

SCHEDA 1: Indicazioni Operative per la gestione della presa in carico e della lista di attesa per interventi chirurgici programmati

Articolo 1 – Scopo e finalità

Le presenti Indicazioni Operative disciplinano le fasi che precedono il ricovero nel percorso del paziente chirurgico programmato. In particolare, il testo regola la valutazione specialistica e la presa in carico del paziente, la gestione della Lista di Presa in Carico (PIC) e della Lista di Attesa (LdA), l'attribuzione e l'eventuale variazione della classe di priorità, la manutenzione delle liste e l'organizzazione del prericovero.

Le finalità del documento sono:

- assicurare un accesso ai servizi equo, trasparente e tracciabile
- promuovere l'appropriatezza clinica e organizzativa
- garantire tempi di attesa coerenti con la priorità clinica
- prevedere elementi organizzativi comuni e regole omogenee a livello regionale.

Il documento si conforma alle Linee di indirizzo condivise tra Stato e Regioni (Accordo Rep. 100/CSR del 9/7/2020), al PNGLA 2019–2021 e alla pianificazione regionale (PRGLA FVG 2019–2021).

Articolo 2 – Ambito di applicazione

Le disposizioni si applicano a tutte le strutture chirurgiche della Regione Friuli Venezia Giulia che effettuano interventi in ricovero ordinario, Week Surgery o Day Surgery e riguardano esclusivamente le fasi precedenti il ricovero, dalla valutazione specialistica fino alla conclusione del prericovero.

L'osservanza delle presenti regole è obbligatoria per i professionisti sanitari coinvolti nella presa in carico del paziente e nel governo delle liste, nonché per il personale amministrativo che supporta tali attività.

Articolo 3 – Definizioni

Presa in Carico (PIC): fase nella quale il paziente, pur avendo una potenziale indicazione chirurgica, non è ancora nelle immediate condizioni di operabilità. Rientrano in questa situazione i percorsi di accertamento e stadiazione, le terapie neoadiuvanti propedeutiche all'intervento e le valutazioni multidisciplinari. L'inserimento in lista di PIC consente un governo trasparente durante il percorso clinico assistenziale e non avvia il conteggio del tempo di attesa.

Data di Presa in Carico: data in cui il paziente viene inserito in lista di PIC; nel caso in cui il paziente venga inserito direttamente in Lista di Attesa, la data di presa in carico e la data di messa in lista corrispondono.

Lista di Attesa (LdA): lista dei pazienti clinicamente idonei, che hanno espresso disponibilità all'intervento e possono rispondere alla convocazione nei tempi proposti.

Data di inserimento in Lista di Attesa: la data in cui il paziente è idoneo all'intervento e che avvia il conteggio del tempo di attesa. La data di inserimento in LdA, di norma, non è modificabile e deve essere riportata sulla SDO.

Classi di priorità: la classe di priorità esprime il tempo massimo entro cui dev'essere garantito l'intervento. Secondo le definizioni nazionali, le classi di priorità sono:

- Classe A: ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque, da recare grave pregiudizio alla prognosi;
- Classe B: ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;
- Classe C: ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità e non manifestano tendenza ad aggravarsi, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;
- Classe D: ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Prericovero: fase pre- operatoria mirata a confermare l'idoneità, valutare il rischio peri- operatorio e definire il setting assistenziale. Il prericovero non comprende indagini di stadiazione o approfondimenti che sono propedeutici all'inserimento in LdA.

Tempo di attesa: periodo temporale, espresso in giorni, che va dall'inserimento in LdA (data di prenotazione) alla data di ammissione (data di ricovero).

Articolo 4 – Principi generali

Tutte le operazioni devono essere registrate nei sistemi informativi in uso, indicando le motivazioni dei cambi di stato. La registrazione informatica costituisce atto ufficiale.

L'ordine di trattamento è guidato dalla classe di priorità e dalla data di inserimento in lista, evitando ritardi o rinvii non giustificati.

Le attività di inserimento in LdA non possono essere sospese, salvo indisponibilità tecnica; in tal caso devono essere adottate misure sostitutive e informato il livello regionale.

Articolo 5 – Proposta di Ricovero

L'indicazione al ricovero programmato può essere posta da un medico dipendente o convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale:

1. Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta (MMG, PLS);
2. Medico Specialista ambulatoriale convenzionato;
3. Dirigente Medico della Struttura a cui afferisce il registro di prenotazione, in istituzionale o in libera professione;
4. Dirigente Medico di altra Struttura o Presidio ospedaliero che rientri in un PDTA formalizzato.

Articolo 6 – Valutazione specialistica e presa in carico

La visita specialistica che si conclude con una ipotesi di intervento chirurgico e di ricovero rappresenta il primo momento del percorso, che coincide con la presa in carico del paziente.

Possono verificarsi 3 situazioni:

1. **Paziente non idoneo all'intervento.** Il paziente che necessita di:
 - approfondimenti diagnostici (es. stadiazione),

- terapie o trattamenti neoadiuvanti
- valutazioni multidisciplinari (es. percorso oncologico)
- predisposizione di protesi con tempi lunghi di approvvigionamento (chirurgia vascolare)
- periodo di stabilizzazione/osservazione prima dell'intervento

viene inserito in una lista di PIC. La lista di PIC consente di programmare gli approfondimenti in modo ordinato e di mantenere chiara la distinzione tra “pazienti da preparare” e “pazienti idonei alla programmazione del ricovero”.

Al completamento delle attività svolte durante le PIC, il medico specialista esegue una rivalutazione dell'idoneità chirurgica: al paziente idoneo all'intervento, viene proposto l'inserimento in LdA; il paziente che risulta non idoneo all'intervento, viene rimosso dalla lista di PIC, con registrazione delle motivazioni e degli eventuali percorsi alternativi proposti.

2. **Paziente candidato all'intervento con indicazione/diagnosi certa e che accetta di eseguire la procedura proposta.** Il paziente che ha diagnosi e indicazione chirurgica certe e che si dichiara da subito disponibile ad eseguire l'intervento proposto viene inserito in LdA.
3. **Paziente candidato all'intervento che decide di procrastinare l'inserimento in lista.** Il paziente che, per motivazioni personali, rimanda la decisione di essere sottoposto all'intervento non viene inserito in LdA e viene invitato a ripresentarsi agli uffici preposti per l'inserimento nel caso in cui modifichi la propria decisione.

Tutti i passaggi sono tracciati nei sistemi informativi dedicati.

Se viene posta indicazione ad un trattamento chirurgico, il referto della visita deve contenere: diagnosi, intervento proposto, classe di priorità prevista, regime di ricovero appropriato, recapiti del paziente aggiornati e le informazioni sulla prosecuzione del percorso.

Qualora la proposta di ricovero sia generata da una visita in regime libero professionale, il paziente può transitare in un percorso a carico SSN attraverso la valutazione di un medico interno diverso dal libero professionista, che, sulla base della documentazione prodotta, conferma l'idoneità alla messa in lista e la priorità assegnata (flag di validazione) o attraverso la richiesta del MMG/PLS che, a sua valutazione e sulla base del suggerimento espresso dallo specialista in libera professione, potrà rilasciare impegnativa SSN con indicazione al ricovero. Il medico della struttura può esprimere le proprie valutazioni relative alla richiesta di intervento compilando una nota associata alla prestazione di catalogo "valutazione idoneità inserimento in lista". In lista PIC e in LdA dovrà essere registrata la provenienza del paziente in apposito campo (ES. Suggerito da LP), con la possibilità di registrare in campo libero il nominativo del libero professionista che ha suggerito il ricovero.

Articolo 7 – Lista di Presa in Carico (PIC)

La lista di PIC è una lista di preparazione clinica e organizzativa, che supporta la corretta gestione dei tempi che precedono l'intervento chirurgico.

Per ciascun paziente devono essere registrati attraverso i sistemi informativi: data di inserimento, medico proponente, sezione di preparazione, sospetto diagnostico per il quale si ipotizza l'esecuzione di un intervento (codice classificazione internazionale e testo), note sugli esami richiesti e trattamenti in corso.

Se il paziente rifiuta l'inserimento in lista di PIC, il medico deve specificare la volontà espressa sul referto ambulatoriale, indicando le modalità su come ricontattare eventualmente la struttura.

La lista di PIC è revisionata periodicamente per evitare permanenze inutilmente prolungate.

Gli esami di approfondimento/stadiazione sono svolti in regime ambulatoriale, possibilmente attraverso percorsi dedicati che ne garantiscano l'esecuzione in tempi compatibili con le necessità cliniche del paziente (contratto "accesso SSR" e indirizzamento "PIC Chirurgia programmata"). Essendo prestazioni di approfondimento e non di primo accesso sono prenotate come "altro accesso", senza specificazione della priorità.

La PIC si può concludere con 2 esiti:

- Idoneo all'intervento. Quando il paziente diviene idoneo all'intervento, si procede all'inserimento in LdA, definendo regime e classe di priorità.
- Non idoneo all'intervento. Quando il paziente risulta non idoneo all'intervento, viene cancellato dalla Lista di PIC, con specificazione delle motivazioni nel sistema informativo.

Articolo 8 – Lista di Attesa (LdA)

Il passaggio in LdA avviene solo quando il paziente è idoneo all'intervento e dichiara la propria disponibilità all'intervento. Questo può avvenire, con una valutazione specialistica, al termine del percorso diagnostico terapeutico definito per la fase di PIC e dopo che il paziente abbia espresso disponibilità all'intervento e alla convocazione nei tempi dovuti. Nei sistemi informativi sono registrati almeno: data di inserimento in lista, diagnosi (codice Classificazioni internazionali e testo), classe di priorità, tipo di intervento, regime di trattamento, medico proponente, recapiti verificati, eventuali note (es. esigenze tecnologiche, allergie note, esami necessari, necessità di mediazione culturale, ...). L'inserimento in LdA attiva il conteggio del tempo di attesa.

Al paziente viene consegnata un'informativa chiara che riporta la classe di priorità con i relativi tempi massimi di attesa, il percorso di prericovero e le modalità di convocazione, sospensione-rinvio, cancellazione dalla lista e rinuncia. L'informativa deve, inoltre, prevedere il riferimento all'evenienza del recall dell'utente in lista per conferma della sussistenza dei requisiti e della disponibilità all'intervento.

Il paziente ha diritto a conoscere la propria posizione in lista di attesa e la data presumibile di ricovero.

Articolo 9 – Attribuzione e variazione della priorità

La classe di priorità è assegnata dal medico proponente sulla base di criteri clinici e funzionali, tenendo conto del rischio di aggravamento e dell'impatto sulla vita quotidiana del paziente.

La classe può essere variata se le condizioni cliniche si modificano: ogni variazione deve essere datata e motivata nei sistemi informativi. Il paziente deve essere cancellato dalla lista di attesa (con nota che giustifica la cancellazione) e reinserito con specificazione della priorità identificata al momento della rivalutazione.

Articolo 10 – Manutenzione della lista di attesa e della lista di PIC

Una adeguata manutenzione della LdA è condizione indispensabile ad una corretta programmazione chirurgica e ad una gestione appropriata dell'attività operatoria, permettendo l'esatta valutazione del numero di casi da trattare e un adeguato controllo dei tempi di attesa per classi di priorità.

Per garantire la qualità e l'affidabilità delle liste, le strutture effettuano una manutenzione periodica e sistematica. Devono pertanto essere previsti controlli periodici mirati alla verifica di sospensioni, rinunce annullamenti e uscite dalla LdA. Tra i controlli periodici devono rientrare anche i contatti con i

pazienti effettuati per verificarne l'intenzione a rimanere in lista di attesa (azione di recall). La verifica della LDA deve essere effettuata con cadenza almeno mensile, l'attività di recall con cadenza almeno semestrale.

In ogni struttura o sistema centralizzato deputati alla gestione della LdA devono essere formalmente individuati gli operatori abilitati alla pulizia e alla manutenzione della LdA.

Articolo 11 – Sospensione

La sospensione dalla LdA si verifica quanto l'utente non può effettuare il prericovero o l'intervento chirurgico.

Può dipendere da:

- motivazioni cliniche, quali ad es. una patologia intercorrente o controindicazioni temporanee
- Indisponibilità del paziente per motivi personali.

La sospensione interrompe la progressione del paziente in LdA, congelando i giorni residui.

La sospensione può richiedere una pianificazione della rivalutazione clinica del paziente, in particolare nel caso in cui la sospensione si protragga per un tempo non compatibile con la classe di priorità assegnata all'intervento.

Le sospensioni sono tracciate con causale in ADT.

Delle modalità di sospensione viene data adeguata informazione all'inserimento in LdA.

Articolo 12 – Uscita dalla LdA

Il paziente esce dalla LdA in seguito a ricovero per esecuzione dell'intervento o a cancellazione.

Articolo 13 - Cancellazione

La cancellazione dalla LdA si verifica quando il paziente esce dal percorso chirurgico. Può verificarsi a seguito delle seguenti motivazioni:

- intervento eseguito in urgenza (se non viene effettuata la ricongiunzione)
- rinuncia esplicita del paziente
- reiterata indisponibilità del paziente
- irreperibilità del paziente
- sopraggiunta inidoneità del paziente all'intervento o decesso
- intervento eseguito in altra sede
- errore di inserimento.

Ogni cancellazione è tracciata con causale in ADT.

Delle modalità di cancellazione viene data adeguata informazione all'inserimento in LdA.

Rinuncia

Condizione in cui il paziente, in qualsiasi momento, per sua libera ed irrevocabile scelta, non intenda effettuare l'intervento chirurgico. La rinuncia del paziente deve essere registrata a sistema.

Irreperibilità

L'irreperibilità dev'essere documentata con almeno tre tentativi di contatto in giorni e orari differenti nell'arco di 30 giorni. Ai 3 tentativi deve seguire l'invio di una notifica, da recapitare in forma scritta, alla quale il paziente dovrà rispondere entro 15 gg dal ricevimento. Scaduto tale termine senza risposta, si potrà procedere alla rimozione dell'utente dalla LdA.

Annullamento per indisponibilità ripetute

Quando l'utente, inserito in LdA, si dichiara non disponibile ad eseguire l'intervento chirurgico, per motivi personali, per 2 volte consecutive, viene cancellato dalla LdA.

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

Articolo 14 – Prericovero

Il prericovero ha lo scopo di confermare definitivamente l'idoneità del paziente e il profilo di rischio e di indicare/confermare il setting assistenziale più appropriato (ricovero ordinario, Day/Week Surgery, eventuale necessità di Recovery Room o Terapia Intensiva Post Operatoria). Il prericovero non è un momento di diagnosi/stadiazione; tali attività sono svolte prima dell'apertura del prericovero e dell'inserimento in LdA.

La tempistica del prericovero deve essere coerente con la classe di priorità assegnata, per garantire l'esecuzione degli esami programmati in tempi compatibili con il tempo di attesa. Il percorso di prericovero deve essere avviato in prossimità dell'intervento, per evitare la ripetizione di esami datati, non più idonei ad una corretta valutazione delle condizioni del paziente. Si privilegia, ove possibile, la riduzione degli accessi e la centralizzazione.

Gli accertamenti sono eseguiti con contratto Prericovero, che non prevede una impegnativa e l'eventuale pagamento del ticket. Nel caso in cui il paziente rinunci per sua volontà all'intervento, il regime di erogazione deve essere modificato in ambulatoriale (contratto Accesso SSR). Il medico deve predisporre le impegnative relative alle prestazioni erogate ed il paziente deve pagare, se dovuto, il relativo ticket. I relativi referti devono essere consegnati al paziente.

Di questo, l'utente deve essere informato al momento della messa in lista.

Articolo 15 – Responsabilità

La Direzione Medica di Presidio vigila sull'applicazione delle Indicazioni Operative, promuove audit e assicura che le norme siano diffuse all'interno delle strutture.

Il RUA (Referente Unico per l'Accesso) ai ricoveri programmati ha la responsabilità di potenziare il controllo centralizzato delle liste di attesa.

I Direttori delle Strutture garantiscono la corretta tenuta della lista di PIC e della LdA, la supervisione delle operazioni di inserimento in lista, il rispetto dei criteri di scorrimento e delle classi di priorità, il monitoraggio dei tempi di attesa e la qualità della comunicazione con i pazienti. In caso di superamento dei tempi massimi di attesa sono tenuti a verificare le motivazioni che ne compromettono il rispetto e ad intervenire per il superamento delle stessa, qualora riconducibili alla gestione interna.

Il Medico proponente è responsabile della valutazione clinica, dell'inserimento in lista di PIC e in LdA, dell'attribuzione della priorità e fornisce al paziente tutte le informazioni relative ai tempi presunti del ricovero, alla fase di pre-ricovero, nonché tutte le coordinate per potersi informare telefonicamente o di persona presso il reparto in cui è stato prenotato.

Il personale dedicato alla gestione delle liste supporta la manutenzione delle liste, gestisce i contatti con l'utenza e assicura che ogni azione sia tracciata nei sistemi informativi.

Articolo 16 – Diritto di accesso e comunicazione al paziente

Informazioni obbligatorie all'inserimento

Al momento dell'inserimento in lista d'attesa, devono essere fornite al paziente le seguenti informazioni:

- Tipo di prestazione
- Classe di priorità assegnata; A:30gg; B:60gg; C:180gg; D:12mesi) con tempi massimi di attesa.
- Periodo di chiamata (data prenotazione + attesa media storica).
- Modalità di rinuncia
- Informativa riguardo a sospensione, rinvio e cancellazione dalla lista
- Riferimenti per informazioni in corso di permanenza in lista.

Diritto di accesso alla posizione in lista

Il paziente ha diritto a conoscere:

- Posizione esatta in lista
- Tempi stimati residui, con indicazione di criticità (es. sospensioni)
- Eventuali percorsi alternativi, in caso di previsione di superamento dei tempi massimi di attesa.

Articolo 17 – Monitoraggio

Le aziende provvedono a monitorare l'applicazione del presente documento. I risultati sono oggetto di report periodici e di audit interni.

SCHEDA 2: INFORMATIVA ALL'UTENZA

Inserimento in Lista di Presa in Carico e Lista di Attesa per interventi chirurgici programmati

Gentile Paziente, questa comunicazione illustra le fasi del percorso che precede il Suo eventuale intervento chirurgico e le regole per la gestione della Sua posizione nelle liste regionali. La invitiamo a leggerla con attenzione e a conservarla.

I SUOI DIRITTI: Lei ha il diritto di conoscere in ogni momento la Sua posizione in lista di attesa, i tempi stimati residui e gli eventuali percorsi alternativi disponibili in caso di previsione di superamento dei tempi massimi di attesa.

1. LA PRESA IN CARICO (PIC)

Se al termine della visita specialistica il medico pone indicazione all'intervento ma Lei necessita di ulteriori accertamenti (ad esempio: esami di stadiazione, valutazioni multidisciplinari o terapie propedeutiche), verrà inserito/a nella **Lista di Presa in Carico (PIC)**.

La Lista PIC consente di seguire il Suo percorso clinico preparatorio in modo ordinato. Durante questo periodo **i tempi di attesa chirurgici non decorrono**: Lei entrerà in Lista di Attesa soltanto una volta dichiarato/a idoneo/a all'intervento e disponibile ad eseguirlo.

2. L'INSERIMENTO IN LISTA DI ATTESA

Una volta completati gli accertamenti e le eventuali terapie propedeutiche, confermata l'idoneità all'intervento e verificata la Sua disponibilità, il medico specialista La inserirà nella **Lista di Attesa (LdA)**. Da questo momento decorre il conteggio del tempo massimo di attesa associato alla classe di priorità assegnata.

3. CLASSI DI PRIORITÀ

Il medico assegnerà alla Sua richiesta una classe di priorità in base alla gravità clinica del caso:

Classe	Indicazione clinica	Tempo massimo di attesa
A	Potenziale aggravamento rapido	entro 30 giorni
B	Dolore intenso, gravi disfunzioni o disabilità, senza aggravamento imminente	entro 60 giorni
C	Minimo dolore, disfunzione o disabilità, senza tendenza ad aggravarsi	entro 180 giorni
D	Assenza di dolore, disfunzione o disabilità	entro 12 mesi

4. SOSPENSIONE

Qualora Lei non sia temporaneamente disponibile all'intervento per motivi personali o clinici (ad esempio: necessità lavorative, altra patologia in corso), la Sua posizione in lista può essere **sospesa**. La sospensione interrompe il conteggio del tempo di attesa per tutta la durata della sospensione stessa.

5. PRERICOVERO

In prossimità della data dell'intervento, Lei verrà convocato/a per il **prericovero**: una serie di accertamenti clinici finalizzati a confermare l'idoneità, valutare il rischio perioperatorio e definire il setting assistenziale più appropriato.

6. MANUTENZIONE DELLA LISTA E ATTIVITÀ DI RECALL

Per garantire trasparenza ed efficienza, le strutture effettuano periodicamente un'attività di verifica ricontattando i pazienti in lista (*recall*) per accertare la permanenza dei requisiti e la disponibilità all'intervento.

IMPORTANTE: È sua responsabilità assicurarsi che il numero di telefono e i recapiti presenti nell'anagrafica sanitaria siano **corretti e aggiornati**. In caso di variazioni, è necessario recarsi allo sportello anagrafico della struttura prima possibile. La struttura utilizzerà tali recapiti per le convocazioni e per le attività di verifica.

7. RINUNCIA E CANCELLAZIONE DALLA LISTA

Lei potrà essere rimosso/a dalla lista di attesa nei seguenti casi:

Rinuncia volontaria: qualora decida di rinunciare all'intervento o di essere ricoverato/a presso altra struttura per motivi personali.

Indisponibilità ripetuta: se dichiara di non essere disponibile alla convocazione per 2 volte consecutive, sarà rimosso/a dalla lista. Per essere nuovamente inserito/a sarà necessario effettuare una nuova visita specialistica per la rivalutazione del caso.

Irreperibilità: in caso di impossibilità a contattarLa telefonicamente dopo almeno 3 tentativi nell'arco di 30 giorni, la struttura Le invierà una comunicazione scritta, anche in modalità telematica. In assenza di Sua risposta entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione, Lei verrà cancellato/a dalla lista.

8. ESAMI DI PRERICOVERO E COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA

Gli esami di laboratorio, strumentali e le consulenze eseguiti in regime di prericovero sono finalizzati all'intervento chirurgico programmato.

Qualora Lei decida autonomamente di non sottoporsi all'intervento, in assenza di motivazioni cliniche sopravvenute, ovvero si dichiara indisponibile per 2 volte consecutive o risulti irreperibile, è tenuto/a al pagamento della quota di compartecipazione alla spesa (ticket) per gli esami già eseguiti (D.M. 14.12.1994; Linee Guida Ministero della Salute n. 1/95).

Per "decisione spontanea" si intende la scelta autonoma del paziente di non sottoporsi all'intervento dopo aver eseguito gli esami preoperatori, in assenza di qualsiasi motivazione clinica. Tale decisione deve essere comunicata alla Segreteria della Struttura presso cui sono stati eseguiti gli esami.

I referti degli esami eseguiti in prericovero sono conservati dalla struttura di pre-ospedalizzazione. È possibile richiederne copia, previo pagamento del ticket ove dovuto, secondo le modalità indicate sul sito web aziendale.

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Il/La sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____, letta l'informativa sopra riportata, è consapevole che qualora decida di rinunciare all'intervento o di rinviarlo per propria libera scelta, le indagini diagnostiche e le visite specialistiche effettuate saranno considerate prestazioni ambulatoriali e, conseguentemente, è tenuto/a al pagamento della relativa quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket), se dovuta, ai sensi della normativa vigente.

Luogo e data	Firma del paziente o del tutore legale
_____	_____

A CURA DELLA STRUTTURA INCARICATA DI ESEGUIRE L'ITER PREOPERATORIO

Si comunica che in data _____

il/la Sig./Sig.ra _____

Codice Fiscale _____

è stato/a inserito/a in ☐ **PIC** / ☐ **LdA**

presso la Struttura Operativa di

del Presidio Ospedaliero / IRCCS

Al paziente è stata consegnata la presente informativa e ne ha preso visione.

Timbro e firma del responsabile:

IL SEGRETARIO GENERALE

IL VICEPRESIDENTE