

REPUBBLICA ITALIANA

# BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO

PARTE PRIMA - PARTE SECONDA

Roma, 30 giugno 2000

Si pubblica normalmente il 10, 20 e 30 di ogni mese

DIREZIONE REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO LA PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE - VIA CRISTOFORO COLOMBO, 212 - 00147 ROMA

IL BOLLETTINO UFFICIALE si pubblica a Roma in due distinti fascicoli:

- 1) la Parte I (Atti della Regione) e la Parte II (Atti dello Stato e della U.E.)
- 2) la Parte III (Avvisi e concorsi)

*Modalità di abbonamento e punti vendita:*

L'abbonamento ai fascicoli del Bollettino Ufficiale si effettua secondo le modalità e le condizioni specificate in appendice e mediante versamento dell'importo, esclusivamente sul c/c postale n. 42759001 intestato a Regione Lazio abbonamento annuale o semestrale alla Parte I e II; alla parte III; alle parti I, II e III al Bollettino Ufficiale.

Il Bollettino Ufficiale della Regione Lazio è ora consultabile anche in via telematica tramite Internet accedendo al sito [www.regione.lazio.it](http://www.regione.lazio.it)

Il Bollettino Ufficiale può essere visualizzato e/o stampato sia in forma testuale che grafica.

Gli utenti sono assistiti da un servizio di "help" telefonico (06-85082140).

Per INFORMAZIONI sul servizio telematico e richieste di ABBONAMENTO on line rivolgersi all'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO, Roma, Piazza Verdi n. 10 - FUNZIONE EDITORIA, Tel.: 0685082207 - 0685082150 Fax: 0685082520 e-mail: [INFOIPZS@MAIL.IPZS.IT](mailto:INFOIPZS@MAIL.IPZS.IT)

Si rinvia ugualmente all'appendice per le informazioni relative ai punti vendita dei fascicoli del Bollettino Ufficiale, nonché sul servizio di Bollettino Ufficiale in via telematica.

## SOMMARIO

### PARTE I

#### ATTI DELLA GIUNTA REGIONALE

- o DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 8 febbraio 2000, n. 309.

Legge 17 febbraio 1992, n. 179, art. 3, comma 3-bis. Rideterminazione localizzazione soggetti attuatori edilizia agevolata ..... Pag. 4

- o DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 22 febbraio 2000, n. 447.

Legge regionale 7 agosto 1998, n. 34, art. 6. Interventi per lo sviluppo socio-economico della provincia di Rieti. Criteri ..... Pag. 6

- o DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 14 marzo 2000, n. 782.

Legge 17 febbraio 1992, n. 179, art. 3, comma 3-bis. Rideterminazione localizzazione interventi ed individuazione soggetti attuatori. Programmi art. 9 legge 493/93 e art. 4 legge 179/92 ..... Pag. 7

- o DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 14 marzo 2000, n. 784.

Legge 17 febbraio 1992, n. 179, art. 3, comma 3-bis. Variazione deliberazione Giunta regionale 8 febbraio 2000, n. 309 ..... Pag. 8

- o DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 aprile 2000, n. 1111.

Ratifica dell'approvazione dei progetti finanziabili a valere sul fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga anni 1997-98-99 ..... Pag. 11

- o DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 aprile 2000, n. 1117.

Comune di Colonna (Roma). Regolamento edilizio comunale. Approvazione ..... Pag. 23

- o DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 11 aprile 2000, n. 1257.

Accreditamento provvisorio del laboratorio di analisi cliniche gestito da Centro Diagnostico Giardinetti S.r.l. sito in Roma, via Santarelli, 98, Ausl Roma B ..... Pag. 27

- o DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 11 aprile 2000, n. 1268.

Accreditamento provvisorio del laboratorio di analisi cliniche gestito dalla Clin Audit S. Carlo S.r.l. con sede in Sezze, via Variante, 23, Ausl di Latina ..... Pag. 29

- o DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 11 aprile 2000, n. 1269.

Ambulatorio chirurgico, definizione dei requisiti per autorizzare la realizzazione di strutture, per l'esercizio di attività sanitarie e per l'accreditamento ..... Pag. 31

GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO  
.....

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 11 APR. 2000

ADDI' 11 APR. 2000 NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, IN VIA CRISTOFORO  
COLCIMO, 212 SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE, COSI' COSTITUITA:

BADALONI	Pietro	Presidente	FEDERICO	Maurizio	Assessore
COSENTINO	Lionello	Vice Presidente	HERMANIN	Giovanni	"
ALEANDRI	Livio	Assessore	LUCISANO	Pietro	"
AMATI	Matteo	"	MARSONI	Angiolo	"
BOCADONNA	Salvatore	"	META	Michele	"
CIOFFARELLI	Francesco	"	PIZZUTELLI	Vincenzo	"
DONATO	Pasquale	"			

ASSISTE IL SEGRETARIO Dott. Saverio Guccione.  
..... CMISSIS

ASSENTI: BADALONI - DONATO - HERMANIN - META -

DELIBERAZIONE N° 1269

OGGETTO: Ambulatorio chirurgico, definizione dei requisiti  
per autorizzare la realizzazione di strutture, per l'esercizio di attività sanitarie e per  
l'accreditamento.



OGGETTO: Ambulatorio chirurgico, definizione dei requisiti per autorizzare la realizzazione di strutture, per l'esercizio di attività sanitarie e per l'accreditamento.

## LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA dell'Assessore alla Salvaguardia e Cura della Salute;

VISTO l'art.43 della legge 23.12.1978, n.833;

VISTO il D.lgs. 30.12.1992, n. 502, recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23.10.1992, n. 421" integrato e modificato dal D.lgs. 19.6.1999, n. 229, recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della Legge 30.11.1998, n. 419" (pubblicato sul supplemento ordinario n. 132/L - G.U. Serie generale n. 165 del 16.7.1999) ed in particolare, quanto stabilito da:

- l'art. 8-bis (Autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali);
- l'art.8-ter (Autorizzazioni alla realizzazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie e all'esercizio di attività sanitarie);
- l'art.8-quater (Accreditamento istituzionale);
- l'art.8-quinquies (Accordi contrattuali);
- l'art.8-sexties (Remunerazione);
- l'art.8-octies (Controlli);

VISTA la Legge 23.12.1994, n. 724;

VISTA la Legge 23.12.1996, n. 662;

VISTO il D.P.R. 14.1.1997, concernente "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle provincie 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";

VISTA la Legge regionale del 31.12.1987, n. 64 che disciplina l'autorizzazione, la vigilanza e le convenzioni con le Case di Cura private, gli atti autorizzativi e il relativo processo di accreditamento provvisorio attivato dalla Regione con vari provvedimenti riguardanti singoli soggetti erogatori privati;

VISTO il D.M. 22.7.1996 concernente "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe" (pubblicato sul supplemento n. 150 della G.U. n. 216 del 14.9.1996), recepito dalla Regione Lazio con deliberazione del 31.12.1997, n. 9376 e successive integrazioni con particolare riferimento alle deliberazioni n. 3082 dell'8.6.1999 e n. 712 del 7.3.2000";

VISTO il parere espresso, in data 14.6.1995, dal Consiglio Superiore di Sanità - Sezione II, in ordine alla "Regolamentazione delle attività chirurgiche, o assimilabili da effettuarsi ambulatorialmente o in regime di assistenza a ciclo diurno, in anestesia locale, loco-regionale o generale (chirurgia di giorno)" e trasmesso dal Dipartimento della Programmazione del Ministero della Sanità unitamente alle "Preselezione indicazioni per l'applicazione del Decreto ministeriale



22.7.1996: "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe";

**CONSIDERATO CHE:**

- il comma 6 della Legge 23.12.1994, n. 724 ha poi stabilito che, fermo restando il diritto all'accreditamento delle strutture in possesso dei requisiti di cui al citato art. 8, comma 4, del D.lgs. n. 502/92, e successive modificazioni, per il biennio 1995/1996 l'accreditamento opera comunque nei confronti dei soggetti convenzionati e dei soggetti eroganti prestazioni di alta specialità in regime di assistenza indiretta regolata da leggi regionali alla data di entrata in vigore del D.lgs. 502/92, che accettino il sistema di remunerazione a prestazione sulla base di tariffe predeterminate dalla Regione;
- il comma 19 dell'art. 1 della Legge 23.12.1996, n. 662 stabilisce infine che: "le istituzioni sanitarie private, ai fini dell'accreditamento di cui all'art. 8, comma 7 del D.lgs. 30.12.1992, n. 502 e successive modificazioni, devono documentare la capacità di garantire l'erogazione delle proprie prestazioni nel rispetto delle incompatibilità previste dalla normativa vigente in materia di rapporto di lavoro del personale del Servizio Sanitario Nazionale e con piante organiche a regime. L'esistenza di posizioni di incompatibilità preclude l'accreditamento e comporta la nullità dei rapporti eventualmente instaurati con le Unità Sanitarie Locali. L'accertata insussistenza della capacità di garantire le proprie prestazioni comporta la revoca dell'accreditamento e la risoluzione dei rapporti costituiti";
- attraverso l'istituto dell'accreditamento si verifica la selezione per tutti i soggetti operanti nella produzione di prestazioni sanitarie, già debitamente autorizzati, con i quali il Servizio Sanitario Nazionale programma di instaurare rapporti contrattuali per erogare le prestazioni a carico del SSN;
- l'accreditamento avviene a favore di strutture sanitarie, presidi o singoli professionisti debitamente autorizzati ed in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi richiesti dalla vigente legislazione per l'esercizio delle attività sanitarie, che assicurino, con ulteriori requisiti e standard, una più elevata qualità delle prestazioni erogate;
- l'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche e private, che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti. Nell'ambito delle linee di programmazione la regione definisce il fabbisogno di assistenza secondo le funzioni sanitarie previste dal Piano sanitario regionale al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza alla popolazione, nonché gli eventuali livelli integrativi locali e le esigenze integrative di cui all'art.9 del citato D.lgs.229;

ATTESO CHE il processo di accreditamento presuppone la definizione di criteri, requisiti, standard, indicatori di qualità in grado di definire parametri di riferimento che garantiscano al cittadino la qualità dell'assistenza erogata da adeguare anche per fasi successive;

RILEVATA la necessità di definire come **CHIRURGIA AMBULATORIALE**, quell'insieme di attività chirurgiche, di radiologia interventistica, di endoscopia interventistica e altre attività diagnostiche, di minima e media invasività, che non richiedono degenza nel periodo postoperatorio e non necessitano di anestesia generale o periferica che comporti perdita di mobilità di segmenti scheletrici. Tali prestazioni vengono incluse annualmente in apposito elenco predisposto dalla Regione nell'ambito della regolamentazione del sistema di remunerazione delle prestazioni ambulatoriali.

La tipologia della struttura di un ambulatorio chirurgico si caratterizza in funzione delle prestazioni praticabili e in rapporto alla loro intrinseca complessità :



- l'allegato 1, definisce la rispondenza ai requisiti strutturali e tecnologici generali, parte integrante della presente deliberazione;
- l'allegato 2, definisce i criteri per l'autorizzazione e l'accreditamento provvisorio e istituzionale delle strutture che svolgono attività di chirurgia ambulatoriale, parte integrante della presente deliberazione;

RILEVATO che la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le Aziende e gli Enti del Servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori degli accordi contrattuali, previsti dal citato art.8-quinquies del D.lgs.229;

CONSIDERATO che il presente provvedimento non è soggetto a controllo ai sensi dell'art.17, comma 32, della legge 15.05.1997, n.127;

all'unanimità

#### DELIBERA

1. di approvare, secondo le motivazioni indicate in premessa, l'Allegato 1 e l'Allegato 2, parti integranti del presente provvedimento, in cui sono indicati, rispettivamente i requisiti minimi strutturali e tecnologici generali e criteri per l'autorizzazione, l'esercizio e l'accreditamento delle strutture, pubbliche e private, che svolgono attività chirurgiche, di radiologia interventistica, di endoscopia interventistica e altre attività diagnostiche di minima e media invasività che non richiedono alcuna degenza nel periodo postoperatorio ambulatoriale che svolgono le attività in anestesia locale e analgesia;
2. di approvare le procedure definite per l'accreditamento delle strutture sanitarie, pubbliche e private, secondo le linee contenute nell'Allegato 2;
3. di disporre che le strutture, pubbliche e private, provvisoriamente accreditate ai sensi dell'art.6, comma 4, della legge 724/94 e quelle già autorizzate possano presentare domanda all'Azienda Usi di competenza e all'Assessorato alla Salvaguardia e Cura della Salute, richiesta che potrà essere accolta nei limiti del fabbisogno di centri autorizzabili e di centri accreditabili, individuato nell'Allegato 2;
4. di dare mandato all'Assessore alla Salvaguardia e Cura della Salute di emanare le necessarie direttive per l'attuazione di quanto previsto dagli Allegati n.1 e 2;
5. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino della Regione Lazio;

La presente deliberazione non è soggetta a controllo ai sensi dell'art.17, comma 32, della Legge 15.05.1997, n.127.

IL VICE PRESIDENTE : F.to Lionello COSENTINO

IL SEGRETARIO: F.to Dott. Saverio GUCCIONE



18 APR. 2000

*lu*

Allegato 1

## REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI

Tutti i presidi devono essere in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti Leggi in materia:

- caratteristiche ambientali e di accessibilità
- protezione antisismica
- protezione antincendio
- protezione acustica
- sicurezza elettrica e continuità elettrica
- sicurezza anti-infortunistica
- igiene del luogo del lavoro
- protezione dalle radiazioni ionizzanti
- eliminazione delle barriere architettoniche
- smaltimento dei rifiuti
- impianto idrico
- tutela dell'inquinamento elettromagnetico
- condizioni microclimatiche
- impianti di distribuzione dei gas
- materiali esplosivi

in merito a tali problematiche si ritiene di fare riferimento alle specifiche norme nazionali, regionali, locali e, per la prevista parte di competenza, alle disposizioni comunitarie in materia.



*Luca H*

ALLEG. alla DELIB. N. 1269  
DEL 1.1 APR. 2000

*Cur*

Allegato 2

**Criteri per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture che svolgono attività di Chirurgia Ambulatoriale**

**Premesse**

Si definisce come Chirurgia Ambulatoriale l'insieme delle attività chirurgiche, di radiologia interventistica, di endoscopia interventistica, e le altre attività diagnostiche di minima e media invasività che non prevedono alcuna degenza nel periodo postoperatorio.

Sono considerate prestazioni effettuabili in Chirurgia Ambulatoriale quegli interventi chirurgici e quelle procedure diagnostiche e terapeutiche con carattere limitato di invasività che:

- non necessitano di anestesia generale o di anestesia periferica che comporti perdita di mobilità di segmenti scheletrici;
- non interagiscono con organi vitali;
- non abbiano carattere di urgenza;
- siano incluse in apposito elenco, predisposto annualmente dalla Regione, all'interno della regolamentazione del sistema di remunerazione delle prestazioni ambulatoriali.

L'elenco dovrà specificare quali prestazioni di chirurgia ambulatoriale sono effettuabili al di fuori delle strutture ospedaliere.

I pazienti suscettibili di interventi ambulatoriali dovranno essere selezionati, prima dell'intervento,, in base a valutazioni individuali del rischio e la valutazione individuale del rischio, espressamente documentata, dovrà orientare la scelta della tipologia di struttura presso la quale effettuare l'intervento.

Linee guida sulle prestazioni effettuabili e sui criteri di selezione dei pazienti suscettibili di interventi in chirurgia ambulatoriale verranno periodicamente predisposte a cura dell'Agenzia di sanità Pubblica (ASP).

Le prestazioni praticabili in regime ambulatoriale potranno dunque essere effettuate, in funzione della loro intrinseca complessità e delle caratteristiche dei pazienti da operare:

- a. in qualunque ambulatorio che possenga i requisiti previsti;
- b. in ambulatori "protetti", cioè in possesso dei medesimi requisiti ma operanti nell'ambito di strutture di ricovero (ospedali e case di cura private).

Secondo quanto indicato dal D.Lgs. 229/99 è necessario determinare, preliminarmente alla definizione dei requisiti specifici di autorizzazione e accreditamento, criteri per l'individuazione dei fabbisogni assistenziali della popolazione che corrispondano alla programmazione regionale.

In questa prospettiva il documento si articola nelle seguenti sezioni:

1. Definizione del fabbisogno
2. Requisiti fisici
3. Requisiti di personale
4. Requisiti di processo
5. Requisiti di attività
6. Procedure di ingresso
7. Procedure di uscita

**1. Definizione del fabbisogno**

Il fabbisogno di chirurgia ambulatoriale deve essere distinto, ai sensi dell'art. 8bis, 8ter e 8quater del D.Lgs 229/99, in fabbisogno per l'autorizzazione e fabbisogno per l'accreditamento. Questa distinzione si fonda, nel caso della chirurgia ambulatoriale, sulla considerazione che esistono prestazioni di chirurgia ambulatoriale che non sono comprese nei livelli di assistenza assicurati dal



*Allegato*

SSR, mentre le strutture che li erogano devono essere comunque soggette a requisiti di qualità che tutelino la salute dei cittadini. Su questa base, nel rispetto di requisiti analoghi a quelli previsti per l'accreditamento, il numero di strutture autorizzabili sarà superiore a quello delle strutture accreditabili e il riconoscimento dell'accreditamento sarà riservato alle strutture che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro corrispondenza agli indirizzi di programmazione regionale e secondo le procedure indicate nelle sezioni 6. (Procedure di ingresso) e 7. (Procedure di uscita) di questo allegato.

Il fabbisogno sarà determinato in linea di massima con cadenza triennale, in coincidenza con le operazioni di verifica sul possesso dei requisiti di attività.

Per l'anno 2000, in fase di prima applicazione ed in via sperimentale, considerando la parzialità delle informazioni disponibili, il fabbisogno di chirurgia ambulatoriale viene definito in base ai seguenti parametri:

- per le prestazioni erogabili in chirurgia ambulatoriale, e comprese nei livelli di assistenza, la stima del fabbisogno è basata sulle prestazioni erogabili in chirurgia ambulatoriale ed attualmente effettuate dal SSR in altre modalità assistenziali;
- la proporzione di prestazioni protette è stata stimata pari a circa il 25% delle prestazioni comprese nei livelli di assistenza;
- per le prestazioni erogabili in chirurgia ambulatoriale, e non comprese nei livelli di assistenza, non esistono informazioni analitiche sulle attività svolte e la stima del fabbisogno si limita a considerare per queste prestazioni un volume pari a circa il 30% dell'insieme dell'attività in chirurgia ambulatoriale;
- la proporzione di prestazioni protette è stata stimata pari a circa lo 8% delle prestazioni non comprese nei livelli di assistenza:

Sulla base dei parametri descritti, il fabbisogno stimato è quello riportato nella tabella I.

Tabella I Fabbisogni stimati

Prestazioni comprese nei livelli		Prestazioni <u>non</u> comprese nei livelli		Prestazioni totali	
Ambiente protetto	Ambiente standard	Ambiente protetto	Ambiente standard	Ambiente protetto	Ambiente standard
30.000	90.000	5.000	60.000	35.000	150.000

Sulla base del fabbisogno, e tenendo conto dei requisiti di volume minimi previsti come requisiti per l'autorizzazione, è possibile definire il numero massimo di centri che possono essere autorizzati (tab.II).

Tabella II Modalità di calcolo del numero dei centri

Stima prestazioni totali erogabili /anno			Requisiti di volume per centro/anno		N° massimo di centri autorizzabili		
Ambiente protetto	Ambiente standard	Totale	Interventi protetti	Interventi semplici	Ambiente protetto	Ambiente standard	Totale
35.000	150.000	185.000	500 (totali 1.500)	1.500	70	55	125

*MUC R*



Il numero massimo di centri autorizzabili corrisponde alla attribuzione a ciascun centro del volume minimo di casi corrispondente al requisito di attività per l'autorizzazione. Il numero massimo non potrà quindi essere superato, ma potrà essere ridotto in base a capacità produttive dei centri superiore a quella minima per l'autorizzazione. A ciascun centro con ambiente protetto (ospedale, casa di cura) è stato attribuito anche il numero minimo di interventi semplici previsto per l'autorizzazione:

I valori di fabbisogno indicati nelle tabelle I e II possono essere riferiti alla popolazione con la conseguenza che sul territorio di ciascuna ASL non potrà essere autorizzato più di un centro di chirurgia ambulatoriale protetto ogni 70.000 residenti e più di un centro non protetto ogni 90.000 residenti.

Per l'anno 2000, in fase di prima applicazione ed in via sperimentale, sulla base del fabbisogno di prestazioni comprese nei livelli di assistenza e tenendo conto dei requisiti di volume minimi previsti come requisiti per l'autorizzazione, è possibile definire il numero massimo di centri che possono essere accreditati come riportato nella tab.III.

Tabella III Modalità di calcolo del numero dei centri accreditabili

Stima prestazioni comprese nei livelli /anno			Requisiti di volume per centro/anno		N° massimo di centri accreditabili		
Ambiente protetto	Ambiente standard	Totale	Interventi protetti	Interventi semplici	Ambiente protetto	Ambiente standard	Totale
30.000	90.000	120.000	500 (totali 1.500)	1.500	60	20	80

Il numero massimo di centri accreditabili corrisponde alla attribuzione a ciascun centro del volume minimo di casi corrispondente al requisito di attività per l'autorizzazione. Il numero massimo non potrà quindi essere superato, ma potrà essere ridotto se la capacità produttiva media dei centri accreditati sarà superiore a quella minima per l'autorizzazione. A ciascun centro con ambiente protetto (ospedale, casa di cura) è stato attribuito anche il numero minimo di interventi semplici previsto per l'autorizzazione.

I valori di fabbisogno indicati nella tabella III possono essere riferiti alla popolazione con la conseguenza che non potrà essere accreditato più di un centro di chirurgia ambulatoriale protetto ogni 80.000 residenti e più di un centro non protetto ogni 250.000 residenti.

La distribuzione del numero massimo dei centri per ASL è individuata nella tab. IV.



*Aut. H*

Tab.IV Distribuzione dei centri per ASL.

Cod.	ASL	Max. Autorizzabili			Max. Accreditali		
		Protetti	Standard	Totale	Protetti	Standard	Totale
101	Roma A	8	6	14	6	2	8
102	Roma B	8	6	14	6	2	8
103	Roma C	7	5	12	6	2	8
104	Roma D	6	5	11	6	2	8
105	Roma E	6	5	11	6	2	8
106	Roma F	4	3	7	3	1	4
107	Roma G	5	4	9	4	1	5
108	Roma II	6	5	11	6	2	8
109	Viterbo	5	4	9	3	1	4
110	Rieti	3	2	5	2	1	3
111	Latina	6	5	11	6	2	8
112	Frosinone	6	5	11	6	2	8
-	<b>Totale</b>	<b>70</b>	<b>55</b>	<b>125</b>	<b>60</b>	<b>20</b>	<b>80</b>

I centri accreditati possono effettuare, oltre alle prestazioni comprese nei livelli di assistenza assicurati dal SSR, anche prestazioni non comprese nei livelli di assistenza nella misura massima del 15% sul totale delle prestazioni effettuate

Avendo individuato in via sperimentale per il 2000, una stima del fabbisogno di prestazioni e determinato il numero di centri autorizzabili ed accreditabili, si definiscono i requisiti per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e l'accreditamento.

## 2. Requisiti fisici

I requisiti fisici sono stati distinti in: Requisiti strutturali, Requisiti degli Impianti, Requisiti delle tecnologie e delle attrezzature.

### 2.1 Requisiti Strutturali

I locali e gli spazi devono essere adeguati alla tipologia e al volume delle attività erogate. Il loro numero e le loro dimensioni devono garantire l'adeguatezza delle prestazioni in rapporto, al bacino di utenza. Adeguate indicazioni devono assistere gli utenti nell'orientamento all'interno della struttura. Restano validi e inderogabili i limiti, considerati minimi dalle vigenti norme in materia di sicurezza e igiene del lavoro.

In particolare, la dotazione specifica di ambienti per la chirurgia ambulatoriale è la seguente:

- a. zona di preparazione del personale addetto costituita da:
  - uno spazio da adibire a spogliatoio per il personale sanitario (separato dal locale chirurgico);
  - uno spazio per la preparazione del personale sanitario preposto all'atto chirurgico (anche all'interno del locale chirurgico);
- b. zona di preparazione del paziente:
  - uno spazio da adibire a spogliatoio per l'utente che deve subire l'atto chirurgico, dove dismetta gli abiti e le scarpe e indossi gli appositi indumenti e calzari;
- c. locale chirurgico:
  - deve possedere una superficie di almeno 20 mq., tale da consentire lo svolgimento delle differenti attività diagnostico-terapeutiche ed in particolare:
    - il supporto al paziente;
    - l'identificazione e l'illuminazione delle parti anatomiche;



*Handwritten signature*

- la sorveglianza continua dei parametri fisiologici e i mezzi per assicurare il loro mantenimento o il loro recupero;
  - la realizzazione e il controllo dell'anestesia locale;
  - l'eventuale rianimazione necessaria;
- d. zona sosta paziente, rappresentata da uno spazio per il paziente che ha subito l'intervento. Tale spazio può essere opportunamente individuato all'interno del locale visita o all'interno della sala di attesa che, in questo caso, non deve essere in diretto rapporto con la porta di ingresso dell'ambulatorio;
- e. locale adibito a studio medico per visita o medicazione, che deve immettersi nel locale adibito agli atti operatori;
- f. locale adibito alle attività amministrative, con spazio archivio;
- g. locale da adibirsi a sala di attesa pazienti, distinto dall'ingresso di accesso, dotato di servizio telefonico per gli utenti;
- h. servizio di sterilizzazione, organizzato in rapporto alle esigenze secondo i seguenti modelli:
- spazio per la sterilizzazione all'interno della struttura, nel locale chirurgico o in uno spazio comune con quello dedicato alla preparazione del personale, provvisto delle adeguate apparecchiature;
  - adeguata dotazione di materiale monouso;
  - accesso regolamentato ad un servizio di sterilizzazione, in altra parte della struttura o esterno.
  - il servizio di sterilizzazione utilizzato deve essere conforme alle norme vigenti e le modalità di trasporto del materiale trattato tali da garantirne la sterilità.
- i. locale adibito al lavaggio di strumenti e materiali sporchi, dotato di un lavello in acciaio inox, fornito di acqua calda e fredda, per la pulizia degli strumenti chirurgici, con zona destinata alla gestione dei rifiuti speciali, da sigillare alla fine di ogni seduta operatoria;
- j. locale per il deposito dei materiali di pulizia ordinaria.

I locali devono avere le seguenti caratteristiche:

- a. altezza minima utile di m. 3;
- b. le superfici delle pareti devono essere rivestite con materiale ignifugo, resistenti (al lavaggio, all'usura, agli urti meccanici e alla disinfezione, agli agenti chimici e fisici), lisce e non scanalate, con raccordo arrotondato al pavimento;
- c. il pavimento deve essere antistatico, resistente (al lavaggio, all'usura, agli urti meccanici e alla disinfezione, agli agenti chimici e fisici), levigato e antisdrucchiolo.

I materiali di medicazione e i farmaci, qualora conservati in locali che possano essere adibiti a spazi comuni, debbono essere disposti in modo da essere asportabili, per evitare che siano sottoposti a temperature eccedenti i 20 gradi centigradi quando sono in funzione gli apparecchi di sterilizzazione.

## 2.2 Requisiti degli impianti

Gli impianti devono rispondere a quanto disposto dal D.lgs. 19.9.1994, n.626 riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sui luoghi di lavoro e successive modificazioni ed integrazioni.

- a. Il locale chirurgico deve garantire le condizioni microclimatiche seguenti:
  - temperatura interna invernale ed estiva compresa tra i 20-24° C;
  - umidità relativa compresa tra 40-60% ottenuta con umidificatore, igrometro e termometro;
  - ricambi aria/ora (aria esterna senza riciclo) 15 v/h;
  - filtraggio aria 99,97%.

*AWA*



- b. Il locale chirurgico deve prevedere un nodo equipotenziale per la messa a terra di ogni presa di corrente;
- c. Il locale chirurgico deve essere collegato tramite telefono interno con almeno altri due locali della struttura, per la più agevole richiesta di materiali o la sollecitazione di interventi urgenti;
- d. L'illuminazione ambientale deve essere quella prevista dalle norme vigenti; sul tavolo operatorio e zona limitrofa devono essere disponibili 10.000 lux, mentre per le restanti aree del locale operatorio sono ammessi 1000 lux, lo studio medico necessita di 400 lux che possono essere ridotti a 300 lux se si eseguono esami diagnostici; per soggiorno e sala di attesa sono previsti 300 lux; per servizi generali e corridoi si richiedono 150 lux;
- e. Deve essere prevista un'adeguata segnaletica che informi sullo svolgimento di procedure che possono presentare rischi per gli addetti e gli utenti (laser, radiazioni ionizzanti, altro) indicando gli idonei comportamenti di protezione (Divieto di accesso, Situazione di pericolo);
- f. Deve essere previsto un sistema di alimentazione di emergenza adeguato a garantire, per almeno 20', e comunque per un tempo adeguato alla conclusione in piena sicurezza dell'atto operatorio in corso, il funzionamento di tutte quelle apparecchiature che non fossero dotate di un sistema autonomo di alimentazione.

### 2.3 Requisiti delle tecnologie e delle attrezzature

Nello spazio riservato alla sterilizzazione e preparazione del personale devono essere presenti:

- a. un lavello in acciaio inox, per il lavaggio del personale sanitario prima dell'intervento, dotato di rubinetteria non manuale;
- b. un armadio in vetro e metallo verniciato a fuoco, per la rimessa dei ferri chirurgici;
- c. un armadio in metallo verniciato a fuoco, per la conservazione del materiale già sottoposto a sterilizzazione in adatte confezioni o cestelli metallici;
- d. un armadio e vetro verniciato a fuoco, per la rimessa dei farmaci e materiale monouso in confezione industriale (suture, strumenti chirurgici monouso, ecc.);
- e. un armadio per la rimessa del materiale di medicazione non sterile.

I dispositivi medici e materiali devono rispondere alla Direttiva 93/42/ CEE e D.lgs. 24.2.1997, n. 46 e successive modifiche e integrazioni.

Tutto lo strumentario dell'ambulatorio chirurgico deve essere monouso, o in acciaio inossidabile o in leghe o in metalli non ossidabili, e deve essere idoneo al tipo di chirurgia esercitata.

Per ogni locale chirurgico è necessario che siano presenti:

- a. tavolo operatorio;
- b. elettrobisturi;
- c. un aspiratore chirurgico con relativi sondini;
- d. una lampada scialitica;
- e. un tavolo servitore;
- f. un supporto per contenitore rifiuti chirurgici;
- g. un congruo numero di vasche per la conservazione in bagno dei taglienti (forbici, ecc.);
- h. contenitori per rifiuti speciali (aghi, lame, ecc.);

Allo scopo di fronteggiare eventuali emergenze devono altresì essere presenti:

- a. un elettrocardiografo;
- b. un ossimetro;
- c. un defibrillatore;
- d. un pallone tipo "Ambu" e/o un pallone tipo "Va e Vieni" per la respirazione assistita;
- e. una bombola di ossigeno con relativo erogatore e flussometro e una bombola di riserva;
- f. una bombola di aria compressa con relativo erogatore e flussometro e una bombola di riserva;
- g. un set di laringoscopi di misure adeguate in rapporto all'utenza e relativa raccorderia;



*Handwritten signature or initials.*

- h. i farmaci necessari in caso di emergenza;
- i. un respiratore meccanico;
- j. almeno 3 set di diverse dimensioni per l'incannulazione di vene centrali.

Per le specifiche esigenze operatorie devono inoltre essere presenti tutte le apparecchiature idonee alle attività chirurgiche e diagnostiche esercitate nella struttura;  
Tutte le apparecchiature devono avere la certificazione CEE.

### 3. Requisiti di Personale

La dotazione organica del personale medico ed infermieristico deve essere rapportata al volume delle attività e delle patologie trattate e, comunque, deve essere garantita, per l'attività ordinaria:

- a. la presenza di un direttore medico responsabile della struttura che assuma diretta responsabilità per:
  - il rispetto dei requisiti di personale e dei requisiti di processo individuati dal presente provvedimento;
  - il coordinamento delle attività;
  - il rispetto dei requisiti di igiene;
  - la competenza professionale del personale utilizzato;
  - la corrispondenza delle procedure effettuate a standard di correttezza tecnica riconosciuti;
- b. la individuazione, per ciascuna delle branche specialistiche per le quali viene richiesta l'autorizzazione o l'accreditamento, di un medico responsabile, nominativamente individuato, in possesso delle competenze professionali necessarie, dell'accertamento delle quali è responsabile il direttore medico;
- c. la definizione e l'eventuale necessario aggiornamento dell'elenco dei medici specialisti che svolgono la loro attività presso la struttura, dell'accertamento delle competenze professionali dei quali è responsabile il direttore medico, prevedendo l'inclusione nell'elenco come condizione indispensabile per operare all'interno della struttura. L'elenco deve essere disponibile per ogni eventuale controllo da parte della ASL;
- d. la costante assistenza a ciascun atto chirurgico da parte di almeno un infermiere professionale;
- e. la identificazione di un infermiere professionale responsabile per la sterilizzazione nel caso che questa venga effettuata all'interno della struttura;
- f. la presenza di personale adeguato a garantire la qualità dell'accoglienza (informazioni, orientamento, appuntamenti) e la gestione delle attività di documentazione e registrazione individuate dal presente provvedimento;
- g. la presenza di personale non infermieristico addetto alla cura degli ambienti, come supporto esterno all'atto chirurgico.

Per quanto riguarda la necessaria garanzia rispetto a situazioni di emergenza che si possano determinare all'interno della struttura è inoltre necessario:

- a. individuare un medico responsabile dell'emergenza, nominativamente individuato e preferibilmente certificato ALS, della cui specifica competenza professionale si assuma responsabilità il direttore medico. Questo medico sarà responsabile delle dotazioni per l'emergenza e delle procedure di emergenza che dovranno essere formalmente specificate, e risultare accessibili al controllo da parte della ASL;
- b. assicurare per l'intero orario di attività la presenza di almeno un infermiere professionale, certificato BLS e diverso da quello impegnato nell'assistenza alla procedura, ogni 500 interventi effettuati per anno nella struttura;

### 4. Requisiti di processo

I requisiti di processo sono stati distinti in: Requisiti di funzionamento, Requisiti assistenziali.



*Handwritten signature*

#### 4.1 Requisiti di funzionamento

Tutti gli impianti elettrici ed elettronici devono essere periodicamente sottoposti a manutenzione e controllo da parte di personale specializzato con relative registrazioni degli interventi (contratto di manutenzione).

Deve essere effettuata verifica giornaliera, documentata su apposito registro su:

- regolare funzionamento di tutte le apparecchiature per la gestione delle emergenze;
- disponibilità dei farmaci per l'emergenza, dei quali deve esistere lista analitica comprensiva del tipo di preparazione;
- disponibilità dei presidi per l'emergenza, dei quali deve esistere lista analitica.

Deve essere identificato in modo nominativo ed esplicito il responsabile della tenuta del registro e devono risultare dal registro eventuali sostituzioni della figura responsabile. Il registro deve essere in ogni momento disponibile per controlli da parte della ASL.

Per le strutture che non siano ospitate in ospedali provvisti di DEA di 1° o 2° livello, deve essere stipulata un'apposita convenzione con ospedale sede di DEA di 1° o II° livello per il trasferimento dei pazienti critici.

Per le strutture che non siano ospitate in ospedali provvisti di DEA di 1° o 2° livello, deve essere stipulata un'apposita convenzione con un servizio ambulanze, in possesso di adeguati requisiti, per il trasferimento dei pazienti critici, nel limite temporale massimo di 15', all'ospedale sede di DEA di I° o II° livello con il quale esiste il rapporto convenzionale.

Tutte le strutture che effettuano chirurgia ambulatoriale sono tenute al rispetto degli obblighi informativi previsti dal Sistema Informativo sull'Assistenza Specialistica (SIAS). Eventuali modifiche e/o integrazioni del SIAS tanto a livello generale che con specifico riferimento alla chirurgia ambulatoriale potranno essere predisposte a cura dell'ASP e diventeranno immediatamente vincolanti per le strutture interessate.

#### 4.2 Requisiti assistenziali

Valutazione preoperatoria da parte di anestesista con documentazione di almeno 5 anni di servizio in ospedale che dichiara:

- l'operabilità in regime ambulatoriale per tipo dell'intervento;
- l'operabilità in regime ambulatoriale per caratteristiche del paziente specificando in modo sintetico le sue condizioni cliniche mediante l'uso di sistemi validati di classificazione (ad esempio ASA) e specificando se l'intervento debba avvenire in condizioni standard o in condizioni protette;
- la necessità di incannulazione preventiva di una vena periferica, motivando l'eventuale decisione di non incannularla;
- la forma di anestesia/analgesia/sedazione consigliata;

La valutazione preoperatoria deve essere riportata sulla scheda clinica ambulatoriale che deve essere completata per ciascuna procedura.

Per ogni paziente deve essere approntata una scheda clinica ambulatoriale, in cui siano riportati:

- un numero progressivo;
- gli elementi identificativi del paziente;
- la valutazione preoperatoria;



- d. i dati anamnestici, le condizioni cliniche, gli esami propedeutici all'esecuzione dell'intervento e le eventuali terapie in corso;
- e. i nominativi degli operatori;
- f. la procedura eseguita;
- g. le eventuali tecniche di anestesia, analgesia e/o di sedazione utilizzate;
- h. la data e l'ora di inizio e fine intervento;
- i. il decorso clinico e intraoperatorio, comprese le eventuali complicanze;
- j. gli eventuali sistemi strumentali di monitoraggio intraoperatorio adottati.

Le schede cliniche devono essere conservate e rimanere disponibili per eventuali controlli da parte della ASL per almeno 5 anni dall'effettuazione della procedura.

Indicazioni ulteriori sul formato e sui contenuti delle schede, sulle modalità di registrazione, anche informatica, e sull'attivazione di eventuali specifici flussi informativi per la chirurgia ambulatoriale saranno predisposte a cura dell'ASP.

Deve esistere apposito registro dove vengano riportati gli interventi eseguiti con la indicazione di:

- a. il numero progressivo corrispondente alla scheda clinica;
- b. la data e il tipo della procedura;
- c. i nomi e le firme autografe degli operatori.

Deve essere identificato in modo nominativo ed esplicito il responsabile della tenuta del registro e devono risultare dal registro eventuali sostituzioni della figura responsabile. Il registro deve essere in ogni momento disponibile per controlli da parte della ASL.

Ogni paziente deve essere informato prima dell'intervento, in modo semplice e comprensibile, sul tipo di intervento, sugli effetti pre-inter-post-intervento ed eventuali possibili complicanze, infine invitato a dare il proprio consenso informato, che deve rimanere agli atti e disponibile per eventuali controlli da parte della ASL per almeno 5anni dall'effettuazione della procedura.

Ad ogni paziente va rilasciata una nota di accompagnamento che preveda:

- h. istruzioni per il decorso postoperatorio domiciliare, il numero di telefono del medico reperibile 24 ore su 24 nelle prime 48 ore dell'intervento;
- i. informazioni sul tipo di intervento eseguito e terapia consigliata da consegnare al paziente per il medico di fiducia;

Il paziente deve essere informato della possibilità di un controllo al suo domicilio da parte della ASL sulla effettiva consegna della nota di accompagnamento.

## 5. Requisiti di attività

I requisiti di attività sono stati distinti in: Requisiti specifici per le prestazioni protette di alta specialità, Requisiti generali.

### 5.1 Requisiti per l'alta specialità

Le prestazioni ambulatoriali da effettuare in ambiente protetto e relative alla chirurgia vascolare arteriosa e alla diagnostica vascolare invasiva con cateterismo possono essere effettuate solo presso strutture ospedaliere che svolgano attività in regime di ricovero per cardiocirurgia e chirurgia vascolare e che rispettino eventuali specifici requisiti di accreditamento per la cardiocirurgia e la chirurgia vascolare.

### 5.2 Requisiti generali

Sono considerati requisiti generali di attività per la chirurgia ambulatoriale:



*Handwritten signature*

- a. per ciascuna delle branche specialistiche la effettuazione di almeno 200 interventi per anno;
- b. per ciascuna struttura protetta la effettuazione, nel complesso, di almeno 500 interventi protetti per anno e la effettuazione di almeno 1.500 interventi totali;
- c. per le strutture standard la effettuazione, nel complesso, di almeno 1.500 interventi totali per anno;
- d. per ciascuna struttura meno di 2 ricoveri ospedalieri d'urgenza all'anno ogni 500 pazienti sottoposti a interventi protetti e meno di 2 ricoveri ospedalieri d'urgenza all'anno ogni 1000 pazienti sottoposti a interventi non protetti.
- e. per ciascuna struttura meno di 2 ricoveri ospedalieri all'anno, entro una settimana dall'intervento, ogni 500 pazienti sottoposti a interventi protetti e meno di 2 ricoveri ospedalieri all'anno, entro una settimana dall'intervento, ogni 1000 pazienti sottoposti a interventi non protetti. In ambedue i casi, con diagnosi riferibili a complicanze dell'intervento subito.

I requisiti di attività non rappresentano requisiti utili al rilascio dell'autorizzazione o al riconoscimento dell'accreditamento, ma saranno verificati al termine di ogni anno e comporteranno, con cadenza triennale, secondo le procedure specificate nella sezione 7. **Procedure di Uscita**, il ritiro dell'autorizzazione, per le strutture autorizzate, o revoca dell'accreditamento e contemporaneo ritiro dell'autorizzazione per le strutture accreditate.

## 6. Procedure di ingresso

Le procedure di ingresso sono distinte in:

- Rilascio dell'autorizzazione preventiva alla costruzione di nuove strutture per la chirurgia ambulatoriale o all'adattamento di strutture esistenti da destinare alla chirurgia ambulatoriale;
- Rilascio dell'autorizzazione all'esercizio della chirurgia ambulatoriale per le strutture preventivamente autorizzate;
- Riconoscimento dell'accreditamento per la chirurgia ambulatoriale in ambiente standard e in ambiente protetto.

### 6.1 Rilascio dell'autorizzazione preventiva

Al fine del rilascio dell'autorizzazione preventiva il richiedente deve essere in possesso di tutta la documentazione prevista dalle norme urbanistiche ed edilizie riguardanti la struttura.

Un'attività di chirurgia ambulatoriale eventualmente già autorizzata, secondo normative precedenti l'assunzione del presente provvedimento, e in corso di svolgimento non costituisce diritto all'autorizzazione preventiva come definita dal presente provvedimento.

Le richieste di autorizzazione preventiva dovranno essere in ogni caso accettate fino al raggiungimento di una capacità produttiva complessiva di tutte le strutture autorizzate e di quelle richiedenti che non ecceda di oltre il 10% il fabbisogno totale di prestazioni di chirurgia ambulatoriale (distinte in protette e semplici) considerando come capacità produttiva delle strutture in quel momento autorizzate e accreditate, la somma delle prestazioni effettivamente eseguite nell'ultimo anno per il quale sono disponibili i dati, o in frazione d'anno riportata all'anno, e attribuendo alla struttura che richiede l'autorizzazione preventiva una capacità produttiva pari al numero minimo annuale di procedure richiesto per l'autorizzazione/accreditamento.

Le richieste verranno valutate ad intervalli semestrali. Tutte le richieste pervenute entro il 31 marzo saranno valutate congiuntamente e successivamente quelle entro il 31 ottobre di ogni anno. Nel caso che nel semestre pervenga un numero di richieste da parte di strutture diverse, tali da eccedere la capacità produttiva corrispondente al fabbisogno maggiorato del 10%, l'autorizzazione preventiva verrà rilasciata entro 30 giorni dalla scadenza del termine, utilizzando i seguenti criteri di priorità:

- a. strutture che risultino già autorizzate e operanti in base ad autorizzazioni rilasciate secondo la normativa progressa;
- b. strutture che risultino già autorizzate secondo la normativa progressa ma non ancora operanti;
- c. data di arrivo della richiesta di autorizzazione;



*Handwritten signature*

d. sorteggio.

I criteri elencati si intendono ovviamente in modo incrementale e verrà, in primo luogo, valutata la situazione operativa e autorizzativa, soltanto in caso di equivalenza di condizioni operative e autorizzative, si procederà alla valutazione della data di arrivo della richiesta, soltanto in caso di identica data si ricorrerà al sorteggio.

In ogni caso la capacità produttiva, complessivamente autorizzata e accreditata, non potrà superare il totale del fabbisogno complessivo individuato per ciascuna azienda ASL.

L'autorizzazione preventiva ha una validità massima di mesi 6; se entro il sesto mese dal rilascio dell'autorizzazione preventiva non viene trasmessa formale richiesta di autorizzazione all'esercizio questa cessa di avere validità e non rappresenta più titolo per la richiesta dell'autorizzazione all'esercizio.

### 6.2 Rilascio dell'autorizzazione all'esercizio

Solamente le strutture preventivamente autorizzate dovranno essere autorizzate all'esercizio, qualora risulti accertato, da apposito sopralluogo a cura della ASL di ubicazione che fornirà relazione scritta secondo un formato che sarà oggetto di circolare regionale, il possesso dei requisiti indicati da questo provvedimento alle sezioni 2. e 3. come:

- Requisiti fisici;

- Requisiti di personale;

e alla sezione 4.1:

- Requisiti di processo relativi al funzionamento, per la parte di predisposizione dei sistemi di rilevazione e documentazione e di stipula delle convenzioni previste

### 6.3 Riconoscimento dell'accreditamento

Al fine del riconoscimento dell'accreditamento il richiedente deve essere comunque in possesso di autorizzazione preventiva e dell'autorizzazione all'esercizio, ma si può trovare in due situazioni operative distinte:

a. attività di chirurgia ambulatoriale già in corso di svolgimento;

b. attività non ancora avviata.

Un'attività di chirurgia ambulatoriale autorizzata e già in corso di svolgimento non costituisce diritto all'accreditamento, come definito dal presente provvedimento.

Le richieste di accreditamento dovranno essere in ogni caso accettate fino al raggiungimento della capacità produttiva complessiva di tutte le strutture accreditate e di quelle richiedenti che non superi il 10% del fabbisogno di prestazioni di chirurgia ambulatoriale in accreditamento (distinte in protette e semplici) considerando come capacità produttiva, delle strutture in quel momento accreditate, la somma delle prestazioni effettivamente eseguite nell'ultimo anno per il quale sono disponibili i dati e attribuendo alla struttura che richiede l'accreditamento una capacità produttiva pari al numero minimo annuale di procedure richiesto per l'autorizzazione/accreditamento.

Le richieste verranno valutate ad intervalli annuali e cioè verranno valutate congiuntamente tutte le richieste di accreditamento pervenute entro il 31 ottobre di ogni anno. La decorrenza dell'accreditamento avrà comunque validità a partire dal 1 gennaio dell'anno successivo. Nel caso che nell'anno in corso pervengano un numero di richieste, da parte di strutture diverse, tali da eccedere la capacità produttiva corrispondente al fabbisogno per l'accreditamento maggiorato del 10%, l'accreditamento verrà riconosciuto utilizzando i seguenti criteri di priorità:

a. strutture che risultino già autorizzate e operanti;

b. data di arrivo della richiesta di accreditamento;

c. sorteggio.

I criteri elencati si intendono ovviamente in modo incrementale; verrà in primo luogo valutata la situazione operativa e soltanto in caso di equivalenza delle condizioni operative si procederà alla

valutazione della data di arrivo della richiesta; infine in caso di identica data di richiesta si ricorrerà al sorteggio.

In ogni caso la capacità produttiva complessivamente accreditata non potrà superare il totale del fabbisogno complessivo individuato per ciascuna azienda ASL.

Si può prevedere l'eventualità che essendo totalmente soddisfatto il fabbisogno previsto per l'accreditamento dalle strutture già accreditate esistano strutture autorizzate ed operanti che richiedano l'accreditamento ponendo il problema di una comparazione tra la qualità delle strutture già accreditate e quella delle strutture che richiedano l'accreditamento. A questo riguardo è necessario prevedere una procedura di valutazione delle strutture accreditate e di quelle autorizzate ed operanti che consenta, senza modifiche della capacità produttiva accreditata, di riesaminare le strutture accreditate al fine di assicurare la presenza, nel comparto delle strutture accreditate, di quelle dotate di un più elevato standard di qualità. A questo fine, per ciascuna struttura accreditata e per ciascuna struttura autorizzata, verrà predisposta al termine di ciascun anno una scheda che rappresenti la valutazione sintetica di ciascuna struttura, attribuendo punteggi appropriati a indicatori ricavati dai requisiti per l'autorizzazione/accreditamento, e che consenta la stesura di graduatorie annuali comuni ad soggetti autorizzati e accreditati, ma tali schede saranno distinte per le strutture protette e per quelle standard. Con cadenza triennale verrà redatta una graduatoria cumulativa che riporta al triennio anche la valutazione di quelle strutture che hanno operato per periodi di tempo inferiori ai 3 anni. Ciascuna struttura autorizzata, che richieda l'accreditamento e che si collochi nella graduatoria triennale al di sopra di strutture accreditate in base allo standard di qualità, viene immediatamente accreditata e, a partire dalle ultime posizioni della graduatoria, si procede all'esclusione dall'accreditamento, mantenendo però l'autorizzazione. Possono esserci tante strutture accreditate quante ne occorrono a equivalere la capacità produttiva della struttura autorizzata che si trovi nella posizione migliore e che abbia richiesto l'accreditamento. Ai fini della formazione della graduatoria ogni punteggio annuale, per le strutture che abbiano operato per frazioni di anno la determinazione del punteggio viene riportata all'anno.

I criteri per la costruzione della scheda di valutazione sono riportati nell'appendice A.

Il meccanismo di scorrimento della graduatoria triennale per l'accreditamento è dimostrato nell'appendice B.

## 7. Procedure di Uscita

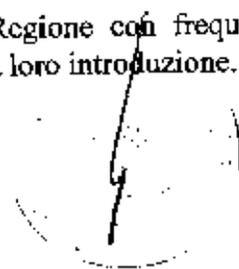
La verifica sul possesso dei requisiti viene condotta, secondo procedure che saranno oggetto di specifici provvedimenti attuativi:

- a. ogni anno per i requisiti fisici e di personale;
- b. ogni 6 mesi per i requisiti di processo;
- c. ogni tre anni per i requisiti di attività (che vanno comunque riportati all'anno per le frazioni d'anno), il triennio non va inteso a partire dalla data di accreditamento o di autorizzazione di ciascuna struttura ma per l'insieme del sistema. La prima verifica di sistema verrà effettuata dunque nel 2003 e tutte le strutture per quell'anno accreditate o autorizzate saranno soggette alla procedura di verifica dei requisiti di attività.

Modifiche nei requisiti fisici e di personale non possono essere effettuate dalla Regione con frequenza superiore all'anno concedendo non oltre 6 mesi per l'eventuale adeguamento da parte delle strutture.

Modifiche nei requisiti di processo non possono essere effettuate dalla Regione con frequenza superiore all'anno, indicando che il periodo previsto per l'adeguamento non potrà in ogni caso essere superiore all'anno.

Modifiche nei requisiti di attività possono essere effettuate dalla Regione con frequenza non superiore all'anno e non potranno essere valutate prima di un anno dalla loro introduzione.



Il mancato rispetto dei requisiti fisici, a seconda della rilevanza delle mancanze accertate, comporta uno dei seguenti provvedimenti:

- prescrizione con mesi 3 di tempo per l'adeguamento;
- sospensione di autorizzazione /accreditamento, con prescrizione per l'adeguamento entro 6mesi;
- revoca di autorizzazione e accreditamento;

Il mancato rispetto dei requisiti di personale comporta secondo la rilevanza delle mancanze osservate:

- sospensione di autorizzazione /accreditamento con prescrizione di adeguamento entro mesi 3 ;
- revoca di autorizzazione e accreditamento;

Il mancato raggiungimento dei requisiti di attività comporta al termine del triennio (considerando l'attività media per anno, riportando eventualmente all'anno le frazioni di anno) la revoca dell'autorizzazione/accreditamento, coprendo, immediatamente, la capacità produttiva che si rendesse necessaria al raggiungimento del fabbisogno con le eventuali richieste di autorizzazione o di accreditamento delle strutture autorizzate.

Nel caso che, a parità di soggetti erogatori accreditati/autorizzati, l'aumento della capacità produttiva da parte delle strutture determini, alla scadenza triennale, una capacità produttiva totale che ecceda il 10% del fabbisogno di accreditamento la stessa graduatoria triennale, già richiamata a proposito del riesame delle procedure di accreditamento tra le strutture, verranno utilizzate per escludere dall'accREDITAMENTO/Autorizzazione quelle strutture titolari della capacità produttiva in eccesso a partire dalle ultime posizioni della graduatoria.

I criteri per la costruzione della scheda di valutazione sono riportati nell'appendice A.

Il meccanismo di scorrimento della graduatoria triennale per l'accREDITAMENTO è dimostrato nell'appendice B.

#### Appendice A

#### Scheda di valutazione

Requisiti	Punteggi			
	0	1	2	3
Fisici	Minimi autorizzativi	Non si applica	Non si applica	Non si applica
Competenze responsabile di branca	Minimi autorizzativi	>200 procedure della branca effettuate personalmente per anno negli ultimi 3 anni	>300 procedure della branca effettuate personalmente per anno negli ultimi 3 anni	>400 procedure della branca effettuate personalmente per anno negli ultimi 3 anni
Competenze infermiere emergenza	Minimi autorizzativi	BLS + Defibrillazione	BLS + Defibrillazione+ almeno 1 anno PS	BLS + Defibrillazione+ almeno 1 anno PS negli ultimi 3 anni
Ricoveri non urgenti per complicanze entro una settimana (int. protetti)	Minimi autorizzativi	Compreso tra 2/500 e 2/999	Compreso tra 2/1000 e 2/1500	>2/1000
Ricoveri non urgenti per complicanze entro una settimana (int. non protetti)	Minimi autorizzativi	Compreso tra 2/1000 e 2/1499	Compreso tra 2/1500 e 2/2500	>2/2500
N° branche con oltre 500 interventi/anno	Non si applica	2	4	>4
N° interventi totali	Minimi autorizzativi	Fino a 2000	Da 2001 a 3000	>3000

Appendice B modalità di scorrimento



Condizione	Nome	Capacità produttiva	Punteggio anno 1	Punteggio anno 2	Punteggio anno 3	Punteggio triennio
Autorizz.	Pinco	5	2	3	8	13
Accred	Caio	10	4	5	3	12
Accred	Poldo	5	4	4	4	12
Autorizz	Pippo	5	3	4	4	11
Accred	Nemo	5	3	3	3	9

In una situazione come quella esemplificata se il 110% del fabbisogno è pari a 20, il soggetto erogatore Pinco, più in alto nella graduatoria triennale, viene accreditato, il soggetto erogatore Nemo perde l'accreditamento e il soggetto erogatore Pippo rimane autorizzato ma non accreditato. Il totale della capacità produttiva accreditata rimane uguale a 20; il gruppo dei soggetti con lo standard di qualità più elevato è quello degli accreditati.



*Handwritten signature or initials.*