarà un valore di poco inferiore al 5%. B. I ricoveri inappropriati non vengono rimborsati, con inferenza su limite 95% inferiore (a meno che non vi sia discordanza tra controllo interno e esterno).</p>
<p>CE3. Misura di emergenza sui ricoveri ordinari 43 DRG inappropriati Ricoveri ordinari attribuiti ai 26 DRG medici compresi nell'elenco DPCM 29/1/2001 Ricoveri ordinari attribuiti ai 17 DRG chirurgici compresi nell'elenco DPCM 29/1/2001</p>	<p>.. ..</p>	<p>90% (il 10% di ricoveri ordinari è tollerato).</p>	<p>Corrispondente Tariffa DH. Corrispondente Tariffa DS</p>



Note: PRUO = Protocollo di Revisione di Utilizzo Ospedale, DH = Day Hospital, DS = Day Surgery.
 * Le sanzioni indicate si intendono riferite alle strutture sanitarie private. Le corrispondenti sanzioni per il pubblico saranno calcolate e re-distribuite a favore del territorio.



**5. Metodologia per la valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri per acuti
(Punti CI2.A e CE2.A nello schema di controlli di cui al capitolo 4)**

A. Fasi preliminari

1. La ASR organizza il corso PRUO che dovrà essere frequentato da 30 ispettori regionali da nominare con specifico atto regionale e da uno o due rappresentanti per ognuna delle 31 strutture sanitarie regionali, sia pubbliche che private. Il corso è privo di costo di iscrizione.
2. Una volta terminato il corso, i partecipanti ottengono la qualifica di "controllore PRUO" e possono svolgere ufficialmente l'incarico di controllo sulle cartelle in base alle modalità più avanti definite. Il corso prevede un esame finale, vincolante ai fini dell'assegnazione del certificato, che consiste, per ogni partecipante, in un'analisi dell'appropriatezza di un congruo numero di cartelle campione (minimo 20). I risultati dell'esaminando sono confrontati con quelli di riferimento (ottenuti dai docenti del corso) e dovranno concordare con essi ad un livello di almeno l'80% (K di Cohen sulla giornata di degenza ≥ 0.80 , calcolata secondo la formula standard ⁸⁾). In caso di mancato superamento dell'esame, esso deve essere ripetuto dal candidato respinto fino a quando egli non ottiene il punteggio di concordanza/affidabilità sopra riportato.
3. Ogni struttura regionale si impegna a fornire alla ASR almeno un candidato per il corso entro 30 giorni dall'approvazione del presente atto. Egli, una volta ottenuto il certificato, sarà la persona incaricata del controllo di appropriatezza interno alla struttura. In caso nessuno dei candidati di una struttura riesca a superare l'esame, tale struttura deve ricorrere ad uno dei 30 ispettori regionali, selezionato casualmente dall'ASR, dietro pagamento della tariffa di 145 euro ogni 5 ore di attività. Si raccomanda, pertanto, che ogni struttura, specialmente se con un numero annuo di ricoveri ordinari (con le esclusioni più avanti citate) superiore a 5000, invii due candidati al corso, in modo da avere a disposizione più di un controllore PRUO.

⁸ La formula viene derivata da una tavola di contingenza tra due valutatori:

Rilevatore 1	Rilevatore 2		Totale
	Giornate/ricoveri appropriati	Giornate/ricoveri inappropriati	
Giornate/ricoveri appropriati	A	B	G
Giornate/ricoveri inappropriati	C	D	H
Totale	E	F	I

$$K = \frac{\{[(A+D)/I] - \{[(A+B)/I] \times [(A+C)/I]\} + \{1 - [(A+B)/I]\} \times \{1 - [(A+C)/I]\}\}}{1 - \{[(A+B)/I] \times [(A+C)/I]\} + \{1 - [(A+B)/I]\} \times \{1 - [(A+C)/I]\}}$$

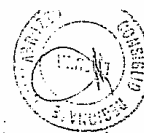


B. Fasi operative

1. Per ogni struttura, l'ASR seleziona in modo del tutto casuale, sulla base dei dati SDO, un campione di cartelle da sottoporre al controllo esterno pari al 2% del totale dei ricoveri ospedalieri per acuti, esclusi i ricoveri classificati nei 43 DRG a rischio di inappropriata (individuati secondo i criteri di selezione del DPCM 29/11/2001), i ricoveri delle U.O. di Psichiatria, di Ostetricia ed i ricoveri a soggetti di età inferiore a 1-4 anni.
2. In ogni struttura, tale campione di cartelle da sottoporre a controllo esterno viene esaminato in loco da due ispettori regionali (controllori PRUO), i quali svolgono un processo di revisione delle cartelle, secondo i criteri del Manuale PRUO. In breve, se la giornata d'ammissione risulta inappropriata al controllo, tutto il ricovero è considerato inappropriato e non si prosegue con l'esame delle altre giornate di ricovero. Se invece la giornata di ammissione è appropriata, si valutano tutte le giornate di ricovero e si segnalano quelle inappropriata nell'apposita scheda. E' da specificare che, se durante il controllo esterno una cartella tra quelle indicate dall'ASR non risulta reperibile, in mancanza di idonea ed ufficiale documentazione esplicativa di tale mancanza il ricovero corrispondente viene valutato inappropriato. Inoltre, i nominativi degli ispettori componenti il gruppo sono scelti in modo casuale, escludendo di volta in volta coloro che hanno residenza prossima al luogo ove la struttura oggetto della revisione è ubicata, e coloro che sono legati da rapporti di lavoro con la struttura stessa. Infine, una volta terminato il controllo esterno, che deve essere svolto in modo da evitare che il personale della struttura venga a conoscenza dei risultati, i controllori PRUO regionali sono tenuti ad un riserbo assoluto sugli esiti, pena l'immediata esclusione dal gruppo di valutatori e la revoca della qualifica.
3. Successivamente alla ricezione dei risultati del controllo esterno relativi a tutte le strutture regionali, l'ASR fornisce ad ognuna di esse un secondo elenco di cartelle da sottoporre, invece, al controllo interno. Questo nuovo campione di cartelle è pari all'10% del totale dei ricoveri, e tali cartelle sono estratte con modalità casuale, tuttavia includendo al proprio interno tutte le cartelle precedentemente sottoposte a controllo esterno. Tale campione è statisticamente rappresentativo del totale dei ricoveri, con un margine di inferenza minore del 10% sulla stima puntuale (ovvero largamente superiore agli standard accettati a livello internazionale, che sono quelli - estremamente conservativi - in seguito applicati).
4. Ogni struttura, una volta ricevuta la comunicazione da parte dell'ASR dei numeri di cartella da esaminare, si impegna a svolgere il controllo interno di appropriatezza su tali cartelle, avvalendosi del proprio controllore PRUO, il quale effettua la verifica di appropriatezza secondo i criteri elencati nello specifico Manuale PRUO fornito dall'ASR durante il corso, identici a quelli utilizzati dai controllori regionali nel controllo esterno. Il controllo interno viene svolto in cieco, nel senso che gli ispettori PRUO della struttura non



- devono essere a conoscenza dei risultati su quel 2% di cartelle già esaminato al controllo esterno.
5. Una volta concluso il controllo interno, la cui durata non deve superare i 45 giorni, ogni struttura si impegna ad inviare i risultati di ogni cartella revisionata, in formato digitale compilando l'apposito file fornito dall'ASR, sia al Direttore dell'ASR, sia al Direttore del Servizio Sanità Regionale. Se una struttura non invia i dati sul controllo interno alla ASR e Direzione Sanità entro 15 giorni dalla data concordata per il termine del controllo interno, viene svolto un sollecito e sono tollerati altri 15 giorni per l'arrivo dei dati. Una volta scaduto anche questo termine ulteriore, vengono considerati validi in tutto e per tutto i risultati ottenuti al controllo esterno e le sanzioni vengono basate su tali dati (modalità di sanzione straordinaria).
 6. Dopo aver ricevuto i dati del controllo interno, l'ASR dispone di due risultati distinti ottenuti sulle stesse cartelle (il 2% dei ricoveri totali, il 20% dei ricoveri soggetti a verifica interna). I primi risultati sono quelli ottenuti dai controllori PRUO regionali durante il controllo esterno, i secondi sono quelli ottenuti, sulle stesse cartelle, dal controllore PRUO della struttura regionale durante il controllo interno. I due output sono messi a confronto per ciò che concerne il numero di giornate inappropriate sui singoli ricoveri e, in caso di concordanza ≥ 0.60 (calcolata tramite statistica K), sono considerati validi, *in toto*, i dati sulla quota di ricoveri e giornate inappropriate forniti dalla struttura durante il controllo interno. Tali dati sono in seguito utilizzati per il calcolo delle eventuali sanzioni secondo la modalità ordinaria (descritta al punto C3). In caso, invece, i risultati del controllo esterno ed interno abbiano una concordanza minore di 0.60, viene considerata valida la quota di inappropriatezza riscontrata al controllo esterno e le eventuali sanzioni derivanti da tale quota di inappropriatezza sono calcolate secondo la modalità straordinaria (di cui al punto C4). Si precisa che ogni struttura deve avere a disposizione un proprio controllore certificato PRUO, il quale ha frequentato il corso regionale e, di conseguenza, possiede gli strumenti conoscitivi e le capacità tecniche per poter ampiamente soddisfare il requisito di 0.60 di concordanza rispetto ai valori degli ispettori regionali. Si fa notare, inoltre, come il gruppo responsabile del controllo esterno sia composto da 2 ispettori, per cui la possibilità di errore o di bias dovuto a variabilità inter-operatore risulta notevolmente ridotta.
 7. Quanto descritto al punto precedente è valido sempre, a meno che non si verifichi una situazione di anomalia epidemiologico-statistica, ovvero una concordanza tra controllo interno ed esterno ($K \geq 0.60$), ed una discrepanza superiore al limite di confidenza al 95% (inferiore, one-sided), tra la quota di inappropriatezza complessiva riscontrata al controllo interno e quella ottenuta al controllo esterno. Tale condizione, per l'appunto anomala, potrebbe sottendere ad un tentativo di comportamento opportunistico, poiché la percentuale di inappropriatezza dichiarata dagli ispettori delle strutture, risulta notevolmente più bassa rispetto a quella ottenuta, sebbene su un campione minore, dagli



ispettori PRUO regionali. In questo caso, e solo in questo caso, si rende quindi necessaria una ulteriore verifica: l'ASR procede ad un ulteriore controllo esterno su un terzo campione di cartelle, estratte casualmente tra quelle non sottoposte ad alcun controllo, di numero pari all'1% del totale dei ricoveri. Una volta terminato questo terzo controllo aggiuntivo (controllo di verifica straordinaria), la quota di inappropriatazza sarà pari alla stima puntuale di inappropriatazza ottenuta sommando i risultati del primo e secondo controllo esterno.

C. Calcolo delle eventuali sanzioni

1. Le eventuali sanzioni sono calcolate in modo distinto per ogni struttura e sono basate sulla percentuale di ricoveri inappropriati ottenuta dai controllori PRUO durante il controllo interno o, in caso di mancata concordanza tra i risultati del controllo interno ed esterno, le sanzioni sono basate sulla percentuale di inappropriatazza riscontrata al controllo esterno. Le percentuali di inappropriatazza, sia al controllo interno che esterno, vengono ricavate attraverso i seguenti passaggi:
 - a) calcolo del numero di ricoveri con giornata di ammissione inappropriata;
 - b) calcolo del numero complessivo di giornate di ricovero inappropriato riscontrate (escluse le giornate di ammissione);
 - c) calcolo della degenza media dei ricoveri ordinari nella struttura in esame;
 - d) divisione tra (b) e (c), in modo da ottenere una stima del numero di ricoveri inappropriati derivanti dal totale delle giornate inappropriato;
 - e) somma di (a) + (d), ottenendo la stima finale del numero di ricoveri inappropriati (ovvero, sia quelli derivanti da giornata di ammissione inappropriata, sia dal computo generale delle altre giornate di ricovero inappropriato);
 - f) divisione tra il numero totale di ricoveri ordinari (con le esclusioni citate) effettuati in quella struttura ed il numero finale di ricoveri inappropriati di cui al punto (e), ottenendo in tal modo la percentuale di inappropriatazza specifica della struttura. Questa "quota di inappropriatazza" serve come base per il calcolo della eventuale sanzione e la successiva inferenza di tale sanzione al totale dei ricoveri ordinari, come di seguito descritto in dettaglio.
2. Si hanno, a questo punto, le quote di inappropriatazza specifiche per ogni struttura. E' logico ritenere che si otterranno, per ogni struttura, due quote di inappropriatazza: quella riscontrata al controllo interno e quella riscontrata al controllo esterno. A questo punto, come già accennato, sono possibili due scenari:
3. Se la struttura ha ottenuto, nel controllo tra i risultati del controllo interno ed esterno, un coefficiente di affidabilità K dei propri risultati eguale o superiore a 0.60, si considera valida *in toto* la quota di inappropriatazza dichiarata al controllo interno. Vengono a questo punto calcolati i limiti di confidenza al 95% superiore ed inferiore di tale quota tramite la formula standard utilizzata dal programma statistico STATA,



versione 8.2 (STATA Corp. College Station, Texas, USA, 2003) ⁹. Una volta notosi il limite di confidenza inferiore della quota di inappropriatazza, l'anno successivo i ricoveri per tale struttura – se privata – dovranno essere ridotti di una percentuale pari a tale quota, e sarà valorizzato un massimo di ricoveri pari al numero di ricoveri nell'anno precedente diminuito di tale quota (modalità di sanzione ordinaria) – se la struttura è pubblica tale quota sarà moltiplicata per la valorizzazione complessiva dei ricoveri ordinari e, l'anno successivo, dovrà essere trasferita dal budget ospedaliero a quello territoriale.

4. Se la struttura ha ottenuto, nel controllo tra i risultati del controllo interno ed esterno, un coefficiente di affidabilità K dei propri risultati inferiore a 0.60, ovvero i propri risultati non possono considerarsi affidabili, si considera valida *in toto* la quota di inappropriatazza dichiarata al controllo esterno (stima puntuale). L'anno successivo i ricoveri di tale struttura – se privata – dovranno essere ridotti di una percentuale pari alla quota di inappropriatazza riscontrata al controllo esterno, e sarà valorizzato un massimo di ricoveri pari al numero di ricoveri dell'anno precedente diminuito di tale quota (modalità di sanzione straordinaria) – se la struttura è pubblica la quota di inappropriatazza riscontrata al controllo esterno sarà moltiplicata per la valorizzazione complessiva dei ricoveri ordinari e, l'anno successivo, dovrà essere trasferita dal budget ospedaliero a quello territoriale. Va infine ribadito che la modalità di sanzione straordinaria si applica anche nel caso di anomalia statistico-epidemiologica descritta al punto B7; caso in cui la quota di inappropriatazza su cui basare la sanzione sarà quella ottenuta dalla media pesata di entrambi i controlli interni, quello di routine e quello straordinario.

⁹ Formula:

Limiti di confidenza al 95% (95% CI) = $p \pm 1.96 \times \sqrt{[p \times (1-p)] / n} \times 100$

Ove p = percentuale di inappropriatazza nel campione, e n = numero di cartelle/giornate nel campione. Se, ad esempio, il campione è pari a 500 cartelle, con una quota di inappropriatazza pari al 25% (125 cartelle inappropriate), i parametri sono così inseriti:

95% CI = $0.25 \pm 1.96 \times \sqrt{(0.25 \times 0.75) / 500} \times 100 = 21.2\% - 29.0\%$.



**6. Metodologia per la valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri in Day Hospital (DH)
(Punti CI2.B e CE2.B' nello schema di controlli di cui al capitolo 4)**

A. Fasi preliminari

1. La ASR propone alcuni criteri di semplice verifica per il giudizio di appropriatezza dei ricoveri in DH medico. Questi criteri vengono aggiornati ogni anno e sono riportati in dettaglio nel **7. Allegato A1**.

B. Fasi operative

1. Per ogni struttura, l'ASR seleziona in modo del tutto casuale, sulla base dei dati SDO, un campione di cartelle da esaminare pari al 4% del totale dei ricoveri DH, esclusi i ricoveri classificati nei 43 DRG a rischio di inapproprietezza (individuati secondo i criteri di selezione del DPCM 29/11/2001), i ricoveri delle U.O. di Psichiatria, di Ostetricia ed i ricoveri a soggetti di età inferiore a 14 anni.
2. In ogni struttura, tale campione di cartelle da sottoporre a controllo esterno viene esaminato in loco da due ispettori regionali (controllori PRUO), i quali svolgono un processo di revisione delle cartelle, secondo i criteri riportati nel **7. Allegato A1**. E' da specificare che, se durante il controllo esterno una cartella tra quelle indicate dall'ASR non risulta reperibile, in mancanza di idonea ed ufficiale documentazione esplicativa di tale mancanza il ricovero corrispondente viene valutato inappropriato. Inoltre, i nominativi degli ispettori componenti il gruppo sono scelti in modo casuale, escludendo di volta in volta coloro che hanno residenza prossima al luogo ove la struttura oggetto della revisione è ubicata, e coloro che sono legati da rapporti di lavoro con la struttura stessa. Infine, una volta terminato il controllo esterno, che deve essere svolto in modo da evitare che il personale della struttura venga a conoscenza dei risultati, i controllori PRUO regionali sono tenuti ad un riserbo assoluto sugli esiti, pena l'immediata esclusione dal gruppo di valutatori e la revoca della qualifica.
3. Successivamente alla ricezione dei risultati del controllo esterno relativi a tutte le strutture regionali, l'ASR fornisce ad ognuna di esse un secondo elenco di cartelle da sottoporre, invece, al controllo interno. Questo nuovo campione di cartelle è pari all'20% del totale dei ricoveri DH, e tali cartelle sono estratte con modalità casuale, tuttavia includendo al proprio interno tutte le cartelle precedentemente sottoposte a controllo esterno. Tale campione è statisticamente rappresentativo del totale dei ricoveri, con un margine di inferenza minore del 10% sulla stima puntuale (ovvero largamente superiore agli standard accettati a livello internazionale, che sono quelli - estremamente conservativi - in seguito applicati).
4. Ogni struttura, una volta ricevuta la comunicazione da parte dell'ASR dei numeri di cartella da esaminare, si impegna a svolgere il controllo interno di appropriatezza su tali cartelle, avvalendosi di propri ispettori, i quali possono essere controllori PRUO come



- anche medici che non abbiano frequentato il corso PRUO. Essi effettuano la verifica di appropriatezza secondo i criteri elencati nel 7. Allegato A1, identici a quelli utilizzati dai controllori regionali nel controllo esterno. Il controllo interno viene svolto in cieco, nel senso che gli ispettori della struttura non devono essere a conoscenza dei risultati su quel 4% di cartelle già esaminato al controllo esterno.
5. Una volta concluso il controllo interno, la cui durata non deve superare i 45 giorni, ogni struttura si impegna ad inviare i risultati di ogni cartella revisionata, in formato digitale compilando l'apposito file fornito dall'ASR, sia al Direttore dell'ASR, sia al Direttore del Servizio Sanità Regionale. Se una struttura non invia i dati sul controllo interno alla ASR e Direzione Sanità entro 15 giorni dalla data concordata per il termine del controllo interno, viene svolto un sollecito e sono tollerati altri 15 giorni per l'arrivo dei dati. Una volta scaduto anche questo termine ulteriore, vengono considerati validi in tutto e per tutto i risultati ottenuti al controllo esterno e le sanzioni vengono basate su tali dati (modalità di sanzione straordinaria).
 6. Dopo aver ricevuto i dati del controllo interno, l'ASR dispone di due risultati distinti ottenuti sulle stesse cartelle (il 4% dei ricoveri DH totali, il 20% dei ricoveri soggetti a verifica interna). I primi risultati sono quelli ottenuti dai controllori PRUO regionali durante il controllo esterno, i secondi sono quelli ottenuti, sulle stesse cartelle, dall'ispettore/i della struttura regionale durante il controllo interno. I due output sono messi a confronto per ciò che concerne il numero di ricoveri inappropriati e, in caso di concordanza ≥ 0.60 (calcolata tramite statistica K), sono considerati validi, *in toto*, i dati sulla quota di ricoveri inappropriati forniti dalla struttura durante il controllo interno. Tali dati sono in seguito utilizzati per il calcolo delle eventuali sanzioni secondo la modalità ordinaria (descritta al punto C2). In caso, invece, i risultati del controllo esterno ed interno abbiano una concordanza minore di 0.60, viene considerata valida la quota di inappropriatezza riscontrata al controllo esterno e le eventuali sanzioni derivanti da tale quota di inappropriatezza sono calcolate secondo la modalità straordinaria (di cui al punto C3). Si precisa che i criteri di appropriatezza sono relativamente semplici ed oggettivi e si fa notare, inoltre, come il gruppo responsabile del controllo esterno sia composto da 2 ispettori, per cui la possibilità di errore o di bias dovuto a variabilità inter-operatore risulta notevolmente ridotta.
 7. Quanto descritto al punto precedente è valido sempre, a meno che non si verifichi una situazione di anomalia epidemiologico-statistica, ovvero una concordanza tra controllo interno ed esterno ($K \geq 0.60$), ed una discrepanza superiore al limite di confidenza al 95% (inferiore, one-sided), tra la quota di inappropriatezza complessiva riscontrata al controllo interno e quella ottenuta al controllo esterno. Tale condizione, per l'appunto anomala, potrebbe sottendere ad un tentativo di comportamento opportunistico, poiché la percentuale di inappropriatezza dichiarata dagli ispettori delle strutture risulta notevolmente più bassa rispetto a quella ottenuta, sebbene su un campione minore, dagli



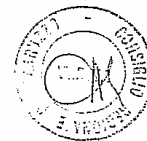
ispettori PRUO regionali. In questo caso, e solo in questo caso, si rende quindi necessaria una ulteriore verifica: l'ASR procede ad un ulteriore controllo esterno su un terzo campione di cartelle, estratte casualmente tra quelle non sottoposte ad alcun controllo, di numero pari all'1% del totale dei ricoveri. Una volta terminato questo terzo controllo aggiuntivo (controllo di verifica straordinaria), la quota di inapproprietezza sarà pari alla stima puntuale di inapproprietezza ottenuta sommando i risultati del primo e secondo controllo esterno.

C. Calcolo delle eventuali sanzioni

1. Le eventuali sanzioni sono calcolate in modo distinto per ogni struttura e sono basate sulla percentuale di ricoveri inappropriati ottenuta dai controllori durante il controllo interno o, in caso di mancata concordanza tra i risultati del controllo interno ed esterno, le sanzioni sono basate sulla percentuale di inapproprietezza riscontrata al controllo esterno. Si hanno, a questo punto, le quote di inapproprietezza specifiche per ogni struttura. E' logico ritenere che si otterranno, per ogni struttura, due quote di inapproprietezza: quella riscontrata al controllo interno e quella riscontrata al controllo esterno. A questo punto, come già accennato, sono possibili due scenari:
2. Se la struttura ha ottenuto, nel controllo tra i risultati del controllo interno ed esterno, un coefficiente di affidabilità K dei propri risultati eguale o superiore a 0.60, si considera valida *in toto* la quota di inapproprietezza dichiarata al controllo interno. Vengono a questo punto calcolati i limiti di confidenza al 95% superiore ed inferiore di tale quota tramite la formula standard utilizzata dal programma statistico STATA. Una volta noto il limite di confidenza inferiore della quota di inapproprietezza, l'anno successivo i ricoveri DH per tale struttura – se privata – dovranno essere ridotti di una percentuale pari a tale quota, e sarà valorizzato un massimo di ricoveri DH pari al numero di ricoveri DH nell'anno precedente diminuito di tale quota (modalità di sanzione ordinaria) – se la struttura è pubblica tale quota sarà moltiplicata per la valorizzazione complessiva dei ricoveri DH e, l'anno successivo, dovrà essere trasferita dal budget ospedaliero a quello territoriale.
3. Se la struttura ha ottenuto, nel controllo tra i risultati del controllo interno ed esterno, un coefficiente di affidabilità K dei propri risultati inferiore a 0.60, ovvero i propri risultati non possono considerarsi affidabili, si considera valida *in toto* la quota di inapproprietezza dichiarata al controllo esterno (stima puntuale). L'anno successivo i ricoveri DH di tale struttura – se privata – dovranno essere ridotti di una percentuale pari alla quota di inapproprietezza riscontrata al controllo esterno, e sarà valorizzato un massimo di ricoveri DH pari al numero di ricoveri DH dell'anno precedente diminuito di tale quota (modalità di sanzione straordinaria) – se la struttura è pubblica la quota di inapproprietezza riscontrata al controllo esterno sarà moltiplicata per la valorizzazione complessiva dei ricoveri DH e, l'anno successivo, dovrà essere trasferita dal budget



ospedaliero a quello territoriale. Va infine ribadito che la modalità di sanzione straordinaria si applica anche nel caso di anomalia statistico-epidemiologica descritta al punto B7; caso in cui la quota di inapproprietezza su cui basare la sanzione sarà quella ottenuta dalla media pesata di entrambi i controlli interni, quello di routine e quello straordinario.



7. Allegato A1. Criteri di appropriatezza dei ricoveri in Day Hospital (DH).

Le tipologie di DH medici sono riconducibili a due categorie: DH ad indirizzo prevalentemente diagnostico e DH ad indirizzo prevalentemente terapeutico.

1. DH diagnostici

Sono considerate appropriate due tipologie di DH diagnostici:

1.1. DH diagnostici che prevedono accertamenti con problemi di sicurezza, ovvero:

- a. esami strumentali in pazienti "a rischio", che richiedano un'osservazione per almeno 2 ore dopo l'esecuzione dell'esame (lo stato di paziente "a rischio" deve essere esplicitato in cartella e, sempre in cartella, deve essere registrata l'osservazione nelle 2 ore successive);
- b. esami che richiedano la somministrazione per via endovenosa di farmaci (esclusi i mezzi di contrasto per esami radiologici) e che necessitino di monitoraggio nelle 2 ore successive (il monitoraggio deve essere registrato in cartella);
- c. esami su pazienti che, per le particolari condizioni cliniche (come, per esempio, un rischio di shock anafilattico, di scompenso emodinamico o metabolico, etc.), richiedano un monitoraggio clinico (il tipo di rischio e il successivo monitoraggio devono essere documentati in cartella).

1.2. DH diagnostici effettuati per le specifiche condizioni cliniche del paziente, ove siano state effettuate prestazioni ambulatoriali (in linea generale almeno tre) in pazienti non collaboranti (es. pazienti geriatrici, pediatrici e affetti da demenza), che richiedono un'assistenza dedicata con il coinvolgimento di personale per i trasporti interni e l'assistenza continua.

2. DH terapeutici

Per la definizione di appropriatezza dei DH terapeutici si considerano i seguenti criteri:

1. effettuazione di chemioterapia, specie quando è necessario utilizzare (a) antiproliferativi per via endovenosa; (b) terapia di supporto associata (antiemetica, idratante, etc.) per via endovenosa;
2. effettuazione di terapia per via endovenosa che comporti uno dei seguenti problemi (la terapia marziale endovenosa di norma non costituisce indicazione all'uso del DH): (a) tempo di somministrazione superiore a 60 minuti; (b) necessità di sorveglianza/monitoraggio (clinico o strumentale) per più di 2 ore dopo la somministrazione; (c) necessità di eseguire esami ematochimici e/o ulteriori accertamenti nelle ore immediatamente successive alla somministrazione della terapia;



3. effettuazione di procedure terapeutiche invasive con problematiche di sicurezza.

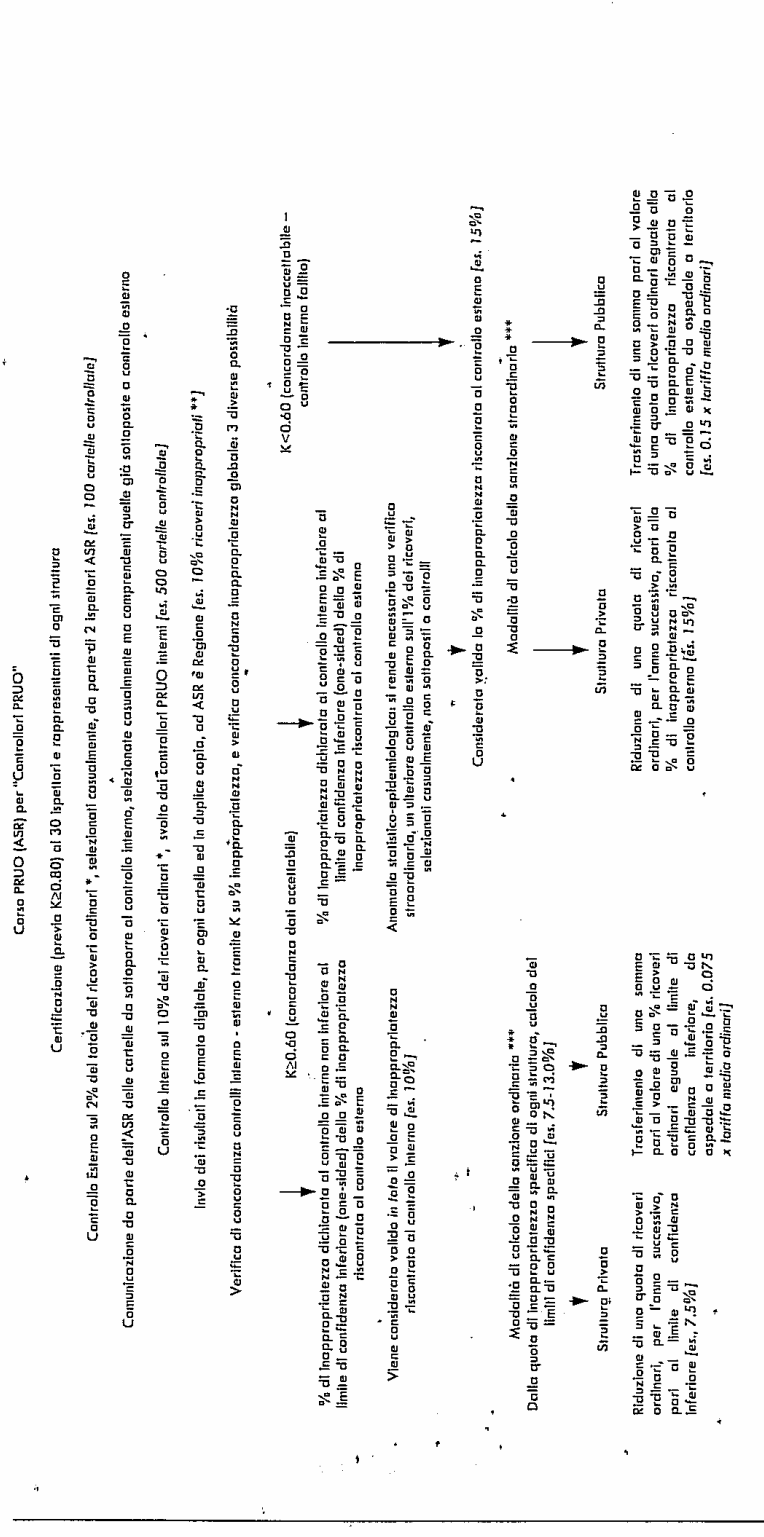
La terapia trasfusionale con sangue o emoderivati e il salasso terapeutico non contribuiscono di per sé indicazioni all'uso del DH, ma vanno effettuati in regime ambulatoriale.

Tutte le prestazioni che non rientrano nei criteri di appropriatezza esposti devono essere erogate in regime ambulatoriale.



8. Schema riassuntivo e simulazione (ricoveri ordinari * - CI2.A e CE2.A)

Parametri della simulazione: Totale di ricoveri ordinari nella struttura * = 5.000; Costo medio di ognuno di questi ricoveri=2000 euro; costo medio di ognuno di questi ricoveri in DH/DS=600 euro.



* Ad esclusione dei 43 DRG a rischio di inappropriata. Sono inoltre esclusi dal computo e dal controllo tutti i ricoveri effettuati dalle U.C. Psichiatrica, Ostetrica, e su soggetti di età < 14 anni.

** Calcolati secondo la seguente formula, in ogni struttura: (n. di ricoveri con giornata di ammissione inappropriata + (n. di giornate di ricovero inappropriato / degenza media nella struttura)) / Totale ricoveri in quella struttura.

*** Tutte le sanzioni ivi elencate si applicano a quelle eventualmente attribuite a seguito di altre tipologie di controllo.



9. Schema riassuntivo e simulazione (ricoveri DH * - C12.B e CE2.B)

Parametri della simulazione: Totale di ricoveri in DH nella struttura* = 1000; Costo medio di ognuno di questi ricoveri = 600 euro. Costo complessivo di questi ricoveri = 600.000 euro.

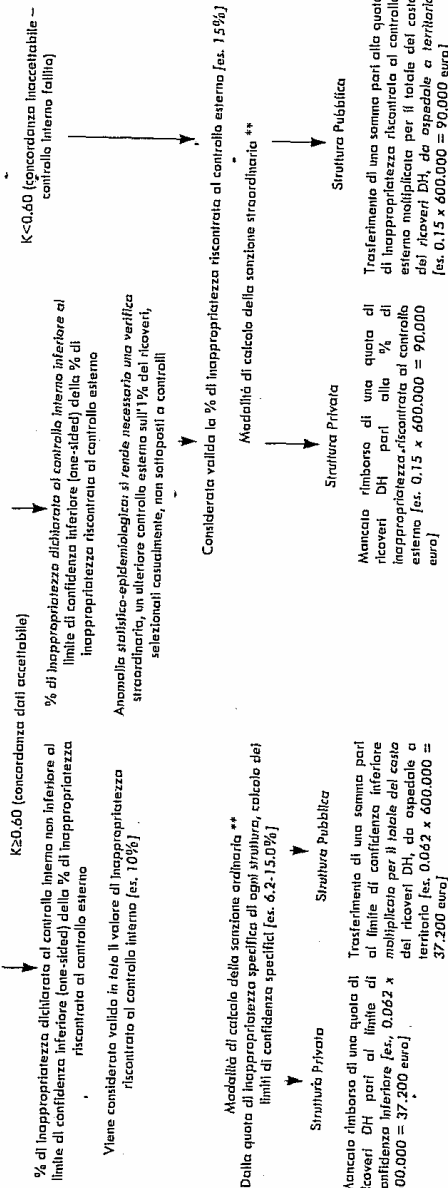
Controllo Esterno sul 4% del totale dei ricoveri DH *, selezionati casualmente, da parte di 2 Ispettorati ASP in base ai criteri specificati dalla Regione [es. 40 cartelle cartellaie]

Comunicazione da parte dell'ASR della cartelle da sottoporre al controllo interno, selezionate casualmente ma comprendenti quelle già sottoposte a controllo esterno

Controllo interno sul 20% dei ricoveri DH *, svolto dai controllori interni in base agli stessi criteri del controllo esterno [es. 200 cartelle cartellaie]

Invio dei risultati in formato digitale, per ogni cartella ed in duplice copia, ad ASR e Regione [es. 10% ricoveri DH inappropriati **]

Verifica di concordanza controlli interno - esterno tramite K su % inappropriata, e verifica concordanza inappropriata globale. 3 diverse possibilità



* Ad esclusione dei 43 DRG a rischio di inappropriata. Sono inoltre esclusi dal computo e dal controllo tutti i ricoveri effettuati dalle U.O. Psichiatrica, Otorinolaringoiatrica, e su soggetti di età < 14 anni.
** Tutte le sanzioni ivi elencate si aggiungono a quelle eventualmente attribuite a seguito di altre tipologie di controllo.



ALLEGATO B

LINEE-GUIDA SULLE ATTIVITA' CLINICHE A CICLO DIURNO

DAY HOSPITAL – DAY SERVICE - DAY SURGERY CHIRURGIA AMBULATORIALE

INDICE

1. PREMessa.....	24
2. DEFINIZIONI.....	26
3. DAY HOSPITAL.....	27
3.1. Finalità	
3.2. Caratteristiche	
3.3. Tipologie di day hospital	
3.4. Criteri di appropriatezza DH	
3.5. Disciplina dell'assistenza in day hospital	
4. DAY SERVICE.....	31
4.1. Indicazioni	
4.2. Obiettivi	
5. PACCHETTI AMBULATORIALI COMPLESSI.....	32
5.1. Costruzione del PAC	
5.2. Criteri di selezione dei problemi clinici	
5.3. Definizione della organizzazione della gestione dei PAC	
5.4. Il percorso del PAC	
6. DAY SURGERY.....	35
6.1. Obiettivi	
6.2. Modelli organizzativi	
6.3. Indicazioni per l'attivazione di unità di day surgery	
6.3.1. Criteri di selezione dei pazienti	
6.4. Il percorso in day surgery	
6.4.1. Fase di definizione del percorso assistenziale	
6.4.2. Fase di ammissione	
6.4.3. Fase di cura	
6.4.4. Fase di dimissione	
6.4.5. Fase di follow-up	
6.5. Somministrazione di farmaci	
6.6. Rapporti con il medico di medicina generale	
6.7. Indicatori per la valutazione delle attività e della qualità del day surgery	
7. CHIRURGIA AMBULATORIALE.....	42
8. REGOLAMENTAZIONE AZIENDALE DELL'ATTIVITÀ CLINICA A CICLO DIURNO.....	43
ALLEGATI	
Allegato B1 – NORMATIVE NAZIONALI E REGIONALI SULLE ATTIVITA' OSPEDALIERE A CICLO DIURNO	
Allegato B2 – AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGY (A.S.A.)	
Allegato B3 – LISTA DELLE PROCEDURE CHIRURGICHE ESEGUIBILI IN REGIME DI DAY SURGERY	
Allegato B4 – LISTA DELLE PROCEDURE CHIRURGICHE ESEGUIBILI IN REGIME AMBULATORIALE	
Allegato B5 – REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI DEL DAY HOSPITAL	
Allegato B6 – REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI DEL DAY SURGERY	



1. PREMESSA

Lo scopo delle presenti linee guida è quello di regolamentare le attività ospedaliere a ciclo diurno (day hospital, day service, day surgery, chirurgia ambulatoriale) fornendo alle Aziende Sanitarie pubbliche e alle strutture private accreditate indicazioni su:

- prestazioni erogabili;
- percorsi operativi e organizzativi;
- requisiti di appropriatezza;
- modalità di sviluppo dei regolamenti aziendali.

La logica di sviluppo e potenziamento dell'insieme delle attività a ciclo diurno risiede nel fatto che *non* è più il Cittadino che ricerca all'interno del sistema organizzativo ospedaliero le modalità per soddisfare la sua domanda di prestazioni diagnostiche e terapeutiche, adattandosi quindi al sistema già così costruito, quanto le strutture ospedaliere che identificano percorsi di fornitura di prestazioni finalizzate alla soluzione *non* della singola prestazione, ma alla conclusione della globalità delle prestazioni necessarie per raggiungere l'obiettivo di risposta al bisogno di salute, in tempi rapidi, razionalizzando l'uso delle risorse nei percorsi; *semplificando* al Cittadino l'accesso negli stessi percorsi, garantendo quindi continuità e razionalità di gestione assistenziale nei percorsi (*efficienza*), e attenzione alle specificità dei bisogni di salute individuali da recuperare (*efficacia*).

Inoltre il potenziamento delle attività a ciclo diurno trova la sua ragione d'essere nel processo di sviluppo dell'appropriatezza dei regimi assistenziali e di razionalizzazione dell'offerta ospedaliera.

Il regime di ricovero diurno (*Day Hospital*) consente infatti di garantire adeguati livelli qualitativi di assistenza con costi contenuti e contribuisce al miglioramento complessivo dell'efficienza operativa degli ospedali, nonché al miglioramento qualitativo e all'umanizzazione della cura malattia.

La stessa impostazione concettuale caratterizza il *Day Service* come un modello per attività specialistica ambulatoriale *programmabile* che comporta l'attivazione di interventi, articolati e interdisciplinari. Ciò consente di gestire situazioni cliniche complesse per le quali il ricovero, in regime ordinario e/o in Day Hospital risulta comunque inappropriato, pur essendo necessaria una presa in carico del paziente, finalizzata ad un inquadramento globale ed alla gestione assistenziale in tempi necessariamente brevi. La necessità dell'ottimizzazione dei tassi di ospedalizzazione e la parallela ricerca di un nuovo modello organizzativo per l'erogazione di prestazioni plurispecialistiche, ha dato una forte spinta all'applicazione di un modello di Specialistica Ambulatoriale, denominato **PAC**, ovvero **Pacchetto Ambulatoriale Complesso**. Tale modello assicura un percorso agevole ed efficiente, mutuando dal Day Hospital la concentrazione in tempi ristretti delle prestazioni erogabili.

Anche l'attività chirurgica, che negli ultimi anni ha subito notevoli trasformazioni legate all'innovazione tecnologica, farmacologia e organizzativa, deve orientarsi in misura crescente verso modelli organizzativi più vicini alle aspettative dei cittadini e fondati su principi di efficacia, efficienza e qualità.

La ricerca di nuove forme di assistenza alternative al ricovero ordinario, di uguale o maggiore efficacia, come attività **ambulatoriale chirurgica**, attività di **Day Surgery**, "**One Day Surgery**" nascono dall'esigenza di fondo di deospedalizzare, per quanto possibile, l'assistenza di tipo chirurgico. Questa tendenza è legata a diversi fattori, in primo luogo alla continua ricerca dell'efficienza a parità di efficacia clinica. Molte prestazioni di assistenza



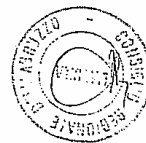
chirurgica, erogate da strutture di ricovero, risultano ad oggi sproporzionate per quanto concerne tempi, modalità di erogazione e quantità di prestazioni fornite e sarebbero sostituibili con altre erogate attraverso regimi assistenziali diversi.

Oltretutto un utilizzo inappropriato del regime di assistenza chirurgica in ricovero ordinario sottopone il paziente a rischi consistenti di complicanze legate all'ospedalizzazione prolungata. Un maggiore ricorso a regimi assistenziali alternativi include enormi vantaggi, a parità di efficacia clinica, consentendo di:

- **semplificare le procedure di accesso ai servizi,**
- **assicurare tempi di risposta più rapidi,**
- **ridurre le liste di attesa per gli interventi chirurgici,**
- **ottimizzare l'uso delle risorse.**

La dimissione nella stessa giornata dell'intervento (day surgery) tuttavia presuppone un'elevata qualità delle prestazioni, un'assoluta garanzia di sicurezza e un ripristino totale delle funzioni psico-fisiche del paziente al momento della dimissione.

Le presenti linee guide prendono naturalmente come base di riferimento le numerose normative sul tema emanate a livello nazionale a partire dal 1985 e a livello regionale dal 1998 (ALLEGATO B1).



2. DEFINIZIONI

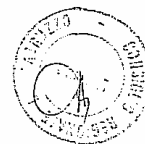
Day Hospital (DH): modello organizzativo ed operativo attuato in ambito ospedaliero e finalizzato al ricovero per l'erogazione di prestazioni di carattere diagnostico (eccezionalmente), terapeutico e riabilitativo. Il DH è caratterizzato da ricoveri o cicli di ricoveri in forma programmata, ciascuno della durata inferiore, di norma, alle 12 ore, con erogazione di prestazioni multiprofessionali o polispecialistiche, le quali non possono essere eseguite a livello ambulatoriale in quanto richiedono assistenza medica ed infermieristica protratta nell'arco della giornata o che non possono essere erogati in forma di Day Service per motivi di sicurezza del singolo paziente.

Day Service (DSer): modello organizzativo ambulatoriale alternativo al ricovero ordinario o in D.H., attraverso il quale si realizza la presa in carico del paziente da parte della struttura specialistica per la gestione di alcune situazioni cliniche, che necessitano di un insieme complesso di prestazioni ambulatoriali.

E' un modello centrato sul problema clinico e non sulla singola prestazione; con il sistema dei *Pacchetti Ambulatoriali Complessi* (PAC) si assicura una sorta di 2° livello nell'offerta di prestazioni ambulatoriali. Ne deriva la necessità di convertire in Day Service molti degli attuali Day Hospital Diagnostici ed alcuni dei Day Hospital Terapeutici le cui procedure sono già concordate.

Day Surgery (DS): modello organizzativo ed operativo attuato in ambito ospedaliero e finalizzato alla effettuazione di interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive, di norma della durata inferiore alle 12 ore, in anestesia locale, locoregionale o generale. La chirurgia a ciclo diurno non dovrebbe comprendere il pernottamento, il quale è comunque previsto nei casi di "one day surgery".

Chirurgia ambulatoriale: modello organizzativo ambulatoriale alternativo al ricovero ordinario o in D.S. per l'effettuazione di interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive praticabili senza ricovero e senza necessità di osservazione postoperatoria in studi medici, ambulatori o ambulatori protetti, in anestesia locale e/o locoregionale.



3. DAY HOSPITAL

3.1. Finalità

Il DH risponde a 4 esigenze fondamentali:

1- attivazione di un modello assistenziale che risulti di pari efficacia rispetto al ricovero ordinario garantendo la continuità assistenziale e la riduzione delle complicitanze legate all'ospedalizzazione prolungata;

2- umanizzazione dell'assistenza Il DH fornisce al paziente un trattamento appropriato evitando il ricovero notturno nei casi in cui ciò non sia strettamente richiesto o consigliato dal punto di vista clinico. Ciò facilita i pazienti e le loro famiglie dal punto di vista psicologico e sociale poiché il DH interferisce solo in maniera modesta con le abitudini di vita e consente una rapida ripresa delle proprie attività abituali;

3- razionalizzazione dell'assistenza Il DH permette all'organizzazione sanitaria di ottimizzare il consumo di risorse e di migliorare l'efficienza, riducendo il numero di ricoveri ordinari;

4- facilitazione del percorso assistenziale del paziente, ossia predefinire corsie preferenziali per la gestione programmatica di alcune situazioni cliniche, evitando l'interferenza delle stesse con i percorsi dei pazienti acuti.

3.2. Caratteristiche

L'attività assistenziale a ciclo diurno erogabile a livello di DH è caratterizzata organizzativamente da:

1. ricoveri programmati, costituiti da singoli accessi (giornate di presenza) o accessi ripetuti (cicli)¹⁰;
2. accessi giornalieri di durata non superiore alle 12 ore (con eccezione della day-surgery);
3. erogazione di prestazioni multispecialistiche e pluriprofessionali oppure di singole prestazioni particolarmente complesse e / o rischiose.

3.3. Tipologie di day hospital

Il DH medico, che può essere effettuato in tutte le UUOO, può essere classificato in due categorie:

- 1- DH ad indirizzo prevalentemente diagnostico
- 2- DH ad indirizzo prevalentemente terapeutico medico

- 1- DH ad indirizzo prevalentemente diagnostico: (effettuabile solo nei casi particolari elencati ed in tutti i casi in cui il Day Service non è un valido modello per i accertamenti diagnostici multispecialistici di particolare complessità e richiedenti particolari cautele per il paziente, per i quali si renda necessaria un'osservazione sanitaria in ambiente ospedaliero protratta per alcune ore (più di tre). Gli accertamenti diagnostici, siano essi diretti all'inquadramento o al follow-up di quadri morbosi

¹⁰ I day hospital (DH) ciclici sono ricoveri che prevedono più accessi. I DH ciclici possono essere solo di tipo terapeutico (per somministrazione di farmaci o trattamenti radioterapici) o riabilitativo. Un Ciclo prevede dunque una serie di accessi in giorni anche non consecutivi corrispondenti ad un piano di trattamento. Se il paziente effettua, all'inizio e/o alla fine di un ciclo casi definiti, degli accertamenti, i relativi accessi vanno inseriti in tale ciclo. Qualora tali accertamenti determinino la modifica del DRG producendo un DRG chirurgico costituiscono episodi di ricovero a sé



prespecificati, corrispondono a protocolli definiti a priori e autorizzati dall'Azienda Sanitaria e dalle Strutture private accreditate all'atto dell'istituzione del riconoscimento formale dei posti letto di DH.

Il DH ad indirizzo prevalentemente diagnostico deve avere carattere di assoluta eccezionalità in quanto meglio ricompreso nella tipologia del Day Service.

- 2- **DH ad indirizzo prevalentemente terapeutico medico:** è solitamente ciclico e finalizzato al ricovero di pazienti affetti da patologie che richiedono trattamenti con mezzi strumentali complessi o somministrazione controllata di farmaci particolari richiedenti particolari cautele per il paziente, per i quali si renda necessaria un'osservazione sanitaria in ambiente ospedaliero protratta per alcune ore (più di tre).

3.4. Criteri di appropriatezza DH

Ad ognuno delle tipologie di day hospital corrispondono specifici criteri di appropriatezza.

1- **DH ad indirizzo prevalentemente diagnostico**

Sono considerate appropriate due tipologie di day hospital (DH) diagnostici:

- quelli che prevedono accertamenti con problemi di sicurezza;
- quelli effettuati per le specifiche condizioni del paziente.

1.a Day hospital diagnostici che prevedono accertamenti con problemi di sicurezza

Sono considerati appropriati i day hospital per l'esecuzione di:

1. esami strumentali in pazienti "a rischio", che richiedano un'osservazione per almeno 2 ore dopo l'esecuzione dell'esame. (lo stato di paziente "a rischio" deve essere esplicitato in cartella e, sempre in cartella, deve essere registrata l'osservazione nelle 2 ore successive);
2. esami che richiedano somministrazione per via endovenosa di farmaci (esclusi i mezzi di contrasto per esami radiologici) e che necessitino di monitoraggio nelle 2 ore successive (il monitoraggio deve essere registrato in cartella);
3. esami su pazienti che, per le particolari condizioni cliniche (come, per esempio, un rischio di shock anafilattico, di scompenso emodinamico o metabolico, ecc.), richiedano monitoraggio clinico (il tipo di rischio e il successivo monitoraggio devono essere documentati in cartella).

1.b Day hospital diagnostici effettuati per specifiche problematiche del paziente

Essi riguardano l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali (in linea generale almeno tre) in pazienti non collaboranti che richiedono una assistenza dedicata con il coinvolgimento di personale per i trasporti interni e l'assistenza continua. A titolo esemplificativo si segnalano i pazienti geriatrici, pediatrici e affetti da demenza.

Tutto l'iter diagnostico che può essere effettuato con prestazioni ambulatoriali multiple non deve essere ricondotto al DH., ma (più correttamente) dovrà essere attivato a tal fine il Day Service, che rappresenta la possibilità clinica di effettuare prestazioni ambulatoriali multiple nello stesso giorno con la prescrizione su ricettario regionale e senza necessità di ricovero.

2- **Day hospital terapeutici**



Si considerano appropriati i DH terapeutici medici che corrispondono ai seguenti requisiti:

1. effettuazione di chemioterapia specie quando è necessario utilizzare:
 - antitumorali per via endovenosa;
 - terapia di supporto associata (antiemetica, idratante, ecc.) per via endovenosa;
2. terapia per via endovenosa che comporti uno dei seguenti problemi (la terapia marziale per via endovenosa di norma non costituisce indicazione all'uso del day hospital):
 - tempo di somministrazione maggiore di 60 minuti;
 - necessità di sorveglianza - monitoraggio (clinico o strumentale) per più di 2 ore dopo la somministrazione;
 - necessità di eseguire degli esami ematochimici e/o ulteriori accertamenti nelle ore immediatamente successive alla somministrazione della terapia.
3. procedure terapeutiche invasive con problematiche di sicurezza.

La terapia trasfusionale con sangue o emoderivati e il salasso terapeutico non costituiscono di per sé indicazione all'uso del day hospital, ma vanno effettuati in regime ambulatoriale.

3.5. Disciplina dell'assistenza in day hospital

1. Accettazione pazienti
2. Documentazione clinica
3. Dimissione del paziente
4. Rapporti con altri servizi dell'ospedale
5. Rapporti con il medico di base
6. Somministrazione di farmaci
7. Divieti
8. Dati per la valutazione delle attività

1) Accettazione dei pazienti

L'accettazione viene disposta da un medico dell'Unità Operativa cui appartiene il DH in base ad una richiesta di ricovero formulata dallo specialista ospedaliero o convenzionato o dal medico di medicina generale o pediatra di libera scelta. La gestione delle eventuali liste di attesa va fatta con appositi registri così come avviene per le prestazioni ambulatoriali ed i ricoveri ordinari.

2) Documentazione clinica

Per ciascun ricovero in DH deve essere assegnato un numero di ricovero e deve essere compilata una cartella clinica. Contestualmente deve essere compilata una scheda nosologica specifica. Tale documentazione è soggetta alle medesime norme e regolamenti che valgono per i ricoveri ordinari. Un day hospital ciclico corrisponde ad un solo ricovero e ad una sola scheda di dimissione.

3) Dimissione dei pazienti

Al termine del ricovero la dimissione viene effettuata secondo le stesse modalità previste per i ricoveri ordinari. In particolare, deve essere predisposta la lettera di dimissione da inviare al medico curante in modo da assicurare la continuità assistenziale.

Viene altresì compilata dal medico la SDO che è parte integrante della cartella clinica.



Nel trasferimento di paziente da un ricovero a regime diurno ad un ricovero a regime ordinario (e viceversa) di necessità il paziente dovrà essere dimesso con modalità "trasferito ad altro regime di ricovero" e quindi riaccettato con una nuova scheda nosocomiale con modalità di provenienza "proveniente da altro regime di ricovero".

4) Rapporti con gli altri Servizi dell'Ospedale

L'accesso dei pazienti ai servizi diagnostici e terapeutici ed alle consulenze eventualmente necessarie per il trattamento del caso in DH seguono la stessa organizzazione prevista per il ricovero ordinario.

5) Rapporti con il medico di medicina generale o PLS

Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta del paziente ricoverato in DH deve essere informato circa le attività assistenziali che vengono effettuate e aggiornato sulla situazione clinica mediante il modulo di "referto specialistico" o documento equipollente.

6) Somministrazione di farmaci

In relazione all'equivalenza delle attività prestate in regime di DH con le attività di ricovero ordinario la somministrazione di farmaci elargiti durante gli accessi giornalieri non è soggetta a partecipazione della spesa da parte del paziente mentre la dispensazione di farmaci ad uso domiciliare, necessari per il completamento terapeutico tra un accesso ed un altro, segue quanto disposto in materia di somministrazione diretta di farmaci.

7) Divieti

E' vietato effettuare, in regime di DH, singoli esami o prestazioni assistenziali svolte in via, estemporanea a pazienti non presi in carico regolarmente.

E' vietato effettuare ricoveri in regime di DH per i pacchetti considerati nel Day service a meno che il paziente non richieda un monitoraggio superiore alle 3 ore (esempio curva di sensibilità insulinica nel diabetico, terapia idratante nell'uremico in preparazione di esami radiologici, ecc.). Non possono rientrare nel DH le prestazioni di diagnostica strumentale che non facciano parte di un programma di interventi di tipo plurispecialistico.

Nel caso di erogazione di dette prestazioni in regime di DH, senza che ricorrano le predette condizioni, si deve procedere al recupero delle quote di partecipazione dovute dall'assistito in base alle vigenti norme sull'assistenza specialistica.

8) Dati per la valutazione dell'attività

L'attività di DH viene valutata in base ai dimessi ed alle giornate di presenza (o accessi). Il ricovero si apre con il primo giorno di presenza (data di ammissione) e si conclude con la data dell'ultimo contatto con il DH (data di dimissione). Per convenzione ed ai fini statistici, ogni anno vanno chiusi tutti i ricoveri ancora in atto al 31 dicembre e riaperti al primo accesso dell'anno successivo.

Le Aziende provvedono ad una verifica della coerenza dell'attività di DH svolta con le indicazioni contenute nel presente regolamento.



4. DAY SERVICE

4.1. Indicazioni

Le caratteristiche di questo modello sono state delineate in funzione di adeguata assistenza e gestione di:

- patologie a carattere di cronicità che richiedano frequenti monitoraggi per mantenere equilibri di compenso e stabilità, prevenendo episodi critici/di acuzie della stessa patologia cronica;
- situazioni cliniche non croniche, ma complesse sul piano dell'inquadramento diagnostico, in soggetti con patologie associate invalidanti e/o per i quali sia necessario escludere danni secondari importanti.

N.B. L'esecuzione di procedure invasive o che richiedano una sorveglianza infermieristica del paziente superiore alle 3 ore esclude la possibilità di ricorrere a tale modello.

4.2. Obiettivi

Il Day Service nasce come un modello per attività specialistica ambulatoriale **programmabile** che comporta l'attivazione di interventi, articolati e interdisciplinari. Vuole essere funzionale alla necessità di gestione di alcune situazioni cliniche complesse per le quali il ricovero, in regime ordinario e/o in Day Hospital, risulta inappropriato ma tali da richiedere, comunque, una presa in carico del paziente, per un inquadramento globale e la definizione della relativa gestione assistenziale in tempi necessariamente brevi.

Gli obiettivi possono pertanto essere individuati nei seguenti:

- Migliorare l'appropriatezza dell'uso delle risorse con conseguente riduzione dell'attività "inappropriata" in regime di Day Hospital per trasferimento della stessa in regime ambulatoriale, mantenendo i contesti organizzativi di riferimento per la presa in carico del Cittadino e non inducendo, quindi, ulteriori disagi nel sistema interessato.
- Migliorare la qualità del servizio reso all'utente
- Garantire la continuità assistenziale e quindi buon grado di soddisfazione per il Cittadino;
- Ridurre i tempi di attesa delle attività ambulatoriali e della lista di attesa per il ricovero.
- Migliorare la qualità della pratica clinica in Azienda (Evidence Based Medicine), promuovendo la condivisione di comportamenti assistenziali controllati (percorsi individuati e condivisi da specialisti in ambiti disciplinari trasversali in Azienda) e l'integrazione ed il confronto tra i Medici di Medicina Generale ed i Medici Specialisti Ospedalieri



5. PACCHETTI AMBULATORIALI COMPLESSI

Il PAC è un "Pacchetto" di prestazioni **ambulatoriali**, gestite dal Medico Specialista, che permette all'utente di essere inquadrato in breve tempo dal punto di vista diagnostico, bypassando la prassi burocratica che si interpone tra la richiesta del Medico di Medicina Generale, e l'effettuazione delle prestazioni, ricalcando, in tal modo, un percorso analogo a quello di un ricovero in Day Hospital.

5.1. Costruzione del PAC

Un PAC deve prevedere in uno specifico schema l'insieme delle prestazioni distinte per branca specialistica che, sulla base documentata dell'EMB e/o dell'esperienza clinica, sono necessarie per la gestione di uno specifico problema clinico. Le prestazioni dovranno essere organizzate definendo precise tappe di verifica dell'iter per la definizione degli accertamenti ulteriori necessari.

Per ciascuno schema dovrà essere predefinito il tempo massimo compatibile con le condizioni cliniche per l'accesso tempestivo al PAC e, in accordo con le Unità Operative coinvolte, per la "chiusura" del pacchetto. Di regola il PAC dovrà avere una durata inferiore a 1 mese.

Nell'ambito di ciascun Dipartimento c/o Distretto verrà individuato un gruppo di lavoro per la verifica delle proposte di PAC (redatte su apposita modulistica, Modello PAC), che saranno sottoposte alla approvazione formale della Direzione Medica di Presidio in caso di PAC ospedaliero o della Direzione Distrettuale in caso di PAC poliambulatoriale.

Per ciascun PAC approvato sarà elaborata una Scheda di PAC ove verranno registrate le prestazioni effettivamente erogate.

5.2. Criteri di selezione dei problemi clinici

I problemi clinici per i quali si ritiene utile l'individuazione di un PAC devono essere caratterizzati da:

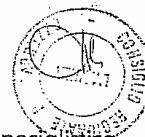
- frequenza nella popolazione (alcuni PAC potranno avere un bacino d'utenza regionale);
- non urgenza;
- prestazioni multiple c/o complesse (laboratoristiche, strumentali, consulenze) da articolare nel tempo coerentemente con l'iter clinico e riducendo al minimo il numero di accessi dell'utente;
- non necessità di sorveglianza medica ed infermieristica (fatto salvo quanto previsto per specifiche procedure ambulatoriali).

Pertanto possono essere predisposti dei PAC per la definizione diagnostica di nuove patologie, il follow-up post-dimissione (fatta salva l'erogazione delle prestazioni post-dimissione connesse al ricovero), l'approfondimento a seguito di accesso al Pronto Soccorso e il monitoraggio di patologie ricorrenti o croniche.

5.3. Definizione della organizzazione della gestione dei PAC

L'Azienda dovrà procedere alla definizione puntuale dei vari aspetti organizzativi relativi alla gestione dei PAC; in particolare andranno identificati:

- un gruppo di lavoro dipartimentale o interdipartimentale con coordinamento da parte delle Direzioni Mediche di Presidio / Direzioni dei Distretti;



- un responsabile dipartimentale;
- il sistema di prenotazione che andrà direttamente gestito dalla struttura specialistica erogante;
- la precisa collocazione nell'ambito delle strutture ospedaliere / poliambulatoriali;
- il personale dedicato;
- il collegamento con i servizi diagnostici con l'attribuzione di posti riservati.

5.4. Il percorso del PAC

La modalità di effettuazione del PAC è così strutturata:

1. **Fase dell'apertura** del PAC. E' la fase in cui viene compilata la scheda-PAC con i dati dell'utente, l'eventuale esenzione, *gli esami da effettuare*.

È decisa dal medico specialista della struttura, che assume la responsabilità in merito alle gestioni dell'iter diagnostico, sia a seguito di richiesta di uno specialista sia su richiesta di un medico di medicina generale o di un pediatra di libera scelta. Queste richieste vanno fatte su ricettario regionale come richiesta alla struttura di visita specialistica per il problema clinico cui si riferisce il PAC.

L'accesso alla visita di apertura del PAC avviene tramite apposita agenda distinta da quella dell'attività ambulatoriale ordinaria e con uno specifico tempo massimo di attesa.

Alla prima visita il medico referente del PAC:

- individua lo specifico iter del paziente nell'ambito delle prestazioni previste dal PAC e le segnala sull'apposita Scheda PAC;
- attiva la Cartella ambulatoriale.

2. Fase di comunicazione/esecuzione degli esami richiesti e successiva refertazione

Al momento dell'effettuazione delle diverse prestazioni, l'utente ritira presso la struttura che gestisce il PAC la cartella ambulatoriale prima della prestazione e la riconsegna al termine della stessa.

3. **Fase della valutazione dei referti:** potrebbe essere seguita dalla fase successiva oppure "arricchire" la fase 1 qualora si ravvisasse la necessità di ulteriori accertamenti diagnostici; in tal caso il paziente ripercorre la fase 2.

Si tenga presente che:

eventuali prestazioni aggiuntive a quelle previste nel PAC potranno essere effettuate solo se attinenti al problema clinico che ha richiesto l'attivazione dello stesso.

4. **Fase della formulazione diagnostica definitiva e della chiusura** del PAC con il pagamento del Ticket, che avviene in un solo momento per tutte le prestazioni eseguite (eccezion fatta per gli utenti esenti).

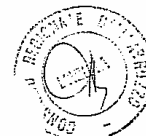
Al termine dell'iter previsto lo specialista responsabile del PAC procede a:

- verificare la completezza dell'iter;



- redigere una relazione conclusiva per il medico di medicina generale o pediatra di libera scelta;
- vistare lo Schema di PAC per il pagamento del ticket e per l'addebito all'Azienda di residenza (fatta eccezione per gli utenti esenti);
- consegnare all'utente la relazione conclusiva e la documentazione clinica in originale dopo il pagamento del ticket se dovuto;
- archiviare la cartella ambulatoriale in analogia a quanto viene fatto per la cartella clinica di day hospital.

5. Fase di invio della documentazione-PAC. Non riguarda l'utente ma esclusivamente l'Azienda: SDO, scheda-PAC, cartella clinica vengono inviate all'Unità di Statistica Sanitaria per l'analisi di verifica dei risultati della sperimentazione
In accordo con l'ASL di competenza i PAC potranno essere erogati anche dalle strutture private nell'ambito dei budget concordati e con protocolli validati dalle ASL.



6. DAY SURGERY

6.1. Obiettivi

- Implementare e sviluppare un modello assistenziale di efficacia e sicurezza per il paziente pari all'assistenza chirurgica eseguita in regime di ricovero ordinario
- Umanizzare l'assistenza, ossia fornire al paziente un trattamento appropriato in ambiente protetto, evitando il ricovero notturno nei casi in cui ciò non sia strettamente richiesto/consigliato dal punto di vista clinico
- Garantire ai pazienti la continuità assistenziale e la riduzione delle complicanze legate al ricovero prolungato in ospedale
- Implementare l'erogazione di un maggior numero prestazioni eseguibili in regime di Day Surgery al fine di utilizzare in maniera più appropriata il regime di ricovero ordinario e ridurre le liste di attesa
- Razionalizzare l'assistenza, ossia permettere all'organizzazione sanitaria di ottimizzare il consumo di risorse e di migliorare l'efficienza

6.2. Modelli organizzativi

Le attività di day-surgery possono essere effettuate secondo tre possibili modelli organizzativi:

- A) **Unità autonome dedicate;**
- B) **Unità integrate;**
- C) **Posti letto dedicati.**

A. Unità autonome dedicate

Strutture mono o multidisciplinari, indipendenti dal punto di vista strutturale, amministrativo e gestionale, dotate di sale operatorie e spazi di degenza esclusivamente dedicati alla day-surgery, post all'interno di istituti di ricovero pubblici o privati caratterizzate da:

- presenza di sale operatorie e spazi per la degenza dedicati;
- personale dedicato;
- autonomia gestionale ed organizzativa;
- inserimento in un'ottica di tipo dipartimentale o interdipartimentale;
- entità significativa della casistica trattata.

B. Unità integrate

Unità mono o multidisciplinari presenti esclusivamente all'interno di strutture di ricovero pubbliche e private, intese, ai sensi del D.Lgs. 229/99, quali articolazioni di una struttura complessa (unità operativa o dipartimento).

Le caratteristiche principali di tali strutture sono:

- presenza di spazi di degenza dedicati;



- utilizzo di sale operatorie centralizzate con sedute dedicate, secondo turni e giorni della settimana prestabiliti.

C. Posti letto dedicati

Presenza di posti letto dedicati alle attività di day surgery all'interno di unità di degenza ordinaria, con utilizzo di sale operatorie centralizzate, secondo orari e giorni della settimana prestabiliti.

I posti letto devono essere chiaramente ed esclusivamente destinati alla day-surgery e la pianificazione dell'attività chirurgica deve essere nettamente distinta dall'attività di chirurgia ordinaria.

Per coprire particolari necessità assistenziale dei ricoveri che richiedono un pernottamento e, comunque, per gli interventi e le procedure contrassegnati con l'asterisco nell'elenco incluso nelle presenti linee guida, ci si può avvalere della day surgery seguita da pernottamento nell'ambito di unità di day surgery, monospécialistica o plurispécialistica, poste all'interno di una struttura di ricovero a ciclo continuo o di unità autonome dedicate.

L'aspetto maggiormente innovativo di questi modelli organizzativi appare legato alle Unità Autonome Dedicato. Secondo questo modello le strutture (spazi per la degenza e sale operatorie) e il personale vengono gestiti in maniera autonoma rispetto alla strutture di ricovero ordinario.

Questa autonomia si spinge addirittura a progettare unità esterne alle strutture di ricovero e collegate ad un presidio ospedaliero da percorsi dedicati ("free standing off campus").

In questa fase di riordino del sistema ospedaliero abruzzese non viene prevista l'attivazione di tale modalità di erogazione delle prestazioni in day surgery.

6.3. Indicazioni per l'attivazione di unità di day surgery

L'avvio delle attività di Day surgery dovrà essere inquadrato nella generale riorganizzazione del settore chirurgico con riferimento alla logica dipartimentale. Si dovranno prevedere le necessarie integrazioni funzionali fra unità operative, dipartimenti e presidi.

6.3.1. Criteri di selezione dei pazienti:

La selezione dei pazienti candidati alla Day surgery viene effettuata dal chirurgo insieme all'anestesista, in base a criteri clinici, logistici e socio-familiari.

Criteri clinici.

Per la selezione dei pazienti vengono applicati i criteri della classificazione ASA (American society of anesthesiology) che prevede la distinzione dei pazienti chirurgici in cinque classi e che può essere di guida nella selezione dei pazienti (**ALLEGATO B2**).

In questa prima ripartizione vengono considerati candidati possibili i pazienti appartenenti alle prime due classi, ossia pazienti in buone condizioni generali (I classe) e pazienti con malattie sistemiche minori che non interferiscono con le normali attività, nonché quelli con affezioni mediche ben controllate dalla terapia (classe II). I pazienti in ASA III trovano indicazione, previo accordo fra anestesista e chirurgo, quando la patologia di base



è stabilizzata con trattamento idoneo e l'intervento non interferisce con la patologia medesima.

L'indicazione alla day surgery, quindi, va considerata in rapporto alle condizioni generali del paziente, delle malattie sistemiche concomitanti, e posta in relazione anche ai progressi scaturiti dall'introduzione di nuovi farmaci e tecniche anestesiológicas che consentono una progressiva elevazione del limite di età.

La durata degli interventi chirurgici e delle procedure interventistiche non dovrebbe essere superiore ad un'ora.

In **ALLEGATO B3** è riportata la lista delle procedure chirurgiche eseguibili in regime di day surgery.

Criteria logistici e socio-familiari.

Relativamente alla struttura logistica è preferibile che la residenza del paziente non sia lontana rispetto all'ospedale e comunque la distanza o il tempo di percorrenza debbono essere tali da permettere un tempestivo intervento in caso di necessità. In ogni caso il tempo di percorrenza dovrebbe essere compreso entro un'ora di viaggio. Deve inoltre esistere la possibilità per i pazienti di essere assistiti durante il ricovero e dopo l'intervento da un familiare, opportunamente istruito, che si dovrà far carico di accompagnare il paziente presso la propria abitazione e garantire tutta l'assistenza necessaria, soprattutto nelle prime 24 ore dall'intervento.

Ulteriore requisito per la selezione dei pazienti è rappresentato dalla certezza di comunicare telefonicamente con l'ospedale.

6.4. Il percorso in day surgery

6.4.1. Fase di definizione del percorso assistenziale

L'assistenza in regime di day-surgery si caratterizza per un "insieme" predefinito di trattamenti, che comprende sia gli esami e le vie preoperatorie, sia l'intervento chirurgico, sia i controlli postoperatori, indipendentemente dall'effettivo numero di accessi. Un obiettivo fondamentale del percorso in day-surgery è quello di effettuare tutte le prestazioni necessarie in un numero limitato di accessi e possibilmente in un'unica sede. Il percorso del paziente eleggibile per il trattamento in day-surgery, successivamente alla prima visita specialistica, prevede di norma tre accessi:

Primo accesso:

- accoglienza, raccolta dati anagrafici
- individuazione tutore/accompagnatore
- valutazione anestesiology e chirurgia
- acquisizione del consenso informato
- indagini preoperatorie
- apertura cartella clinica
- apertura S.D.O

Secondo accesso: verifica delle condizioni cliniche

- intervento chirurgico
- dimissione
- pianificazione del follow up

Terzo accesso:



- • follow up, che comprende una o più controlli ambulatoriali, rintracciabili nella cartella clinica (parte integrale del processo assistenziale)
- • chiusura SDO (la chiusura della SDO corrisponde alla data dell'ultimo accesso previsto dal ciclo assistenziale).

Ai fini del calcolo della degenza media, del tasso di utilizzo dei posti letto e degli indici di performance viene considerato come giorno di ricovero soltanto l'accesso relativo all'esecuzione dell'intervento e/o della procedura chirurgica.

6.4.2. Fase di ammissione

Devono essere formulate le procedure di ammissione del paziente in base a criteri di appropriatezza, alla valutazione clinica ed alle condizioni logistiche e familiari, tenendo conto della tipologia e complessità del modello organizzativo della struttura.

6.4.3. Fase di cura

E' la fase più delicata di tutto il processo.

Dovranno essere adottati:

- • protocolli assistenziali differenziati per patologia
- • protocolli per la profilassi e/o terapia farmacologica
- • monitoraggio perioperatorio e sorveglianza post-anestesiologica

Gli interventi effettuati debbono essere riportati su apposito registro nel quale debbono essere indicati:

- • fondamentali elementi identificativi del paziente;
- • la diagnosi, la procedura eseguita e il tipo di anestesia;
- • l'ora di inizio e fine della procedura;
- • i nominativi e la qualifica degli operatori;
- • le complicanze immediate.

Data l'equivalenza del ricovero in day surgery con quello ordinario, l'accesso dei pazienti ai servizi diagnostici e terapeutici e alle consulenze necessarie segue una organizzazione prevedendo canali preferenziali per favorire l'effettuazione dei diversi interventi specialistici in un unico accesso.

Il paziente ricoverato in day surgery che non può essere dimesso nell'arco della giornata rimane nella struttura di chirurgia a degenza breve fino alle ore 9 del giorno successivo senza necessità di modificare il regime di ricovero.

Nel caso si rendesse necessario un prolungamento della degenza oltre le 24 ore o insorgano delle complicanze, il paziente viene trasferito nell'unità operativa di degenza ordinaria di competenza.

In caso di trasferimento del paziente dalla chirurgia a degenza breve alla degenza ordinaria, viene modificata la scheda nosologica e compilata una nuova cartella clinica.

Nella cartella dovranno essere conservate:



- - la scheda anestesiológica comprensiva della valutazione anestesiológica, del consenso¹¹, del riscontro dell'anestesia e delle condizioni del paziente alla dimissione;
- - la scheda di monitoraggio perioperatorio dei parametri vitali;
- - la scheda dell'intervento chirurgico;
- - la lettera di dimissione;
- - il modulo con i consigli comportamentali.

6.4.4. Fase di dimissione

La dimissione del paziente è subordinata al completo ritorno alla normalità dei riflessi vitali, delle funzioni psicofisiche ed al completo recupero psicomotorio.

Il chirurgo, in collaborazione con l'anestesista, stabilirà la dimissione del paziente al quale viene consegnata la relazione di dimissione destinata al medico curante contenente tutti gli elementi relativi all'intervento, alla procedura eseguita, unitamente alle prescrizioni terapeutiche eventualmente proposte. In particolare la relazione dovrà riportare i seguenti elementi:

- breve descrizione dell'intervento chirurgico o della procedura effettuata;
- eventuali condizioni degne di nota, realizzate nel periodo preoperatorio;
- trattamenti farmacologici consigliati nell'immediato postoperatorio;
- indicazioni per gestire le possibili complicanze;
- indicazione della struttura reperibile per ogni eventuale comunicazione (recapito telefonico).

6.4.5. Fase di follow-up

Contatto telefonico

Ogni paziente trattato in day surgery viene interpellato telefonicamente circa 24 ore dopo la dimissione per valutare le condizioni fisiche, lo stato psicologico, i servizi ricevuti e per fornire ogni informazione necessaria.

Controlli post-operatori

Il paziente trattato deve essere seguito nel decorso postoperatorio con controlli periodici, il primo dei quali effettuato dal personale medico operante nell'unità di day surgery.

I successivi controlli, fino alla avvenuta guarigione, poiché fanno parte del pacchetto di prestazioni, remunerato dalla Regione come ciclo assistenziale unico, non prevedono la partecipazione alla spesa da parte del cittadino.

6.5. Somministrazione di farmaci

In relazione all'equivalenza della day surgery con il ricovero ordinario le somministrazioni di farmaci non sono soggette a partecipazione di spesa da parte del paziente. Al fine di garantire la continuità terapeutica durante la durata del ciclo di cura

¹¹ Nella Day surgery il consenso del malato assume un peso particolare poiché la dimissione avviene di norma il giorno stesso dell'atto chirurgico. Quindi prevede l'accettazione dell'iter proposto e di assunzione di una maggiore responsabilità da parte del paziente.



programmato possono essere concessi dall'ospedale, senza partecipazione alla spesa, anche eventuali farmaci che l'assistito debba assumere al proprio domicilio, ivi compresi quelli autorizzati per il solo uso ospedaliero. Così come previsto in materia di somministrazione dei farmaci: farmaci alla dimissione per completamento terapeutico.

6.6. Rapporti con il medico di medicina generale

Il medico di base riveste particolare importanza nel programma di diffusione della day surgery, per la possibilità di informare i suoi pazienti in merito agli innumerevoli vantaggi di questo nuovo modello organizzativo. Per poter svolgere questo ruolo egli deve essere ben informato sulle potenzialità e modalità di funzionamento dell'unità di day surgery a cui fa riferimento, facendo ricorso a materiale informativo adeguato.

Il coinvolgimento del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta dovrebbe essere previsto sia nella fase di selezione sia in quella di dimissione del paziente in modo da consentirgli di fornire il suo contributo alla corretta applicazione della strategia chirurgica.

6.7. Indicatori per la valutazione delle attività e della qualità del day surgery

Un efficace controllo delle attività svolte è necessario per verificare la qualità delle prestazioni ad indirizzare le decisioni cliniche ed organizzative. A tale scopo è necessario il monitoraggio di alcuni parametri secondo i seguenti principi.

1) I ricoveri in day surgery vengono identificati con apposito codice e per ogni centro di responsabilità la valutazione avviene sulla base delle schede di dimissione ospedaliera.

2) La day surgery lavora ad un tasso di utilizzo intorno al 100% e funziona di norma per 250 giorni all'anno. Per ciascun posto letto non possono essere trattati più di due casi nella stessa giornata (indice di rotazione compreso tra 0,80 e 2, tale limite dovrebbe garantire che non vengano effettuate prestazioni ambulatoriali in regime di ricovero diurno).

I principali indicatori utilizzati per la valutazione dell'attività e per il controllo di qualità sono:

- numero dei casi trattati e numero totale di pazienti presi in carico;
- indice di operatività della day surgery e della degenza ordinaria;
- liste di attesa (viene istituito un registro gestito in base a criteri di massima trasparenza sui quali vengono riportati i tempi di attesa previsti e registrate eventuali cancellazioni o mancate presentazioni);
- orari di funzionamento della struttura nonché il numero e la tipologia delle prestazioni effettuate;
- incidenza delle complicanze e/o del trasferimento in regime di ricovero ordinario;
- numero di mancate dimissioni;
- numero di pazienti che richiedono un nuovo ricovero in conseguenza dell'intervento;
- numero di chiamate urgenti e relativa motivazione.



Il monitoraggio e la revisione critica di questi dati consente controllo periodico della qualità e dell'efficienza e la possibilità di un resoconto annuale.



7. CHIRURGIA AMBULATORIALE

Le attività di chirurgia ambulatoriale non sono effettuate in regime di ricovero e non richiedono, per le condizioni generali del paziente e le intrinseche caratteristiche degli interventi e delle procedure, una organizzazione complessa, soprattutto preoperatoria e postoperatoria, come quella offerta dalla day-surgery.

Questo modello organizzativo ambulatoriale, alternativo al ricovero ordinario o in D.S., permette l'effettuazione di interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive praticabili senza ricovero e senza necessità di osservazione postoperatoria in studi medici, ambulatori o ambulatori protetti, in anestesia locale e/o locoregionale. Si distingue quindi dal day.surgery per:

- le procedure in essi effettuabili, individuate sulla base delle caratteristiche della struttura e della complessità della procedura stessa (**ALLEGATO B4**).
- requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi di cui devono essere in possesso, ai fini dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale;

Obbiettivi :

- Implementare e sviluppare un modello assistenziale di efficacia e sicurezza per il paziente pari all'assistenza chirurgica eseguita in altri regimi assistenziali.**
- Umanizzare l'assistenza, ossia fornire al paziente un trattamento appropriato in ambiente protetto, evitando il ricovero nei casi in cui ciò non sia strettamente richiesto/consigliato dal punto di vista clinico**
- Garantire ai pazienti la continuità assistenziale e la riduzione delle complicanze legate al ricovero in ospedale**
- Implementare l'erogazione di un maggior numero prestazioni eseguibili in questo regime al fine di utilizzare in maniera più appropriata il regime di day surgery o di ricovero ordinario e ridurre le liste di attesa**
- Razionalizzare l'assistenza, ossia permettere all'organizzazione sanitaria di ottimizzare il consumo di risorse e di migliorare l'efficienza**



8. REGOLAMENTAZIONE AZIENDALE DELL'ATTIVITÀ CLINICA A CICLO DIURNO

Il Regolamento aziendale per l'attività clinica a ciclo diurno, deve contenere le seguenti indicazioni:

- A. Regime assistenziale e tipologie attivate
- a. Day Hospital (DH),
 - i. DH ad indirizzo prevalentemente diagnostico
 - ii. DH ad indirizzo prevalentemente terapeutico medico
 - b. Day Service (DSer),
 - c. Day Surgery (DS),
 - i. Unità autonoma di day-surgery
 - ii. Unità operativa di degenza monospecialistica o multidisciplinare
 - iii. Posti letto dedicati
 - d. Chirurgia ambulatoriale (CA)
- B. Individuazione del numero dei posti letto destinati a tali attività, in coerenza con le indicazioni previste nella presente delibera;
- C. Indicazione delle unità operative interessate
- D. Previsione, dove possibile, nell'organizzazione, di modelli organizzativi integrati dipartimentali o interdipartimentali
- E. Elenco delle procedure e prestazioni erogate nei vari regimi assistenziali
- F. Stesura degli Schemi di attività a ciclo diurno che comprendano le indicazioni relative la tipologia, la situazione clinica, il codice, il numero di accessi, le UUOO interessate, la descrizione del protocollo.

Gli Schemi dovranno essere redatti secondo lo schema riportato di seguito:

DAY HOSPITAL

Situazione clinica	Codice	Numero	UUOO interessate	Protocollo
--------------------	--------	--------	------------------	------------

DAY SERVICE

Situazione clinica	Codice diagnosi	Numero accessi	UUOO interessate	Protocollo
--------------------	-----------------	----------------	------------------	------------

DAY SURGERY

Situazione clinica	Codice diagnosi	Numero accessi	UUOO interessate	Protocollo
--------------------	-----------------	----------------	------------------	------------

- G. I trattamenti e le procedure previste nello schema di cura devono essere identificati i codici ICD 9 CM e le relative tariffe, nel caso di prestazioni ambulatoriali ricomprese nel tariffario nazionale
- H. Rispondenza delle aree di degenza destinate all'attività a ciclo diurno ai requisiti di autorizzazione di cui agli **ALLEGATI B5 e B6**.
- I. Definizione delle procedure di verifica di appropriatezza delle prestazioni effettuate e modalità di reporting delle stesse.



ALLEGATO B1

NORMATIVE NAZIONALI E REGIONALI SULLE ATTIVITA' OSPEDALIERE A CICLO DIURNO

Le attività ospedaliere di ricovero in regime diurno sono state regolamentate a livello nazionale dai seguenti atti:

- **Legge n. 595/85 (ottobre):** Introduzione nel SSN del regime assistenziale di ricovero a ciclo diurno, collocato in una posizione intermedia tra il regime di ricovero ordinario e l'attività ambulatoriale.
- **Legge 30 dicembre 1991 n. 412, articolo 4 comma 2:** obbligo di attivazione da parte delle Regioni e Province autonome di strutture preposte alla assistenza ospedaliera a ciclo diurno.
- **DPR 20 Ottobre 1992:** "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per l'attivazione dei posti di assistenza a ciclo diurno negli ospedali" Stabilisce le modalità di erogazione di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che non comportano la necessità di ricovero ordinario.
- **Legge N. 421 del 23 ottobre 1992:** "Regolamentazione delle attività chirurgiche, o assimilabili, da effettuare in qualsiasi ambulatorio, in ambulatori protetti oppure in regime di assistenza ospedaliera a ciclo diurno, o con eventuale pernottamento, in anestesia locale, loco-regionale o generale (chirurgia di giorno/day surgery)". Prima legge nella quale si riporta la possibilità di effettuare interventi chirurgici in regime diurno. Nel documento erano state distinte le attività di chirurgia ambulatoriale da quelle di chirurgia a ciclo diurno (day surgery) ed erano state definite, seppure in modo generale, le caratteristiche delle strutture nelle quali esse potevano essere effettuate.
- **Circolare Ministeriale 1/95** pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale 29 Giugno 1995 Linee Guida n. 1/95: "Applicazione del D.M. 14 Dicembre 1994 relativo alle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, con riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera ed alle sue relazioni con i presidi ed i servizi extraospedalieri" Proposta di regolamentazione, degli interventi chirurgici e delle procedure interventistiche diagnostiche e/o terapeutiche effettuate in regime di assistenza chirurgica a ciclo diurno." ASSR 1995
- **legge N.662 del 23/12/1996** (finanziaria per il 1997), che all'articolo 1, comma 4, così riporta: "nell'ambito della ristrutturazione della rete ospedaliera di cui all'articolo 2, comma 5, della legge 28 dicembre 1995, n.549, le Regioni, entro il 30 giugno 1997, provvedono ad incrementare i posti letto equivalenti di assistenza ospedaliera diurna, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 20 ottobre 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n.249 del 22 ottobre 1992, fino a una dotazione media regionale non inferiore al 10 per cento dei posti letto della dotazione standard per acuti prevista dalla normativa vigente. Alle Regioni inadempienti si applicano le



disposizioni di cui all'articolo 1, comma 2- quinquies, del citato decreto legge n. 280 del 1996".

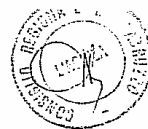
- **Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997** recante "Approvazione dell'Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private", nel quale la day surgery viene definita come di seguito: "Con il termine chirurgia di giorno (day surgery) si intende la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, in anestesia locale, loco-regionale, generale"
- **Il decreto legislativo N.229 del 19 giugno del 1999** recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, N.419" riprende il tema in oggetto specificando quanto segue. All'articolo 8-ter, comma 2 si precisa che "l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie è, altresì, richiesta per gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente, individuati ai sensi del comma 4, nonché per le strutture esclusivamente dedicate ad attività diagnostiche, svolte anche a favore di soggetti terzi". Il comma 4, a sua volta, nel precisare che l'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie da parte di strutture pubbliche e private presuppone il possesso di requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi, sottolinea che "in sede di modificazione del medesimo atto di indirizzo e coordinamento si individuano gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie di cui al comma 2, nonché i relativi requisiti minimi"
- **"Proposta per l'organizzazione, lo sviluppo e la regolamentazione delle attività chirurgiche a ciclo diurno"** della Commissione di studio sulla day surgery e la chirurgia ambulatoriale istituita con DM 12 settembre 2000. (Febbraio 2001)
- **Presidenza del Consiglio dei Ministri – Conferenza permanente stato regioni – n. 1516 del 1/8/2002** trasmesso con nota 12/8/2002 prot. 4232/02/4.1.21.7 "linee guida per l'organizzazione dell'attività di day surgery"

Di seguito viene riportata la legislazione specifica approvata nel corso degli anni nella Regione Abruzzo, che evidenzia la necessità di riunire nella presente documento obiettivi e finalità

- **L.R. 29 luglio 1998, n. 62:** "Recepimento Atto di indirizzo e coordinamento contenuto nel D.P.R. 14 gennaio 1997 che recepisce il DPR 14 gennaio 1997 sui requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private. Tuttavia, va rilevato che la legge si limita a recepire il decreto, senza fornire alcuna indicazione operativa. Pertanto, non ha consentito l'avvio concreto del percorso di autorizzazione nella Regione.
- **L.R. 2-7-1999, n. 37: "Piano sanitario regionale 1999-2001."** Nel triennio di vigenza del Piano i Direttori Generali delle USL devono rimodulare l'offerta ospedaliera, con una serie di obiettivi, tra cui: trasformare non meno del 10% dei posti letto a degenza ordinaria in posti letto a ciclo diurno (day hospital e day surgery); utilizzare le sale operatorie in misura non inferiore a 1000 interventi/anno per singola sala; registrare, nei reparti chirurgici, un'attività operatoria non inferiore al 70% dei ricoverati.



- **D.G.R. 9-2-2000, n. 100: "Art. 8-ter del D.Lgs. n. 229 del 1999. Disciplina del regime autorizzativo per le strutture sanitarie e socio-sanitarie."** La delibera ha regolamentato l'autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie, prevedendo che anche le strutture che erogano prestazioni di Day Surgery sono soggette a questo tipo di autorizzazione. Sull'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, la delibera conferma la disciplina regionale vigente (L.R. n. 62/1998), pertanto l'applicazione dei requisiti minimi di cui al DPR 14 gennaio 1997, da applicarsi a tutti i soggetti, pubblici e privati, che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, ambulatoriale e residenziale.
- **Deliberazione di Consiglio regionale 30/11/1999 n. 140/5 (che recepisce la proposta della Giunta formulata con DGR n. 1802 del 06/08/1999).** La delibera dispone, a decorrere dall'1/1/99, il recepimento delle tariffe del DM Sanità 30 giugno 1997, ma abbassando all'80% il livello massimo delle tariffe regionali delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti in regime di ricovero ordinario e diurno e di riabilitazione ospedaliera in regime di degenza. L'abbattimento non si applica agli interventi di cardiocirurgia, chirurgia toracica, neurochirurgia sul sistema nervoso centrale ed ematologia, per i quali si applica la tariffa intera. Tali tariffe regionali sono comprensive dei costi dei pasti consumati dall'accompagnatore di minori di anni 12 e di soggetti portatori di handicap ai sensi della legge n. 104/92. Dal momento che tali tariffe per prestazioni di assistenza e riabilitazione ospedaliera sono in realtà valori massimi di riferimento, le stesse saranno soggette a contrattazione con le USL nei casi e nei modi previsti dalla normativa vigente in materia.
- **DCR N. 153/12 del 1.03.2000 e dalla DCR N. 8/8 del 28.07.2000** che modificata ed integrata la precedente, ma non contiene riferimenti espliciti sull'attività di Day Surgery.
- **Con DGR n. 152 del 22.3.2002**, la Regione ha recepito il contenuto del D.P.C.M. in data 29 novembre 2001, entrato in vigore il 23 febbraio 2002, concernente l'individuazione di tre livelli essenziali o macroaree di assistenza (LEA), nonché l'individuazione delle prestazioni totalmente a carico del S.S.N. e di quelle parzialmente o totalmente escluse dai LEA. Tuttavia, la deliberazione rinvia ad un successivo atto deliberativo l'individuazione dei valori soglia di ammissibilità per i 43 DRG, ossia le "prestazioni incluse nei Lea che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato, o per le quali occorre, comunque, individuare modalità più appropriate di erogazione" e rinvia ad un ulteriore successivo provvedimento anche l'aggiornamento del nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.
- **la DGR 504 del 1° luglio 2003 recante "Livelli essenziali di assistenza – ulteriori provvedimenti"**, al punto 4 demanda ad un ulteriore provvedimento il recepimento delle linee guida ministeriali per l'attività di Day Surgery.
- **La D.G.R. n. 755/C del 30-08-2004** individua il livello massimo delle tariffe regionali delle prestazioni, rese a pazienti residenti nella Regione, di assistenza ospedaliera per acuti in regime di ricovero ordinario, e diurno e di riabilitazione ospedaliera in regime di degenza pari al 90% del valore delle tariffe nazionali, mentre nel caso di prestazioni rese a pazienti residenti in altre Regioni applica il tariffario nazionale senza abbattimenti.



ALLEGATO B?

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGY (A.S.A.)

Classe I:

paziente sano, e cioè senza disturbi organici, fisiologici, biochimici o psichiatrici.

Classe II:

paziente con malattia sistemica di lieve entità che può essere causata dall'affezione chirurgica da trattare, ovvero da altra condizione morbosa. (Ad esempio, paziente con ernia inguinale affetto da una modesta pneumopatia e da iperglicemia lieve o da ipertensione di moderata entità).

Classe III:

paziente con malattia sistemica limitante la sua attività ma non invalidante: diabete grave, ipertensione, insufficienza epatica o respiratoria o renale, angina pectoris, pregresso infarto del miocardio.

Classe IV:

paziente con malattia inabilitante e con costante minaccia alla sopravvivenza; scompenso respiratorio, cardiocircolatorio, renale, angina persistente, miocardite acuta, ecc...

Classe V:

paziente con grave compromissione dello stato generale e con sopravvivenza non superiore alle 24 ore.



ALLEGATO B3

LISTA PROCEDURE CHIRURGICHE ESEGUIBILI IN REGIME DI DAY SURGERY

Interventi sul sistema nervoso

02.95	Rimozione di trazione transcranica o dispositivo di halo
03.21	Cordotomia percutanea
03.90	Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative
03.94	Rimozione di neurostimolatore spinale
03.96	Denervazione percutanea della faccetta articolare
04.2	Demolizione di nervi cronici e periferici
04.3	Suture dei nervi cronici e periferici
04.43	Liberazione del tunnel carpale
04.44	Liberazione del tunnel tarsale
04.49	Altre decompressioni dei nervi periferici e dei canali, o separazione di aderenze

Interventi sul sistema endocrino

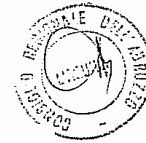
06.09	Altra incisione della regione tiroidea
06.12	Biopsia a cielo aperto della tiroide
06.13	Biopsia delle paratiroidi
06.19	Altra procedura diagnostica sulla tiroide o sulle paratiroidi
06.7	Asportazione del tratto o dotto tireglossa

Interventi sull'occhio

08.31	Correzione di blefaroptosi con intervento sui muscoli frontali, con sutura
08.32	Correzione di blefaroptosi con anastomosi del muscolo frontale mediante fascia lata
08.33	Correzione di blefaroptosi con resezione o avanzamento del muscolo elevatore o sua aponeurosi
08.34	Correzione di blefaroptosi con altre tecniche che utilizzano il muscolo elevatore
08.35	Correzione di blefaroptosi con tecnica tarsale
08.36	Correzione di blefaroptosi con altre tecniche
09.6	Asportazione del sacco e delle vie lacrimali
09.81	Dacriocistorinostomia (DCR)
09.82	Congiuntivocistorinostomia
09.83	Congiuntivorinostomia con inserzione di tubo o supporto
10.32	Demolizione di lesione della congiuntiva
10.33	Altri interventi di demolizione sulla congiuntiva
10.41	Riparazione di simblefaron con innesto libero
10.42	Ricostruzione di cul de sac congiuntivale con innesto libero
11.39	Altra esportazione dello pterigium
11.60	Trapianto di cornea, non altrimenti specificato
11.63	Cheratoplastica perforante autologa (a tutto spessore)
11.64	Altra cheratoplastica perforante omologa
11.69	Altro trapianto di cornea
11.73	Cheratoprotesi
12.00	Rimozione di corpo estraneo intraoculare dal segmento anteriore dell'occhio, SAI
12.01	Rimozione di corpo estraneo intraoculare dal segmento anteriore dell'occhio con magnete
12.02	Rimozione di corpo estraneo intraoculare dal segmento anteriore dell'occhio senza magnete
12.31	Lisi di goniosinechie
12.32	Lisi di altre sinechie anteriori
12.33	Lisi di sinechie posteriori
12.35	Coreoplastica
12.39	Altra iridoplastica
12.42	Asportazione di lesione dell'iride
12.44	Asportazione di corpo ciliare



12.51	Goniopuntura senza goniotomia
12.52	Goniotomia senza goniopuntura
12.53	Goniotomia con goniopuntura
12.54	Trabeculotomia ab externo
12.55	Ciclodialisi
12.61	Trapanazione sclerale con iridectomia
12.63	Iridenclisi e iridotasi
12.64	Trabeculectomia ab externo
12.66	Revisione postoperatoria di interventi di fistolizzazione della sclera
12.69	Altri interventi di fistolizzazione della sclera
12.72	Ciclocrioterapia
12.79	Altri interventi per glaucoma
12.83	Revisione di ferita operatoria del segmento anteriore dell'occhio non classificata altrove
12.84	Asportazione o demolizione di lesione della sclera
12.85	Riparazione di stafiloma della sclera con innesto
12.86	Altra riparazione di stafiloma della sclera
12.87	Rinforzo di sclera mediante innesto
12.92	Iniezione nella camera anteriore
12.93	Rimozione o distruzione dell'epitelio invadente la camera anteriore
12.11	Altri interventi sull'iride
13.11	Estrazione intracapsulare del cristallino per via temporale
13.19	Altra estrazione intracapsulare del cristallino
13.2	Estrazione extra capsulare della cataratta con tecnica di estrazione lineare
13.3	Estrazione extracapsulare del cristallino con tecnica di aspirazione semplice (e di irrigazione)
13.41	Facoemulsificazione ed aspirazione di cataratta
13.42	Facoframmentazione ed aspirazione di cataratta per via pars plana
13.43	Dacoframmentazione meccanica ed aspirazione della cataratta
13.51	Estrazione extracapsulare del cristallino per via temporale
13.59	Altra estrazione extracapsulare del cristallino
13.70	Inserzione di cristallino artificiale, SAL
13.71	Inserzione di cristallino artificiale intraoculare al momento della estrazione di cataratta, eseguiti in contemporanea
13.72	Impianto secondario di cristallino artificiale
13.8	Rimozione di cristallino impiantato
14.11	Aspirazione diagnostica del corpo vitreo
14.41	Piombaggio sclerale con impianto
14.49	Altra indentazione sclerale
14.51	Riparazione di distacco retinico mediante diatermia
14.52	Riparazione di distacco retinico con crioterapia
14.71	Vitrectomia per via anteriore
14.73	Vitrectomia meccanica per via anteriore
14.75	Iniezione di sostituti vitreali (sostanze con effetto tamponante ab interno: aria, gas, olio di silicone, perfluorocarbonati, ecc.)
14.79	Altri interventi sul corpo vitreo
14.9	Altri interventi sulla retina, sulla coroide e sulla camera posteriore
15.29	Altri interventi su un muscolo extraoculare
15.3	Interventi su due o più muscoli extraoculari che richiedono distacco temporaneo dal bulbo, uno o entrambi gli occhi
15.4	Altri interventi su due o più muscoli extraoculari, uno o entrambi gli occhi
15.5	Trasposizione di muscoli extraoculari
16.31	Rimozione di contenuti del bulbo oculare con impianto contemporaneo endosclerale
16.39	Altra eviscerazione del bulbo oculare
16.41	Enucleazione del bulbo oculare con impianto contemporaneo nella capsula di Tenone di protesi, con inserzione di muscoli
16.42	Enucleazione del bulbo oculare con altro impianto contemporaneo
16.49	Altra enucleazione del bulbo oculare
16.61	Inserzione secondaria di impianto oculare
16.62	Revisione e reinserzione di impianto oculare
16.63	Revisione di enucleazione di orbita con innesto
16.64	Altra revisione di enucleazione di orbita
16.65	Innesto secondario ad eviscerazione della cavità oculare
16.66	Altra revisione di eviscerazione della cavità oculare
16.71	Rimozione di protesi oculare



16.72 Rimozione di protesi orbitale

Interventi sull'orecchio

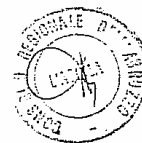
18.21 Asportazione del seno preauricolare
 18.31 Asportazione radicale di lesione dell'orecchio esterno
 18.39 Altra esportazione dell'orecchio esterno
 18.6 Ricostruzione del canale uditivo esterno
 18.79 Altra riparazione plastica dell'orecchio esterno
 20.01 Miringotomia con inserzione di tubo
 20.23 Incisione dell'orecchio medio

Interventi su naso, bocca e faringe

21.61 Turbinectomia mediante diatermia o criochirurgia
 21.62 Frattura dei turbinati
 21.71 Riduzione chiusa di frattura nasale non a cielo aperto
 21.72 Riduzione aperta di frattura nasale a cielo aperto
 21.83 Ricostruzione totale del naso
 21.84 Revisione di rinoplastica
 21.85 Rinoplastica di ingrandimento
 21.86 Rinoplastica parziale
 21.87 Altra rinoplastica
 21.88 Altra plastica del setto
 22.12 Biopsia a cielo aperto dei seni nasali
 22.2 Antrotomia intranasale
 22.31 Antrotomia mascellare radicale
 22.39 Altra antrotomia mascellare esterna
 22.51 Etmoidotomia
 22.61 Asportazione di lesione del seno mascellare secondo Caldwell-Luc
 22.62 Asportazione di lesione del seno mascellare con altro approccio
 22.9 Altri interventi sui seni nasali
 24.2 Gengivoplastica con innesto osseo
 24.31 Asportazione di lesione o tessuto della gengiva
 24.4 Asportazione di lesione dentaria della mandibola
 26.21 Marsupializzazione di cisti ghiandole salivari
 27.0 Drenaggio della faccia e del pavimento della bocca
 27.31 Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto del palato osseo
 27.42 Ampia esportazione di lesione del labbro
 27.43 Altra esportazione di lesione o tessuto del labbro
 27.53 Chiusura di fistola della bocca
 27.72 Asportazione dell'ugola
 27.73 Riparazione dell'ugola
 27.79 Altri interventi sull'ugola
 27.99 Altri interventi sulla cavità orale
 28.2 Tonsillectomia senza adenoidectomia
 28.3 Tonsillectomia con adenoidectomia
 28.4 Asportazione di residuo tonsillare
 28.6 Adenoidectomia senza tonsillectomia
 28.92 Asportazione di lesione di tonsille e adenoidi
 29.0 Faringotomia
 29.2 Asportazione di cisti o vestigia della flessura branchiale
 29.33 Faringectomia (parziale)

Interventi sul sistema respiratorio

30.01 Marsupializzazione di cisti laringea
 30.09 Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della laringe
 30.22 Cordectomia
 31.43 Biopsia [endoscopica] della laringe
 31.72 Chiusura di fistola esterna della trachea
 31.93 Sostituzione di stent laringeo o tracheale
 32.01 Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dei bronchi
 33.26 Biopsia chiusa [percutanea] [agobiopsia] del polmone
 33.27 Biopsia endoscopica del polmone



34.21	oroscopia transpleurica
34.22	Mediastinoscopia
34.23	Biopsia della parete toracica
34.24	Biopsia della pleura
34.25	Biopsia per cutanea del mediastino
34.28	Altra procedura diagnostica sul torace, pleura e diaframma
34.92	Iniezione nella cavità toracica
34.99	Altri interventi sul torace

Interventi sul sistema cardiovascolare

36.01	Angioplastica coronarica percutanea transluminale di vaso singolo [PTCA] o aterectomia coronarica senza menzione di agente trombolitico
36.06	Inserzione di stent nell'arteria coronarica
36.09	Altra rimozione di ostruzione dell'arteria coronarica
37.21	Cateterismo cardiaco del cuore destro
37.22	Cateterismo cardiaco del cuore sinistro
37.23	Cateterismo cardiaco combinato del cuore destro e sinistro
37.24	Biopsia del pericardio
37.25	Biopsia del cuore
37.26	Stimolazione cardiaca elettrofisiologica e studi di registrazione
37.85	Sostituzione di un eventuale pace-maker con apparecchio a camera singola non specificato come frequenza di risposta
37.86	Sostituzione di eventuale pace-maker con apparecchio a camera singola, frequenza di risposta
37.87	Sostituzione di eventuale apparecchio di pace-maker con camera doppia
37.89	Revisione o rimozione di pace-maker
38.22	Angioscopia per cutanea
38.50	Legatura e stripping di vene varicose, sede non specificata
38.59	Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore
38.69	Altra asportazione di vene dell'arto inferiore
39.27	Arteriovenostomia per dialisi renale
39.42	Revisione di anastomosi artero-venoso per dialisi renale
39.43	Rimozione di anastomosi artero-venoso per dialisi renale
39.50	Angioplastica o aterectomia di vaso non coronarico
39.90	Inserzione di stent su arteria non coronarica
39.91	Sbrigliamento dei vasi
39.93	Inserzione di cannula intersvasale
39.94	Sostituzione di cannula intersvasale

Interventi sul sistema ematico e linfatico

40.0	Incisione di strutture linfatiche
40.21	Asportazione di linfonodi cervicali profondi
40.22	Asportazione di linfonodi mammari interni
40.23	Asportazione di linfonodi ascellari
40.24	Asportazione di linfonodi inguinali
40.29	Asportazione semplice di altre strutture linfatiche
40.3	Asportazione di linfonodi regionali
41.32	Biopsia percutanea della milza
41.33	Biopsia a cielo aperto della milza
42.11	Esofagostomia cervicale
42.32	Asportazione locale di altra lesione o tessuto dell'esofago
42.92	Dilatazione dell'esofago
42.99	Altri interventi sull'esofago
43.11	Gastrostomia percutanea [endoscopica] [PEG]
43.41	Asportazione o demolizione di lesione o tessuto dello stomaco per via endoscopica
43.42	Asportazione locale di altra lesione o tessuto dello stomaco
44.22	Dilatazione endoscopica del piloro
44.93	Inserzione di borsa gastrica
44.94	Rimozione di borsa gastrica
45.33	Asportazione locale di lesione o tessuto dell'intestino tenue eccetto il duodeno
45.41	Asportazione locale di lesione o tessuto dell'intestino crasso
46.32	Digiunostomia [endoscopica] percutanea [PEJ]
46.40	Revisione di orifizio intestinale artificiale, SAI



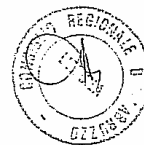
46.41	Revisione di orifizio artificiale dell'intestino tenue
46.42	Riparazione di ernia paracolostomica
46.85	Dilatazione dell'intestino
48.25	Biopsia a cielo aperto del retto
48.31	Elettrocoagulazione radicale di lesione o tessuto del retto
48.32	Altra elettrocoagulazione di lesione o tessuto del retto
48.33	Demolizione di lesione o tessuto del retto mediante laser
48.34	Asportazione locale di lesione o tessuto del retto
48.35	Asportazione locale di lesione o tessuto del retto
48.81	Incisione di tessuto perirettale
48.82	Asportazione di tessuto perirettale
48.91	Incisione di stenosi rettale
48.92	Miomectomia anorettale
48.93	Riparazione di fistola perirettale
49.01	Incisione di ascesso perianale
49.02	Altra incisione di tessuti perianali
49.11	Fistulotomia anale
49.12	Fistulectomia anale
49.39	Altra asportazione o demolizione locale di lesione e tessuto del retto
49.46	Asportazione delle emorroidi
49.47	Rimozione di emorroidi trombizzate
49.49	Altri interventi sulle emorroidi
49.51	Sfinterotomia anale laterale sinistra
49.52	Sfinterotomia anale posteriore
49.59	Altra sfinterotomia anale
49.71	Sutura di lacerazione dell'ano
49.72	Cerchiaggio anale
49.73	Chiusura di fistola anale
49.91	Incisione di setto anale
49.92	Inserzione sottocutanea di stimolatore anale elettrico
49.93	Altra incisione dell'ano
50.91	Aspirazione per cutaneo del fegato
50.94	Iniezione di sostanza terapeutica nel fegato
51.01	Aspirazione per cutaneo della colecisti
51.1C	Colangiopancreatografia retrograda endoscopica [ERCP]
51.11	Colangiografia retrograda endoscopica [ERC]
51.12	Biopsia percutanea della colecisti e dei dotti biliari
51.14	Altra biopsia (endoscopica del tratto biliare o dello sfintere di Oddi
51.19	Altre procedure diagnostiche sulle vie biliari
51.23	Colecistectomia laparoscopica
51.24	Colecistectomia parziale laparoscopica
51.81	Dilatazione dello sfintere d'Oddi
51.82	Sfinterotomia pancreatica
51.84	Dilatazione endoscopica dell'ampolla e del dotto biliare
51.85	Sfinterotomia e papillotomia endoscopica
51.86	Inserzione endoscopica di tubo per drenaggio nasobiliare
51.87	Inserzione endoscopica di protesi biliare
51.88	Rimozione endoscopica di calcolo tratto biliare
51.95	Rimozione di protesi del dotto biliare
51.96	Estrazione per cutaneo di calcoli dal dotto comune
51.98	Altri interventi per cutaneo sul tratto biliare
51.99	Altri interventi sulle vie biliari
52.01	Drenaggio di cisti pancreatica mediante catetere
52.11	Biopsia (agobiopsia)(per-cutanea)(aspirazione) del pancreas
52.13	Pancreatografia retrograda endoscopica [ERP]
52.14	Biopsia (endoscopica) del dotto pancreatico
52.19	Altre procedure diagnostiche sul pancreas
52.20	Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto del dotto pancreatico
52.93	Inserzione endoscopica di tubo nel dotto pancreatico
52.94	Rimozione endoscopica di calcoli dal dotto pancreatico
52.97	Inserzione endoscopica di tubo di drenaggio nasopancreatico
52.98	Dilatazione endoscopica del dotto pancreatico
53.00	Riparazione monolaterale di ernia inguinale, SAI



53.01	Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta
53.02	Riparazione monolaterale di ernia inguinale indiretta
53.03	Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta con innesto o protesi
53.04	Riparazione monolaterale di ernia inguinale indiretta con innesto o protesi
53.05	Riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi, SAI
53.10	Riparazione bilaterale di ernia inguinale, SAI
53.11	Riparazione bilaterale di ernia inguinale diretta
53.12	Riparazione bilaterale di ernia inguinale indiretta
53.13	Riparazione bilaterale di ernia inguinale, una diretta e una indiretta
53.14	Riparazione bilaterale di ernia inguinale diretta con innesto o protesi
53.15	Riparazione bilaterale di ernia inguinale indiretta con innesto o protesi
53.16	Riparazione bilaterale di ernia inguinale una diretta e una indiretta, con innesto o protesi
53.17	Riparazione bilaterale di ernia inguinale con innesto o protesi, SAI
53.21	Riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi
53.29	Altra erniorrafia crurale monolaterale
53.31	Riparazione bilaterale di ernia crurale con innesto o protesi
53.39	Altra erniorrafia crurale bilaterale
53.41	Riparazione di ernia ombelicale con protesi
53.49	Altra erniorrafia ombelicale
53.51	Riparazione di ernia su incisione
53.59	Riparazione di altra ernia della parete addominale anteriore
53.69	Riparazione di altra ernia della parete addominale anteriore con protesi
54.0	Incisione della parete addominale
54.21	Laparoscopia
54.22	Biopsia della parete addominale o dell'ombelico amò
54.23	Biopsia del peritoneo
54.24	Biopsia (percutanea)(agobiopsia) di massa endoaddominale
54.25	Lavaggio peritoneale
54.29	Altre procedure diagnostiche sulla regione addominale
54.3	Asportazione o demolizione di lesione o tessuto di parete addominale o dell'ombelico
54.51	Lisi laparoscopica di adesioni peritoneali
54.91	Drenaggio percutaneo addominale
54.92	Rimozione di corpo estraneo dalla cavità peritoneale
54.93	Creazione di fistola cutaneo-peritoneale
54.97	Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale nella cavità peritoneale
54.98	Dialisi peritoneale

Interventi sull'apparato urinario

55.03	Nefrostomia percutanea senza frammentazione
55.21	Nefroscopia (chirurgica o percutanea)
55.22	Pieloscopia (chirurgica o percutanea)
55.92	Aspirazione percutanea renale
55.95	Perfusione dei rene con sostanze terapeutiche
55.96	Altre iniezioni di sostanze terapeutiche nel rene Sclerotizzazione di cisti renale
56.0	Estrazione endoscopica dall'uretère e pelvi renale di: coagulo di sangue, calcolo, corpo estraneo
56.1	Papillotomia o meatotomia ureterale (endoscopica e non)
56.31	Ureteroscopia
56.32	Biopsia percutanea dell'uretère
56.33	Biopsia transureteroscopica
56.34	Biopsia a cielo aperto dell'uretère
56.39	Altre procedure diagnostiche sull'uretère
56.62	Revisione di ureterocutaneostomia
56.81	Ureterotomia endoscopica
56.91	Dilatazione della papilla ureterale
56.92	Impianto di stimolatore uretrale
57.0	Drenaggio transuretrale della vescica
57.18	Cistostomia cistolitotomia sovrappubica
57.21	Creazione di cistostomia sovrappubica permanente
57.22	Revisione di cistostomia
57.33	Cistoscopia [transuretrale] con biopsia
57.34	Biopsia vescicale a cielo aperto
57.49	Altra resezione transuretrale di lesione vescicole o neoplastica
57.91	Sfinterotomia vescicale



58.1	Meatotomia uretrale
58.31	Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dell'uretra
58.39	Asportazione o demolizione di lesione o tessuto dell'uretra (caruncola uretrale)
58.47	Meatoplastica uretrale
58.5	Uretrotomia endoscopica
58.92	Asportazione di tessuto periuretrale
58.93	Impianto o riposizionamento di protesi sfinteriali
59.4	Sospensione uretrale sovrapubica con sling
59.72	Impianto per iniezione nell'uretra c/o nel collo vescicale
59.8	Cateterizzazione ureterale
59.95	Litotrixxia con ultrasuoni o elettroidraulica

Interventi sugli organi genitali maschili

60.0*	Incisione della prostata
60.14	Biopsia a cielo aperto delle vescichette seminali
60.71	Aspirazione percutanea delle vescicole seminali
60.95	Dilatazione transuretrale mediante palloncino dell'uretra prostatica
61.0	Incisione e drenaggio dello scroto e della tunica vaginale
61.2	Asportazione di idrocele (della tunica vaginale)
61.3	Asportazione o demolizione di parte del tessuto scrotale
61.92	Asportazione di ematocele
62.11	Biopsia [percutanea] [agobiopsia] del testicolo
62.12	Biopsia a cielo aperto del testicolo
62.2	Asportazione o demolizione di lesione testicolare
62.3	Orchiectomia monolaterale
62.5	Orchiopessi
62.7	Inserzione di protesi testicolare
63.01	Biopsia del cordone spermatico, dell'epididimo o dei dotti deferenti
63.1	Asportazione di varicocele e idrocele del cordone spermatico
63.2	Asportazione di cisti dell'epididimo o spermatocele
63.3	Asportazione di altra lesione o tessuto del cordone spermatico ed epididimo
63.4	Epididimectomia
63.52	Derotazione del funicolo e del testicolo
63.6	Vasotomia e vasostomia
63.82	Ricostruzione dei deferenti chirurgicamente sezionati
63.92	Epididimotomia
63.93	Incisione del cordone spermatico
63.95	Inserimento di valvole nei dotti deferenti
64.0	Circoncisione
64.11	Biopsia del pene
64.2	Asportazione o demolizione di lesione del pene
64.41	Sutura di lacerazione del pene
64.91	Plastiche di slittamento del prepuzio
64.93	Liberazione di sinechie peniene
64.98	Altri interventi sul pene *

Interventi sugli organi genitali femminili

65.01	Ovariotomia laparoscopica
65.11	Biopsia aspirativa dell'ovaio
65.12	Altra biopsia dell'ovaio
65.13	Biopsia laparoscopica dell'ovaio
65.14	Altre procedure diagnostiche laparoscopiche dell'ovaio
65.23	Marsupializzazione laparoscopica di cisti ovarica
65.24	Resezione cuneiforme laparoscopica di cisti ovarica
65.25	Altra asportazione locale o distruzione dell'ovaio
65.31	Ovariotomia laparoscopica monolaterale
65.49	Ovariectomia laparoscopica monolaterale
65.54	Rimozione laparoscopica dell'ovaio residuo
65.64	Rimozione laparoscopica dell'ovaio residuo e della tuba
65.74	Sutura semplice laparoscopica dell'ovaio
65.81	Lisi laparoscopica di aderenze delle ovaie e delle tube
65.89	Adesiolisi salpingo-annessiale



65.91	Aspirazione dell'ovaio
66.21	Legatura e clampaggio endoscopico bilaterale delle tube
66.22	Legatura e sezione endoscopica bilaterale delle tube
66.29	Altra demolizione od occlusione endoscopica bilaterale delle tube
66.31	Altra legatura e clampaggio bilaterale delle tube
66.32	Altra legatura e sezione bilaterale delle tube intervento di Pomeri
66.39	Altra demolizione od occlusione bilaterale delle tube
66.4	Salpingectomia totale monolaterale
67.2	Conizzazione della cervice
67.39	Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della cervice
67.5	Riparazione di ostio cervicale interno
67.61	Sutura di lacerazione della cervice
68.16	Biopsia dell'utero
68.21	Divisione di sinechie endometriali
68.22	Incisione o asportazione di setto congenito dell'utero
68.29	Vaporizzazione laser cervicale
69.01	Dilatazione o raschiamento per interruzione di gravidanza
69.02	Dilatazione e raschiamento a seguito di parto o aborto
69.19	Altra asportazione o demolizione dell'utero e delle strutture di sostegno
69.29	Altra riparazione dell'utero e delle strutture di sostegno
69.3	Denervazione uterina paracervicale
69.4	Riparazione uterina
69.51	Raschiamento dell'utero mediante aspirazione per interruzione di gravidanza
69.52	Raschiamento dell'utero mediante aspirazione a seguito di gravidanza o aborto
69.6	Procedura per provocare o isolare il flusso mestruale
70.0	Culdcentesì
70.11	Imenectomia
70.12	Culdotomia
70.13	Lisi di aderenze intraluminari della vagina
70.14	Altra vaginotomia
70.33	Asportazione o demolizione di lesione della vagina
70.71	Sutura di lacerazione della vagina
70.76	Imenoraffia
71.09	Altra incisione della vulva e del perineo
71.23	Marsupializzazione di cisti della ghiandola del Bartolini
71.24	Asportazione o altra demolizione di cisti della ghiandola del Bartolini
71.3	Altra asportazione o demolizione locale della vulva e del perineo
	Fecundazione medicalmente assistita

Interventi ostetrici

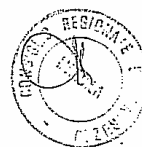
75.1	Amniocentesi diagnostica prelievo dei villi coriali
------	---

Interventi sull'apparato muscolo-scheletrico

76.72	Riduzione aperta di frattura zigomatica e malare
76.74	Riduzione aperta di frattura mascellare
76.97	Rimozione di mezzi di fissazione interna dalle ossa facciali
77.04	Sequestrectomia del carpo e del metatarso
77.08	Sequestrectomia del tarso e del metatarso
77.23	Resezione cuneiforme del radio e dell'ulna
77.24	Resezione cuneiforme del carpo e del metacarpo
77.28	Resezione cuneiforme del tarso e metatarso
77.33	Altra sezione del radio e dell'ulna
77.34	Altra sezione del tarso e metatarso
77.38	Altra sezione del tarso e metatarso
77.41	Biopsia della scapola, clavicola e torace (coste e sterno)
77.42	Biopsia dell'omero
77.43	Biopsia del radio e dell'ulna
77.44	Biopsia del carpo e metacarpo
77.45	Biopsia del femore
77.46	Biopsia della rotula
77.47	Biopsia della tibia e del perone
77.48	Biopsia del tarso e metatarso



77.49	Biopsia di altre ossa, ad eccezione di quelle facciali
77.51	Asportazione di borsite con correzione dei tessuti molli ed osteotomia del primo met.
77.52	Asportazione di borsite con correzione dei tessuti molli ed artrodesi
77.53	Altra asportazione di borsite con correzione dei tessuti molli
77.54	Asportazione o correzione di borsite
77.56	Riparazione di dito a martello
77.57	Riparazione dito ad artiglio
77.58	Altra asportazione, fusione o riparazione di dito
77.59	Altra asportazione di borsite
77.63	Asportazione locale di lesione o tessuto di radio e ulna
77.64	Asportazione locale di lesione o tessuto di carpo e metacarpo
77.66	Asportazione locale di lesione o tessuto della rotula
77.68	Asportazione locale di lesione o tessuto di tarso e metatarso
77.69	Asportazione locale di lesione o tessuto di altre ossa, escluse quelle facciali
77.73	Prelievo di osso del radio e dell'ulna per innesto
77.74	Prelievo di osso del carpo e del metacarpo per innesto
77.78	Prelievo di osso del tarso e del metatarso per innesto
77.83	Altra osteotomia parziale del radio e dell'ulna
77.84	Altra osteotomia parziale del carpo e del metacarpo
77.88	Altra osteotomia del tarso e del metatarso
77.89	Altra osteotomia parziale di altre ossa
77.94	Ostectomia totale del carpo e del metacarpo
77.98	Ostectomia del tarso e del metatarso
77.99	Ostectomia totale di altre ossa, escluse quelle facciali
78.03	Innesto osseo del radio e dell'ulna
78.04	Innesto osseo del carpo e del metacarpo
78.08	Innesto osseo del tarso e del metatarso
78.09	Innesto osseo di altre ossa
78.13	Applicazione di fissatore esterno di radio e ulna
78.14	Applicazione di fissatore esterno di carpo e metacarpo
78.18	Applicazione di fissatore di tarso e metatarso
78.19	Applicazione di fissatore esterno di altro osso
78.24	Accorciamento di carpo e metacarpo
78.28	Accorciamento di tarso e metatarso
78.33	Allungamento di radio e ulna
78.34	Allungamento di carpo e metacarpo
78.35	Allungamento di tarso e metatarso
78.39	Allungamento di altro osso
78.43	Altri interventi di riparazione o plastica su radio e ulna
78.44	Altri interventi di riparazione o plastica su carpo e metacarpo
78.48	Altri interventi di riparazione o plastica su tarso e metatarso
78.49	Altri interventi di riparazione o plastica su altre ossa
78.53	Fissazione interna del radio e dell'ulna senza riduzione di frattura
78.54	Fissazione interna di carpo e metacarpo senza riduzione di frattura
78.55	Fissazione interna di falangi senza riduzione di frattura
78.58	Fissazione interna di tarso e metatarso senza riduzione di frattura
78.59	Fissazione interna di altro osso, senza riduzione di frattura
78.60	Rimozione di dispositivo impiantato, sede non specificata
78.61	Rimozione di dispositivo impiantato da scapola, clavicola e torace
78.62	Rimozione di dispositivo impiantato dall'omero
78.63	Rimozione di dispositivo impiantato da radio e ulna
78.64	Rimozione di dispositivo impiantato da carpo e metacarpo
78.65	Rimozione di dispositivo impiantato dal femore
78.66	Rimozione di dispositivo impiantato dalla rotula
78.67	Rimozione di dispositivo impiantato da tibia e fibula
78.68	Rimozione di dispositivo impiantato da tarso e metatarso
78.69	Rimozione di dispositivo impiantato da altre ossa
78.73	Osteoclasia del radio e dell'ulna
78.74	Osteoclasia del carpo e del metacarpo
78.78	Osteoclasia del tarso e del metatarso
78.79	Osteoclasia di altre ossa
78.90	Inserzione di stimolatore di crescita ossea, sede non specificata
78.91	Inserzione di stimolatore di crescita ossea su clavicola e torace (coste e sterno)



78.92	Inserzione di stimolatore di crescita ossea sull'omero
78.93	Inserzione di stimolatore di crescita ossea su radio e ulna
78.94	Inserzione di stimolatore di crescita ossea su carpo e metacarpo
78.95	Inserzione di stimolatore di crescita ossea sul femore
78.96	Inserzione di stimolatore di crescita ossea sulla rotula
78.97	Inserzione di stimolatore di crescita ossea sulla tibia e fibula
78.98	Inserzione di stimolatore di crescita ossea sul tarso e metatarso
80.03	Artrotomia per rimozione di protesi del polso
80.04	Artrotomia per rimozione di protesi della mano e delle dita della mano
80.08	Artrotomia per rimozione di protesi del piede e delle dita del piede
80.13	Altra artrotomia del polso
80.14	Altra artrotomia della mano e delle dita della mano
80.17	Altra artrotomia della caviglia
80.18	Altra artrotomia del piede e delle dita del piede
80.21	Artroscopia della spalla
80.22	Artroscopia del gomito
80.23	Artroscopia del polso
80.24	Artroscopia della mano e delle dita della mano
80.25	Artroscopia dell'anca
80.26	Artroscopia del ginocchio
80.27	Artroscopia della caviglia
80.28	Artroscopia del piede e delle dita del piede
80.31	Biopsia delle strutture articolari della spalla
80.32	Biopsia delle strutture articolari del gomito
80.33	Biopsia delle strutture articolari del polso
80.35	Biopsia delle strutture articolari dell'anca
80.36	Biopsia delle strutture articolari del ginocchio
80.37	Biopsia delle strutture articolari della caviglia
80.40	Incisione di capsula articolare, legamento o cartilagine
80.42	Incisione di capsula articolare, legamenti o cartilagine del gomito
80.43	Incisione di capsula articolare, legamenti o cartilagine del polso
80.44	Incisione di capsula articolare, legamenti o cartilagine della mano e delle dita della mano
80.46	Incisione di capsula articolare, legamenti o cartilagine del ginocchio
80.47	Incisione di capsula articolare, legamenti o cartilagine della caviglia
80.48	Incisione di capsula articolare, legamenti o cartilagine del piede e delle dita del piede
80.59	Altra distruzione di disco intervertebrale (Distruzione effettuata con laser)
80.73	Sinoviectomia del polso
80.74	Sinoviectomia della mano e delle dita della mano
80.78	Sinoviectomia del piede e delle dita del piede
80.82	Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione del gomito
80.83	Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione del polso
80.84	Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione della mano e delle dita della mano
80.86	Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione del ginocchio
80.87	Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione della caviglia
80.88	Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione del piede e delle dita del piede
80.98	Altra asportazione dell'articolazione del piede e delle dita del piede Altra fusione del piede
81.25	Fusione carpo-radiale
81.26	Fusione metacarpocarpale
81.27	Fusione metacarpofalangea
81.28	Fusione interfalangea
81.71	Artroplastica dell'articolazione metacarpofalangea e interfalangea con impianto
81.72	Artroplastica dell'articolazione metacarpofalangea e interfalangea senza impianto
81.73	Sostituzione totale di polso
81.74	Artroplastica dell'articolazione carpo-carpale e carpometacarpale con impianto
81.75	Artroplastica della articolazione carpo-carpale e carpometacarpale senza impianto
81.93	Sutura della capsula o dei legamenti dell'arto superiore
81.94	Sutura della capsula o del legamento della caviglia e del piede
81.95	Sutura della capsula o del legamento in altra parte dell'arto inferiore
82.02	Miotomia della mano
82.03	Bursotomia della mano
82.11	Tenotomia della mano Sezione di tendine della mano
82.12	Fasciotomia della mano Sezione di fascia della mano



82.19	Altra sezione di tessuto molle della mano
82.21	Asportazione di lesione della fascia tendinea della mano
82.22	Asportazione di lesione dei muscoli della mano
82.29	Asportazione di altre lesioni dei tessuti molli della mano
82.31	Borsectomia della mano
82.32	Asportazione dei tendini della mano per innesto
82.33	Altra tendinectomia della mano
82.34	Asportazione di muscolo o fasce della mano per innesto
82.35	Altra fasciectomia della mano
82.36	Altra miectomia della mano
82.39	Altra esportazione dei tessuti molli della mano
82.41	Sutura della fascia tendinea della mano
82.42	Sutura differita dei tendini flessori della mano
82.43	Sutura differita di altri tendini della mano
82.44	Altra sutura dei tendini flessori della mano
82.45	Altra sutura di altri tendini della mano
82.46	Sutura di muscoli o fasce della mano
82.51	Avanzamento di tendini della mano
82.52	Arretramento di tendini della mano
82.53	Reinserzione di tendini della mano
82.54	Reinserzione di muscoli della mano
82.55	Altra modificazione di lunghezza di tendini e muscoli della mano
82.56	Altra trasferimento o trapianto di tendini della mano
82.57	Altra trasposizione di tendini della mano
82.58	Altra trasferimento o trapianto di muscoli della mano
82.59	Altra trasposizione di muscoli della mano
82.71	Ricostruzione di puleggia tendinea Ricostruzione mediante plastico con l'opponente
82.81	Trasferimento di dita, ad eccezione del pollice
82.82	Riparazione di difetti della mano
82.83	Riparazione di macrodattilia
82.84	Riparazione di dito a martello
82.85	Altra tenodesi della mano
82.86	Altra tenoplastica della mano
82.89	Altri interventi di plastica sulla mano
82.91	Lisi di aderenze della mano liberazione di aderenze di fascia, muscolo, tendine della mano
83.01	Esplorazione della fascia tendinea
83.02	Miotomia *
83.03	Borsectomia
83.09	Altra incisione dei tessuti molli
83.11	Tenotomia dell'achilleo
83.12	Tenotomia dell'adduttore dell'anca
83.13	Altra tenotomia Aponeurotomia
83.14	Fasciotomia
83.21	Biopsia dei tessuti molli
83.31	Asportazione di lesione delle fasce tendinee
83.32	Asportazione di lesione dei muscoli
83.39	Asportazione di lesione di altri tessuti molli Asportazione di cisti di Baker
83.41	Asportazione di tendini per innesti
83.42	Altra tendinectomia
83.43	Asportazione di muscoli o fasce per innesto
83.44	Altra fasciectomia
83.49	Altra asportazione di tessuti molli
83.5	Borsectomia
83.61	Sutura di guaina tendinea
83.62	Sutura differita di tendini
83.63	Riparazione della cuffia dei rotatori
83.64	Altra sutura di tendini
83.65	Altra sutura di muscoli o fasce Riparazione di diastasi dei retti
83.71	Avanzamento di tendini
83.72	Arretramento di tendini
83.73	Reinserzione di tendini
83.74	Reinserzione di muscoli
83.75	Trasposizione o trapianto di tendini



83.76	Altra trasposizione di tendine
83.81	Innesto tendineo
83.82	Innesto di muscoli o fasce
83.83	Ricostruzione di puleggia tendinea
83.91	Lisi di aderenze di muscoli, tendini, fasce e borse
84.01	Amputazione e disarticolazione di dita della mano
84.02	Amputazione e disarticolazione del pollice
84.03	Amputazione a livello della mano
84.04	Disarticolazione del polso
84.11	Amputazione di dita del piede
84.12	Amputazione a livello del piede
84.3	Revisione del mancone di amputazione

Interventi sui tegumenti

85.0	Mastotomia
85.12	Biopsia a cielo aperto della mammella
85.20	Asportazione o demolizione di tessuto della mammella, SAI
85.21	Asportazione locale di lesione della mammella
85.22	Quadrantectomia della mammella
85.23	Mastectomia subtotale
85.24	Asportazione di tessuto ectopico della mammella
85.25	Asportazione del capezzolo
85.41	Mastectomia semplice monolaterale
85.53	Impianto di protesi monolaterale
85.54	Impianto di protesi bilaterale
85.6*	Mastopessi
85.82	Innesto a spessore parziale nella mammella
85.83	Innesto a tutto spessore nella mammella
85.86	Trasposizione del capezzolo
85.87	Altra riparazione o ricostruzione del capezzolo
85.93	Revisione di protesi della mammella
85.94	Rimozione di protesi della mammella
85.95	Inserzione di espansore tessutale nella mammella
85.96	Rimozione di espansore tessutale dalla mammella
85.99	Altri interventi sulla mammella
86.03	Incisione di cisti o seno pilonidale
86.06	Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile
86.07	Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile
86.21	Asportazione di cisti o seno pilonidale
86.22	Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione
86.60	Innesto cutaneo libero, SAI
86.62	Altro innesto di cute sulla mano
86.63	Innesto di cute a tutto spessore in altra sede
86.65	Eteroinnesto sulla cute
86.66	Omoinnesto sulla cute
86.69	Altro innesto di cute su altre sedi
86.71	Allestimento e preparazione di innesti pedunculati o a lembo
86.72	Avanzamento di lembo pedunculato
86.74	Trasferimento di innesto pedunculato a lembo in altre sedi
86.75	Revisione di innesto pedunculato o a lembo
86.82	Ritidectomia facciale
86.83	Intervento di plastica per la riduzione di ampiezza
86.84	Correzione di cicatrice o briglia retrattile della cute
86.85	Correzione di sindattilia
86.91	Asportazione di cute per innesto
86.93	Inserzione di espansore tessutale

Miscellanea di procedure diagnostiche e terapeutiche

87.51	Colangiografia epatica percutanea
87.74	Pielografia retrograda
87.75	Pielografia percutanea
88.40	Arteriografia con mezzo di contrasto, sede non specificata



88.41	Arteriografia di arterie cerebrali
88.42	Aortografia
88.43	Arteriografia delle arterie polmonari
88.44	Arteriografia di altri vasi intratoracici
88.45	Arteriografia delle arterie renali
88.46	Arteriografia della placenta
88.47	Arteriografia di altre arterie intraaddominali
88.48	Arteriografia delle femorali e di altre arterie dell'arto inferiore
88.49	Arteriografia di altre sedi specificate
88.51	Angiocardiografia della vena cava
88.52	Angiocardiografia del cuore destro
88.53	Angiocardiografia del cuore sinistro
88.54	Angiocardiografia combinata del cuore destro e sinistro
88.56	Arteriografia coronarica con catetere doppio
88.57	Altra e non specificata arteriografia coronarica
88.60	Flebografia con mezzo di contrasto, sede non specificata
88.61	Flebografia con mezzo di contrasto delle vene del capo e del collo
88.62	Flebografia con mezzo di contrasto delle vene polmonari
88.63	Flebografia con mezzo di contrasto di altre vene intratoraciche
88.64	Flebografia con mezzo di contrasto del sistema portale
88.65	Flebografia con mezzo di contrasto di altre vene intraaddominali
88.66	Flebografia con mezzo di contrasto della femorale e di altre vene degli arti inferiori
88.67	Flebografia con mezzo di contrasto di altre sedi specificate
88.68	Flebografia ad impedenza
97.55	Rimozione di tubo a T, altro tubo biliare, tubo epatico
97.56	Rimozione di tubo o drenaggio pancreatico
98.51	Litotrixxia extracorporea
99.61	Cardioversione atriale



LISTA PROCEDURE CHIRURGICHE ESEGUIBILI IN REGIME AMBULATORIALE

INTERVENTI SUL SISTEMA ENDOCRINO

- 06.01 Aspirazione nella regione tiroidea
- 06.11 Biopsia [percutanea] [agobiopsia] della tiroide

INTERVENTI SULL'OCCHIO

- 08 Interventi sulla palpebra
- 08.0 Incisione della palpebra
- 08.01 Incisione del margine palpebrale
- 08.02 Apertura di blefarorrafia
- 08.09 Altra incisione della palpebra
- 08.11 Biopsia della palpebra
- 08.19 Altre procedure diagnostiche sulla palpebra
- 08.20 Rimozione di lesione della palpebra, SAI
- 08.21 Asportazione di calazio
- 08.22 Asportazione di altra piccola lesione della palpebra
- 08.23 Asportazione di lesione estesa della palpebra non a tutto spessore
- 08.21 Asportazione di lesione estesa della palpebra a tutto spessore
- 08.25 Demolizione di lesione palpebrale
- 08.37 Riduzione di sovracorrezione di blefaroptosi
- 08.38 Correzione di retrazione della palpebra
- 08.41 Riparazione di entropion o ectropion con termocolagulazione
- 08.42 Riparazione di entropion o ectropion con tecnica di sutura
- 08.43 Riparazione di entropion o ectropion con resezione cuneiforme
- 08.44 Riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra
- 08.49 Altra riparazione di entropion o ectropion
- 08.51 Cantotomia
- 08.52 Blefarorrafia
- 08.59 Altra Correzione della posizione della palpebra
- 08.61 Ricostruzione della palpebra con lembo o innesto cutaneo
- 08.62 Ricostruzione della palpebra con innesto o lembo di mucosa
- 08.63 Ricostruzione della palpebra con innesto del follicolo pilifero
- 08.64 Ricostruzione della palpebra con lembo tarsocongiuntivale
- 08.69 Altra ricostruzione della palpebra con lembo o innesto
- 08.70 Ricostruzione della palpebra, SAI
- 08.71 Ricostruzione della palpebra interessante il margine palpebrale, non a tutto spessore
- 08.72 Altra ricostruzione della palpebra, non a tutto spessore
- 08.73 Ricostruzione della palpebra interessante il margine palpebrale, a tutto spessore
- 08.74 Altra ricostruzione della palpebra, a tutto spessore
- 08.81 Riparazione lineare di lacerazione della palpebra e delle sopracciglia
- 08.82 Riparazione di lacerazione della palpebra interessante il margine palpebrale, non a tutto spessore
- 08.83 Altra riparazione di lacerazione della palpebra, non a tutto spessore
- 08.84 Riparazione di lacerazione della palpebra interessante il margine palpebrale, a tutto spessore
- 08.85 Altra ricostruzione di lacerazione della palpebra, a tutto spessore
- 08.86 Plastica anti-rughe della palpebra inferiore
- 08.87 Plastica anti-rughe della palpebra superiore
- 08.89 Altra riparazione della palpebra
- 08.91 Depilazione elettrochirurgica della palpebra
- 08.92 Depilazione criochirurgica della palpebra
- 08.93 Altra depilazione della palpebra



08.99	Altri interventi sulla palpebra
09.0	Incisione della ghiandola lacrimale
09.1	Procedure diagnostiche sull'apparato lacrimale
09.11	Biopsia della ghiandola lacrimale
09.12	Biopsia del sacco lacrimale
09.19	Altre procedure diagnostiche sull'apparato lacrimale
09.20	Asportazione della ghiandola lacrimale, SAI
09.21	Asportazione di lesione della ghiandola lacrimale
09.22	Altra dacrioadenectomia parziale
09.23	Dacrioadenectomia totale
09.3	Altri interventi sulla ghiandola lacrimale
09.41	Specillazione del punto lacrimale
09.42	Specillazione dei canalicoli lacrimali
09.43	Specillazione del dotto naso-lacrimale
09.44	Intubazione del dotto naso-lacrimale
09.49	Altre manipolazioni delle vie lacrimali
09.51	Incisione del punto lacrimale
09.52	Incisione dei canalicoli lacrimali
09.53	Incisione del sacco lacrimale
09.59	Altra incisione delle vie lacrimali
09.6	Asportazione del sacco e delle vie lacrimali
09.71	Correzione di eversione del punto lacrimale
09.72	Altra riparazione del punto lacrimale
09.73	Riparazione dei canalicoli
09.91	Obliterazione del punto lacrimale
09.99	Altri interventi sull'apparato lacrimale
10.0	Rimozione di corpo estraneo infisso nella congiuntiva, con incisione
10.1	Altra incisione della congiuntiva
10.21	Biopsia della congiuntiva
10.29	Altre procedure diagnostiche sulla congiuntiva
10.31	Asportazione di lesione o tessuto della congiuntiva
10.32	Demolizione di lesione della congiuntiva
10.33	Altri interventi di demolizione sulla congiuntiva
10.43	Altra ricostruzione di cul de sac congiuntiva
10.44	Altra innesto libero alla congiuntiva
10.49	Altra congiuntivoplastica
10.5	Lisi di aderenze della congiuntiva e della palpebra
10.6	Riparazione di lacerazione della congiuntiva
10.91	Iniezione sottocongiuntivale
10.99	Altri interventi sulla congiuntiva
11.0	Rimozione di corpo estraneo dalla cornea con impiego di magneti
11.1	Incisione della cornea
11.21	Curettaggio della cornea per striscio o coltura
11.22	Biopsia della cornea
11.29	Altra procedura diagnostica sulla cornea
11.31	Trasposizione dello pterigium
11.32	Asportazione dello pterigium con innesto della cornea
11.39	Altra esportazione dello pterigium
11.41	Rimozione meccanica dell'epitelio corneale
11.42	Termocauterizzazione di lesione della cornea
11.43	Crioterapia di lesione della cornea
11.49	Altra rimozione o demolizione di lesione della cornea
11.61	Cheratoplastica lamellare autologa
11.62	Altra cheratoplastica lamellare
11.71	Cheratomiectomia
11.72	Cheratofachia
11.74	Termocheratoplastica
11.75	Cheratotomia radiale
11.76	Epicheratofachia (lembo fresco, lembo conservato)
11.79	Altri interventi refrattivi sulla cornea
11.91	Tatuaggio della cornea
11.92	Rimozione di "impianto" artificiale dalla cornea
11.99	Altri interventi sulla cornea



- 12.11 Iridotomia mediante trasfissione
- 12.12 Altra iridotomia
- 12.13 Escissione di iride prolapsata
- 12.14 Altra iridectomia
- 12.21 Aspirazione diagnostica della camera anteriore dell'occhio
- 12.22 Biopsia dell'iride
- 12.29 Altra procedura diagnostica sull'iride, sul corpo ciliare, sulla sclera e sulla camera anteriore
- 12.31 Lisi di goniosinechie
- 12.32 Lisi di altre sinechie anteriori
- 12.33 Lisi di sinechie posteriori
- 12.34 Lisi di aderenze comeovitreali
- 12.35 Corneoplastica
- 12.39 Altra iridoplastica
- 12.40 Rimozione di lesione del segmento anteriore dell'occhio, SAI
- 12.41 Demolizione di lesione dell'iride, non escissionale
- 12.43 Demolizione di lesione del corpo ciliare non escissionale
- 12.59 Altri interventi per facilitare la circolazione intraoculare
- 12.62 Termocauterizzazione della sclera con iridectomia
- 12.65 Altra fistolizzazione sclerale con iridectomia
- 12.66 Revisione postoperatoria di interventi di fistolizzazione della sclera
- 12.71 Ciclodiatermia
- 12.72 Ciclocrioterapia
- 12.73 Ciclofotocoagulazione
- 12.74 Riduzione del corpo ciliare, SAI
- 12.79 Altri interventi per glaucoma
- 12.82 Riparazione di fistola sclerale
- 12.89 Altri interventi sulla sclera
- 12.91 Paracentesi della camera anteriore
- 12.92 Iniezione nella camera anteriore
- 12.93 Rimozione o distruzione dell'epitelio invadente la camera anteriore
- 12.97 Altri interventi sull'iride
- 12.98 Altri interventi sul colpo ciliare
- 12.99 Altri interventi sulla camera anteriore
- 13.64 Capsulotomia con YAG-laser dopo estrazione di cataratta
- 13.65 Asportazione chirurgica di cataratta secondario
- 13.66 Capsulotomia chirurgica dopo estrazione di cataratta
- 13.69 Altra estrazione di cataratta secondaria
- 13.72 Impianto secondario di cristallino artificiale
- 13.8 Rimozione di cristallino impiantato
- 13.9 Altri interventi sul cristallino
- 14.11 Aspirazione diagnostica del corpo vitreo
- 14.19 Altre procedure diagnostiche sulla retina, sulla coroide, sul corpo vitreo e sulla camera posteriore
- 14.21 Trattamento diatermico di lesione corioretinica
- 14.22 Criotrattamento di lesione corioretinica
- 14.23 Fotocoagulazione di lesione corioretinica con xenon
- 14.24 Fotocoagulazione di lesione corioretinica con laser
- 14.25 Fotocoagulazione di lesione corioretinica SAI
- 14.26 Trattamento di lesione corioretinica con terapia radiante
- 14.27 Trattamento di lesione corioretinica mediante impianto di sorgente radioattiva
- 14.29 Altro trattamento di lesione corioretinica
- 14.31 Riparazione di lacerazione della retina mediante diatermia
- 14.32 Riparazione di lacerazione della retina mediante crioterapia
- 14.33 Riparazione di lacerazione della retina mediante fotocoagulazione con xenon
- 14.34 Riparazione di lacerazione della retina mediante fotocoagulazione con argon (laser)
- 14.35 Riparazione di lacerazione della retina mediante fotocoagulazione di tipo non specificato
- 14.39 Altra riparazione di lacerazione della retina
- 14.51 Riparazione di distacco retinico mediante diatermia
- 14.52 Riparazione di distacco retinico con crioterapia
- 14.53 Riparazione di distacco retinico mediante fotocoagulazione xenon
- 14.54 Riparazione di distacco retinico mediante fotocoagulazione laser
- 14.55 Riparazione di distacco retinico mediante fotocoagulazione di tipo non specificato
- 14.59 Altra riparazione di distacco retinico
- 14.6 Rimozione dal segmento posteriore dell'occhio di materiale impiantato chirurgicamente



14.74	Altra vitrectomia meccanica
15.01	Biopsia di muscoli o tendini extraoculari
15.09	Altre procedure diagnostiche su muscoli e tendini extraoculari
15.11	Arretramento di un muscolo extraoculare
15.12	Avanzamento di un muscolo extraoculare
15.13	Resezione di un muscolo extraoculare
15.19	Altri interventi su un muscolo extraoculare che richiedono distacco temporaneo dal bulbo
15.21	Interventi di allungamento di un muscolo extraoculare
15.22	Interventi di accorciamento di un muscolo extraoculare
15.29	Altri interventi su un muscolo extraoculare
15.3	Interventi su due o più muscoli extraoculari che richiedono distacco temporaneo dal bulbo, uno o entrambi gli occhi
15.4	Altri interventi su due o più muscoli extraoculari, uno o entrambi gli occhi
15.5	Trasposizione di muscoli extraoculari
15.6	Revisione di chirurgia su muscolo extraoculare
15.7	Riparazione di lesioni del muscolo extraoculare
15.9	Altri interventi su muscoli e tendini extraoculari
16.21	Oftalmoscopia
16.22	Aspirazione diagnostica dell'orbita
16.23	Biopsia del bulbo oculare e dell'orbita
16.29	Altre procedure diagnostiche sull'orbita e sul bulbo oculare
16.69	Altri interventi secondari dopo rimozione di bulbo oculare
16.91	Iniezione retrobulbare di sostanze terapeutiche

INTERVENTI SULL'ORECCHIO

18.01	Perforazione del lobo dell'orecchio
18.02	Incisione del canale uditivo esterno
18.09	Altra incisione dell'orecchio esterno
18.11	Otoscopia
18.12	Biopsia dell'orecchio esterno
18.19	Altre procedure diagnostiche sull'orecchio esterno
18.29	Asportazione o demolizione di altra lesione dell'orecchio esterno
18.4	Sutura di lacerazione dell'orecchio esterno
20.09	Altra miringotomia

INTERVENTI SU NASO, BOCCA E FARINGE

21.00	Controllo di epistassi, SAI
21.01	Controllo di epistassi mediante tamponamento nasale anteriore
21.02	Controllo di epistassi mediante tamponamento nasale posteriore (e anteriore)
21.03	Controllo di epistassi mediante cauterizzazione (e tamponamento)
21.21	Rinoscopia
21.22	Biopsia del naso
21.29	Altre procedure diagnostiche sul naso
21.31	Asportazione o demolizione locale di lesione intranasale
21.32	Asportazione o demolizione locale di altra lesione del naso
21.69	Altra turbinectomia
21.81	Sutura di lacerazione del naso
21.91	Lisi di aderenze del naso
22.00	Aspirazione e lavaggio dei seni nasali, SAI
22.01	Puntura dei seni nasali per aspirazione o lavaggio
22.02	Aspirazione o lavaggio dei seni nasali attraverso la via naturale
22.11	Biopsia [endoscopica] [agobiopsia] dei seni nasali
22.19	Altre procedure diagnostiche sui seni nasali
23.11	Estrazione di radice residua
23.19	Altra estrazione chirurgica di dente
23.2	Riparazione di dente mediante otturazione
23.3	Riparazione di dente mediante intarso
23.41	Applicazione di corona
23.42	Inserzione di ponte fisso



- 23.43 Inserzione di ponte rimovibile
- 23.49 Altra riparazione dentaria
- 23.6 Impianto di dente
- 23.7 Impianto di protesi dentaria
- 23.70 Terapia canalare, NAS
- 23.71 Terapia scanalare con irrigazione
- 23.72 Terapia canalicolare con apicectomia
- 23.73 Apicectomia
- 24.0 Incisione di gengiva e di osso alveolare
- 24.11 Biopsia della gengiva
- 24.12 Biopsia dell'alveolo
- 24.19 Altre procedure sui denti, gengive o alveoli
- 24.2 Gengivoplastica
- 24.39 Altri interventi sulla gengiva
- 24.5 Alveoloplastica
- 24.6 Esposizione chirurgica di dente
- 24.7 Applicazione di sussidio ortodontico
- 24.8 Altro intervento ortodontico
- 24.91 Estensione o approfondimento del solco linguale o labiale
- 24.99 Altri interventi sui denti
- 25.01 Biopsia [agobiopsia] della lingua
- 25.02 Biopsia a cielo aperto della lingua Biopsia a cuneo
- 25.09 Altra procedura diagnostica sulla lingua
- 25.51 Sutura di lacerazione della lingua
- 25.91 Frenulotomia linguale
- 25.92 Frenulectomia linguale
- 25.94 Altra glossectomia
- 25.99 Altri interventi sulla lingua
- 26.0 Incisione delle ghiandole o dotti salivari
- 26.11 Biopsia [agobiopsia] di ghiandola o dotto salivare
- 26.19 Altre procedure diagnostiche sulle ghiandole e dotti salivari
- 26.41 Sutura di lacerazione di ghiandola salivare
- 26.91 Specillazione di dotto salivare
- 26.99 Altri interventi su ghiandole o dotti salivari
- 27.1 Incisione del palato
- 27.21 Biopsia del palato osseo
- 27.22 Biopsia dell'ugola
- 27.23 Biopsia del labbro
- 27.24 Biopsia della bocca, struttura non specificata
- 27.29 Altre procedure diagnostiche sulla cavità orale
- 27.41 Frenulectomia labiale
- 27.51 Sutura di lacerazione del labbro
- 27.52 Sutura di lacerazione di altra parte della bocca
- 27.61 Sutura di lacerazione del palato
- 27.71 Incisione dell'ugola
- 27.91 Frenulotomia labiale
- 27.92 Incisione della bocca, struttura non specificata
- 28.11 Biopsia di tonsille e adenoidi
- 28.91 Rimozione di corpo estraneo da tonsille e adenoidi mediante incisione
- 29.11 Faringoscopia
- 29.12 Biopsia faringea
- 29.19 Altre procedure diagnostiche sul faringe

INTERVENTI SUL SISTEMA RESPIRATORIO

- 31.41 Tracheoscopia attraverso stoma artificiale
- 31.42 Laringoscopia e altra tracheoscopia
- 31.43 Biopsia [endoscopica] della laringe
- 31.44 Biopsia chiusa [endoscopica] della trachea
- 31.48 Altra procedura diagnostica sulla laringe
- 31.49 Altre procedure diagnostiche sulla trachea
- 31.94 Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale nella trachea
- 31.93 Sostituzione di stent laringeo o tracheale



- 33.21 Broncoscopia attraverso stoma artificiale
- 33.22 Broncoscopia con fibre ottiche
- 33.23 Altra broncoscopia
- 33.24 Biopsia bronchiale [endoscopica]
- 33.29 Altre procedure diagnostiche sul polmone
- 34.91 Toracentesi
- 34.92 Iniezione nella cavità toracica

INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE

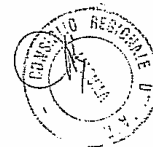
- 38.22 Angioscopia percutanea
- 38.89 Altra occlusione chirurgica di vene arto inferiore
- 38.94 Preparazione di vena per incannulamento
- 38.95 Cateterismo venoso per dialisi renale
- 38.98 Altra puntura di arteria
- 38.99 Altra puntura di vena
- 39.58 Riparazione di vaso sanguigno con patch non specificato
- 39.92 Iniezione intravenosa di sostanze sclerosanti
- 39.99 Altri interventi sui vasi

INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE

- 40.1j Biopsia di strutture linfatiche
- 40.19 Altre procedure diagnostiche sulle strutture linfatiche
- 40.29 Asportazione semplice di altre strutture linfatiche
- 41.38 Altre procedure diagnostiche sul midollo osseo

INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE

- 42.23 Altra esofagoscopia
- 42.24 Biopsia [endoscopica] dell'esofago
- 42.29 Altre procedure diagnostiche sull'esofago
- 43.41 Asportazione o demolizione di lesione o tessuto dello stomaco per via endoscopica
- 44.11 Gastrosocopia transaddominale
- 44.12 Gastrosocopia attraverso stoma artificiale
- 44.13 Altra gastrosocopia
- 44.14 Biopsia [endoscopica] dello stomaco
- 44.15 Altra biopsia dello stomaco
- 44.19 Altra procedura diagnostica sullo stomaco
- 45.13 Altra endoscopia dell'intestino tenue
- 45.14 Biopsia [endoscopica] dell'intestino tenue
- 45.16 Esofagogastroduodenoscopia [EGD] con biopsia
- 45.19 Altre procedure diagnostiche sull'intestino tenue
- 45.22 Endoscopia dell'intestino crasso attraverso stoma artificiale
- 45.23 Colonscopia con endoscopio flessibile
- 45.24 Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile
- 45.25 Biopsia [endoscopica] dell'intestino crasso
- 45.28 Altre procedure diagnostiche sull'intestino crasso
- 45.29 Altra procedura diagnostica sull'intestino, sede non specificata
- 45.30 Asportazione o demolizione endoscopica di lesione del duodeno
- 45.42 Polipectomia endoscopica dell'intestino crasso
- 45.43 Demolizione endoscopica di altra lesione o tessuto dell'intestino crasso
- 48.21 Proctosigmoidoscopia transaddominale
- 48.22 Proctosigmoidoscopia attraverso orifizio artificiale
- 48.23 Altra proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido
- 48.24 Biopsia [endoscopica] del retto
- 48.26 Biopsia di tessuti perirettali
- 48.29 Altre procedure diagnostiche sul retto, rettosigmoide e tessuti perirettali
- 49.29 Asportazione di appendice cutanea perianale
- 49.03 Altra asportazione di tessuti perianali
- 49.21 Anoscopia
- 49.22 Biopsia dei tessuti perianali
- 49.23 Biopsia dell'ano



49.29	Altre procedure diagnostiche sull'ano e sui tessuti perianali
49.31	Asportazione endoscopica o demolizione di lesione o tessuto dell'ano
49.41	Riduzioni di emorroidi
49.42	Iniezioni delle emorroidi
49.43	Cauterizzazione delle emorroidi
49.44	Demolizione di emorroidi per crioterapia
49.45	Legatura delle emorroidi
49.94	Riduzione di prolasso anale
50.11	Biopsia [percutanea] [agobiopsia] del fegato
54.22	Biopsia della parete addominale o dell'ombelico

INTERVENTI SULL'APPARATO URINARIO

55.23	Biopsia percutanea [agobiopsia] del rene alla cieca, ecoguidata, TAC-guidata, endoscopica
55.93	Sostituzione di drenaggio nefrostomico
55.94	Sostituzione di drenaggio pielostomico
57.17	Cistostomia per cutanea
57.31	Cistoscopia attraverso stoma artificiale
57.32	Altra cistoscopia
57.92	Calibraggio collo vescicale
57.94	Cateterismo vescicale
57.95	Riposizionamento di catetere vescicale
57.99	Altri interventi sulla vescica
58.22	Uretroscopia
58.23	Biopsia dell'uretra
58.29	Altre procedure diagnostiche sull'uretra e sul tessuto periuretrale
58.6	Dilatazione uretrale

INTERVENTI SUGLI ORGANI GENITALI MASCHILI

60.11	Biopsia transperineale [percutanea] [agobiopsia] della prostata
60.13	Biopsia [percutanea] delle vescicole seminali
60.71	Aspirazione percutanea delle vescicole seminali
60.91	Aspirazione percutanea della prostata
60.92	Iniezione (di farmaci) nella prostata
61.11	Biopsia dello scroto o della tunica vaginale
61.41	Sutura di lacerazione dello scroto e della tunica vaginale
61.91	Aspirazione percutanea della tunica vaginale
62.11	Biopsia (per cutanea) (agobiopsia) del testicolo
62.91	Aspirazione del testicolo
62.92	Iniezione di sostanze terapeutiche nel testicolo
63.91	Aspirazione di spermatocele
64.91	Plastiche di slittamento del prepuzio

INTERVENTI SUGLI ORGANI GENITALI FEMMINILI

66.88	Insufflazione tube
67.1	Procedure diagnostiche sulla cervice
67.11	Biopsia endocervicale
67.12	Altra biopsia cervicale
67.19	Altre procedure diagnostiche sulla cervice
67.31	Marsupializzazione di cisti cervicale
67.32	Demolizione di lesione della cervice mediante cauterizzazione
67.33	Demolizione di lesione della cervice mediante criochirurgia
67.39	Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della cervice
68.12	Isteroscopia
69.09	Biopsia endometriale
69.70	Inserzione di dispositivo contraccettivo intrauterino (IUD)
70.21	Vaginoscopia
70.24	Biopsia vaginale
71.11	Biopsia della vulva
71.19	Altre procedure diagnostiche sulla vulva



.21	Aspirazione per cutanea della ghiandola del Bartolino
1.4*	Interventi sul clitoride
71.5	Vulvectomy radicale
71.61	Vulvectomy monolaterale
71.62	Vulvectomy bilaterale
71.71	Sutura di lacerazione della vulva o del perineo
71.72	Riparazione di fistola della vulva o del perineo
71.79	Altra riparazione della vulva e del perineo
71.8	Altri interventi sulla vulva
71.9	Altri interventi sull'apparato genitale femminile

INTERVENTI OSTETRICI

75.31	Amnioscopia
75.34	Monitoraggio fetale, SAI

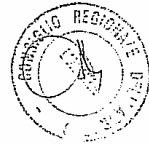
INTERVENTI SULL'APPARATO MUSCOLO-SCHELETRICO

80.34	Biopsia delle strutture articolari della mano e delle dita della mano
80.38	Biopsia delle strutture articolari del piede e delle dita del piede
81.91	Artrocentesi
81.92	Iniezione di sostanze terapeutiche nell'articolazione o nel legamento
82.04	Incisione e drenaggio dello spazio palmare o tenare
82.09	Altra incisione dei tessuti molli della mano
83.29	Altre procedure diagnostiche su muscoli, tendini, fasce e borse, incluse quelle della mano
83.94	Aspirazione di borse
83.95	Aspirazione di altri tessuti molli
83.96	Iniezione di sostanze terapeutiche all'interno delle borse
83.97	Iniezione di sostanze terapeutiche all'interno dei tendini
83.98	Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale all'interno di altri tessuti molli
83.99	Altri interventi su muscoli, tendini, fasce e borse

INTERVENTI SUI TEGUMENTI

85.11	Biopsia [percutanea] [agobiopsia] della mammella
85.19	Altre procedure diagnostiche sulla mammella
85.91	Aspirazione della mammella
85.92	Iniezione di sostanze terapeutiche nella mammella
86.01	Aspirazione della cute e del tessuto sottocutaneo
86.02	Iniezione o tatuaggio di lesioni o difetti della cute
86.04	Altra incisione con drenaggio della cute e del tessuto sottocutaneo
86.05	Incisione con rimozione di corpo estraneo da cute e tessuto sottocutaneo
86.09	Altra incisione della cute e del tessuto sottocutaneo
86.11	Biopsia della cute e del tessuto sottocutaneo
86.19	Altre procedure diagnostiche su cute e tessuto sottocutaneo
86.23	Rimozione di unghia, matrice ungueale o plica ungueale
86.24	Chirurgia controllata microscopicamente secondo Mohs
86.25	Dermaabrasione quella con laser (o mezzo meccanico)
86.26	Legatura di appendice dermica
86.27	Currettaggio di unghia, matrice ungueale o plica ungueale Rimozione di: necrosi massa di tessuto necrotico
86.28	Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione
86.3	Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo
86.59	Sutura di cute e tessuto sottocutaneo di altre sedi
86.60	Innesto cutaneo libero, NAS
86.64	Trapianto di capelli
86.86	Onicoplastica
86.92	Elettrolisi e altra depilazione cutanea

MISCELLANEA DI PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE



87.82	Isterosalpingografia con contrasto gassoso
87.83	Isterosalpingografia con contrasto opaco
95.12	Angiografia con fluorescina o angioscopia oculare
97.33	Rimozione cerchiaggio dentario - Ferula
97.51	Rimozione di tubo di gastrostomia
97.52	Rimozione di tubo dall'intestino tenue
97.53	Rimozione di tubo dall'intestino crasso o appendice
97.54	Rimozione di tubo di colecistostomia
97.59	Rimozione di altro dispositivo dell'apparato digerente
97.61	Rimozione di tubo da pielostomia e nefrostomia
97.62	Rimozione di tubo da ureterostomia e catetere ureterale
97.63	Rimozione di tubo da cistostomia
97.64	Rimozione di altro dispositivo di drenaggio urinario
97.65	Rimozione di supporto uretrale
97.69	Rimozione di altro dispositivo dall'apparato urinario



ALLEGATO B5

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI, ORGANIZZATIVI DEL DAY HOSPITAL

Il day-hospital deve disporre di spazi per il trattamento diagnostico-terapeutico e per il soggiorno dei pazienti in regime di ricovero a tempo parziale (di tipo diurno).

EQUISITI MINIMI STRUTTURALI

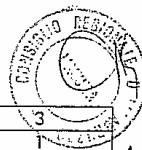
I requisiti minimi strutturali, impiantistici ed organizzativi del day hospital, se non costituito in unità operativa autonoma, sono gli stessi del reparto di competenza. Quindi i requisiti sottoelencati sono relativi soltanto alle strutture che sono organizzate autonomamente per eseguire esclusivamente attività di day hospital.

N.P.	Requisito	Tempo adeguamento (in anni)
1.	E' presente uno spazio da dedicare alle attività di segreteria, registrazione, archivio	0
2.	E' presente uno spazio attesa	0
3.	E' presente un locale visita/trattamento non inferiore a 12 mq	5
4.	Ci sono ambienti dedicati alla degenza	0
5.	E' presente un locale lavoro infermieri	3
6.	E' presente una cucinetta	5
7.	E' presente un deposito pulito	3
8.	E' presente un deposito sporco	3
9.	E' presente un deposito attrezzature	3
10.	I servizi igienici sono distinti per gli utenti e per il personale	3
11.	I servizi igienici per gli utenti sono dotati almeno di vaso, lavabo e sono separati dal lavapadelle e vuotatoio	5
12.	E' presente un bagno per disabili	5
13.	Ogni ambiente non ospita più di 4 posti letto	5
14.	La camera di degenza è almeno delle seguenti dimensioni: <ul style="list-style-type: none"> • 9 mq per posto letto (camera singola) • 7 mq per posto letto (camera multipla) • 9 mq per posto letto (camera pediatrica multipla) Nota: Nella determinazione delle dimensioni non sono da considerare i servizi igienici	5

Ad eccezione degli ambienti dedicati alla degenza in regime di ricovero diurno, qualora la funzione di day hospital si svolga all'interno di un'area di degenza, i servizi di supporto sopraindicati possono essere comuni.

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

N.P.	Requisito	Tempo adeguamento (in anni)
15.	E' presente un impianto gas medicali	1
16.	E' presente, nelle camere di degenza, un impianto chiamato sanitari con segnalazione acustica e luminosa	3



17.	Sono presenti, nelle camere di degenza, gli utilities per attività alberghiera	3
18.	Sono presenti, nel locale visita trattamento, attrezzature idonee in base alle specifiche attività	1
19.	E' presente, nel locale visita trattamento, il lettino tecnico	1
20.	E' presente l'attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e la rianimazione cardiopolmonare di base di cui è controllata la funzionalità	1

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

N.P.	Requisito	Tempo adeguamento (in anni)
21.	La dotazione organica del personale medico ed infermieristico è rapportata al volume delle attività e delle patologie trattate	1
22.	Nell'arco delle ore di attività di day hospital è garantita la presenza di almeno un medico e un infermiere professionale anche non dedicati	1
23.	Per ciascun paziente ricoverato in day hospital è compilata e continuamente aggiornata (ad ogni ricovero) la cartella clinica	1
24.	Esistono e vengono seguiti protocolli dettagliati (secondo linee guida aggiornate e basate sui risultati della ricerca scientifica) per: <ul style="list-style-type: none"> ▪ la sanificazione degli ambienti ▪ le modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione, confezionamento e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori 	1



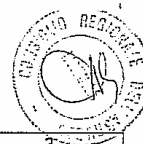
ALLEGATO B6

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI, ORGANIZZATIVI DEL DAY SURGERY

I requisiti minimi strutturali, impiantistici ed organizzativi del day surgery, se non costituito in unità operativa autonoma, sono gli stessi del reparto di competenza e della sala operatoria. I presidi ospedalieri, che erogano attività in regime di *day surgery* che non dispongono al proprio interno di una unità operativa di anestesia e rianimazione con posti letto devono garantire la presenza di un anestesista/rianimatore almeno per le due ore successive all'intervento chirurgico, un servizio di guardia medica interna 24 ore su 24, la copertura in pronta disponibilità di un anestesista per le ore di non presenza in ospedale ed inoltre i collegamenti funzionali ed organizzativi definiti con una struttura di ricovero dotata di Dipartimento di emergenza di primo livello.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

N.P.	Requisito	Tempo adeguamento (in anni)
1.	E' presente uno spazio attesa	0
2.	E' presente uno spazio registrazione/segreteria/archivio	1
3.	E' presente il filtro sala operatoria	5
4.	La sala operatoria ha una superficie minima di 20 mq	5
5.	E' presente una zona per la sterilizzazione d'emergenza del materiale chirurgico	5
6.	E' presente una zona preparazione personale-addetto	1
7.	E' presente una zona preparazione paziente	1
8.	E' presente una zona risveglio	1
9.	E' presente un deposito materiali sterili e strumentario chirurgico	3
10.	E' presente un deposito attrezzature	3
11.	E' presente un locale visita	1
12.	Sono presenti camere degenza	0
13.	E' presente una cucinetta	3
14.	Sono presenti servizi igienici per i pazienti	1
15.	E' presente un bagno per disabili	5
16.	E' presente un deposito pulito	3
17.	E' presente un deposito sporco	3
18.	E' presente uno spogliatoio per il personale dotato di servizi igienici	3
19.	Durante l'orario di funzionamento, nei locali adibiti alle attività di day surgery, non si svolgono altre attività	5
20.	I farmaci ed il materiale necessario per il trattamento di eventuali complicanze sono disponibili ed utilizzabili immediatamente	0
21.	La sorveglianza del paziente nel postoperatorio (fino al ristabilimento delle funzioni vitali) è svolta nel settore operatorio o comunque nelle vicinanze di questo	1
22.	Qualora vengano eseguiti esami e/o trattamenti endoscopici, esiste una sala dedicata di superficie non inferiore a 20 mq comprensiva del locale per l'endoscopia e di uno spazio distinto per il lavaggio e la disinfezione degli strumenti	5
23.	L'area radiologica (se presente) garantisce lo spazio per lo svolgimento degli esami diagnostici e/o delle procedure interventistiche	1
24.	L'area radiologica (se presente) garantisce uno spazio distinto per il trattamento del materiale sensibile, uno per il deposito dello stesso, uno per il deposito dei mezzi di contrasto	5



25.	L'area radiologica (se presente) garantisce un'area distinta al paziente per spogliarsi	3
-----	---	---

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

N.P.	Requisito	Tempo adeguamento (in anni)
26.	La sala operatoria è dotata di un impianto di climatizzazione ambientale che assicuri: <ul style="list-style-type: none"> • una temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20-24 °C • una umidità relativa estiva ed invernale del 40-60% • un ricambio aria/ora (aria esterna senza*circolo) di 15 v/h 	3
27.	La velocità dell'aria (in caso di flusso turbolento) è inferiore a 0,15 m/sec misurata a 15-30 cm dal filtro	3
28.	La sala operatoria è dotata di un tavolo operatorio	0
29.	La sala operatoria è dotata di un apparecchio per anestesia	0
30.	La sala operatoria è dotata di un elettrobisturi	1
31.	La sala operatoria è dotata di un aspiratore	0
32.	La sala operatoria è dotata di un lampada scialitica	0
33.	La sala operatoria è dotata di un diafanoscopio a parete	1
34.	La strumentazione è adeguata alla tipologia di interventi effettuata e confezionata in set monopaziente	0
35.	La sala operatoria è dotata di un defibrillatore con cardiomonitor e materiale per intubazione	0
36.	La sala operatoria è dotata di frigoriferi per la conservazione dei farmaci ed emoderivati	0
37.	La zona/locale sterilizzazione d'emergenza è dotata di autoclave (a norma pr EN 13060 e sue evoluzioni in classe B o UNI EN 285) per sterilizzazione del materiale chirurgico	3
38.	La zona/locale sterilizzazione d'emergenza è dotata di apparecchiature per il lavaggio e la disinfezione di alto livello delle strumentazioni termolabili	3
39.	La zona/locale sterilizzazione d'emergenza è dotata di vasca ad ultrasuoni e lavastrumenti 93°C/10 min	3
40.	La sala risveglio è dotata di un gruppo per ossigeno terapia	3 ⁴
41.	La sala risveglio è dotata di un sistema di monitoraggio comprendente ECG, pressione arteriosa non invasiva, saturimetro	3
42.	Il locale preparazione chirurgici è dotato di un lavello con comando non manuale	3
43.	Nelle camere di degenza è presente un impianto chiamato sanitari con segnalazione acustica e luminosa	3
44.	Nelle camere di degenza sono presenti gli utilities per attività alberghiera	3
45.	Nel locale visita trattamento sono presenti attrezzature idonee in base alle specifiche attività	3
46.	Nel locale visita trattamento è presente il lettino tecnico	3
47.	E' presente un impianto gas medicali	1
48.	E' presente un impianto chiamato sanitari	3
49.	L'aspirazione gas medicali è direttamente collegata alle apparecchiature di anestesia	3
50.	Sono presenti stazioni di riduzione delle pressioni dei gas anestetici per la sala operatoria	3
51.	Le stazioni di riduzione delle pressioni sono doppie per ogni gas medicale/tecnico e tali da garantire un adeguato livello di affidabilità	3 ⁴
52.	Esiste un impianto ottico e acustico di allarme segnalazione di pressione (alta-bassa) gas medicali e/o guasti all'impianto	3
53.	E' presente l'attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e la rianimazione cardiopolmonare di base di cui è controllata la funzionalità	1

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

N.P.	Requisito	Tempo adeguamento (in anni)
54.	La dotazione organica del personale medico ed infermieristico è rapportata al volume delle attività e delle patologie trattate	1
55.	Nell'arco delle ore di attività di day surgery è garantita la presenza di almeno un medico appartenente alla disciplina richiesta per l'espletamento dell'attività, un medico specialista in anestesia/rianimazione e una figura infermieristica, anche non dedicati	1



56.	Nel caso di prestazioni di radiologia interventistica è garantita la presenza di un tecnico sanitario di radiologia medica	1
57.	Esistono e vengono seguiti protocolli dettagliati (secondo linee guida aggiornate e basate sui risultati della ricerca scientifica) per: <ul style="list-style-type: none"> • la sanificazione degli ambienti • le modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione, confezionamento e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori 	0
58.	Le strutture che effettuano attività di day surgery hanno a disposizione un servizio di sterilizzazione interno o appaltato rispondente ai requisiti strutturali, tecnologico-impiantistici ed organizzativi di cui al capitolo 6.13	1
59.	Sono previste procedure specifiche in caso di malfunzionamento degli impianti di gas medicali e del sistema di aspirazione	1
60.	Esiste documentazione che vengono eseguiti controlli annuali sulle autoclavi come indicato dalla norma UNI EN 554 per la qualifica fisica e microbiologica	1

CONSIGLIO REGIONALE DELL'ABRUZZO

La presente deliberazione è stata approvata il 18/6/2006

L. 18/6/2006

18/6/2006

DELLA REGIONE DELL'ABRUZZO
(PROVVEDIMENTO N. 100/2006)



LEGGE REGIONALE 23 GIUGNO 2006, n. 21:

Sostituzione dell'art. 19 (Interventi a favore della ricomposizione fondiaria e dei giovani agricoltori) della L.R. 18 maggio 2000, n. 95 "Nuove norme per lo sviluppo delle zone montane".

IL CONSIGLIO REGIONALE ha approvato;

IL PRESIDENTE
DELLA GIUNTA REGIONALE

promulga

la seguente legge:

Art. 1

(Sostituzione dell'art. 19 "Interventi a favore della ricomposizione fondiaria e dei giovani agricoltori" della L.R. 95/2000)

1. L'art. 19 della L.R. 18 maggio 2000, n. 95 "Nuove norme per lo sviluppo delle zone montane" è così sostituito:

«Art. 19

(Interventi a favore della ricomposizione fondiaria)

1. Al fine di favorire la ricomposizione fondiaria nelle zone montane e lo sviluppo dell'attività agricola la Regione accorda contributi e finanziamenti per l'acquisto e la permuta di terreni, per la formazione e per l'arrotondamento della proprietà coltivatrice, sino alla concorrenza di almeno il 50% delle disponibilità finanziarie recate dalle leggi vigenti in materia di formazione della proprietà coltivatrice e promuove, attraverso i Comuni e le Comunità montane, procedure di acquisizione e successiva alienazione dei terreni incolti produttivi, ai seguenti beneficiari:

a) coltivatori diretti di età compresa fra i 18 ed i 60 anni, residenti nelle zone montane;

b) eredi considerati affittuari, ai sensi dell'art. 49 della legge 3 maggio 1982 n. 203 "Norme sui contratti agrari", delle porzioni di fondi rustici comprese nelle quote degli altri coeredi e residenti nelle zone montane, che intendono acquisire alla scadenza del rapporto di affitto le quote medesime secondo le modalità ed i limiti di cui agli articoli 4 e 5 della legge 31 gennaio 1994, n. 97 (Nuove disposizioni per le zone montane);

c) cooperative e consorzi agricoli con sede in territorio montano nei quali la compagine dei soci cooperatori sia composta, per almeno il 40%, da persone in età compresa tra i 18 e i 60 anni;

d) ai proprietari di terreni, anche non coltivatori diretti dello stesso comune, per i terreni confinanti e/o resi confinanti;

e) ai coltivatori diretti e imprenditori agricoli a titolo principale anche se non residenti;

f) a qualsiasi persona, fisica o giuridica, anche non residente nella zona o extracomunitaria, che presenti idoneo progetto per la costituzione di nuove aziende agricole nel rispetto degli obiettivi dell'intera legge.

2. Ai soggetti di cui alle lettere d), e) ed f) del comma 1 possono essere concessi solo contributi, e nella misura massima pari ai costi sostenuti per spese notarili, di registrazione, trascrizione e voltura, debitamente documentati.

3. Per gli obiettivi di cui al comma 1, in prima applicazione:

a) i Comuni:

1) individuano, attraverso specifico censimento ed entro il termine di

- 60 giorni dall'entrata in vigore della legge, tutti i terreni incolti produttivi del loro territorio ed i relativi proprietari;
- 2) contattano, entro i successivi 45 giorni, tali proprietari ed acquisiscono la loro eventuale disponibilità alla cessione volontaria a terzi al prezzo corrispondente al vigente valore agricolo medio della zona per terreni incolto-produttivo, determinato dalla Giunta regionale – I Dipartimento – Lavori Pubblici ai sensi del 1° comma dell'art. 16 della legge 22.10.1971 n. 865 e pubblicato nel *B.U.R.A.*;
 - 3) acquisiscono, attraverso bando pubblico e contestualmente agli adempimenti di cui al precedente punto 2), eventuali richieste di altri proprietari di terreni nel territorio comunale, comunque coltivati, per la loro alienazione con le finalità e con i benefici della presente legge, al prezzo del valore agricolo medio vigente relativo alla coltivazione in essere, determinato come alla precedente punto 2), ridotto del 20%;
 - 4) rimettono agli organi di presidenza della Comunità montana di appartenenza i risultati delle indagini di cui sopra entro 30 giorni dalla scadenza di cui al precedente punto 2).
- b) Le Comunità montane:
- 1) provvedono alla classificazione ed alla costituzione di fondi alienabili, in base all'estensione ed all'ubicazione, entro 60 giorni dal ricevimento dei dati rimessi dai Comuni;
 - 2) acquisiscono, attraverso idonea informazione e pubblicità, entro i successivi 30 giorni, i nomi di tutti gli interessati all'acquisto dei terreni come sopra ritenuti alienabili e fissa il loro prezzo di alienazione, che non può essere inferiore al prezzo di acquisizione né superare di oltre il 10% il valore agricolo medio vigente nella zona per la coltura in essere, determinato come al precedente punto 2) lettera a);
 - 3) individuano, fatti salvi i diritti di prelazione previsti dalle vigenti leggi regionali, nazionali e comunitarie, tra quanti si sono proposti, le priorità di acquisizione nel rispetto dell'ordine di cui al precedente comma 1, e degli obiettivi del presente articolo;
 - 4) predispongono i contratti tipo, stipulano convenzioni con i roganti e definiscono i criteri d'impegno (cauzioni e tempi) sia per i venditori che per gli acquirenti;
 - 5) convocano le parti interessate e concordano con essi ed i roganti la data per la stipula degli atti di compravendita, cui partecipano anche per l'incasso dell'eccedenza del prezzo di compravendita, predeterminato come al precedente punto 2) e per la restituzione delle cauzioni incamerate con gli atti d'impegno;
 - 6) acquisiscono le istanze di contributi e di finanziamenti; qualora i contributi e i finanziamenti risultino spettanti, trasmettono le istanze alla Regione Abruzzo –

Assessorato all'Agricoltura –, per la loro liquidazione; la Regione provvede con le disponibilità di cui al comma 1 entro 60 gg. dalla loro ricezione direttamente ai beneficiari nei modi indicati dagli stessi beneficiari nella relativa istanza;

- 7) Possono acquistare direttamente tutti i terreni alienabili e privi di potenziali acquirenti, che se non rivenduti entro sei mesi dalla data del loro acquisto possono essere concessi in affitto o in appalto ad imprenditori agricoli della zona.
4. Per gli stessi obiettivi di cui al comma 1, successivamente:
- a) i comuni seguitano con il proprio ufficio tecnico a recepire ed a trasmettere alle comunità montane di appartenenza istanze di alienazioni e acquisizioni di terreni.
- b) le comunità montane danno seguito con le proprie strutture e con i criteri su esposti agli adempimenti loro affidati anche per l'alienazione a terzi di terreni resi alienabili successivamente dai comuni per gli obiettivi della presente legge.
5. Il maggiore incasso dall'alienazione rispetto all'acquisizione costituisce un fondo speciale per le comunità montane, da utilizzare per i pagamenti e gli incassi conseguenti alle operazioni immobiliari di cui al punto 7) della lettera b) del comma 3 della presente legge e per la realizzazione di infrastrutture intercomunali finalizzate agli obiettivi della stessa legge.
6. Qualora i terreni oggetto del presente articolo non vengono coltivati entro un

anno dalla data di concessione dei contributi o nei 10 anni successivi alla stessa data siano alienati, divisi o sia modificata la loro destinazione, i soggetti beneficiari decadono dal beneficio, con il conseguente obbligo di restituzione dei finanziamenti ricevuti maggiorati degli interessi legali».

Art. 2

(Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo*.

La presente legge regionale sarà pubblicata nel *Bollettino Ufficiale della Regione*.

E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione Abruzzo.

L'Aquila, addì 23 Giugno 2006

OTTAVIANO DEL TURCO

LEGGE REGIONALE 23 GIUGNO 2006, n. 22:

Integrazione del Piano regionale di gestione dei rifiuti, approvato con L.R. 28.4.2000, n. 83 (Testo unico in materia di gestione dei rifiuti contenente l'approvazione del piano regionale dei rifiuti) con il Piano di gestione degli imballaggi e dei rifiuti di imballaggio, con il Piano regionale per la raccolta e lo smaltimento degli apparecchi soggetti ad inventario in attuazione dell'art. 4, comma 1 del D.Lgs. 209/1999 e dell'art. 11, comma 1 della Direttiva 96/59/CE in ordine allo smaltimento dei PCB/PCT e con il Programma per la riduzione dei rifiuti biodegradabili da collocare in discarica.

IL CONSIGLIO REGIONALE ha approvato;

IL PRESIDENTE

DELLA GIUNTA REGIONALE

promulga

la seguente legge:

Art. 1

Integrazione del capitolo 4 (La gestione di particolari categorie di rifiuti) del Piano regionale di gestione dei rifiuti di cui alla LR 28.4.2000, n. 83 (Testo unico in materia di gestione dei rifiuti contenente l'approvazione del piano regionale dei rifiuti) con il "Piano di gestione degli imballaggi e dei rifiuti di imballaggio"

1. Dopo il paragrafo 4.7.4. del capitolo 4 del Piano regionale di gestione dei rifiuti di cui alla LR 83/2000 è inserito il paragrafo 4.7.4 Bis costituito dall'Allegato A alla presente legge, recante: "Piano di gestione degli imballaggi e dei rifiuti di imballaggio" comprensivo del suballegato "Allegato 1: Tab. 27 - Quadro generale degli obiettivi e delle azioni attivabili per l'attuazione del programma imballaggi".

Art. 2

Integrazione del capitolo 4 del Piano regionale di gestione dei rifiuti di cui alla LR 28.4.2000, n. 83 (Testo unico in materia di gestione dei rifiuti contenente l'approvazione del piano regionale dei rifiuti) con il piano per la raccolta e lo smaltimento degli apparecchi soggetti ad inventario

1. Dopo il paragrafo 4.7.5. del capitolo 4 del Piano regionale di gestione dei rifiuti di cui alla LR 83/2000 è inserito il paragrafo 4.7.5 Bis costituito dall'Allegato B alla presente legge, recante "Piano regionale per la raccolta e lo smaltimento degli apparecchi soggetti ad inventario in attuazione dell'art. 4, comma 1, del DLgs. 209/99 e dell'art. 11, comma 1 della Direttiva 96/59/CE in ordine allo smaltimento dei PCB/PCT" comprensivo dei suballegati "Allegato 1: Gestione

degli apparecchi contenenti PCB e dei PCB in essi contenuti"; 'Allegato 2: Linee guida contenenti prescrizioni per garantire la correttezza della gestione dei rifiuti contenenti PCB'; 'Allegato 3: Linee di indirizzo per la prevenzione dei rischi ambientali e sanitari'".

Art. 3

Integrazione del capitolo 4 del Piano regionale di gestione dei rifiuti di cui alla LR 28.4.2000, n. 83 (Testo unico in materia di gestione dei rifiuti contenente l'approvazione del piano regionale dei rifiuti) con il programma per la riduzione dei rifiuti biodegradabili da collocare in discarica

1. Dopo il paragrafo 4.7.5 del capitolo 4 del Piano regionale di gestione dei rifiuti di cui alla LR 83/2000 è inserito il paragrafo 4.7.5 Ter costituito dall'Allegato C alla presente legge, recante "Programma per la riduzione dei rifiuti biodegradabili da collocare in discarica" comprensivo dei suballegati "Allegato B: nota 8058/ADV/DI del 22 aprile 2005 del Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio"; 'Allegato A: Nota 02371/adv/D del 4 febbraio 2005 del Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio'".

Art. 4

Entrata in vigore

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo*.

La presente legge regionale sarà pubblicata nel *Bollettino Ufficiale della Regione*.

E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione Abruzzo.

L'Aquila, addì 23 Giugno 2006

OTTAVIANO DEL TURCO

DECRETI

Presidente della Giunta Regionale

DECRETO 23.06.2006, n. 81/14Bil:

Integrazione dello stanziamento del capitolo di spesa obbligatoria 312600 dello stato di previsione della spesa per il corrente esercizio finanziario, denominato "Oneri derivanti dalla concessione di garanzie fidejussorie".

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
REGIONALE

Omissis

DECRETA

1. di introdurre nello stato di previsione della spesa del bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2006, per competenza e cassa, le seguenti vigenti:

U.P.B.	Cap.	Denominazione	Importo
16.03.003	312600	"Oneri derivanti dalla concessione de garanzie fidejussorie" - in aumento	Euro 123.791,03
15.01.002	321940	"Fondo di riserva per le spese obbligatorie" - in diminuzione	Euro 123.791,03

2. di pubblicare, per estratto, sul *B.U.R.A.* il presente decreto.

L'Aquila, lì 23.06.2006

IL PRESIDENTE
On.le Ottaviano Del Turco

PARTE III**AVVISI, CONCORSI, INSERZIONI**

AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE
DI TERAMO

II° SETTORE - SERVIZIO ESPROPRI

Estratto decreto definitivo di esproprio rep. N. 25811 del 23/05/2006 concernente: "S.P. 80/A di Piane di Collevecchio. Lavori di completamento del tratto terminale".

IL DIRIGENTE DELL'UFFICIO
PER LE ESPROPRIAZIONI

Omissis

DECRETA

Articolo 1

È pronunciata l'espropriazione disponendo il passaggio del diritto di proprietà a favore della Provincia di Teramo - P.IVA e C.F. 80001070673 degli immobili di seguito descritti necessari per la realizzazione dei lavori sulla S.P. 80/A di Collevecchio. Completamento tratto terminale.

DITTE CONCORDATARIE

1) Ditta n. 1 - POMPONI LUIGI, nato a Montorio al Vomano (Te) il 23/07/1930, C.F. PMPLGU30L23F690K, omissis - proprietario per 1000/1000;

Immobili distinti in catasto terreni del Comune di Montorio al Vomano, al foglio 29, particella 1138 (ex 579/b) di mq 350; al foglio 29, particella 1136 (ex 47/b) di mq 50, al foglio 29, particella 1134 (ex 46/b) di mq 150.

Indennità definitiva di esproprio pari ad Euro 2.475,00.

2) Ditta n. 2 - NORI GIOVANNI, nato a Montorio al Vomano il 20/06/1938, cf. NROGNN38H20F690W, omissis - proprietà

per 1/1;

Immobili distinti in Catasto Terreni del Comune di Montorio al Vomano, al foglio 29 particella 1168 (ex 243/b) di mq. 5 - senza redditi - al foglio 29 particella 1167 (ex 937/b) di mq. 17 - R.D. €0,07 - R.A. €0,07; indennità definitiva di esproprio €179,04;

3) Ditta n. 3 - TARQUINI DONATO, nato a Montorio al Vomano il 18/01/1939, cf. TRQDNT39A18F690Q, omissis - proprietà per 1000/1000;

Immobile distinto in Catasto Terreni del Comune di Montorio al Vomano, al foglio 29 particella 1153 (ex 291/b) di mq. 10 - senza redditi - indennità definitiva di esproprio € 81,38;

4) Ditta n. 4 - POMPONI PRIMO, nato a Montorio al Vomano il 27/08/1921, cf. PMPPRM21M27F690W, omissis - proprietà per 1000/1000;

Immobile distinto in Catasto Terreni del Comune di Montorio al Vomano, al foglio 29 particella 1140 (ex 44/b) di mq. 595 - R.D. € 2,61 - R.A. € 2,15 - indennità definitiva di esproprio €1.554,90;

5) Ditta n. 5 - CATACUZZENO GIOBBE, nato a Montorio al Vomano, il 08/8/1930, cf. CTCGBB30M08F690G, omissis - proprietà per 1/1;

Immobile distinto in Catasto Terreni del Comune di Montorio al Vomano, al foglio 29 particella 1131 (ex 49/b) di mq. 975 - R.D. € 4,28 - R.A. €3,52 indennità definitiva di esproprio €887,66;

DITTE NON CONCORDATARIE

6) Ditta n. 1 - CHICARELLA PATRIZIA, nata a Tagliacozzo (AQ) il 08/07/1970, c.f. CHCPRZ70L48L025G, omissis - proprietà per ½ in regime di comunione dei beni; indennità provvisoria di esproprio depositata €17,63; PIO MASSIMO, nato a Teramo il 08/05/1970, c.f.

PIOMSM70E08L103R, omissis - proprietà per ½ in regime di comunione dei beni; indennità provvisoria di esproprio depositata €17,63;

Immobile distinto in Catasto Terreni del Comune di Montorio al Vomano, al foglio 29 particella 1170 (ex 632/b) di mq. 7 - R.D. € 0,03 - R.A. €0,03 - indennità provvisoria di esproprio depositata €35,26;

7) Ditta n. 2 - PIO SABATINO, nato a Montorio al Vomano il 24/01/1942, c.f. PIOSTN42A24F690Q, omissis - proprietà per 1000/1000;

Immobile distinto in Catasto Terreni del Comune di Montorio al Vomano, al foglio 29 particella 1227 (ex 567/b) di mq. 7 - R.D. € 0,03 - R.A. €0,03 - indennità provvisoria di esproprio depositata €35,26;

8) Ditta n. 3 - DI FRANCESCO ROSINA, nata a Montorio al Vomano il 30/09/1923, c.f. DFRRSN23P70F690H, omissis - proprietà per 1/3; indennità provvisoria di esproprio depositata €16,80;

NORI ANNAMARIA, nata a Montorio al Vomano il 13/04/1957, c.f. NRONMR57D53F690J, omissis - proprietà per 1/3; indennità provvisoria di esproprio depositata €16,79;

NORI ROSARIA, nata a Montorio al Vomano il 21/02/1960, c.f. NRORSR60B61F690P, omissis - proprietà per 1/3; indennità provvisoria di esproprio depositata €16,79;

Immobile distinto in Catasto Terreni del Comune di Montorio al Vomano, al foglio 29 particella 1225 (ex 966/b) di mq. 10 - R.D. € 0,04 - R.A. € 0,04 - indennità provvisoria di esproprio depositata €50,38;

9) Ditta n. 4 NORI PASQUALINO, nato a Montorio al Vomano, 05/04/1953, c.f. NROPQL53D05F690Q, omissis - proprietà per 1000/1000;

Immobile distinto in Catasto Terreni del Comune di Montorio al Vomano, al foglio 29 particella 1165 (ex 960/b) di mq. 4 - R.D. € 0,02 - R.A. € 0,01 - indennità provvisoria di esproprio depositata €20,15;

10) NORI DOMENICO, nato a Teramo il 12/01/1971, c.f. NRODNC71A12L103M, omissis - proprietà per 1/3; indennità provvisoria di esproprio depositata €50,38;

NORI RINA, nata a Teramo il 15/10/1966, c.f. NRORNI66R55L103C; omissis proprietà per 1/3; indennità provvisoria di esproprio depositata €50,38;

URBANI GIUSEPPINA, nata a Montorio al Vomano 13/05/1944, c.f. RBNGPP44E53F690N, omissis - proprietà per 1/3; indennità provvisoria di esproprio depositata €50,37;

Immobile distinto in Catasto Terreni del Comune di Montorio al Vomano, al foglio 29 particella 1163 (ex 513/b) di mq. 30- senza redditi - indennità provvisoria di esproprio depositata €151,13;

11) BADIA DI COLLEVECCHIO, con sede in Montorio al Vomano, c.f. n. 80009720675, omissis - proprietà per 1000/1000;

Immobili distinti in Catasto Terreni del Comune di Montorio al Vomano, al foglio 29 particella 1162 (ex 761/b) di mq. 55 - R.D. € 0,21 - R.A. € 0,21 - al foglio 29 particella 1160 (ex 760/b) di mq. 125 - R.D. € 0,48 - R.A. € 0,48; indennità provvisoria di esproprio depositata €907,11;

12) TARQUINI VITTORINO (VITTORIO), nato a Montorio al Vomano il 03/11/1923, c.f. TRQVTR23S03F690Q, omissis - proprietà per 1/1;

Immobili distinti in Catasto Terreni del Comune di Montorio al Vomano, al foglio 29 particella 1158 (ex 522/b) di mq. 53- senza

redditi - al foglio 29 particella 1157 (ex 972/b) di mq. 5 - R.D. € 0,02 - R.A. € 0,02; indennità provvisoria di esproprio depositata €292,18;

13) TARQUINI ALESSANDRO, nato a Montorio al Vomano il 08/12/1928, c.f. TRQLSN28T08F690T, omissis - n. 30, proprietà per 1000/1000;

Immobile distinto in Catasto Terreni del Comune di Montorio al Vomano, al foglio 29 particella 1155 (ex 573/b) di mq. 15 - R.D. € 0,07 - R.A. € 0,05 - indennità provvisoria di esproprio depositata €75,56;

ART. 2

Il presente decreto sarà:

- notificato ai proprietari degli immobili espropriati, nelle forme degli atti processuali civili;
- registrato presso l'Ufficio dei Registri Immobiliari di Teramo e volturato presso i competenti Uffici, a cura e spese della Provincia di Teramo;
- trasmesso per estratto entro cinque giorni dalla sua emanazione, al *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo* per la pubblicazione di cui all'art. 23, comma 5 del DPR 327/2001.

Viene fissato in trenta giorni dall'avvenuta pubblicazione al *B.U.R.A.*, il termine per la proposizione di eventuale ricorso da parte di terzi.

ART. 3

Il presente decreto comporta l'estinzione automatica di tutti gli altri diritti reali o personali, gravami sui beni espropriati, salvo quelli compatibili con i fini cui l'espropriazione è preordinata.

Le azioni reali e personali esperibili non incidono sul procedimento espropriativo e sugli effetti del decreto di esproprio.

ART. 4

Il presente Decreto costituisce provvedimento definitivo. Avverso ad esso è ammesso ricorso straordinario al Presidente della Repubblica o ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale competente, rispettivamente entro 120 o 60 giorni dalla notifica, comunicazione o piena conoscenza dello stesso.

IL DIRIGENTE DEL II SETTORE
Dott. Leo Di Liberatore

COMUNE DI ALFEDENA (AQ)

Approvazione del Progetto di Variante al Piano Regolatore Esecutivo.

IL RESPONSABILE DEL
SERVIZIO URBANISTICA

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 20 e 21 della L.R. 12.04.1983 n. 18, come modificati e integrati dalla L.R. 70/95 riguardante "Norme per la conservazione, tutela, trasformazione del territorio della Regione Abruzzo";

Visto l'art. 9 della Legge Urbanistica 17.08.1942 n. 1150 e successive modificazioni ed integrazioni;

RENDE NOTO

- che il Consiglio Comunale con deliberazione n. 04 del 13.02.2006, esecutiva, ha approvato il Progetto di Variante al Piano Regolatore Generale Esecutivo del territorio comunale;

Dalla Residenza Municipale, li 08.06.2006

IL RESPONSABILE SERVIZIO
URBANISTICO
Arch. Antonio Peschi

COMUNE DI FALLO (CH)

Espropriazione di beni immobili per la realizzazione di 2 laboratori artigianali polivalenti L.R. 7/2004, art. 13. Deposito presso la Cassa DD.PP. delle indennità di esproprio a favore delle Ditte non concordatarie.

IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO
ESPROPRI

Vista la deliberazione di Giunta Comunale n. 71 del 13/05/2006 e tutti gli atti inviati alla sottoelencata Ditta relativamente all'espropriazione in oggetto.

Constatato che la Ditta Di Sciullo Carmine di seguito descritta, nei termini di legge assegnati per convenire con l'Ente espropriante la cessione volontaria dei beni da espropriare, non ha presentata alcuna dichiarazione in ordine all'accettazione dell'indennità provvisoria di espropriazione e che, pertanto, la determinazione dell'indennità si intende, ai sensi di legge, non concordata:

Ditta: Di Sciullo Carmine, nato a Fallo (CH) il 07/10/1922, residente a Fallo (CH) in Vico IV La Piazza n. 19. Proprietario dell'immobile distinto in catasto terreni del Comune di Fallo al Foglio n. 9 Particella n. 437 - superficie totale mq. 2.085 superficie da occupare mq. 915; indennità di esproprio Euro 343,60.

PROVVEDE

- 1) A depositare presso la Cassa Depositi e Prestiti, in nome e per conto del proprietario sopra indicato, l'indennità di espropriazione offerta e non espressamente accettata, relativa all'immobile occorrente per la realizzazione dei lavori in oggetto.
- 2) Ai sensi del comma 7 dell'art. 26 del DPR 327/01, a pubblicare il presente provvedi-

mento sul *B.U.R.A.* ai fini di legge.

IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO
ESPROPRI
Sig. Pietro Mariano

COMUNE DI FARA SAN MARTINO (CH)

Decreto di Esproprio n. 05 del 26 maggio 2006 emesso ai sensi del D.P.R. 8 giugno 2001 n. 327 "T.U. in materia di espropriazione per pubblica utilità" e relativo al "Comparto Edilizio Numero Cinque".

DECRETO DI ESPROPRIO N. 05
DEL 26 MAGGIO 2006.

Emesso ai sensi del D.P.R. 8 giugno 2001 n. 327 "T.U. in materia di espropriazione per pubblica utilità" e relativo al "COMPARTO EDILIZIO NUMERO CINQUE".

PREMESSO:

Che il Comune di Fara San Martino (di seguito denominato "Comune espropriante") con deliberazione di G.C. n. 66 del 7 settembre 2004 ha individuato il comparto n. 5 ai sensi dell'art. 26 della L.R. 18/83 successivamente integrata e modificata con la L.R. 70/1995 e dichiarato la pubblica utilità; (OMISSIS)

Che la somma complessiva liquidata a tutti i comproprietari dell'immobile è pari ad € 14.140,00 (euroquattordicimilacent quaranta) giusta nota prot. 985 del 16 febbraio 2006 e versamento presso la Cassa DD.PP. prot. 14769 del 27 aprile 2006; (OMISSIS)

TUTTO CIÒ PREMESSO IL
RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
EMETTE IL PRESENTE DECRETO
DI ESPROPRIO

BENE IMMOBILE OGGETTO DI TRASFERIMENTO (in pessime condizioni di manutenzione e fatiscente) sito in Comune di Fara

San Martino ad angolo tra la Via San Pietro e Vico VI San Pietro e censito al Catasto Fabbricati foglio 21 particelle 686 e 687 (graffate) categoria A/4 Classe 1 consistenza vani 4 rendita Euro 128,08;

A FAVORE ("COMUNE ESPROPRIANTE"):

Comune di Fara San Martino (Pr. Chieti) Codice Fiscale 00228320693 in persona del Responsabile del Procedimento Arch. Enrico DEL PIZZO nato a Lama dei Peligni (CH) il 28.12.1952, nell'interesse del Comune che rappresenta in forza della determina n. 25 del 4.2.2005;

CONTRO ("DITTA ESPROPRIANDA"):

- 1) GROSSI Remo Renato nato a Fara San Martino il 21.01.1962 e residente in via (omissis) 66010 Civitella Messer Raimondo (CH) Codice Fiscale: GRSRRN62A21D495G; Proprietà per 3/126;
- 2) GROSSI Massimo nato a Fara San Martino il 29.05.1964 e domiciliato in via (omissis) Amsterdam. Codice Fiscale: GRSM64E29D495J; Proprietà per 3/126;
- 3) GROSSI Giovanni nato a Fara San Martino il 25.09.1952 e residente in via (omissis) LIVORNO Codice Fiscale: GRSGNN52P25D495U; Proprietà per 3/126;
- 4) GROSSI Filomena nata a Fara San Martino il 01.08.1951 e residente in via (omissis) ROMA. Codice Fiscale: GRSFMN51M41D495U; Proprietà per 3/126;
- 5) GROSSI Chiara nata a Fara San Martino il 19.09.1960 e residente in via (omissis) Lama dei Peligni (CH) Codice Fiscale: GRSCR60P59D495C; Proprietà per 3/126;

- 6) GROSSI Angela Maria nata a Fara San Martino il 20.03.1959 e residente in via(omissis) Fara San Martino (CH) Codice Fiscale: GRSNLM59C60D495L; Proprietà per 3/126;
- 7) D'ANTONIO Angela Maria nata a Fara San Martino il 01.06.1908 e residente in via (omissis) Fara san Martino; Codice Fiscale: DNTNLM08H41D495X; Usufruttuaria Parziale;
- 8) CIPOLLA Serafina nata a Fara San Martino il 02.07.1943 e residente in Via(omissis) Australia; Codice Fiscale: CPLSFN43L42D495X; Proprietà per 18/126;
- 9) CIPOLLA Maria nata a Fara San Martino il 27.10.1933 e residente in via(omissis) Ladispoli (RM) Codice Fiscale: CPLMRA33R67D495P; Proprietà per 18/126;
- 10) CIPOLLA Elvira nata a Fara San Martino il 22.05.1941 e residente in via(omissis) Lanciano (CH) Codice Fiscale: CPLLVR41E62D495W; Proprietà per 18/126;
- 11) CIPOLLA Donato nato a Fara San Martino il 12.05.1926 e residente in via(omissis) Fara san Martino; Codice Fiscale: CPLDNT26E12D495W; Proprietà per 18/126;
- 12) DI GIUSEPPE Laura nata a Palombaro (CH) il 10.04.1944 e residente in via(omissis) Fara San Martino (CH); Codice Fiscale: DGSLRA44D50G294V; Proprietà per 6/126;
- 13) CIPOLLA Remo nato a Fara San Martino il 10.08.1967 e residente in via(omissis) Fara San Martino (CH); Codice Fiscale: CPLRME67M10D495J; Proprietà per 4/126;
- 14) CIPOLLA Angela Maria nata a Fara San Martino il 08.05.1970 e residente in via (omissis) Fara San Martino (CH); Codice Fiscale: CPLNLM70E48D495G; Proprietà per 4/126;
- 15) CIPOLLA Marisa nata a Fara San Martino il 28.09.1973 e residente in via (omissis) Fara San Martino (CH); Codice Fiscale: CPLMRS73P68D495O; Proprietà per 4/126;
- 16) COSTANTINI Giancarlo nato a Roma il 09.04.1942 e residente in via(omissis) Roma; Codice Fiscale: CSTGCR42D09H501U; Proprietà per 9/126;
- 17) COSTANTINI Carlo nato a Roma il 11.07.1975 e residente in via (omissis) Pomezia; Codice Fiscale: CSTCRL75L11H501B; Proprietà per 9/126;

IL PRESENTE DECRETO

verrà pubblicato (per intero) all'Albo Pretorio Comunale e (per estratto) sul *B.U.R.A.* della Regione Abruzzo; sarà inoltre trasmesso senza indugio per la registrazione presso l'Agenzia delle Entrate di Lanciano, per la trascrizione presso l'Ufficio dei Registri Immobiliari di Chieti e volturato presso l'Agenzia del Territorio a cura e spese del Comune di Fara San Martino.

Trattandosi di procedimento di espropriazione per pubblica utilità si chiede l'applicazione delle esenzioni di bollo ai sensi dell'art. 22 allegato B del D.P.R. 26 ottobre 1972 n. 642 correlato con la risoluzione 31.7.2002 n. 254 della Agenzia delle Entrate Direzione Centrale Normativa e Contenzioso.

Fara San Martino 26 maggio 2006

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
Arch. Enrico Del Pizzo

COMUNE DI FOSSA (AQ)

Deliberazione del Consiglio Comunale n°16 del 03.08.2005 concernente l'approvazione definitiva del Piano Regolatore Generale del Comune di Fossa.APPROVAZIONE DEFINITIVA
DEL NUOVO PIANO REGOLATORE
GENERALE

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Visto l'art. 43 della L.R. 03.03.19990, n°11;

Visto l'art. 1 della L.R. 14.03.2000, n°26;

RENDE NOTO

Che il Consiglio Comunale con deliberazione n°16 del 03.08.2005, esecutiva ai sensi di legge, ha approvato definitivamente il Piano Regolatore Generale del Comune di Fossa.

Fossa, li 12.06.2006

IL SEGRETARIO COMUNALE
DIRIGENTE DEL SERVIZIO
ROSA Loreto

COMUNE DI L'AQUILA (AQ)
SETTORE AMBIENTE

Determinazione Dirigenziale n. 34 del 24.02.2006 riguardante: "Cava inerti in località "Colle Leone" in tenimento del Comune censuario di Paganica - Ditta "Cava Inerti di Ciuffini Secondino" S.a.s.. Concessione art. 10 lettera b) della L.R. 26.07.83 n. 54 per l'esercizio dell'attività estrattiva".

L'anno duemilasei, il giorno ventiquattro del mese di febbraio nel proprio ufficio sito in Via Roma, pal. Del Tosto

IL DIRIGENTE

Omissis

DETERMINA

1. di confermare la concessione dei terreni di natura demaniale civica, ubicati in località "Colle Leone" in tenimento del Comune censuario di Paganica individuati in catasto al foglio 7 particella n. 403 per attività estrattiva e recupero ambientale alla ditta "Cava Inerti di Ciuffini Secondino" S.a.s., alle condizioni stabilite dalla Regione Abruzzo con determina dirigenziale n° DH16/945 che si trascrivono: il Comune deve imporre al concessionario:
 - il pagamento contestuale alla stipula dell'atto di concessione della somma stabilita dal comma 9 dell'art. 2 della L.R. n. 68/99 (prezzo al mc del materiale da estrarre) nonché la somma di € 401,02 quale canone annuo minimo garantito;
 - di soddisfare le spese contrattuali con la relativa produzione documentale;
 - di soddisfare eventuali diritti di terzi sul terreno da acquisire non rilevati dal sopralluogo del Servizio Bonifica Economia Montana e Foreste;
 - di ottemperare a tutti gli obblighi derivanti dall'iniziativa d'impresa che si andrà ad attuare sul terreno da acquisire;
 - di ripristino dello stato dei luoghi, ambientalmente risanato, in caso di risoluzione contrattuale anticipata o a fine concessione;
 - prima della stipula dell'atto predisporre un progetto esecutivo di escavazione e ripristino ambientale da sottoporre all'approvazione del Servizio Attività estrattiva della Regione e all'Ispettorato Ripartimentale delle Foreste di L'Aquila rispettando eventuali divieti o prescrizioni che fossero emanati in merito;
 - effettuare le misurazioni ogni anno o

- frazione di anno, al fine di quantificare il materiale che si andrà ad estrarre;
- di obbligare il Comune, prima della stipula dell'atto di concessione, ad acquisire il parere di cui all'art. 1 lett. h) della Legge 431/85 da richiedere alla Giunta Regionale Settore Urbanistica B.A. – L'Aquila (da citare nell'atto di concessione, art. 5 L.R. n. 3/98, pena la decadenza;
 - di obbligare il Comune a stipulare l'atto di concessione entro anni 2 (due) a decorrere dalla data di ricevimento della determinazione n. DH16/945;
 - di obbligare il Comune a trasmettere copia conforme dell'atto di concessione alla Giunta Regionale Direzione Agricoltura Foreste e Sviluppo Rurale, Alimentazione, Caccia e Pesca Servizio Foreste e Demanio Civico e Armentizio – Via Catullo, 17 – 65100 Pescara;
 - di obbligare il Comune a reinvestire i proventi derivanti dalla concessione secondo il disposto dell'art. 5 della L.R. n. 3/98;
2. di confermare la durata della concessione in anni 5 (cinque), come dal citato verbale del C.T.R. per le cave, con l'obbligo di rinnovo del N.O. del Servizio BB.AA. allo scadere dei 5 anni;
 3. di stabilire il pagamento della prima rata di acconto per l'anno 2006 di €2.000,00 da effettuarsi alla stipula del contratto. Le successive rate di €2.000,00 dovranno essere versate entro il 31 dicembre di ciascun anno. In caso di forzata inattività il canone minimo garantito è stabilito in €401,02;
 4. di stabilire il pagamento del materiale estratto ed utilizzabile al costo di €0,57/mc con impiego di sostanze esplosive e €0,85/mc con impiego di mezzi meccanici per l'anno
- corrente, fatti salvi gli adeguamenti previsti dalle determinazioni regionali ai sensi della L.R. n. 54/83 art. 14;
5. di disporre:
 - la verifica triennale del materiale effettivamente estratto, mediante rilievo topografico, dimostrazione della tipologia di escavazione utilizzata (con sostanze esplosive o uso di mezzi meccanici) e perizia giurata da un tecnico abilitato, all'uopo incaricato dal concessionario a sue cure e spese, da depositare presso il Settore Ambiente per il calcolo del conguaglio di pagamento del materiale estratto;
 - l'accantonamento nell'ambito della cava del materiale inutilizzabile ai fini commerciali e da utilizzare per il ripristino ambientale nonché a disposizione per le verifiche triennali e per i controlli degli Enti competenti;
 - il pagamento di tutte le spese contrattuali con relativa produzione documentale da parte della ditta "Cava Inerti di Ciuffini Secondino" S.a.s., la quale dovrà soddisfare eventuali diritti di terzi ed ottemperare a tutti gli obblighi di legge derivanti dall'iniziativa imprenditoriale che la stessa andrà ad attuare sui terreni di cui trattasi;
 - il puntuale rispetto del progetto di coltivazione della cava, approvato dalla Regione Abruzzo, Settore Attività estrattive e delle disposizioni riportate nel verbale della Conferenza dei servizi del 12 agosto del 2005 sottolineando che "prima dell'inizio dei lavori dovrà essere presentato un dettagliato programma relativo all'andamento dei lavori di estrazione e ripristino ambientale";
 - la retrocessione delle aree ambientalmente risanate in caso di risoluzione contrattuale anticipata;

6. di stabilire che il mancato pagamento, nei termini citati, di almeno due rate consecutive del canone senza la preventiva autorizzazione comunale, comporterà la sospensione dell'attività estrattiva fino al completo pagamento di quanto dovuto, oltre gli interessi di mora previsti per legge. Il ripetuto mancato pagamento nei termini di cui sopra determinerà l'immediata decadenza dei benefici del contratto ed il conseguente obbligo da parte del concessionario del ripristino dei luoghi;
7. di dare atto che l'Amministrazione comunale utilizzerà il ricavato in conformità a quanto disposto dalla vigente normativa;
8. di accertare la somma di € 2.000,00 quale acconto sul materiale estratto sul CAP 123043/0 bilancio 2006 e di impegnare la stessa sul CAP 363501 "Proventi di uso civico da reimpiegare" bilancio 2006 Imp./06;
9. di stabilire che relativamente agli anni successivi le predette somme saranno incassate sugli appositi capitoli di bilancio;
10. di stabilire altresì che, contestualmente al pagamento degli importi dovuti presso la Tesoreria Comunale, il concessionario dovrà produrre copia dell'avvenuto versamento al Settore Ambiente;

Restano ferme ed invariate tutte le prescrizioni imposte dalla Regione Abruzzo, C.T.R. per le Cave nonché quelle del disciplinare per la regolamentazione delle attività estrattive di cui alla L.R. 54/83, approvato con D.G. n. 204 del 23.01.85 e vistato dalla Commissione di Controllo in data 06.02.1985 prot. 668/85;

Il presente provvedimento, rilasciato esclusivamente ai sensi della L.R. 54/83, L.R. 67/87 e L.R. 6/05 fatti salvi eventuali diritti di terzi, sarà notificato alla Ditta concessionaria nei modi di legge.

Il presente provvedimento non comporta impegno di spesa o diminuzione di entrate.

Lo stesso verrà pubblicato sul *B.U.R.A.* a cura del Comune e con spese a carico della Ditta medesima.

Copia dello stesso e dei relativi atti, sarà inviato a cura di questo Settore ai seguenti uffici:

- Comune di L'Aquila, Settore Servizi Finanziari per quanto di rispettiva competenza;
- Regione Abruzzo, Servizio Energia e Industria, Ufficio Attività estrattiva – Via Raffaello – 65100 Pescara;
- Ministero per l'Ambiente, Direzione Generale per la Difesa del Suolo, Via Nomentana, 2 – 00161 Roma;
- Ispettorato Ripartimentale delle Foreste, Viale Duca degli Abruzzi – 67100 – L'Aquila;

L'Aquila, 24 febbraio 2006

IL MINUTANTE
Dott. Agr. Antonio Di Felice

IL DIRIGENTE
Avv. Paola Giuliani

COMUNE DI L'AQUILA (AQ)
SETTORE AMBIENTE

Determinazione Dirigenziale n. 35 del 24.02.2006 riguardante: "Cava inerti in località "Colle Leone" in tenimento del Comune censuario di Paganica – Ditta "Cava Inerti di Ciuffini Secondino" S.a.s.. Autorizzazione di cui all'art. 5 lettera d) della L.R. 23.10.87 n. 67 per l'esercizio dell'attività estrattiva".

L'anno duemilasei, il giorno ventiquattro del mese di febbraio nel proprio ufficio sito in Via Roma, pal. Del Tosto

IL DIRIGENTE

Omissis

DETERMINA

1. di confermare l'autorizzazione dei terreni di natura privata, ubicati in località "Colle Leone" in tenimento del Comune censuario di Paganica individuati in catasto al foglio 7 particella n. 401 per attività estrattiva e recupero ambientale alla ditta "Cava Inerti di Ciuffini Secondino" S.a.s., alle condizioni stabilite dalla Regione Abruzzo con determina dirigenziale n° DH16/945;
2. di confermare la durata della concessione in anni 5 (cinque), come dal citato verbale del C.T.R. per le cave, con l'obbligo di rinnovo del N.O. del Servizio BB.AA. allo scadere dei 5 anni;

Restano ferme ed invariate tutte le prescrizioni imposte dalla Regione Abruzzo, C.T.R. per le Cave nonché quelle del disciplinare per la regolamentazione delle attività estrattive di cui alla L.R. 54/83, approvato con D.G. n. 204 del 23.01.85 e vistato dalla Commissione di Controllo in data 06.02.1985 prot. 668/85;

Il presente provvedimento, rilasciato esclusivamente ai sensi della L.R. 54/83, L.R. 67/87 e L.R. 6/05 fatti salvi eventuali diritti di terzi, sarà notificato alla Ditta concessionaria nei modi di legge.

Il presente provvedimento non comporta impegno di spesa o diminuzione di entrate.

Lo stesso verrà pubblicato sul *B.U.R.A.* a cura del Comune e con spese a carico della Ditta medesima.

Copia dello stesso e dei relativi atti, sarà inviato a cura di questo Settore ai seguenti uffici:

- Comune di L'Aquila, Settore Servizi Finanziari per quanto di rispettiva compe-

tenza;

- Regione Abruzzo, Servizio Energia e Industria, Ufficio Attività estrattiva – Via Raffaello – 65100 Pescara;
- Ministero per l'Ambiente, Direzione Generale per la Difesa del Suolo, Via Nomentana, 2 – 00161 Roma;
- Ispettorato Ripartimentale delle Foreste, Viale Duca degli Abruzzi – 67100 – L'Aquila;

L'Aquila, 24 febbraio 2006

IL MINUTANTE

Dott. Agr. Antonio De Felice

IL DIRIGENTE

Avv. Paola Giuliani

COMUNE DI MORRO D'ORO (TE)
AREA GESTIONE TERRITORIO - MANUTENTIVA

Avviso di vigenza della Variante Generale al Piano Regolatore Esecutivo.

IL RESPONSABILE
DELL'AREA GESTIONE DEL TERRITORIO

Visto l'art. 11 della L.R. n. 18/1983

Visto l'art. 43 della L.R. 11/1999

RENDE NOTO

Che con delibera di C.C. n. 15 in data 09.05.2006, esecutiva ai sensi di legge, è stata definitivamente approvata la Variante Generale al PRE.

I relativi atti sono depositati presso l'Ufficio Tecnico Comunale

Morro d'Oro, 9.06.2006

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
Geom. Fabrizio Notarini

COMUNE DI SAN DEMETRIO
NE' VESTINI (AQ)

Estratto del Decreto di Esproprio riguardante: "Lavori di realizzazione Infrastrutture Zona Artigianale" Deliberazione CIPE n. 17/2003 – Atto integrativo all'APQ n. 5.

ESTRATTO DEL DECRETO DI ESPROPRIO

ex art. 23 comma 5 del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di espropriazione per la pubblica utilità approvato con D.P.R. 8 giugno 2001 n. 327

per ogni effetto di legge si rende noto che il Responsabile del Servizio Tecnico del Comune di San Demetrio Ne' Vestini con decreto n. 1776 del 08/05/2006 e successiva nota integrativa prot. n. 2011 del 23/05/2006 ha pronunciato a favore del Comune di San Demetrio Né Vestini, beneficiario dell'espropriazione, per la causale di cui in narrativa, l'espropriazione degli immobili di seguito descritti, siti nel comune di San Demetrio Ne' Vestini, autorizzandone l'occupazione permanente con trasferimento del diritto di proprietà:

1. mq 571 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 20 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 2 – espropriata per mq 50 – p.lla 3 – espropriata per mq 31 – p.lla 5 – espropriata per mq 247 – e al fog. 21 dello stesso comune p.lla 164 - espropriata per mq 243 - in ditta Sig. Casciola Attilio, fu Luigi, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 29/11/1916, proprietario, cod. fiscale CSCTTL16S29H819F – indennità di esproprio di €278,05;
2. mq 40 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 20 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 4 – espropriata per mq 40 – in ditta Sig. Casciola Attilio, fu Luigi, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 29/11/1916, proprietario, cod. fiscale CSCTTL16S29H819F, Sig.ra Portante Elisabetta, fu Sabatino, nata a San Demetrio

Ne' Vestini il 01/05/1952, usufruttuaria parziale, cod. fiscale PRTLBT52E41H819K – indennità di esproprio di €3,20;

3. mq 362 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 20 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 6 – espropriata per mq 259 – e al fog. 22 dello stesso comune p.lla 1246 (ex 352/b) – espropriata per mq 103 - in ditta Sig. Barone Dante, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 15/10/1943, proprietario per 1/4, cod. fiscale BRNDNT43R15H819F, Sig. Barone Filiberto, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 01/01/1941, proprietario per 1/4, cod. fiscale BRNFBR41A01H819O, Sig. Barone Gino, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 22/01/1935, proprietario per 1/4, cod. fiscale BRNGNI35A22H819J, Sig. Barone Renato, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 09/11/1931, proprietario per 1/4, cod. fiscale BRNRNT31S09H819A – indennità di esproprio di €166,52;
4. mq 984 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 20 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 7 – espropriata per mq 242 – e al fog. 21 dello stesso comune p.lla 1192 (ex 123/b) – espropriata per mq 742 – in ditta Sig.ra Antonini Rosina, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 12/01/1934, proprietaria, cod. fiscale NTNRSN34A52H819P, Sig.ra Calderone Giuliana, nata a Prata D'Ansidonia il 25/10/1904, usufruttuaria parziale, cod. fiscale CLDGLN04R65G992P – indennità di esproprio di €593,62;
5. mq 348 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 20 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 8 – espropriata per mq 348 – in ditta Sig.ra Mastropietro Marianna, nata a L'Aquila il 01/02/1949, proprietario per 1/2, cod. fiscale MSTMNN49B41A345L, Sig. Tomei Giovanni, nato a L'Aquila il 28/04/1941, proprietario per 1/2, cod. fiscale

- TMOGNN41D28A345I – indennità di esproprio di €160,08;
6. mq 313 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 20 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 762 (ex 9/a) – espropriata per mq 313 – in ditta Sig.ra Giustizieri Italia, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 06/04/1941, proprietaria per 1/3, cod. fiscale GSTTLI41D46H819G, Sig.ra Giustizieri Liliana, nata a L'Aquila il 29/04/1943, proprietaria per 1/3, cod. fiscale GSTLLN43D69A345P, Sig.ra Giustizieri Maria, nata a L'Aquila il 18/08/1945, proprietaria per 1/3, cod. fiscale GSTMRA45M58A345R – indennità di esproprio di €203,45;
 7. mq 69 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 20 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 760 (ex 10/b) – espropriata per mq 33 – e p.lla 761 (ex 10/c) – espropriata per mq 36 - in ditta Sig. Antonini Carmine, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 01/11/1930, comproprietario, cod. fiscale NTNCMN30S01H819D, Sig. Antonini Federico, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 19/08/1938, comproprietario, cod. fiscale NTNFR38M19H819V, Sig.ra Antonini Laura, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 28/04/1933, comproprietaria, cod. fiscale NTNLA33D68H819M, Sig.ra Antonini Nelda, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 27/08/1928, comproprietaria, cod. fiscale NTNLD28M67H819Z, Sig.ra Antonini Ofelia, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 20/02/1926, comproprietaria, cod. fiscale NTNFL026B60H819S, Sig.ra Antonini Palma, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 08/08/1919, comproprietaria, cod. fiscale NTNPLM19M48H819G, Sig.ra Antonini Rosina, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 12/01/1934, comproprietaria, cod. fiscale NTNRSN34A52H819P, Sig. Antonini Vittorio, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 10/02/1922, comproprietario, cod. fiscale NTNVT22B10H819M, Sig.ra Calderone Giuliana, nata a Prata D'Ansidonia il 25/10/1904, usufruttuaria parziale, cod. fiscale CLDGLN04R65G992P, Sig. Antonini Domenica, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 29/01/1931, comproprietaria, cod. fiscale NTNDNC31A69H819M, Sig.ra Marinelli Concetta, nata a Barisciano il 02/12/1915, usufruttuaria parziale, cod. fiscale MRNCCT15T42A667R – indennità di esproprio di €31,74;
 8. mq 128 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 20 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 757 (ex 11/b) – espropriata per mq 50 – e p.lla 758 (ex 11/c) – espropriata per mq 78 - in ditta Sig.ra Vecchioli Silvana, nata in Francia il 17/11/1953, proprietaria, cod. fiscale VCCSVN53S57Z110F – indennità di esproprio di €58,88;
 9. mq 101 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 20 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 754 (ex 12/b) – espropriata per mq 13 – p.lla 755 (ex 12/c) – espropriata per mq 32 - e p.lla 767 (ex 645/b) – espropriata per mq 56 – in ditta Sig. Vecchioli Ferdinando, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 04/10/1947, proprietario per 1/2, cod. fiscale VCCFDN47R04H819T, Sig.ra Vecchioli Maria, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 19/09/1950, proprietaria per 1/2, cod. fiscale VCCMRA50P59H819X – indennità di esproprio di €46,46;
 10. mq 112 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 20 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 751 (ex 13/b) – espropriata per mq 35 – p.lla 752 (ex 13/c) – espropriata per mq 12 - e p.lla 745 (ex 665/a) – espropriata per mq 65 – in ditta Sig. Caione Antonio, fu Lorenzo, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 22/04/1950, proprietario, cod. fiscale CNANTN50D22H819E – indennità di esproprio di €63,87;

11. mq 57 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 20 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 765 (ex 15/b) – espropriata per mq 57 – in ditta Sig. Filauro Antonio, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 14/10/1933, comproprietario, cod. fiscale FLRNTN33R14H819S, Sig.ra Filauro Margherita, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 06/11/1939, comproprietaria, cod. fiscale FLRMGH39S46H819F, Sig. Filauro Vittorio, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 26/04/1947, comproprietario, cod. fiscale FLRVTR47D26H819Q – indennità di esproprio di €26,22;
12. mq 112 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 20 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 769 (ex 18/b) – espropriata per mq 60 – e al fog. 22 dello stesso comune p.lla 1233 (ex 495/a) – espropriata per mq 52 – in ditta Sig. Antonini Mario, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 17/12/1918, proprietario, cod. fiscale NTNMR18T17H819L – indennità di esproprio di €51,52;
13. mq 96 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 20 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 771 (ex 20/b) – espropriata per mq 54 – e al fog. 21 dello stesso comune p.lla 1229 (ex 1092/b) – espropriata per mq 42, – in ditta Sig.ra Caione Concetta, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 22/02/1939, proprietaria per 1/2, cod. fiscale CNACCT39B62H819Q, Sig. Caione Fernando nato a San Demetrio Ne' Vestini il 31/01/1933, proprietario per 1/2, cod. fiscale CNAFNN33A31H819P – indennità di esproprio di €54,42;
14. mq 18 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 20 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 773 (ex 22/b) – espropriata per mq 18 – in ditta Sig.ra Cappelli Di Torano Antonia Maria, nata a Roma il 17/04/1916, proprietaria, cod. fiscale CPPNNM16D57H501T – indennità di esproprio di €8,28;
15. mq 2 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 20 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 775 (ex 23/b) – espropriata per mq 2 – in ditta Sig.ra Ruggieri Maria, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 22/10/1939, proprietaria, cod. fiscale RGGMRA39R62H819C – indennità di esproprio di €0,92;
16. mq 35 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 20 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 728 (ex 39/b) – espropriata per mq 35 – in ditta Sig.ra Aureli Loreta, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 11/08/1939, proprietaria, cod. fiscale RLALRT39M51H819P – indennità di esproprio di €16,10;
17. mq 732 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 20 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 725 (ex 42/b) – espropriata per mq 582 – p.lla 723 (ex 48/b) – espropriata per mq 67 – e al fog. 21 dello stesso comune p.lla 1235 (ex 198/b) – espropriata per mq 83 – in ditta Sig.ra Liberatore Enza, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 24/08/1963, proprietaria per 1/3, cod. fiscale LBRNZE63M64H819W, Sig. Liberatore Luigi, nato a L'Aquila il 21/03/1966, proprietario per 1/3, cod. fiscale LBRLGU66C21A345H, Sig.ra Liberatore Maria Rita, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 28/05/1962, proprietaria per 1/3, cod. fiscale LBRMRT62E68H819V – indennità di esproprio di €336,72;
18. mq 127 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 20 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 719 (ex 55/b) – espropriata per mq 88 – e p.lla 717 (ex 56/b) – espropriata per mq 39 – in ditta Sig. Andreassi Fabrizio, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 22/07/1962, proprietario, cod. fiscale

- NDRFRZ62L22H819P – indennità di esproprio di €58,42;
19. mq 27 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 20 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 715 (ex 57/b) – espropriata per mq 27 – in ditta Sig.ra Barone Annamaria, nata a Roma il 14/10/1956, proprietaria, cod. fiscale BRNNMR56R54H501Q, Sig.ra Barone Maria Maddalena, nata a San Demetrio Ne' Vestini, usufruttuaria parziale, Sig.ra Giammatteo Anna, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 16/12/1960, usufruttuaria parziale, cod. fiscale GMMNNA60T56H819T – indennità di esproprio di €17,55;
20. mq 53 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 20 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 713 (ex 58/b) – espropriata per mq 53 – in ditta Sig. Colucci Annina, di Paolo, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 23/11/1892, proprietaria per 1/4, cod. fiscale CLCNNN92S63H819H, Sig. Colucci Orazio, di Paolo, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 01/07/1889, proprietario per 1/4, cod. fiscale CLCRZO89L01H819Z, Sig. Colucci Paolo, fu Domenico, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 22/04/1962, usufruttuario parziale, cod. fiscale CLCPLA62D22H819P, Sig.ra Colucci Pasquale, di Paolo, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 12/04/1903, proprietario per 1/4, cod. fiscale CLCPQL03D12H819O, Sig.ra Colucci Santina, di Paolo, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 04/12/1896, proprietaria per 1/4, cod. fiscale CLCSTN96T44H819M - indennità di esproprio di €24,38;
21. mq 36 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 20 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 711 (ex 59/b) – espropriata per mq 36 – in ditta Sig.ra Micarelli Assunta, fu Alfonso mar Colucci, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 30/12/1886, proprietaria, cod. fiscale
- MCRSNT86T70H819Y – indennità di esproprio di €16,56;
22. mq 156 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 20 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 709 (ex 66/b) – espropriata per mq 156 - in ditta Sig. Benigni Felice, nato a Roma il 21/04/1948, proprietario per 1/2, cod. fiscale BNGFLC48D21H501H, Sig.ra De Santis Elisa, nata a Roma il 12/03/1946, proprietaria per 1/2, cod. fiscale DSNLSE46C52H501S – indennità di esproprio di €71,76;
23. mq 214 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 20 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 707 (ex 67/b) – espropriata per mq 166 – p.lla 730 (ex 554/b) – espropriata per mq 24 – e p.lla 737 (ex 661/a) – espropriata per mq 24 – in ditta Sig.ra Ulizio Patrizia, nata a L'Aquila il 07/06/1963, proprietaria per 1/2, cod. fiscale LZUPRZ63H47A345R, Sig.ra Ulizio Severina, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 29/03/1959, proprietaria per 1/2, cod. fiscale LZUSRN59C69H819E – indennità di esproprio di €103,00;
24. mq 808 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 20 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 736 (ex 529/b) – espropriata per mq 808 – in ditta Signor Norscia Stefano, nato a L'Aquila il 09/06/1974, proprietario, cod. fiscale NRSSFN74H09A345U – indennità di esproprio di €371,68 (come modificato dalla nota integrativa al decreto di esproprio);
25. mq 41 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 20 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 734 (ex 551/b) – espropriata per mq 41 – in ditta Sig.ra Giorgiantonio Santina, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 24/02/1930, proprietaria, cod. fiscale GRGSTN30B64H819G – indennità di esproprio di €26,65;

26. mq 23 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 20 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 732 (ex 552/b) – espropriata per mq 23 – in ditta Sig. Timperi Giovanni, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 18/10/1936, proprietario, cod. fiscale TMPGNN36R18H819B – indennità di esproprio di €10,58;
27. mq 127 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 20 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 721 (ex 621/b) – espropriata per mq 63 – ed al fog. 21 dello stesso comune p.lla 1164 (ex 109/b) – espropriata per mq 31 – e p.lla 1166 (ex 110/b) – espropriata per mq 33 – in ditta Sig.ra Antonini Mariapaola, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 28/07/1940, proprietaria per 1/3, cod. fiscale NTNMP40L68H819P, Sig.ra Antonini Rita, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 08/08/1944, proprietaria per 1/3, cod. fiscale NTNRTI44M48H819S, Sig.ra Antonini Silvana, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 13/11/1933, proprietaria per 1/3, cod. fiscale NTNSVN33S53H819A – indennità di esproprio di €64,69;
28. mq 61 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 20 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 739 (ex 662/a) – espropriata per mq 21 – e al fog. 21 dello stesso comune p.lla 1160 (ex 385/b) – espropriata per mq 40 – in ditta Sig.ra Antonini Rosina, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 12/01/1934, proprietaria per 1/3, cod. fiscale NTNRSN34A52H819P, Sig. Giammatteo Giovanni, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 22/04/1964, proprietario per 1/3, cod. fiscale GMMGNN64D22H819J, Sig. Giammatteo Maria Teresa nata a San Demetrio Ne' Vestini il 21/01/1958, proprietaria per 1/3, cod. fiscale GMMMTR58A61H819I – indennità di esproprio di €32,05;
29. mq 19 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 20 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 741 (ex 663/a) – espropriata per mq 19 – in ditta Sig. Bologna Antonio, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 17/01/1945, comproprietario, cod. fiscale BLGNTN45A17H819R, Sig. Bologna Carlo, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 07/05/1935, comproprietario, cod. fiscale BLGCRL35E07H819D, Sig. Bologna Giuseppe, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 05/06/1938, comproprietario, cod. fiscale BLGGPP38H05H819N, Sig. Bologna Loreto, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 07/11/1932, comproprietario, cod. fiscale BLGLRT32S07H819U, Sig. Bologna Mario, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 07/09/1942, comproprietario, cod. fiscale BLGMRA42P07H819V – indennità di esproprio di €12,35;
30. mq 26 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 20 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 743 (ex 664/a) – espropriata per mq 26 – in ditta Sig.ra Lattanzi Carla, nata a L'Aquila il 20/06/1926, proprietaria per 2/4, cod. fiscale LTTTCRL26H60A345N, Sig.ra Leonardis Elena, nata in Romania il 21/05/1991, proprietaria per 1/4, cod. fiscale LNRLNE91E61Z129P, Sig.ra Vannelli Maria Teresa, nata a Ripabottoni il 09/02/1954, proprietaria per 1/4, cod. fiscale VNNMTR54B49H311N – indennità di esproprio di €16,90;
31. mq 39 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 21 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 1158 (ex 107/b) – espropriata per mq 39 – in ditta Sig.ra Giammatteo Maria, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 12/01/1926, proprietaria, cod. fiscale GMMMRA26A52H819F – indennità di esproprio di €17,94;
32. mq 132 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 21 del comune di San Deme-

- trio Ne' Vestini p.lla 1162 (ex 108/b) – espropriata per mq 51 – e p.lla 1168 (ex 1151/b) – espropriata per mq 81 – in ditta Sig. Ciccone Biagio, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 03/10/1957, proprietario, cod. fiscale CCCBGI57R03H819P – indennità di esproprio di €76,11;
33. mq 135 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 21 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 1170 (ex 113/b) – espropriata per mq 135 – in ditta Sig. Ciccarelli Giovacchino, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 28/09/1934, nuda proprietà per 1/1, cod. fiscale CCCGCC34P28H819E, Sig. Ciccarelli Mario, nato a Scoppito il 12/01/1907, usufrutto per 1/1, cod. fiscale CCCMRA07A12I546J – indennità di esproprio di €62,10;
34. mq 44 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 21 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 1174 (ex 114/b) – espropriata per mq 44 – in ditta Sig. Paoli Giorgio, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 11/08/1938, proprietario per 1/9, cod. fiscale PLAGRG38M11H819N, Sig. Paoli Romano, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 04/12/1939, proprietario per 1/2, cod. fiscale PLARMN39T04H819U – indennità di esproprio di €20,24;
35. mq 166 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 21 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 1176 (ex 115/b) – espropriata per mq 166 – in ditta Sig.ra Ciccone Maria Emilia, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 28/10/1936, proprietaria, cod. fiscale CCCMML36R68H819R – indennità di esproprio di €194,22;
36. mq 128 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 21 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 1178 (ex 116/b) – espropriata per mq 128 – in ditta Sig. Ciccone Adino, nato a L'Aquila il 15/10/1967, proprietario per 1/3, cod. fiscale CCCDNA67R15A345Z, Sig. Ciccone Enzo, nato a L'Aquila il 09/11/1969, proprietario per 1/3, cod. fiscale CCCNZE69S09A345D, Sig.ra Feneziani Silvana, nata a San Pio delle Camere il 03/01/1941, proprietaria per 1/3, cod. fiscale FNZSVN41A43I121S – indennità di esproprio di €149,76;
37. mq 844 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 21 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 1182 (ex 118/b) – espropriata per mq 421 – p.lla 1194 (ex 120/b) – espropriata per mq 104 – p.lla 1184 (ex 418/b) – espropriata per mq 242 – p.lla 1097 – espropriata per mq 14 – e al fog. 22 p.lla 1212 (ex 370/b) – espropriata per mq 63 – in ditta Sig. Bufalo Alfredo, nato a Roma il 30/11/1933, proprietario per 6/120, cod. fiscale BFLLRD33S30H501Z, Sig.ra Bufalo Federica, nata a Roma il 09/09/1966, proprietaria per 8/120, cod. fiscale BFLFRC66P49H501P, Sig.ra Bufalo Francesca, nata a Roma il 25/07/1969, proprietaria per 8/120, cod. fiscale BFLFNC69L65H501Z, Sig.ra Bufalo Paola, nata a Roma il 13/03/1964, proprietaria per 8/120, cod. fiscale BFLPLA64C53H501G, Sig.ra Colucci Franca, nata a Chieti il 20/06/1928, proprietaria per 30/120, cod. fiscale CLCFNC28H60C632G, Sig.ra Spezza Anna, nata a Firenze il 14/07/1950, proprietaria per 15/120, cod. fiscale SPZNNA50L54D612I, Sig. Spezza Giovanni, nato a Pelago il 15/06/1945, proprietario per 15/120, cod. fiscale SPZGNN45H15G420W, Sig. Spezza Guido, nato a Firenze il 22/06/1938, proprietaria per 15/120, cod. fiscale SPZGDU38H22D612Q, Sig.ra Spezza Lucia, nata a Firenze il 10/08/1946, proprietaria per 15/120, cod. fiscale SPZLCU46M50D612T – indennità di esproprio di €408,00;
38. mq 709 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 21 del comune di San Deme-

- trio Ne' Vestini p.lla 1190 (ex 122/b) – espropriata per mq 165 – p.lla 1213 (ex 415/b) – espropriata per mq 28 – p.lla 1186 (ex 419/b) – espropriata per mq 142 – e p.lla 1188 (ex 1118/b) – espropriata per mq 374 – in ditta Sig.ra Bologna Giuditta, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 28/08/1916, proprietaria, cod. fiscale BLGGTT16M68H819G – indennità di esproprio di €357,49;
39. mq 265 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 21 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 1196 (ex 124/b) – espropriata per mq 55 – e p.lla 1233 (ex 195/b) – espropriata per mq 210 – in ditta Sig. Ruggieri Domenico, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 24/06/1939, proprietario per 1/4, cod. fiscale RGGDNC39H24H819Q, Sig. Ruggieri Francesco, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 22/07/1941, proprietario per 1/4, cod. fiscale RGGFNC41L22H819V, Sig.ra Ruggieri Rosa, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 23/08/1947, proprietaria per 1/4, cod. fiscale RGGRSO47M63H819L, Sig. Ruggieri Vincenzo, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 06/02/1954, proprietario per 1/4, cod. fiscale RGGVCN54B06H819S – indennità di esproprio di €121,90;
40. mq 10,00 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 21 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 1198 (ex 125/b) – espropriata per mq 10,00 – in ditta Sig. Antonini Antonio, fu Angelo, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 10/05/1881, proprietario, cod. fiscale NTNNTN81E10H819W, Sig.ra Antonini Caterina, nata il 27/05/1909, proprietaria, Sig.ra Antonini Cesira, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 19/01/1921, proprietaria, cod. fiscale NTNCSR21A59H819P, Sig.ra Antonini Erminia, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 17/10/1918, proprietaria, cod. fiscale
- NTNRMN18R57H819L, Sig.ra Antonini Fedora, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 12/05/1925, comproprietaria, cod. fiscale NTNFDNR25E52H819J, Sig.ra Antonini Genoveffa, nata a Lussemburgo il 20/07/1910, comproprietaria, cod. fiscale NTNGVF10L60Z120P, Sig.ra Antonini Laura, fu Angelo, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 20/05/1892, comproprietaria, cod. fiscale NTNLR92E60H819J, Sig. Antonini Mario, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 17/12/1918, comproprietario, cod. fiscale NTNMR18T17H819L, Sig. Antonini Michele, fu Angelo, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 18/01/1888, comproprietario, cod. fiscale NTNML88A18H819N, Sig.ra Bartolomucci Maria, fu Franco, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 17/03/1878, proprietaria, cod. fiscale BRTMRA78C57H819V, Sig. Bruno Ercole, nato in Lussemburgo il 23/10/1910, comproprietario, cod. fiscale BRNRCL10R23Z120L, Sig.ra Bruno Germana, nata in Lussemburgo il 12/11/1909, proprietaria, cod. fiscale BRNGMN09S52Z120E, Sig. Bruno Giuseppe, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 18/02/1921, comproprietario, cod. fiscale BRNGPP21B18H819F, Sig.ra Bruno Maria, proprietaria, Sig.ra Panzieri Anna, nata in Canada il 01/07/1967, comproprietaria, cod. fiscale PNZNNA67L41Z401G, Sig.ra Panzieri Patrizia, nata in Canada il 13/07/1956, proprietaria, cod. fiscale PNZPRZ56L53Z401A – indennità di esproprio di €11,70;
41. mq 295 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 21 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 153 – espropriata per mq 249 – e p.lla 167 – espropriata per mq 46 – in ditta Sig. Pezzuti Antonio, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 18/06/1937, proprietario per 1/3, cod. fiscale PZZNTN37H18H819I, Sig. Pezzuti Michele Giambattista, nato a Villa Sant'Angelo il

- 08/05/1929, proprietario per 1/3, cod. fiscale PZZMHL29E08M023Z, Sig. Pezzuti Paolo Antonio, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 25/01/1932, proprietario per 1/3, cod. fiscale PZZPNT32A25H819W – indennità di esproprio di €118,22;
42. mq 62 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 21 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 1211 (ex 154/b) – espropriata per mq 62 – in ditta Sig.ra Brugnoli Loreta, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 30/12/1906, comproprietaria, cod. fiscale BRGLRT06T70H819R, Sig.ra Turco Antonina, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 07/01/1931, comproprietaria, cod. fiscale TRCINN31A47H819E, Sig. Turco Benito, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 01/12/1936, comproprietario, cod. fiscale TRCBNT36T01H819V, Sig.ra Turco Bernardina, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 24/01/1947, comproprietaria, cod. fiscale TRCBNR47A64H819Y, Sig. Turco Fernando, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 15/06/1938, comproprietario, cod. fiscale TRCFNN38H15H819M, Sig. Turco Carlo, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 14/04/1935, comproprietario, cod. fiscale TRCCRL35D14H819E, Sig.ra Turco Domenica, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 18/08/1928, comproprietaria, cod. fiscale TRCDNC28M58H819I, Sig. Turco Gabriele, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 18/07/1933, comproprietario, cod. fiscale TRCGRL33L18H819N, Sig.ra Turco Maria, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 17/11/1929, comproprietaria, cod. fiscale TRCMRA29S57H819W, Sig. Turco Marino, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 10/02/1940, comproprietario, cod. fiscale TRCMRN40B10H819Y, Sig. Turco Orlando, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 26/02/1932, comproprietario, cod. fiscale TRCRND32B26H819U – indennità di esproprio di €28,52;
43. mq 295 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 21 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 1206 (ex 156/b) – espropriata per mq 226 – e p.lla 168 – espropriata per mq 69 – in ditta Sig.ra Giammatteo Clara, fu Romolo, nata a L'Aquila il 08/04/1929, comproprietaria, cod. fiscale GMMCLR29D48A345G, Sig.ra Giammatteo Licia, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 18/11/1929, comproprietaria, cod. fiscale GMMLCI29S58H819L, Sig. Giammatteo Otello, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 25/02/1933, comproprietario, cod. fiscale GMMTLL33B25H819W, Sig.ra Totani Linda, fu Giulio ved Giammatteo, nata a Roio Piano il 14/11/1895, comproprietaria ed usufruttuaria parziale, cod. fiscale TTNLND95S54A345H – indennità di esproprio di €109,48;
44. mq 223 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 21 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 1204 (ex 157/b) – espropriata per mq 223 – in ditta Sig.ra Antonini Nelda, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 27/08/1928, proprietaria, cod. fiscale NTNLD28M67H819Z, Sig.ra Calderone Giuliana, nata a Prata D'Ansidonia il 25/10/1904, usufruttuaria parziale, cod. fiscale CLDGLN04R65G992P – indennità di esproprio di €102,58;
45. mq 266 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 21 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 158 – espropriata per mq 122 – p.lla 1220 (ex 1126/a) – espropriata per mq 107 – e p.lla 1130 – espropriata per mq 37 – in ditta Sig. Ricotti Mario, di Giuseppe, proprietario – indennità di esproprio di €81,70;
46. mq 152 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 21 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 159 – espropriata per mq 152 – in ditta Sig. Galeota Edmondo, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 22/07/1912, comproprietario, cod. fiscale

- GLTDND12L22H819X, Sig.ra Galeota Egezia, fu Agapito, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 04/03/1903, proprietaria, cod. fiscale GLTGZE03C44H819N, Sig. Galeota Enrico, fu Agapito, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 25/03/1925, proprietario, cod. fiscale GLTNRC25C25H819L, Sig. Galeota Gustavo, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 15/08/1917, proprietario, cod. fiscale GLTGTV17M15H819M, Sig.ra Galeota Luigia, fu Agapito, nata a San Demetrio Ne' Vestini, proprietaria - indennità di esproprio di €69,92;
47. mq 246 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 21 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 1202 (ex 162/b) – espropriata per mq 202 – e p.lla 1200 (ex 163/b) – espropriata per mq 44 – in ditta Sig.ra Leonardis Angela, fu Pasquale Luigi, proprietaria per 1/9, Sig.ra Leonardis Cecilia, fu Pasquale Luigi, proprietaria per 1/9, Sig.ra Leonardis Cristina, fu Pasquale Luigi, proprietaria per 1/9, Sig.ra Leonardis Filomena, fu Pasquale Luigi, proprietaria per 1/9, Sig. Leonardis Francesco, fu Pasquale Luigi, proprietario per 1/9, Sig.ra Leonardis Maria, fu Pasquale Luigi, proprietaria per 1/9, Sig.ra Leonardis Olga, fu Pasquale Luigi, proprietaria per 1/9, Sig.ra Leonardis Domencio, fu Pasquale Luigi, proprietaria per 1/9, Sig. Muccetti Angelo, nato a L'Aquila il 12/08/1951, proprietario per 1/9, cod. fiscale MCCNGL51M12A345W, Sig.ra Muccetti Anna Rita, nata a L'Aquila il 26/07/1948, proprietaria per 1/9, cod. fiscale MCCNRT48L66A345B, Sig. Muccetti Orion, nato a Corfinio il 04/03/1912, usufruttuario parziale, cod. fiscale MCCRNO12C04C999P, Sig. Muccetti Pierluigi, nato a L'Aquila il 22/01/1950, proprietario per 1/9, cod. fiscale MCCPLG50A22A345R – indennità di esproprio di €134,82;
48. mq 26 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 21 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 1223 (ex 172/b) – espropriata per mq 26 – in ditta Sig. Leonardis Demetrio, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 06/10/1888, proprietario, cod. fiscale LNRDTR88R06H819B – indennità di esproprio di €2,08;
49. mq 85 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 21 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 1231 (ex 194/b) – espropriata per mq 85 – in ditta Sig.ra Giammatteo Licia, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 18/11/1929, proprietaria per 1/2, cod. fiscale GMMLCI29S58H819L, Sig. Giammatteo Otello, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 25/02/1933, proprietario per 1/2, cod. fiscale GMMTLL33B25H819W – indennità di esproprio di €6,80;
50. mq 119 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 21 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 1172 (ex 265/b) – espropriata per mq 119 – in ditta Sig.ra Arista Maria Luisa, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 15/03/1947, proprietaria, cod. fiscale RSTMLS47C55H819F – indennità di esproprio di €54,74;
51. mq 1.497 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 21 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 1215 (ex 279/b) – espropriata per mq 50 – p.lla 1132 – espropriata per mq 138 – p.lla 1134 – espropriata per mq 150 – p.lla 1218 (ex 1136/a) – espropriata per mq 1.159 – in ditta Sig.ra Ricotta Anna, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 25/11/1945, proprietaria per 1/2, cod. fiscale RCTNNA45S65H819U, Sig.ra Ricotta Antonietta, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 11/01/1950, proprietaria per 1/2, cod. fiscale RCTNNT50A51H819N – indennità di esproprio di €688,62;
52. mq 996 di terreno agricolo iscritto in catasto

- terreni al fog. 21 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 1208 (ex 391/b) – espropriata per mq 993 – e p.lla 1225 (ex 1111/b) – espropriata per mq 3 – in ditta Sig. Cappelli Antonio, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 07/12/1909, comproprietario, cod. fiscale CPPNTN09T07H819W, Sig. Cappelli Guido, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 19/11/1914, comproprietario, cod. fiscale CPPGDU14S19H819M – indennità di esproprio di €1.162,05;
53. mq 171 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 21 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 1180 (ex 458/b) – espropriata per mq 171 – in ditta Sig. Ciccone Dino, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 04/04/1936, proprietario, cod. fiscale CCCDNI36D04H819Q – indennità di esproprio di €13,68;
54. mq 48 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 21 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 1094 – espropriata per mq 48 – in ditta Sig.ra Rosa Maria, nata a Fagnano Alto il 29/12/1902, proprietaria, cod. fiscale RSOMRA02T69D465C, Sig. Vecchioli Antonio, fu Agostino, comproprietario, Sig. Vecchioli Gabriele, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 30/10/1927, comproprietario, cod. fiscale VCCGRL27R30H819K, Sig.ra Vecchioli Lucia, fu Agostino, proprietaria, Sig. Vecchioli Luigi, fu Agostino, proprietario - indennità di esproprio di €22,08;
55. mq 641 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 21 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 1226 (ex 1109/a) – espropriata per mq 641 – in ditta Sig.ra Bruno Franca, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 23/03/1951, proprietaria per 2/6, cod. fiscale BRNFNC51C63H819O, Sig.ra Bruno Maria, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 30/03/1947, proprietaria per 2/6, cod. fiscale BRNMRA47C70H819E, Sig.ra Bruno Roberta, nata a L'Aquila il 09/10/1984, proprietaria per 1/6, cod. fiscale BRNRRT84R49A345F, Sig. Bruno Ugo, nato a L'Aquila il 24/08/1983, proprietario per 1/6, cod. fiscale BRNGUO83M24A345S – indennità di esproprio di €294,86;
56. mq 407 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 21 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 1217 (ex 1138/b) – espropriata per mq 407 – in ditta Sig.ra Pelliccione Maria, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 28/12/1944, proprietaria, cod. fiscale PLLMRA44T68H819I – indennità di esproprio di €187,22;
57. mq 611 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 22 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 1247 (ex 344/a) – espropriata per mq 611 – in ditta Sig. Bruno Antonio, fu Biagio, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 27/04/1898, comproprietario, cod. fiscale BRNNTN98D27H819Y, Sig. Bruno Emidio, fu Biagio, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 06/12/1892, comproprietario, cod. fiscale BRNMDE92T06H819E, Sig.ra Bruno Emilia, fu Biagio, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 16/12/1892, proprietaria, cod. fiscale BRNMLE92T56H819G, Sig.ra Portante Lucia, fu Pietrantonio ved Bruno, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 29/12/1969, proprietaria, cod. fiscale PRTL CU69T69H819B - indennità di esproprio di €48,88;
58. mq 450 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 22 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 1242 (ex 350/b) – espropriata per mq 450 – in ditta Sig. Andreassi Fernando, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 20/11/1929, proprietario per 1/2, cod. fiscale NDRFNN29S20H819Q, Sig.ra Andreassi Ninfa, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 24/07/1933, proprietaria per 1/2, cod. fiscale NDRNNF33L64H819Q – indennità di esproprio di €207,00;

59. mq 64 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 22 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 1244 (ex 351/b) – espropriata per mq 10 – e p.lla 1221 (ex 502/a) – espropriata per mq 54 – in ditta Sig.ra Bruno Bice, fu Natale, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 03/06/1920, proprietaria, cod. fiscale BRNBCI20H43H819C – indennità di esproprio di €29,44;
60. mq 5 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 22 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 1240 (ex 353/b) – espropriata per mq 5 – in ditta Sig.ra Bruno Candida, fu Crispino, comproprietario, Sig. Bruno Francesco, fu Domenicantonio, comproprietario, Sig.ra Bruno Giovina, fu Domenicantonio, comproprietaria, Sig.ra Bruno Giuseppina, fu Domenicantonio, comproprietaria, Sig.ra Bruno Lodovica, fu Domenicantonio, comproprietario, Sig. Bruno Samuele, fu Domenicantonio, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 25/03/1885, comproprietario, cod. fiscale BRNSML85C25H819U - indennità di esproprio di €2,30;
61. mq 13 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 22 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 1238 (ex 354/b) – espropriata per mq 1 – e p.lla 493 – espropriata per mq 12 – in ditta Sig. Ciccone Iginò, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 09/05/1923, proprietario per 1/2, cod. fiscale CCCGNI23E09H819C, Sig. Ciccone Modesto, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 12/07/1929, proprietario per 1/2, cod. fiscale CCCMST29L12H819X – indennità di esproprio di €5,98;
62. mq 5 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 22 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 494 – espropriata per mq 5 – in ditta Sig. Bruno Giovanni, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 04/08/1928, compossessore, cod. fiscale BRNGNN28M04H819I, Sig.ra Bruno Maria, fu Marco mar Bruno, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 22/08/1975, compossessore, cod. fiscale BRNMRA75M62H819A, Sig. Ciccone Iginò, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 09/05/1923, compossessore, cod. fiscale CCCGNI23E09H819C, Sig. Ciccone Modesto, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 12/07/1929, compossessore, cod. fiscale CCCMST29L12H819X – indennità di esproprio di €2,30;
63. mq 96 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 22 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 1216 (ex 368/b) – espropriata per mq 10 – p.lla 1214 (ex 369/b) – espropriata per mq 38 – e p.lla 1219 (ex 503/a) – espropriata per mq 48 – in ditta Sig. Rosa Domenico, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 19/10/1964, proprietario, cod. fiscale RSODNC64R19H819D – indennità di esproprio di €44,16;
64. mq 3 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 22 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 1210 (ex 374/b) – espropriata per mq 3 – in ditta Sig.ra Filauo Carmela, fu Luigi, comproprietaria, Sig. Filauo Demetrio, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 08/07/1933, comproprietario, cod. fiscale FLRDTR33L08H819R, Sig.ra Filauo Edoarda, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 03/02/1926, comproprietaria, cod. fiscale FLRDRD26B43H819M, Sig. Filauo Giovanni, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 29/08/1937, comproprietario, cod. fiscale FLRGNN37M29H819S, Sig. Filauo Luigi, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 24/04/1927, comproprietario, cod. fiscale FLRLGU27D24H819A, Sig.ra Filauo Margherita, fu Luigi, comproprietaria, Sig.ra Liberati Maria, nata a San Demetrio Ne' Vestini il 30/01/1897, usufruttuaria, cod. fiscale LBRMRA97A30H819K – indennità di esproprio di €1,38;

65. mq 75 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 22 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 1228 (ex 499/b) – espropriata per mq 55 – e p.lla 1226 (ex 500/b) – espropriata per mq 20 – in ditta Sig. Colucci Antonio, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 27/03/1932, proprietario, cod. fiscale CLCNTN32C27H819M – indennità di esproprio di €38,30;
66. mq 33 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 22 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 1224 (ex 501/b) – espropriata per mq 33 – in ditta Sig. Bruno Beniamino, fu Ferdinando, nato in Lussemburgo il 06/08/1928, comproprietario, cod. fiscale BRNBMN28M06Z120N, Sig. Bruno Domenico, fu Ferdinando, nato in Lussemburgo il 11/08/1930, comproprietario, cod. fiscale BRNDNC30M11Z120M, Sig. Bruno Natale, fu Pasquale, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 25/12/1889, comproprietario, cod. fiscale BRNNTL89T25H819Y, Sig. Bruno Pietro, fu Pasquale, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 05/08/1882, comproprietario, cod. fiscale BRNPTR82M05H819B, Sig. Bruno Raffaele, fu Pasquale, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 29/09/1897, comproprietario, cod. fiscale BRNRFL97P29H819Y, Sig. Bruno Settimio, fu Pasquale, nato a San Demetrio Ne' Vestini il 04/06/1907, comproprietario, cod. fiscale BRNSTM07H04H819H – indennità di esproprio di €21,45;
67. mq 237 di terreno agricolo iscritto in catasto terreni al fog. 20 del comune di San Demetrio Ne' Vestini p.lla 747 (ex 660/a) – espropriata per mq 76 – p.lla 749 (ex 660/c) – espropriata per mq 1 – ed al fog. 22 dello stesso comune p.lla 1217 (ex 492/a) – espropriata per mq 38 – p.lla 1232 (ex 496/b) – espropriata per mq 78 – p.lla 1230 (ex 498/b) – espropriata per mq 28 – p.lla 1236 (ex 507/b) – espropriata per mq 16 – in ditta Gran Sasso Acqua S.p.A., con sede in

L'Aquila Viale Francesco Crispi n. 5, cod. fiscale 00083520668 - indennità di esproprio di €123,65;

Coloro che hanno diritti, ragioni, pretese sulle predette indennità possono proporre opposizione entro trenta giorni successivi alla pubblicazione del presente estratto. Decorso tale termine le indennità resteranno fissate nelle somme suindicate.

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
TECNICO
Ing. Fausto Pancella

CONSORZIO PER L'AREA DI SVILUPPO
INDUSTRIALE DEL SANGRO (CH)

Decreto definitivo di esproprio art. 23 e 24 D.P.R. 327/2001 e succ. mod. int. Decreto. n. 004 data 08/06/2005 cod. Agglomerato Industriale di Fara San Martino. Assegnazione disposta con D.C.R. n. 544 del 29/09/1995 e n. 270 del 31/05/2005 – destinatario Ditta Pastificio Artigianale Cav. Giuseppe Cocco s.n.c. Progetto definitivo di insediamento produttivo.

Omissis

Oggetto: Agglomerato Industriale di Fara San Martino. Assegnazione disposta con D.C.R. n. 544 del 29/09/1995 e n. 270 del 31/05/2005 – destinatario Ditta PASTIFICIO ARTIGIANALE CAV. GIUSEPPE COCCO s.n.c. Progetto definitivo di insediamento produttivo. Decreto definitivo di esproprio art. 23 e 24 D.P.R. 327/2001 e succ. mod. int.

Decreto. n. 004 data 08/06/2005 cod.

IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO

Vista la delibera del Commissario Regionale n. 544 del 29/09/1995 con la quale si approvava l'insediamento produttivo in oggetto;

Omissis

DECRETA

- 1) di espropriare definitivamente in favore del Consorzio per lo Sviluppo Industriale del Sangro con sede in Casoli, via San Nicola n. 46 c.f. 81001290691, i terreni riportati nell'allegato piano particellare di esproprio definitivo;
- 2) di disporre il passaggio del diritto di proprietà dei beni espropriati, riportati nell'allegato elenco ditte a favore del Consorzio per lo Sviluppo Industriale, Via San Nicola n. 46 c.f. 81001290691, alla condizione sospensiva che lo stesso sia eseguito entro 90 giorni dalla data del presente atto amministrativo e notificato come per legge;
- 3) il presente decreto sarà notificato ai proprietari espropriandi, a cura e spese di questa autorità espropriante, secondo le forme previste per gli atti processuali civili, è un estratto dello stesso trasmesso entro cinque giorni, per la pubblicazione sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo*;

Omissis

- 7) Il presente decreto costituisce provvedimento definitivo e avverso di esso è ammesso ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale competente od al Presidente della Repubblica nei termini rispettivamente di 60 giorni o 120 giorni dalla comunicazione, notificazione o piena conoscenza dello stesso;

**IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
ESPROPRIATIVO**

F.to Geom. Pasquale Gammaraccio

IL DIRIGENTE DELL'UFFICIO ESPROPRI

F.to Ing. Luigi Cristini

Omissis

**ELENCO DEFINITIVO DELLE DITTE
DA ESPROPRIARE**

Omissis

Comune di FARA SAN MARTINO – Dati censuari – n. d'ordine 1 – omissis - Ditta Attuale: ROSATO Bruno n. a Fara S. Martino il 01/01/1944 ivi res. a Fara S. Martino Via DE CECCO n. 15 c.f. RSTBRN44A01D495G – prop. - foglio 20 - particella - originaria 339 – Omissis - qualità – sem. – classe 2 – superficie - Ha.a.ca. - 00.00.40 –omissis- – Area da Espropriare – mq – 40 – INDENNITA' DA CORRISPONDERE ALLA DITTA – Omissis – Indennità Complessiva - Euro – 413,50;

n. d'ordine 2 – omissis - Ditta Attuale: MARTINELLI Antonio n. a Lettopalena il 11/06/1925 res. a Fara S. Martino Via Terra Vecchia n. 4 c.f. MRTNTN25H11E559E – prop. - foglio 20 - particella - originaria 337 – Omissis - qualità – sem. – classe 2 – superficie - Ha.a.ca. - 00.00.20 –omissis- – Area da Espropriare – mq – 20 – INDENNITA' DA CORRISPONDERE ALLA DITTA – Omissis – Indennità Complessiva - Euro – 206,80;

n. d'ordine 3 – omissis - Ditta Attuale: CIPOLLA Annina n. a Fara S. Martino il 27/08/1926 res. a Fara S. Martino Via Terra Vecchia n. 13 c.f. CPLNNN26M67D495A – prop. - foglio 20 - particella - originaria 328 – Omissis - qualità – sem. – classe 2 – superficie - Ha.a.ca. - 00.00.20 –omissis- – Area da Espropriare – mq – 1340 – INDENNITA' DA CORRISPONDERE ALLA DITTA – Omissis – Indennità Complessiva - Euro – 13861,25;

- foglio 20 - particella – ORIGINARIA 4026 – qualità – sem. arb. – classe 2 – superficie - Ha.a.ca. - 00.03.10 – omissis - Area da Espropriare – mq – 310 – INDENNITA' DA CORRISPONDERE ALLA DITTA – Omissis – Indennità Complessiva - Euro – 3.206,70;

Omissis

ERRATA CORRIGE

DIREZIONE AFFARI DELLA PRESIDENZA,
POLITICHE LEGISLATIVE
E COMUNITARIE, RAPPORTI ESTERNI
SERVIZIO B.U.R.A., PUBBLICITÀ ED ACCESSO

“Errata Corrige” relativa alla pubblicazione dei “Valori Agricoli Medi” sul Bura n. 59 serie “Speciale” del 21 Giugno 2006.

Per mero errore materiale, nella pubblicazione riportata in epigrafe sono stati omessi

alcuni particolari e cioè: “Sul frontespizio del *Bollettino Ufficiale* leggasi la seguente dicitura: «Valori Agricoli Medi per l’anno 2005 applicabili per l’anno 2006 – (ai sensi e per gli effetti dell’art. 57, comma 1° del Testo Unico 08.06.2001, n. 327 e s.m.i.)”;

All’interno di ogni frontespizio relativo alle quattro province leggasi «Legge 22.10.1971 n. 865 art. 16”;

Alle pagine n. 17 e 18 al posto ai ... anno 2004, leggasi 2005, ed al posto di ...2005 sostituire 2006”.

AVVISI

ERRATA CORRIGE E AVVISI DI RETTIFICA

L'avviso di rettifica è disposto quando, successivamente alla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale di un documento, vengono in esso riscontrati errori già contenuti nel documento originale. L'avviso di rettifica può essere disposto esclusivamente dall'autorità che ha disposto la pubblicazione dell'atto errato o dal suo superiore gerarchico, tramite nota scritta indirizzata alla Direzione del Bollettino.

L'errata corrige è disposta quando, successivamente alla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale di un documento, vengono riscontrate difformità tra il testo originale e il testo pubblicato. La Redazione del Bollettino può disporre autonomamente l'errata corrige, previa intesa con gli estensori dell'atto da correggere.

In caso di correzione di avvisi contenenti bandi di gara e di concorso con termine di scadenza, la Direzione del Bollettino, di concerto con l'autorità estensore dell'atto, dispone che la pubblicazione dell'errata corrige o dell'avviso di rettifica non risulti pregiudicibile di situazioni giuridiche soggettive degli interessati ai documenti medesimi.

PALAZZO I. SILONE



**DIREZIONE AFFARI DELLA PRESIDENZA
POLITICHE LEGISLATIVE E COMUNITARIE, RAPPORTI ESTERNI**

SERVIZIO BURA PUBBLICITA' ED ACCESSO

**DIREZIONE - REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE:
Corso Federico II, n° 51 - 67100 L'Aquila
centralino: 0862 3631
Tel. 0862/ 364659 - 364660 - 364661 - 364663 - 36470
Fax. 0862 364665
Sito Internet: <http://bura.regione.abruzzo.it>
e-mail: bura@regione.abruzzo.it**