

REPUBBLICA ITALIANA

# GAZZETTA UFFICIALE



## DELLA REGIONE SICILIANA

PARTE PRIMA

PALERMO - VENERDÌ 2 MAGGIO 2003 -  
N. 20

SI PUBBLICA DI REGOLA IL VENERDÌ

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE: VIA CALTANISSETTA 2/E - 90141 PALERMO  
INFORMAZIONI TEL 6964930 - ABBONAMENTI TEL 6964926 INSERZIONI TEL 6964936 - FAX 6964927

### AVVERTENZA

Il testo della Gazzetta Ufficiale è riprodotto **solo a scopo informativo** e non se ne assicura la rispondenza al testo della stampa ufficiale, a cui solo è dato valore giuridico. Non si risponde, pertanto, di errori, inesattezze ed incongruenze dei testi qui riportati, nè di differenze rispetto al testo ufficiale, in ogni caso dovuti a possibili errori di trasposizione

Programmi di trasposizione e impostazione grafica di : [Avv. Michele Arcadipane](#) - Trasposizioni in PDF realizzate con Ghostscript e con i metodi [qui descritti](#)

### ASSESSORATO DELLA SANITA'

DECRETO 17 aprile 2003.

**Integrazioni e modifiche al decreto 17 giugno 2002, concernente direttive per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie nella Regione siciliana e attuazione dell'art. 17 dello stesso decreto.**

Allegato 1

LINEE GUIDA PER L'ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' DI DAY SURGERY NELLE  
STRUTTURE PRIVATE

#### Premessa

Il day surgery è finalizzato al ricovero, di norma della durata inferiore alle 12 ore, di pazienti che necessitano di prestazioni multiple e/o complesse di carattere diagnostico, terapeutico o riabilitativo, le quali per la loro natura non possono essere eseguite a livello ambulatoriale, in quanto richiedono un'osservazione medica e/o infermieristica protratta nell'arco della giornata. L'assistenza in regime di day surgery comprende gli esami e le visite pre-operatorie, l'intervento chirurgico ed i controlli post operatori.

E' possibile individuare due diverse tipologie di day surgery:

- 1) day surgery ad indirizzo prevalentemente diagnostico: il ricovero, finalizzato all'effettuazione di accertamenti diagnostici multi specialistici e/o di particolare complessità e/o richiedenti particolari cautele per il paziente, per i quali si rende necessaria un'osservazione sanitaria protratta per alcune ore;
- 2) day surgery vero e proprio: è destinato al ricovero di pazienti che necessitano di intervento chirurgico.

Il day surgery è un modello organizzativo ed operativo che, nel caso di strutture private, va attuato in coordinamento funzionale con un presidio ospedaliero.

Le strutture private di day surgery sono quindi indipendenti dal punto di vista strutturale, amministrativo e gestionale, sono dotate di una organizzazione specifica e di propri ambienti, mezzi e personale.

Nel confermare le indicazioni fornite con le linee guida in materia di chirurgia ambulatoriale e day surgery allegate al decreto n. 30836/99, in questa sede vengono ulteriormente precisati i requisiti strutturali, tecnici, impiantistici ed organizzativi che debbono possedere le strutture sanitarie private che intendono erogare, secondo il modello organizzativo di cui alla lett. d), del punto 3-f, della parte 3, dell'allegato al decreto n. 890/02, prestazioni di day surgery.

#### *Requisiti minimi strutturali*

Fermo restando quanto già previsto dal D.P.R. 14 gennaio 1997, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, le strutture private di day surgery devono possedere, in dettaglio, i seguenti requisiti strutturali.

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia ed al volume delle attività erogate.

Le strutture dovranno garantire, in funzione della dislocazione degli ambienti e della funzionalità dei servizi, un flusso razionale dei pazienti, del personale e dei mezzi.

Dovranno essere previste aree di sosta delle autovetture per il tempo necessario al prelievo del paziente dimesso.

Le strutture devono essere attrezzate in maniera da assicurare, in base al tipo, volume, modello organizzativo e programmazione delle prestazioni fornite, spazi distinti per le attività di accettazione/preospedalizzazione, di chirurgia, di degenza e di supporto per il personale.

In particolare, debbono essere assicurate:

- a) l'accoglienza del malato e/o di almeno un familiare accompagnatore;
- b) la preparazione del malato all'intervento chirurgico;
- c) la sorveglianza del malato nell'immediato post-operatorio e le procedure necessarie sia al recupero delle funzioni vitali sia al suo trasferimento presso una struttura di ricovero in caso di necessità;
- d) la tutela della riservatezza e del comfort dei pazienti;
- e) la preparazione del personale addetto alle sale operatorie.

La dotazione minima di ambienti per la day-surgery è la seguente:

- spazio attesa;
- spazio registrazione archivio/segreteria;
- filtro sala operatoria;
- sala operatoria: deve possedere gli stessi requisiti indicati per il gruppo operatorio, nel numero di una ogni 10 posti letto equivalenti;
- zona preparazione personale addetto;
- zona preparazione paziente;
- zona risveglio;
- substerilizzazione;
- deposito materiali sterili e strumentario chirurgico;
- locale visita;
- camera degenza, con servizi annessi;
- cucinetta;
- servizi igienici pazienti;
- spogliatoio del personale;
- servizi igienici del personale;
- deposito pulito;
- deposito sporco.

Ambienti integrativi:

- locale endoscopia, diagnostica e/o interventistica (se richiesto);
- studi medici;
- deposito attrezzature;
- locale relax operatori.

Durante l'orario di funzionamento, i locali adibiti alle attività di day-surgery non possono essere

utilizzati per altre attività.

I mezzi necessari al trattamento di una eventuale complicanza e, in particolare, il materiale ed i farmaci idonei debbono essere disponibili ed utilizzabili immediatamente.

Il settore operatorio deve garantire le condizioni ottimali per la realizzazione delle prestazioni mediche e chirurgiche che vi sono praticate.

La sala operatoria deve possedere una superficie minima di 20 mq.

Il settore operatorio comprende una zona operatoria protetta, all'interno della quale si svolgono gli atti chirurgici e le procedure interventistiche. Tale settore deve essere delimitato ed evidenziato.

Nel settore operatorio sono garantite le seguenti funzioni:

- a) la preparazione del paziente all'atto operatorio;
- b) la realizzazione degli atti operatori;
- c) la sorveglianza post-operatoria immediata;
- d) la sorveglianza del risveglio dall'anestesia fino al ristabilimento definitivo delle funzioni vitali;
- e) la preparazione del personale alla realizzazione dei diversi atti, conformemente alle regole di igiene ed asepsi in vigore;
- f) la pronta disponibilità dei dispositivi strumentali e dei farmaci necessari al recupero delle funzioni vitali del paziente in caso di necessità.

La funzione relativa al punto b) è obbligatoriamente svolta nella zona operatoria protetta.

Tutte, o in parte, le funzioni relative ai punti a), c), d), f) possono essere svolte fuori dalla zona operatoria protetta.

Le funzioni relative al punto e) devono essere svolte obbligatoriamente fuori dalla zona operatoria protetta.

Il locale endoscopia, se previsto, deve garantire lo spazio per lo svolgimento degli esami endoscopici (broncoscopia, endoscopia digestiva, ecc...) e comunque non deve avere una superficie inferiore a 20 mq.

Comprende il locale endoscopia ed uno spazio distinto per il lavaggio e la disinfezione degli strumenti.

L'area radiologica, se prevista, deve garantire lo spazio per lo svolgimento degli esami diagnostici e/o delle procedure interventistiche, nonché uno spazio distinto per il trattamento del materiale sensibile, uno per il deposito del materiale sensibile, uno per il deposito dei mezzi di contrasto ed un'area distinta per lo spogliatoio del paziente.

#### *Requisiti minimi impiantistici e strumentali*

Le caratteristiche igrometriche ed illuminotecniche per la sala operatoria coincidono con quelle del gruppo operatorio (vedi D.P.R. 14 gennaio 1997).

E' inoltre prevista la seguente dotazione minima impiantistica:

- impianto gas medicali;
- impianto chiamata sanitari;
- aspirazione gas medicali direttamente collegata alle apparecchiature di anestesia;
- stazioni di riduzione delle pressioni per il reparto operatorio: devono essere doppie per ogni gas medicale/tecnico e tali da garantire un adeguato livello di affidabilità;
- impianto di raffreddamento ad acqua nel caso in cui vengano utilizzati apparecchi laser;
- impianto allarmi di segnalazione di esaurimento dei gas medicali;
- impianto rilevazione incendi.

Deve essere prevista la seguente dotazione minima strumentale:

Sala operatoria:

- tavolo operatorio;
- apparecchio per anestesia con sistema di evacuazione dei gas, dotato anche di spirometro e di monitoraggio della concentrazione di ossigeno erogato;
- respiratore automatico dotato anche di allarme per deconnessione paziente;
- elettrobisturi;
- aspiratori distinti chirurgici e per broncoaspirazione;

- lampada scialitica;
- diafanoscopio a parete;
- carrelli distinti;
- strumentazione adeguata per gli interventi di chirurgia generale e delle specialità chirurgiche;
- cardiomonitor con defibrillatore;
- frigoriferi per la conservazione di farmaci ed emoderivati.

Dovrà inoltre essere effettuato il monitoraggio sui gas anestetici almeno ogni 6 mesi.

Locale sterilizzazione:

- apparecchiatura per sterilizzazione rapida (preferibilmente in collegamento diretto con la sala operatoria).

Sala risveglio:

- gruppo per ossigenoterapia;
- sistema di monitoraggio comprendente ECG, pressione arteriosa non invasiva, saturimetro, ecc...;
- aspiratore per broncoaspirazione;
- aspirazione selettiva dei gas anestetici.

Locale preparazione chirurgici:

- lavello con comando non manuale.

Locale endoscopia (se presente):

- adeguatamente attrezzato in rapporto all'area specialistica interessata all'attività endoscopica;
- carrello per emergenze cardiorespiratorie e defibrillatore (se non presente in altro locale adiacente);
- ossimetro digitale.

Area radiologica (se presente)

Oltre alla dotazione ambulatoriale standard (telecomando, intensificatore di brillantezza, sviluppatrice automatica, ecografo etc.), debbono essere presenti le apparecchiature di seguito riportate nel caso di specifici interventi vascolari.

Apparecchiatura di radiologia vascolare ed interventistica costituita da:

- angiografo digitale;
- arterioflebografo;
- tavolo ribaltabile con seriografo digitale;
- iniettore automatico.

Dotazione minima di arredi: camere di degenza:

- impianto chiamato sanitari con segnalazione acustica e luminosa;
- utilities per attività alberghiera.

Dotazione minima di arredi: locale visita trattamento:

- attrezzature idonee in base alle specifiche attività;
- lettino tecnico.

In fase operatoria l'equipe deve avere a disposizione il materiale necessario ad assicurare le seguenti attività:

- a) il supporto del paziente;
- b) l'identificazione e l'illuminazione delle zone anatomiche;
- c) la sorveglianza continua dei parametri fisiologici ed i mezzi per assicurare il loro mantenimento o il loro recupero;
- d) la realizzazione degli interventi;
- e) la realizzazione ed il controllo dell'anestesia;
- f) l'eventuale rianimazione necessaria.

In fase post-operatoria l'equipe deve disporre del materiale necessario ad assicurare le seguenti attività:

- a) il supporto del paziente;
- b) la sorveglianza continua dei parametri fisiologici ed i mezzi per assicurare il loro mantenimento o il loro ripristino;

c) l'eventuale rianimazione necessaria.

#### *Requisiti minimi organizzativi*

Ogni struttura erogante prestazioni deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi.

La dotazione organica del personale medico ed infermieristico deve essere rapportata al volume delle attività e delle patologie trattate: nell'arco delle ore di attività di day surgery deve essere garantita la presenza di:

- un medico specializzato nella branca richiesta per l'espletamento dell'attività ed un infermiere professionale che devono essere presenti durante il periodo di attività del day surgery. Durante l'attività del blocco operatorio è necessaria almeno la presenza di un medico operatore, di un anestesista rianimatore, un caposala (o un infermiere con esperienza almeno triennale di sala operatoria), un operatore tecnico addetto alla strumentazione, un infermiere dedicato.

Il personale infermieristico deve essere in possesso dei requisiti di legge (diploma di infermiere professionale) ed il personale di sala operatoria deve possedere esperienza specifica non inferiore a 3 anni.

Il personale medico operante nella struttura deve essere in possesso dei requisiti essenziali di seguito riportati:

- i chirurghi delle singole specialità dovranno possedere dimostrata esperienza nella branca di loro competenza con documentata casistica di interventi eseguiti in qualità di primo operatore, praticati presso strutture di ricovero pubbliche o private;
- i chirurghi non in possesso di tali requisiti possono essere utilizzati in qualità di secondo operatore o in qualità di primo operatore se assistiti direttamente da un collega in possesso dei requisiti sopra citati, nell'ambito di programmi di formazione;
- gli anestesisti rianimatori dovranno possedere, oltre alla specializzazione, pratica di almeno 3 anni presso strutture di ricovero pubbliche o private.

Il personale medico ed infermieristico potrà avere un rapporto di lavoro dipendente o libero professionale con la struttura.

Per le strutture di day surgery private dovranno essere previsti collegamenti funzionali ed organizzativi precisi con una struttura di ricovero di riferimento dotata di pronto soccorso e rianimazione.

Tale struttura dovrà manifestare, nell'ambito di un "accordo" assunto con carico di responsabilità, la propria disponibilità ad accettare pazienti provenienti dai day surgery (strutture di ricovero a ciclo esclusivamente diurno) nei casi di urgenza, di complicanze e negli altri casi in cui si ritenga opportuno il ricovero.

Le strutture di day surgery private devono:

- presentare all'Assessorato regionale della sanità ed alla Azienda unità sanitaria locale competente l'elenco delle procedure che intendono effettuare, indicando anche il presumibile numero mensile ed annuo;
- essere dotate di tutti i requisiti per assistere tempestivamente ed adeguatamente i pazienti in caso di complicanze;
- formalizzare un "accordo" con un ospedale nel quale sia specificato:
  - la disponibilità ad accogliere il paziente con eventuali complicazioni, in qualsiasi momento;
  - la comunicazione all'ospedale della lista degli interventi più frequentemente eseguiti;
  - la definizione delle modalità organizzative relative ai ricoveri in emergenza dei pazienti;
  - l'obbligo di fornire all'ospedale le informazioni cliniche relative al paziente ricoverato;
  - la natura dei rapporti tra le strutture relativamente all'eventuale utilizzo di servizi dell'ospedale (laboratorio analisi, radiologia etc.).

Le strutture di day surgery inoltre devono garantire prestazioni di emoteca ed assicurare reperibilità medica.

Il testo dello "accordo" formalizzato dovrà essere trasmesso all'Azienda unità sanitaria locale competente per territorio, all'Assessorato della sanità - ufficio speciale e servizio 3 del dipartimento I.R.S. nell'ambito dell'istruttoria dell'istanza per l'autorizzazione sanitaria all'esercizio.

Qualunque sia il modello organizzativo adottato si deve provvedere alla formulazione di protocolli per le fasi di ammissione, cura e dimissione del paziente e deve essere previsto un regolamento interno formalizzato che individui le figure responsabili ed i relativi compiti.

#### *Consenso informato e aspetti medico legali*

Nel day surgery il consenso del malato si arricchisce di un particolare significato, poiché la dimissione avviene il giorno stesso in cui è stato eseguito l'atto chirurgico.

A tale proposito non è sufficiente una semplice espressione di assenso all'intervento chirurgico, ma il paziente dovrà dimostrare di avere compreso esattamente le istruzioni relative al comportamento domiciliare e dare garanzia di disporre di una sufficiente organizzazione ed assistenza domiciliare. Il consenso deve assumere il significato di accettazione da parte del paziente dell'iter proposto e di assunzione di responsabilità per quanto compete l'osservanza delle regole igienico-sanitarie consigliate.

#### *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, realizzatesi nel periodo perioperatorio;
- trattamenti farmacologici consigliati nell'immediato postoperatorio;
- indicazioni per gestire le possibili complicanze;
- indicazione della struttura reperibile per ogni eventuale comunicazione (recapito telefonico).

## Allegato 2

### REQUISITI ORGANIZZATIVI STRUTTURALI E TECNOLOGICI DEGLI AMBULATORI ODONTOIATRICI

#### Art.1

##### Campo di applicazione

Il presente allegato stabilisce i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici degli ambulatori di odontoiatria e ne disciplina l'apertura e l'esercizio.

#### Art. 2

##### Ambulatorio odontoiatrico

Per ambulatorio odontoiatrico si intende un presidio odontoiatrico, sia di diretta dipendenza dall'Azienda unità sanitaria locale sia afferente ad Azienda ospedaliera che a gestione esterna, sia in forma individuale che societaria.

Le società devono esercitare l'odontoiatria esclusivamente in questa tipologia di strutture.

Le strutture ambulatoriali dovranno essere adeguatamente organizzate per fornire prestazioni comprese nel nomenclatore tariffario della branca specialistica.

L'ambulatorio odontoiatrico, pertanto, non costituisce lo studio odontoiatrico privato e personale in cui l'odontoiatra esercita la sua libera attività professionale.

Nell'ambulatorio odontoiatrico uno degli odontoiatri assume la qualifica di direttore sanitario responsabile della struttura.

L'autorizzazione all'apertura ed all'esercizio di un ambulatorio odontoiatrico è subordinata al

possesso dei requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi generali previsti dalle presenti direttive. Per l'accreditamento degli ambulatori odontoiatrici si rimanda a quanto previsto da decreto n. 890/2002.

### Art. 3

#### Titoli necessari per l'esercizio dell'attività professionale di odontoiatra

Il sanitario, al fine di esercitare l'attività di odontoiatra ed acquisire la qualifica di direttore sanitario responsabile di un ambulatorio odontoiatrico, deve essere in possesso di uno dei seguenti titoli:

- a) laurea in odontoiatria e protesi dentaria, abilitazione all'esercizio della professione ed iscrizione all'albo provinciale degli odontoiatri;
- b) laurea in medicina e chirurgia, abilitazione all'esercizio professionale, specializzazione in campo odontoiatrico e iscrizione all'albo provinciale degli odontoiatri oppure all'ordine provinciale dei medici con annotazione, ai sensi dell'art. 5 della legge n. 409/85;
- c) laurea in medicina e chirurgia, abilitazione all'esercizio della professione e iscrizione all'albo degli odontoiatri ai sensi della legge n. 409/85 e della legge n. 471/88;
- d) dentisti abilitati ai sensi della legge n. 493/30 e iscritti all'albo degli odontoiatri.

### Art. 4

#### Autorizzazione sanitaria

L'istanza, in duplice copia, per ottenere l'autorizzazione sanitaria, dovrà essere indirizzata al sindaco e presentata all'unità operativa di igiene pubblica del distretto sanitario di base territorialmente competente del dipartimento di prevenzione dell'Azienda unità sanitaria locale e comunicata all'ordine dei medici per conoscenza.

L'istanza dovrà indicare:

- a) generalità e titoli professionali dell'odontoiatra che intende assumere la titolarità dell'ambulatorio odontoiatrico e/o la qualifica di direttore sanitario responsabile;
- b) sede e denominazione dell'ambulatorio odontoiatrico, tale da non generare equivoci con la denominazione di altri presidi;
- c) all'istanza dovrà essere allegata la sotto elencata documentazione oppure, in ottemperanza al D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, la corrispondente autocertificazione:
  - 1) copia del titolo di proprietà o contratto di locazione dei locali;
  - 2) descrizione e planimetria dei locali, in scala 1/100, datata e firmata da tecnico qualificato, in triplice copia, con allocazione delle attrezzature;
  - 3) elenco delle attrezzature e delle apparecchiature, in triplice copia;
  - 4) copia del contratto con ditta autorizzata per lo smaltimento dei rifiuti speciali sanitari e dei rifiuti tossico-nocivi;
  - 5) copia del certificato di laurea, di abilitazione e di iscrizione all'albo professionale;
  - 6) copia del certificato di conformità dell'impianto elettrico, rilasciato da ditta autorizzata;
  - 7) copia del contratto di consulenza con esperto qualificato inerente alle verifiche periodiche in materia di radio protezione;
  - 8) individuazione e generalità del responsabile dei servizi di prevenzione e protezione.

L'ambulatorio odontoiatrico già in esercizio alla data di emanazione del presente decreto, in regime di pre-accreditamento, deve essere organizzato per l'accoglienza dei disabili, avvalendosi di mezzi idonei che consentano il trasferimento degli stessi dall'ingresso dell'edificio sino alla sala operativa. L'applicazione della legge n. 11/78 è richiesta per l'autorizzazione all'esercizio dei nuovi ambulatori odontoiatrici.

L'unità operativa, ultimato l'iter istruttorio, trasmetterà al sindaco l'istanza in originale e n. 3 copie della bozza del provvedimento autorizzativo, corredandolo del parere favorevole e n. 3 copie della planimetria presentata, timbrata e vistata dalla stessa unità operativa.

Il sindaco rilascia l'autorizzazione sanitaria all'esercizio del l'ambulatorio odontoiatrico, notificando

una copia all'interessato, una copia all'unità operativa e dandone comunicazione all'ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri.

Le opere di trasformazione o il trasferimento dell'ambulatorio sono soggette a nuova autorizzazione.

#### Art. 5

##### Requisiti minimi generali dei locali adibiti ad ambulatorio odontoiatrico

Le aree destinate ad ambulatorio odontoiatrico devono essere d'uso dedicato ed esclusivo.

La configurazione minima degli ambienti dove è ubicato l'ambulatorio odontoiatrico è rappresentata da:

- a) due aree operative ove sono effettuate le prestazioni odontoiatriche;
- b) un locale destinato alle pratiche di decontaminazione e sterilizzazione dello strumentario operativo;
- c) una zona destinata ai servizi di segreteria e ad attività amministrativa;
- d) un locale adibito a spogliatoio;
- e) un servizio igienico per il pubblico ed uno per il personale di studio secondo quanto previsto dal decreto legislativo n. 626/94 e successive integrazioni e modifiche;
- f) una sala d'attesa.

Lo smaltimento delle acque reflue avviene mediante scarichi confluenti nella rete fognaria comunale. Non si richiede la presenza di specifici pozzetti d'ispezione in quanto gli ambulatori odontoiatrici non sono "insediamenti produttivi" e comunque i rifiuti speciali e tossico-nocivi, raccolti dagli stessi, vengono smaltiti mediante conferimento a ditte specializzate ed autorizzate, in ossequio alla specifica normativa che regola tale materia.

#### Art. 6

##### Requisiti specifici dei locali adibiti ad ambulatorio odontoiatrico

###### 1) Aree operative:

- a) la superficie minima dell'area operativa, per riunito odontoiatrico, è di mq 10. Qualora l'area operativa sia ubicata in un ammezzato la superficie minima viene aumentata di 1 mq.;
- b) deve essere individuata una zona da destinare al deposito di materiale vario pulito; una zona da destinare al deposito di materiale sporco; una zona da destinare allo stoccaggio dei rifiuti speciali e tossico-nocivi; una zona da destinare al deposito di materiale d'uso e delle attrezzature;
- c) l'area operativa deve essere dotata di lampada d'emergenza che si attiverà automaticamente in caso di improvvisa interruzione di corrente elettrica;
- d) le pareti devono essere tinteggiate con prodotti lavabili;
- e) deve essere assicurata una illuminazione e un ricambio d'aria sufficienti per il normale svolgimento delle pratiche odontoiatriche;
- f) il lavabo deve essere munito di rubinetteria a comando non manuale.

###### 2) Locale destinato alle pratiche di decontaminazione e di sterilizzazione:

- a) deve avere una superficie idonea allo svolgimento in sicurezza delle pratiche di decontaminazione e di sterilizzazione;
- b) deve essere corredato da un piano di lavoro adiacente al lavabo;
- c) il lavabo deve essere corredato da rubinetteria a comando non manuale;
- d) deve essere assicurata una sufficiente illuminazione (naturale o artificiale nel caso in cui il locale non abbia finestre all'esterno);
- e) deve essere dotata di lampada d'emergenza che si attiverà automaticamente in caso di interruzione di corrente elettrica;
- f) le pareti devono essere tinteggiate con prodotti lavabili.

###### 3) Zona destinata ai servizi di segreteria e attività amministrative:

- a) deve essere separata dalle aree operative;
- b) deve essere dotata di lampada d'emergenza.



4) Locale destinato a spogliatoio:

- a) deve essere di sufficiente dimensione e dotato di due armadietti: uno destinato a custodire gli indumenti e gli oggetti personali dei dipendenti e l'altro per il ricovero degli indumenti di lavoro;
- b) deve essere dotato di lampada d'emergenza.

5) Servizi igienici:

- a) l'antibagno è previsto soltanto qualora ai servizi igienici non si acceda da un disimpegno;
- b) le pareti devono essere piastrellate sino ad un'altezza minima di 2 m.;
- c) il lavabo deve essere corredato da rubinetteria a comando non manuale, di dispenser per sapone e di asciugamani monouso;
- d) possono essere ubicati anche in ambienti non finestrati all'esterno; in questo caso dovranno essere dotati di sistema artificiale di aereazione che assicuri un minimo di 6 ricambi di volume aria/ora. Non devono esservi installati scaldabagni a fiamma libera;
- e) devono essere dotati di lampada d'emergenza che si attivi automaticamente in caso di improvvisa interruzione di corrente elettrica;
- f) devono potere essere raggiungibili da chiunque senza attraversamento delle aree operative.

6) Sala attesa:

- a) la superficie deve essere adeguata all'accoglienza degli utenti;
- b) dovrà essere assicurato naturalmente o artificialmente un adeguato livello di illuminazione e di ricambio dell'aria;
- c) dovrà essere dotata di lampada d'emergenza che si attivi automaticamente in caso di improvvisa interruzione di corrente elettrica.

#### Art. 7

##### Dotazione minima di attrezzature e strumentazione

- a) due riuniti odontoiatrici;
- b) seggiolini per operatore ed assistente;
- c) autoclave;
- d) dispositivi di protezione individuale (guanti, mascherine, occhiali, camici ecc.);
- e) materiali monouso (cannule di aspirazione, bicchieri, mantelline ecc.);
- f) aspiratore chirurgico ad alta velocità;
- g) apparecchiatura radioscopica endo-orale.

#### Art. 8

##### Requisiti minimi ed organizzativi

L'ambulatorio odontoiatrico deve essere in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti normative in materia di:

- a) impianti elettrici;
- b) impianto di messa a terra;
- c) smaltimento dei rifiuti;
- d) radioprotezione (ove previsto);
- e) sicurezza nei luoghi di lavoro;
- f) privacy.

#### Art. 9

##### Norme finali e transitorie

Nelle more del rilascio dell'autorizzazione sanitaria, ai sensi del presente decreto, negli ambulatori odontoiatrici attualmente operanti si continuerà a svolgere regolarmente l'attività libero professionale. Qualora già pre-accreditati si rinvia agli artt. 11 e seguenti del decreto n. 890/2002. I titolari di ambulatori odontoiatrici già in esercizio alla data di pubblicazione del presente decreto,

dovranno presentare istanza per l'ottenimento dell'autorizzazione sanitaria entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, secondo le modalità ivi previste.

I titolari delle strutture ambulatoriali già in possesso di autorizzazione sanitaria e dei requisiti minimi previsti dal presente decreto, sono esonerati dall'obbligo di richiedere ulteriore autorizzazione; dovranno, in ogni caso, comunicare al sindaco, per il tramite dell'unità operativa di igiene pubblica del distretto sanitario di base territorialmente competente, mediante autocertificazione, la conformità ai requisiti minimi e gli estremi dell'autorizzazione stessa. Parimenti stessa procedura dovrà usarsi nel caso di trasformazione in società o variazione amministrativa, senza modifica a locali e ad attrezzature.

L'unità operativa di igiene pubblica del distretto sanitario di base territorialmente competente provvederà a verificare quanto auto certificato e a trasmettere al sindaco l'esito di tale verifica di conformità.

Allegato A

*Deliberazione della Giunta regionale n. 118 del 2 aprile 2003*

**OGGETTO: Decreto di attuazione dell'art. 17 del decreto n. 890/02 ed integrazione e modifiche allo stesso - Relazione.**

*All'Assessore Prof. Ettore Cittadini*

Con l'emanazione del decreto n. 890/02, si è dato avvio anche nella nostra Regione all'accreditamento istituzionale, problematica che comporta:

- dover regolamentare in un quadro unitario le modalità di accesso al servizio sanitario nazionale dei potenziali erogatori di prestazioni sanitarie;
- elaborare sistemi di controllo del mantenimento, nel corso dell'esercizio, dei requisiti previsti per l'erogazione delle prestazioni a pagamento e in accreditamento per conto del servizio sanitario locale (ex convenzionamento).

In materia, nel tempo si sono succedute svariate normative, che vanno dal D.P.R. 14 gennaio 1997 contenente l'approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, a quelle in materia di sicurezza, protezione dei lavoratori, di abbattimento delle barriere architettoniche, della normativa antincendio ecc.

Dette normative sono caratterizzate da mancanza di coordinamento generale ed ognuna di esse opera autonomamente ed in maniera a se stante, senza prevedere peraltro, per il settore pubblico, risorse finanziarie per adeguare le strutture esistenti ai requisiti introdotti con legge.

Inoltre, dette norme sono state caratterizzate da frequenti cambiamenti e modifiche, per ultimo vedasi la nuova normativa antincendio, con l'introduzione talvolta di possibili deroghe, che tuttavia, possono essere concesse solo all'interno del contesto specifico previsto nella norma considerata.

Per questo motivo, appare opportuno sottolineare il fatto che, pur in presenza di tali eventuali deroghe specifiche, tutte le vecchie strutture sanitarie, anche se realizzate in epoca antecedente a quella della norma di riferimento, devono adeguarsi ai requisiti elencati nel D.P.R. 14 gennaio 1997 e nel decreto n. 890/02.

Tuttavia è ipotizzabile che, fermo restando l'obbligo dei titolari di strutture di adeguarsi ai requisiti previsti, gli stessi potrebbero nelle more, sotto la propria responsabilità, adottare tutte quelle misure di mitigazione dell'eventuale rischio, fino alla messa a norma, in tempi non superiori comunque, a quelli complessivi previsti dall'art. 11 e seguenti del decreto n. 890/02.

Alla luce di quanto detto, si è ritenuto necessario procedere ad una serie di modifiche ed integrazioni al testo del decreto n. 890/02.

Di conseguenza, al fine di chiarirne meglio i propri organizzativi si è data una migliore sistematica alla disciplina del day surgery e day hospital per le case di cura private, precisando che le disposizioni sui requisiti strutturali e sull'organizzazione dei servizi per le attività riabilitative, di day hospital e di day surgery, già definite ed emanate nell'allegato 1, parte 3, del decreto n. 890 del

17 giugno 2002 ed in particolare nei punti 3-e, 3-f, riguardano anche le case di cura private e danno attuazione a quanto richiesto dall'art. 5 della legge regionale n. 39/88 per lo svolgimento di dette attività all'interno delle predette strutture private.

Inoltre, si è dovuto intervenire sulla deroga concessa dall'art. 3 della legge regionale n. 40/88 agli specialisti in ortopedia ad erogare prestazioni di medicina fisica e riabilitativa, sulla scorta del giudicato della Corte di Cassazione, sezione lavoro, sentenza n. 13701 del 13 ottobre 2000 e della successiva sentenza n. 9754 del 5 luglio 2002, con cui la citata Corte ha affermato il "principio di diritto" secondo cui l'art. 3 della legge regionale Sicilia n. 40 dell'8 novembre 1988 si applica soltanto nei confronti dei medici ortopedici convenzionati con le unità sanitarie locali, all'entrata in vigore della legge, per prestazioni di fisioterapia ai sensi del D.P.R. 23 marzo 1988, n. 120 e non anche a quelli convenzionati per le sole prestazioni ortopediche e traumatologiche (cfr. cass. lav. 13 ottobre 2000, n. 13701).

Parimenti, sulla base del parere reso dal direttore del dipartimento di biotecnologie mediche, sezione di scienze radiologiche dell'università di Palermo, si è prevista la possibilità per gli specialisti di radiologia di eseguire o meno esami contrastografici, in assenza dello specialista in anestesia e rianimazione, purché gli stessi siano in possesso dell'attestato di frequenza ed idoneità in tecniche rianimatorie di emergenza, nelle reazioni avverse da mezzi di contrasto, ai sensi della circolare del Ministero della salute del 17 settembre 1997.

In considerazione, poi, della reale difficoltà rappresentata dagli specialisti ambulatoriali in relazione alle previsioni del decreto n. 890/02, di trovare un numero sufficiente di infermieri, che frequentemente sono chiamati a svolgere funzioni di diverso livello professionale, si è ritenuto opportuno mitigare quanto previsto al riguardo nel citato decreto, affidando alla responsabilità del direttore sanitario della struttura ambulatoriale, di specificare nel proprio protocollo operativo, la corretta previsione del numero degli o dell'infermiere da utilizzare e ciò in relazione alla specifica attività.

Si è contestualmente completato il percorso organizzativo del complesso comparto dell'odontoiatria disciplinando, come stabilito dal 2° comma dell'art. 21 del decreto n. 890/02, l'attività ed i requisiti tecnici ed organizzativi degli ambulatori odontoiatrici nel nuovo allegato 2 del presente decreto.

La problematica relativa ai posti letto delle R.S.A., è conseguenziale al riassetto della rete ospedaliera. Detta problematica va affrontata in un contesto generale, in cui in un unico circuito reagiscano con feed-back positivo, assistenza sanitaria, integrazione socio-sanitaria (ricovero in acutiae in reparti di lungo-degenza <---->R.S.A.<----> casa protetta, casa alloggio, casa famiglia). Ciò comporta che dette dinamiche complesse vanno affrontate in collaborazione con l'Assessorato enti locali e con il 3° settore, e conseguentemente occorre revocare gli artt. 1 e 2 del proprio decreto n. 1545 del 7 agosto 2002 concernente "Determinazione dei posti letto e delle rette in R.S.A. per anziani non autosufficienti e disabili".

Frattanto, al riguardo, si sono dovute apportare alcune integrazioni e modifiche al decreto n. 890/02, sia sulla scorta del riesame, sia sulla scorta delle osservazioni, condivise dall'ufficio, fatte pervenire dalle associazioni che rappresentano i gestori delle R.S.A. per disabili anziani e per le C.T.A.

Per quanto sino ad ora detto, il presente decreto di attuazione dell'art. 17 del decreto n. 890/02 è stato così formulato:

- nell'art. 1 si sono specificate le competenze e la titolarità al rilascio delle autorizzazioni sanitarie, delle concessioni comunali e della verifica di compatibilità di cui al 3° comma dell'art. 8 ter del decreto legislativo n. 502/92;
- nell'art. 2 nel rispetto delle procedure autorizzative già vigenti, si sono meglio precisate, quali sono le strutture che dovranno essere autorizzate dal direttore generale dell'Azienda unità sanitaria locale (comma 1, lett. "a" e comma 2), dal sindaco (comma 1, lett. "b") e dall'Assessorato regionale sanità (comma 1, lett. "c");
- nell'art. 3 si sono precisate le procedure i tempi e l'organo per l'accertamento e la verifica dei requisiti autorizzativi;
- nell'art. 4 si sono stabilite le procedure, i tempi e l'organo deputato alla verifica dei requisiti per

l'accreditamento;

- nell'art. 5 si sono disciplinate le modalità di sospensione e revoca dell'accreditamento al venir meno dei requisiti;
- nell'art. 6 ai sensi di quanto disposto dall'art. 8 bis del decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche, si sono disciplinate le procedure per l'accreditamento sanitario e per il rilascio dell'autorizzazione sanitaria per tutte le strutture pubbliche, già in esercizio, reiterando l'obbligo all'adeguamento e vincolando a tal fine i finanziamenti in corso di erogazione;
- nell'art. 7 si è chiarito che con il decreto n. 890/02 si era anche dato attuazione all'art. 5 della legge regionale n. 39/88 e nell'allegato 1 sono stati riproposti i requisiti ex decreto n. 32207 del 26 giugno 2000 per i day surgery autonomi (lett. "d" del punto 3f dell'allegato 1 del decreto n. 890/02);
- nell'art. 8 si è sancito il principio che i richiedenti l'accreditamento devono partecipare con proprie risorse alle spese occorrenti per la verifica ed il rilascio dell'accreditamento;
- nell'art. 9 si è proceduto alle modifiche e alle integrazioni testuali del decreto n. 890/02 e dell'allegato relativo;
- nell'art. 10 si è prevista l'abrogazione dei seguenti albi regionali, per la loro incompatibilità con l'avvio del processo per l'accreditamento istituzionale: handicap di cui alla legge regionale n. 16/86; enti ausiliari di cui alla legge regionale n. 64/84; CTA di cui all'allegato 2 del decreto del 13 ottobre 1997 e R.S.A. di cui al D.P.R. 25 ottobre 1989, allegato 2, che confluiscono nell'elenco regionale delle strutture accreditate di cui all'art. 16 del decreto n. 890 del 17 giugno 2002. I soggetti già iscritti acquisiscono lo status di preaccreditato e devono presentare obbligatoriamente istanza di accreditamento.

Con il medesimo articolo si sono, infine, revocati i decreti n. 32207 del 26 giugno 2000 e gli artt. 1 e 2 del decreto n. 1545 del 7 agosto 2002 per le motivazioni in premessa citate.

---

---

MICHELE ARCADIPANE, *direttore responsabile*

MARIA LA MARTINA, *condirettore*

MELANIA LA COGNATA, *redattore*

---