

PARTE PRIMA

Leggi e regolamenti regionali

REGOLAMENTO REGIONALE 28 settembre 2022 n. 10

“Modifica e integrazione del Regolamento regionale 20 agosto 2020, n. 15 recante: Attuazione della L.R. n. 9/2017 e s.m.i.. Definizione dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici delle strutture specialistiche eroganti prestazioni chirurgiche e procedure diagnostico-terapeutiche”

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE:

VISTO l'art. 121 della Costituzione, così come modificato dalla legge costituzionale 22 novembre 1999 n. 1, nella parte in cui attribuisce al Presidente della Giunta Regionale l'emanazione dei regolamenti regionali;

VISTO l'art. 42, comma 2, lett. c) della L. R. 12 maggio 2004, n. 7 “Statuto della Regione Puglia”;

VISTO l'art. 44, comma 2, della L. R. 12 maggio 2004, n. 7 “Statuto del Regione Puglia” così come modificato dalla L.R. 20 ottobre 2014, n. 44;

VISTA la Delibera di Giunta Regionale N° 1065 del 25/07/2022 di adozione del Regolamento;

EMANA IL SEGUENTE REGOLAMENTO**Art. 1****Modifica art. 2 del R.R. n. 15/2020**

- **L'art. 2 del R.R. n. 15/2020 è così sostituito:**

“1. Ai fini del presente regolamento, valgono le definizioni che seguono.

a) *Studio professionale: la sede di espletamento dell'attività del professionista abilitato, il quale la esercita personalmente in regime di autonomia. Lo studio professionale è caratterizzato dalla prevalenza dell'apporto professionale ed intellettuale del professionista abilitato rispetto alla disponibilità di beni, strumenti e accessori. Lo studio professionale non è un locale aperto al pubblico, nel senso che i pazienti del professionista che con il medesimo abbiano un rapporto contrattuale basato sull'intuitu personae vi accedono previo appuntamento. In ragione della prevalenza dell'apporto professionale ed intellettuale, lo studio professionale può essere gestito in forma individuale, associata o societaria, ma in tale ultima ipotesi solo in conformità alla disciplina della società tra professionisti (S.T.P.) di cui alla Legge n. 183/2011 ed al D.M. 34/2013. La disciplina generale di cui all'art. 10, comma 4, lett. b) della Legge n. 183/2011 sulle S.T.P. deve necessariamente essere applicata nel senso che il numero dei soci professionisti / la partecipazione al capitale sociale dei professionisti, tale da determinare la maggioranza di due terzi nelle deliberazioni o decisioni dei soci, non può che essere riferita a soci professionisti nelle specifiche discipline dell'area chirurgica per le quali l'autorizzazione è rilasciata.*

a1) *Studio medico di cui all'art. 5, comma 6 della L.R. n. 9/2017: lo studio professionale in cui vengono erogate prestazioni chirurgiche e procedure diagnostico-terapeutiche considerate a minore invasività individuate dall'Allegato 1A ed OC1 del presente provvedimento. Lo studio medico di cui all'art. 5, comma 6 della L.R. n. 9/2017 deve essere in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti nell'Allegato 1B ed ROC1 del presente provvedimento e deve essere in possesso, ai sensi dell'art. 12, comma 1 della L.R. n. 9/2017, della figura del Responsabile sanitario, coincidente con il professionista (in caso di gestione individuale) o con uno dei professionisti (in caso di gestione in forma associata o di S.T.P.). In caso di gestione associata o societaria (S.T.P.), dovranno essere indicati nella comunicazione e nel nulla osta i nominativi degli intestatari del medesimo provvedimento.*

a2) *Studio medico di chirurgia ambulatoriale di cui all'art. 5, comma 3, punto 3.2. della L.R. n. 9/2017: lo studio professionale attrezzato per erogare prestazioni chirurgiche e procedure diagnostico-terapeutiche, di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente considerate a media invasività, individuate dall'Allegato 2A ed OC2 al presente provvedimento, con la possibilità di erogare anche le prestazioni di cui all'Allegato 1A ed OC1 del presente provvedimento. Lo studio medico di chirurgia ambulatoriale di cui all'art. 5, comma 3, punto 3.2. della L.R. n. 9/2017 deve essere in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti nell'Allegato 2B e ROC2 del presente provvedimento e deve essere in possesso, ai sensi dell'art. 12, comma 1 della L.R. n. 9/2017, della figura del Responsabile sanitario, coincidente con il professionista (in caso di gestione individuale) o con uno dei professionisti (in caso di gestione in forma associata o di S.T.P.). In caso di gestione associata o societaria (S.T.P.), dovranno essere indicati nell'istanza e nel provvedimento di autorizzazione all'esercizio i nominativi degli intestatari della medesima autorizzazione.*

b) *Ambulatorio: presidio sanitario caratterizzato da una complessa organizzazione di lavoro, beni e servizi che opera in regime di impresa attrezzato per l'erogazione delle prestazioni chirurgiche e procedure diagnostico-terapeutiche. Fermo restando che il Responsabile Sanitario (cioè, il Direttore sanitario), qualora l'ambulatorio svolga procedure di tipo terapeutico, deve essere iscritto all'albo dell'ordine territoriale competente per il luogo in cui insiste la sede operativa della struttura, in ottemperanza al disposto di cui all'art. 1, comma 536 della L. 30 dicembre 2018, n. 145, in ogni caso "Durante lo svolgimento dell'attività ambulatoriale deve essere prevista la presenza di almeno un medico indicato quale responsabile delle attività cliniche svolte nell'ambulatorio.", ai sensi del R.R. 5 febbraio 2010, n. 3 e s.m.i. - Sezione B.01.01 (Assistenza Specialistica Ambulatoriale) – Requisiti Organizzativi.*

L'apporto del professionista sanitario abilitato non è l'elemento prevalente rispetto all'organizzazione dei beni, strumenti ed accessori che ne fanno parte. Pertanto, il titolare dell'ambulatorio può essere sia una persona fisica che una persona giuridica, e nel caso di persona fisica, la medesima può anche non avere i requisiti per ricoprire l'incarico di Responsabile sanitario della struttura. L'esercizio dell'attività sanitaria sotto forma di impresa, sia come ditta individuale sia nelle forme societarie, anche in forma cooperativa, in conformità ai Titoli V e VI del Libro V del Codice Civile, è consentito esclusivamente nell'ambito di tale tipologia di struttura, caratterizzata da una complessità organizzativa maggiore rispetto allo studio professionale. In tale tipologia di strutture rientrano gli ambulatori collocati presso strutture pubbliche (cioè, presso strutture ospedaliere, PTA, ambulatori e poliambulatori distrettuali). Gli ambulatori si rivolgono alla generalità dei cittadini e, pertanto, sono considerate locali aperti al pubblico.

b1) *Ambulatorio chirurgico di cui all'art. 5, comma 1, punto 1.6.1. della L.R. n. 9/2017: ambulatorio che svolge prevalentemente attività di tipo chirurgico. Le prestazioni chirurgiche e le procedure diagnostico-terapeutiche considerate a maggiore invasività che richiedano gli standard di sicurezza dell'ambulatorio protetto di cui all'Allegato 3A e OC3 sono erogabili in via esclusiva nell'ambito degli ambulatori chirurgici, ferma restando la possibilità per tali strutture di erogare anche le prestazioni di*

cui agli Allegati 1A 2A ed OC1, OC2 del presente provvedimento. Fermo restando che il Responsabile Sanitario deve essere iscritto all'albo dell'ordine territoriale competente per il luogo in cui insiste la sede operativa della struttura, gli ambulatori chirurgici devono essere in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti nell'Allegato 3B del presente provvedimento.

b2) Ambulatorio medico di cui all'art. 5, comma 1, punto 1.7.1. della L.R. n. 9/2017: ambulatorio che svolge prevalentemente procedure di tipo diagnostico o terapeutico.

Le prestazioni mediche e le procedure diagnostico-terapeutiche considerate a medio-bassa invasività di cui all'Allegato 4A sono erogabili in via esclusiva nell'ambito degli ambulatori medici, ferma restando la possibilità per tali strutture di erogare anche le prestazioni di cui all'Allegato 1A ed OC1. Le strutture di specialistica ambulatoriale medica che erogano prestazioni mediche e procedure diagnostico-terapeutiche considerate a minore invasività di cui all'Allegato 4A devono essere in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti nella Sezione B.01 (Strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica) del R.R. n. 3/2010, fermo restando che il Responsabile Sanitario deve essere iscritto all'albo dell'ordine territoriale competente per il luogo in cui insiste la sede operativa della struttura.”.

Art. 2

Modifica art. 4 del R.R. n. 15/2020

- **L'art. 4 del R.R. n. 15/2020 è così sostituito:**

“1. Il regime autorizzativo applicabile alle strutture specialistiche eroganti prestazioni chirurgiche e procedure diagnostico-terapeutiche relative all'attività ambulatoriale chirurgica e medica afferisce alla seguente classificazione:

- a) gli studi medici di cui all'art. 5, comma 6 della L.R. n. 9/2017 non sono sottoposti ad autorizzazione all'esercizio ma all'obbligo di comunicazione di apertura dello studio all'ASL territorialmente competente. Il Servizio di igiene pubblica incardinato presso il Dipartimento di prevenzione dell'azienda sanitaria locale territorialmente competente, entro novanta giorni dalla sopramenzionata comunicazione, rilascia il nulla osta allo svolgimento dell'attività professionale;
- b) gli ambulatori medici di cui all'art. 5, comma 1, punto 1.7.1. della L.R. n. 9/2017 sono sottoposti ad autorizzazione all'esercizio di competenza comunale, ai sensi dell'art. 8, comma 4 della sopracitata legge;
- c) gli studi medici di chirurgia ambulatoriale di cui all'art. 5, comma 3, punto 3.2. della L.R. n. 9/2017 sono sottoposti ad autorizzazione all'esercizio di competenza comunale, ai sensi dell'art. 8, comma 4 della sopracitata legge;
- d) gli ambulatori chirurgici di cui all'art. 5, comma 1, punto 1.6.1. della L.R. n. 9/2017 sono sottoposti ad autorizzazione alla realizzazione comunale, previo parere di compatibilità da rilasciarsi in conformità al fabbisogno regionale, e ad autorizzazione all'esercizio di competenza regionale.

2. Ferma restando la distinzione circa le branche mediche e chirurgiche di cui al D.M. 30 gennaio 1998 e ss.mm.ii, si individuano gli elenchi delle prestazioni chirurgiche e le procedure diagnostico-terapeutiche, così come di seguito riportato:

- a) prestazioni medico chirurgiche a minore invasività - **ALLEGATO 1A e OC1;**
- b) prestazioni medico chirurgiche ovvero diagnostico-terapeutiche a media invasività - **ALLEGATO 2A e OC2;**
- c) prestazioni chirurgiche a maggiore invasività in ambulatorio protetto (prestazioni H del nomenclatore

delle prestazioni di specialistica ambulatoriale) e altre prestazioni di particolare rischio - **ALLEGATO 3A e OC3**;

- d) prestazioni mediche ed in regime di day-service (di branca medica), riconducibili ad alcune delle prestazioni espressamente codificate dalla deliberazione di Giunta regionale n. 1202/2014 e ss.mm. ii., erogabili nell'ambulatorio medico, considerate di medio-bassa invasività - **ALLEGATO 4A**.

3. L'elenco delle prestazioni di cui al comma 2 del presente articolo potrà essere aggiornato, modificato ed integrato con deliberazione di Giunta regionale .

4. I requisiti delle strutture specialistiche eroganti prestazioni chirurgiche e procedure diagnostico-terapeutiche sono di seguito riportati:

- a) Ambulatorio chirurgico di livello elevato di cui all'art. 5, comma 1, punto 1.6.1 della L.R. n.9/2017, per prestazioni a maggiore invasività di cui agli ALLEGATI 3A e OC3 - **ALLEGATI 3B e ROC3**;
- b) Studio chirurgico di livello intermedio di cui all'art. 5, comma 3, punto 3.2 della L.R. n.9/2017, per prestazioni a media invasività di cui all'ALLEGATO 2A e OC2 - **ALLEGATO 2B e ROC2**;
- c) Studio di livello base di cui all'art. 5, comma 6, per prestazioni a minore invasività di cui all'ALLEGATO 1A e OC1 - **ALLEGATO 1B e ROC1**;
- d) Ambulatorio medico di cui all'art 5, comma 1, punto 1.7.1. della L.R. n. 9/2017, per prestazioni di medio-bassa invasività di cui all'ALLEGATO 4A - **Sezione B.01 e relative sottosezioni del R.R. n. 3/2010**.

5. Il procedimento amministrativo richiesto in relazione alla tipologia di struttura, unitamente ai requisiti e alle prestazioni erogabili, è di seguito riportato:

Classificazione per livello di complessità delle prestazioni e della complessità organizzativa	Prestazioni erogabili	Requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici	Regime autorizzativo
Ambulatori chirurgici di cui all'art. 5, comma 1, punto 1.6.1. della L.R. n. 9/2017 presso: a) Strutture di ricovero per acuti; b) Presidi Territoriali Assistenziali (PTA) e Ambulatori Distrettuali di terzo livello; c) Strutture ambulatoriali	Allegati 3A, 2A, 1A e OC3, OC2, OC1	Allegato 3B e ROC3	- autorizzazione alla realizzazione di competenza comunale, previo parere regionale di compatibilità al fabbisogno; -autorizzazione all'esercizio di competenza regionale.
Studio medico di chirurgia ambulatoriale di cui all'art. 5, comma 3, punto 3.2. della L.R. n. 9/2017	Allegati 2A, 1A e OC2, OC1	Allegato 2B e ROC2	- autorizzazione all'esercizio di competenza comunale.
Studio medico di cui all'art. 5, comma 6 della L.R. n. 9/2017	Allegato 1A e OC1	Allegato 1B e ROC1	- comunicazione di inizio attività alla ASL territorialmente competente e rilascio del nulla osta da parte del SISP competente.
Ambulatorio medico di cui all'art. 5, comma 1, punto 1.7.1. della L.R. n. 9/2017	Allegato 4A	Sezione B.01 e relative sottosezioni del R.R. n. 3/2010	- autorizzazione all'esercizio di competenza comunale in vigore della D.G.R. n. 142/2018.

6. I soggetti titolari delle strutture autorizzate dai Comuni quali ambulatori chirurgici (in vigore della L.R. n. 8/2004 o della L.R. n. 9/2017 anteriormente alla modifica di cui alla L.R. n. 65/2017) o quali ambulatori specialistici di cui all'art. 5, comma 1, punto 1.7.1. della L.R. n. 9/2017 nonché gli studi medici di cui all'art. 5, comma 6 della L.R. n. 9/2017, che intendono erogare prestazioni a media invasività di cui all'ALLEGATO 2A e OC2, devono presentare al Comune territorialmente competente, istanza di autorizzazione all'esercizio per trasformazione come studio medico di cui all'art. 5, comma 3, punto 3.2. della L.R. n. 9/2017, allegandovi apposita dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 attestante il possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dall'Allegato 2B e ROC2 del presente regolamento. In assenza di tale procedura è inibita l'erogazione di prestazioni a media invasività, salvo quanto previsto dall'art. 16 comma 1 del regolamento n. 15/2020.

7. I soggetti titolari degli studi medici accreditati (di cui all'art. 5, comma 3, punto 3.2. della L.R. n. 9/2017), degli ambulatori specialistici accreditati (di cui all'art. 5, comma 1, punto 1.7.1. della L.R. n. 9/2017) e degli ambulatori chirurgici accreditati (autorizzati in vigore della L.R. n. 8/2004 o della L.R. n. 9/2017 anteriormente alla modifica di cui alla L.R. n. 65/2017) accreditati trasmettono per conoscenza alla competente Sezione regionale Strategie e Governo dell'Offerta l'istanza di cui al comma 6. A seguito del rilascio del provvedimento comunale di autorizzazione all'esercizio per trasformazione, i soggetti titolari presentano alla competente Sezione regionale Strategie e Governo dell'Offerta istanza di conferma/aggiornamento dell'accreditamento istituzionale, allegandovi il propedeutico provvedimento comunale di autorizzazione all'esercizio per trasformazione. Ai fini della verifica del possesso dei requisiti previsti per l'accreditamento, la Sezione regionale competente conferisce incarico ai sensi degli articoli 24, comma 3 e 29, comma 9 della L.R. n. 9/2017.

8. I soggetti interessati ad erogare le prestazioni a maggiore invasività ricomprese negli Allegati 3A e OC3 possono presentare al Comune territorialmente competente, ai sensi dell'art. 7, comma 1 della L.R. n. 9/2017, istanza di autorizzazione alla realizzazione di ambulatori chirurgici di cui all'art. 5, comma 1, punto 1.6.1. della L.R. n. 9/2017, specificando le discipline dell'area chirurgica per cui si richiede l'autorizzazione alla realizzazione. Il Comune territorialmente competente, a seguito della presentazione della suddetta istanza di autorizzazione alla realizzazione, provvederà a richiedere, ai sensi dell'art. 7, comma 2 della L.R. n. 9/2017, il parere di compatibilità al fabbisogno regionale alla competente Sezione regionale Strategie e Governo dell'Offerta.

9. Negli studi medici di cui all'art. 5, comma 3, punto 3.2., negli ambulatori specialistici di cui all'art. 5, comma 1, punto 1.7.1. della L.R. n. 9/2017, negli ambulatori chirurgici (autorizzati in vigore della L.R. n. 8/2004 o della L.R. n. 9/2017 anteriormente alla modifica di cui alla L.R. n. 65/2017) nonché negli studi medici in possesso di nulla-osta di cui all'art. 5, comma 6 della L.R. n. 9/2017, ove siano effettuate prestazioni a maggiore invasività ricomprese negli Allegati 3A e OC3, dalla data di entrata in vigore del regolamento regionale n. 15/2020, le predette prestazioni non possono più essere erogate sino ad eventuale acquisizione dell'autorizzazione regionale all'esercizio di attività specialistica ambulatoriale di cui all'art. 5, comma 1, punto 1.6.1. della L.R. n. 9/2017. A tal fine, i soggetti titolari delle suddette tipologie di strutture possono presentare istanza di autorizzazione alla realizzazione per trasformazione.

Per poter continuare ad erogare prestazioni a maggiore invasività, ricomprese negli Allegati 3A e OC3, negli ambulatori chirurgici collocati presso strutture private di ricovero per acuti che siano state autorizzate per le discipline dell'area chirurgica alla data di entrata in vigore del regolamento regionale n. 15/2020, i soggetti titolari delle suddette strutture di ricovero devono presentare al Comune territorialmente competente istanza di autorizzazione alla realizzazione per trasformazione in ambulatori chirurgici di cui all'art. 5, comma 1, punto 1.6.1. della L.R. n. 9/2017, specificando le discipline dell'area chirurgica per cui sono state autorizzate all'esercizio. Il Comune territorialmente competente, a seguito della presentazione della suddetta istanza di autorizzazione alla realizzazione, provvederà a richiedere il parere di compatibilità al fabbisogno regionale alla competente Sezione regionale Strategie e Governo dell'Offerta.

10. A seguito dell'eventuale rilascio del parere favorevole di compatibilità da parte della competente Sezione regionale Strategie e Governo dell'Offerta e della conseguente autorizzazione comunale alla realizzazione (o alla realizzazione per trasformazione, nel caso di strutture di cui al comma 9) i soggetti titolari delle strutture presentano alla competente Sezione regionale Strategie e Governo dell'Offerta istanza di autorizzazione all'esercizio ai sensi dell'art. 8 della L.R. n. 9/2017 (ovvero, istanza di autorizzazione all'esercizio per trasformazione nel caso di strutture di cui al comma 9), previo adeguamento ai requisiti strutturali, previsti dall'Allegato 3B e ROC3 del presente regolamento.

11. Possono essere eseguiti esclusivamente presso gli ambulatori chirurgici, di cui alla tabella riportata nel comma 5, che sono ubicati presso le strutture sub lettera a) del presente articolo, anche le prestazioni di seguito elencate:

a) interventi chirurgici in anestesia generale, limitatamente alle sole ipotesi di recupero da parte dell'utente dell'autonomia motoria e della piena vigilanza entro le due ore successive alla conclusione dell'intervento e non implicanti assistenza continuativa post-intervento;

b) prestazioni per i pazienti fragili (come ad esempio disabili psicofisici ovvero persone con disturbi del comportamento) e/o più complessi clinicamente ($ASA \leq 3$).

12. Gli ambulatori chirurgici di cui alla tabella riportata nel comma 5 sub lettere b) e c) del presente articolo devono definire appositi protocolli con la Asl territorialmente competente, che individua la struttura ospedaliera di riferimento, la quale assume ruolo di Struttura di "riferimento" per la copertura delle urgenze/emergenze ovvero il ricovero del paziente, al fine assicurarne la sicurezza e la continuità della presa in carico in caso di necessità. Il trasferimento del paziente presso la struttura di ricovero di riferimento costituisce un adempimento a carico della struttura erogante, che potrà provvedervi o con mezzi propri, ovvero con la sottoscrizione di appositi accordi con soggetti abilitati a tale attività. Il protocollo dovrà definire la modalità di accesso e la relativa documentazione clinica di supporto".

Art. 3

Modifica art. 7 del R.R. n. 15/2020

- **L'art. 7 comma 3 del R.R. n. 15/2020 è così sostituito:**

"1. Sono considerate a maggiore invasività altresì tutte le procedure diagnostiche e terapeutiche invasive che non rispondano ad almeno uno dei criteri di cui al comma 1."

Art. 4

Modifica art. 12 del R.R. n. 15/2020

- **L'art. 12 del R.R. n. 15/2020 è così sostituito:**

"1 I requisiti previsti ai fini dell'autorizzazione all'esercizio sono quelli di cui agli Allegati 1B, 2B, 3B e OC1, OC2 e OC3 del presente regolamento, integrati, per quanto compatibili e non diversamente disciplinati dal presente regolamento, dai requisiti previsti nella colonna di sinistra della Sezione B del R.R. n. 3/2010 e, limitatamente agli ambulatori medici di cui all'art. 5 comma 1, punto 1.7.1, nelle varie sottosezioni della Sezione B del R.R. n. 3/2010."

Art. 5

Modifica art. 14 del R.R. n. 15/2020

- **L'art. 14 del R.R. n. 15/2020 è così sostituito:**

“1. Gli studi medici di cui all’art. 5, comma 3, punto 3.2. della L.R. n. 9/2017 non sono soggetti ad autorizzazione alla realizzazione e, pertanto, non sono sottoposti alla verifica di compatibilità al fabbisogno ai fini del rilascio dell’autorizzazione comunale all’esercizio. Ai fini dell’accreditamento istituzionale, gli studi medici di cui all’art. 5, comma 3, punto 3.2. della L.R. n. 9/2017 sono sottoposti a fabbisogno.

2. Ai fini dell’autorizzazione all’esercizio, in fase di prima applicazione il fabbisogno di strutture in regime privatistico, senza oneri a carico del S.S.N. e relativo agli ambulatori chirurgici di cui all’art. 5, comma 1, punto 1.6.1. della L.R. n. 9/2017, sulla base della valutazione del fabbisogno assistenziale, da calcolarsi su base provinciale, deve ritenersi corrispondente a:

a) una struttura ogni 80.000 abitanti (o frazione superiore a 40.000 abitanti) per la branca di oculistica;
b) una struttura ogni 100.000 abitanti (o frazione superiore a 50.000 abitanti) che eroga prestazioni per una o più branche di Area chirurgica (espressamente individuate dal Decreto Ministeriale 30 gennaio 1998 e s.m.i), di cui all’Allegato 3°, escluso la Chirurgia plastica;

c) una struttura ogni 250.000 (o frazione superiore a 125.000 abitanti) che eroga prestazioni per una o più branche di Area medica (espressamente individuate dal Decreto Ministeriale 30 gennaio 1998 e s.m.i), di cui all’Allegato 3A;

d) una struttura ogni 300.000 (o frazione superiore a 150.000 abitanti) per la branca di chirurgia plastica.

3. Premesso che possono coesistere più branche nella stessa struttura, di cui al comma 2 del presente articolo, le istanze di autorizzazione alla realizzazione saranno valutate in base al fabbisogno per ogni specifica branca di cui alle lettere precedenti. Nel caso che, per una o più branche non vi sia fabbisogno residuo o il fabbisogno sia inferiore alle richieste comunali di verifica di compatibilità da valutarsi comparativamente ai sensi dell’articolo seguente, potrà essere rilasciato parere favorevole anche solo per alcuna/e delle specifiche discipline dell’area chirurgica.

4. In caso di istanza di autorizzazione alla realizzazione presentata anche per discipline per le quali non sono previste prestazioni ad elevata invasività di cui all’Allegato A3 e ROC3, potrà essere rilasciato parere favorevole solo per le branche di cui alle lettere precedenti.

5. Nell’ambito di una struttura per la quale sia stata presentata istanza di autorizzazione alla realizzazione per l’ambulatorio chirurgico di cui all’art. 5, comma 1, punto 1.6.1. della L.R. n. 9/2017, e rilasciato parere favorevole di compatibilità per una o più branche di cui al comma 1, oltre all’autorizzazione regionale (alla realizzazione e successivamente) all’esercizio per le medesime discipline, potrà essere anche richiesta e rilasciata l’autorizzazione all’esercizio per le discipline chirurgiche a minore invasività (Allegato 4A, art. 5, comma 1, punto 1.7.1 della L.R. n. 9/2017) e per quelle a media invasività (Allegato 2A, art. 5, comma 3, punto 3.2 della L.R. n. 9/2017), in deroga alle previsioni di cui all’art. 5, comma 3 e all’art. 5, comma 6 del presente Regolamento. In tal caso la competenza al rilascio dell’autorizzazione all’esercizio sarà in capo alla Regione anche con riferimento alle discipline dell’area chirurgica a medio-bassa invasività (Allegato 4A, art. 5, comma 1, punto 1.7.1 della L.R. n. 9/2017) e per quelle a media invasività (Allegato 2A, art. 5, comma 3, punto 3.2 della L.R. n. 9/2017), fermo restando le previsioni di cui all’Allegato 2A e dell’Allegato 4A

6. A tal fine, il progetto e le relative planimetrie (allegati all’istanza) dovranno contenere la descrizione completa e la destinazione degli appositi locali, oltre che dell’ambulatorio chirurgico di cui all’art. 5, comma 1, punto 1.6.1. della L.R. n. 9/2017 anche di quelli nei quali si svolgeranno le prestazioni a media invasività di cui all’ALLEGATO 2A e OC2 (art. 5, comma 3, punto 3.2 della L.R. n. 9/2017) e le prestazioni a medio-bassa invasività di cui all’ALLEGATO 4A (art. 5, comma 1, punto 1.7.1 della L.R. n. 9/2017). A seguito del rilascio dell’autorizzazione all’esercizio come studio medico ex art. 5, comma 3, punto 3.2 della L.R. n. 9/2017 o ambulatorio ex art. 5, comma 1, punto 1.7.1 della L.R. n. 9/2017, sono ammesse esclusivamente ipotesi di sostituzione della destinazione dei medesimi locali ad altra/altre attività della stessa tipologia di complessità rispetto a quella/quelle per cui è stata concessa la predetta autorizzazione. Non sono ammesse, invece, ulteriori deroghe rispetto ad istanze di autorizzazione all’esercizio per l’ampliamento della struttura sanitaria che non risultino dalla planimetria allegata all’originaria istanza di autorizzazione alla realizzazione.

7. *Le richieste comunali di verifica di compatibilità già trasmesse, che non siano state ancora riscontrate dalla Sezione Strategie e Governo dell'Offerta alla data di entrata in vigore del presente regolamento, verranno istruite tenendo in considerazione il fabbisogno di cui al comma 2.*
8. *Le istanze di autorizzazione alla realizzazione, e conseguenti richieste comunali di verifica di compatibilità, già trasmesse alla data di entrata in vigore del presente regolamento, nelle quali non siano state specificate la disciplina/le discipline dell'area chirurgica di cui al comma 2 oggetto dell'istanza medesima, come invece previsto dall'articolo 4, comma 8 del regolamento n. 15/2020, devono essere integrate, fermo restando, ai fini della valutazione comparativa di cui all'art. 15, il riferimento all'arco temporale nel corso del quale è stata trasmessa la richiesta comunale di verifica di compatibilità. Alla integrazione con la specifica delle discipline, da trasmettere al Comune ed alla Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, devono essere allegati la planimetria ed il layout della struttura ove le suddette discipline risultino evidenziate.*
9. *Fino alla determinazione del fabbisogno ai fini dell'accreditamento da definirsi con provvedimento di Giunta regionale, sentite le Società scientifiche, sono sospesi nuovi accreditamenti ai sensi dell'art. 3, comma 32 della L.R. n. 40/2007.*
10. *Con deliberazione di Giunta regionale potranno essere approvate eventuali modifiche ai fini della determinazione del succitato fabbisogno.*
11. *Gli ambulatori chirurgici di cui all'art. 5, comma 1, punto 1.6.1. della L.R. n. 9/2017 nell'ambito di strutture pubbliche (cioè, presso strutture ospedaliere, PTA, ambulatori e poliambulatori distrettuali) non sono soggetti al fabbisogno di cui al comma 2 del presente articolo; pertanto, i suddetti ambulatori non scontano la verifica di compatibilità con il fabbisogno regionale, ai fini del rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione (propedeutica all'autorizzazione all'esercizio), e sono esclusi dal calcolo del fabbisogno residuo ai fini del rilascio ai soggetti privati dell'autorizzazione all'esercizio di cui al precedente comma 2, nonché dell'accreditamento istituzionale.*
12. *Gli ambulatori collocati presso strutture di ricovero per acuti private che siano state autorizzate per le discipline dell'area chirurgica alla data di entrata in vigore del presente regolamento non concorrono alla determinazione del fabbisogno previsto ai fini dell'autorizzazione all'esercizio degli ambulatori chirurgici di cui all'art. 5, comma 1, punto 1.6.1. della L.R. n. 9/2017."*

Art. 6

Modifica art. 16 del R.R. n. 15/2020

- **L'art. 16, del R.R. n. 15/2020 è così sostituito:**

"1. Gli studi medici in possesso di nulla-osta di cui all'art. 5, comma 6 della L.R. n. 9/2017, nonché le strutture autorizzate dai Comuni quali studi medici di cui all'art. 5, comma 3, punto 3.2., quali ambulatori specialistici di cui all'art. 5, comma 1, punto 1.7.1. della L.R. n. 9/2017, o quali ambulatori chirurgici (in vigenza della L.R. n. 8/2004 o della L.R. n. 9/2017 anteriormente alla modifica di cui alla L.R. n. 65/2017, ove effettuino prestazioni di cui all'Allegato 2A, possono continuare ad erogare le predette prestazioni entro il termine del 31/12/2022, salvo adeguamento ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dall'Allegato 2B del presente regolamento.

I soggetti titolari delle suddette strutture potranno presentare istanza di autorizzazione all'esercizio (o, se già in possesso di autorizzazione all'esercizio, istanza di autorizzazione all'esercizio per trasformazione) quali studi medici di chirurgia ambulatoriale di cui all'art. 5, comma 3, punto 3.2. della L.R. n. 9/2017 al Comune territorialmente competente, corredata dell'autocertificazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 del possesso dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici previsti dall'allegato 2B ed ROC2 del presente regolamento.

La mancata presentazione della sopracitata istanza entro i termini previsti dal presente comma comporta l'inibizione alla erogazione delle prestazioni previste nell'Allegato 2A ed OC2.

Nelle ipotesi in cui, alla data di entrata in vigore del presente provvedimento, sia stata rilasciata l'autorizzazione comunale all'esercizio:

1. di cui all'art. 5, comma 1, punto 1.7.1, quale ambulatorio specialistico;
2. quale ambulatorio chirurgico;
3. di cui all'art. 5, comma 3, punto 3.2, quale studio medico;

in deroga all'art. 2, comma 1, lett. a) del R.R. 15/2020, tali strutture possono continuare ad essere gestite in tale forma societaria, a seguito di istanza e successivo rilascio dell'autorizzazione all'esercizio per trasformazione/conferma in studi medici di cui all'art. 5, comma 3, punto 3.2. della L.R. n. 9/2017.

Tale fattispecie si applica nel caso in cui l'autorizzazione comunale all'esercizio sia stata rilasciata in capo a:

- a) società, non inquadrabili nella disciplina della S.T.P.,
- b) per le strutture, di cui alla lettera a), che alla medesima data, i legali rappresentanti di società non inquadrabili nella disciplina della S.T.P. abbiano presentato istanza di autorizzazione all'esercizio al Comune territorialmente competente o abbiano ottenuto il parere preventivo favorevole alla realizzazione da parte della ASL territorialmente competente, oppure, abbiano presentato SCIA per la realizzazione di una struttura sanitaria erogante prestazione di tipo chirurgico al Comune territorialmente competente.

Ai fini della verifica dei requisiti previsti per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, nelle ipotesi previste dal presente comma, il Comune conferisce incarico al Dipartimento di Prevenzione dell'ASL territorialmente competente.

2. *Gli ambienti dedicati ad attività degli studi medici di chirurgia di cui all'art. 5, comma 3, punto 3.2. e degli studi medici di cui all'art. 5, comma 6 della L.R. n. 9/2017 devono essere distinti da quelli dedicati ad attività specialistica ambulatoriale e devono essere tenute distinte le rispettive titolarità nonché le relative responsabilità di gestione, anche in fase di controllo e vigilanza.*

Non è ammessa, pertanto, la coesistenza nel medesimo immobile dello studio medico di chirurgia di cui all'art. 5, comma 3, punto 3.2. della L.R. n. 9/2017 o dello studio medico di cui all'art. 5, comma 6 della L.R. n. 9/2017 con un ambulatorio o un poliambulatorio specialistico, salvo che sia possibile separare fisicamente gli ambienti afferenti a dette attività, senza alcuna condivisione degli spazi.

4. *In deroga al comma 2, nell'ipotesi di strutture per le quali, anteriormente alla data di entrata in vigore del R.R. n. 15/2020, sia stata comunicata l'apertura dello studio di cui all'art. 5, comma 6 della L.R. n. 9/2017 o sia stata presentata istanza di autorizzazione all'esercizio quale studio medico di cui all'art. 5, comma 3, punto 3.2 oppure sia stato rilasciato parere preventivo favorevole alla realizzazione da parte della ASL territorialmente competente oppure sia stata presentata SCIA per la realizzazione di una struttura sanitaria erogante prestazione di tipo chirurgico al Comune territorialmente competente, nonché agli ambulatori medici già autorizzati che ottengano l'autorizzazione all'esercizio per trasformazione in studi medici di chirurgia di cui all'art. 5, comma 3, punto 3.2. della L.R. n. 9/2017., è consentito mantenere la condivisione degli spazi con ambulatori/poliambulatori autorizzati per l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale in branche diverse da quelle afferenti all'area chirurgica.”.*

Art. 7

Modifica allegati

1. Gli allegati al Regolamento regionale n. 15/2020 “1 A, 2 A, 3 A, 4 A, 1 B, 2B, 3B, ROC1, ROC2, ROC3, OC1, OC2, OC3” sono sostituiti da quanto riportato all'Allegato del presente regolamento.

Art. 8

Abrogazione

1. I commi 2 e 3 dell'art. 16 del R.R. n. 15/2020 sono abrogati.

Il presente Regolamento è pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia ai sensi e per gli effetti dell'art. 53 comma 1 della L.R. 12/05/2004, n. 7 "Statuto della Regione Puglia". E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e farlo osservare come Regolamento della Regione Puglia.

Dato a Bari, addì 28 settembre 2022

EMILIANO



REGIONE PUGLIA

ALLEGATO 1A
PRESTAZIONI CHIRURGICHE E PROCEDURE DIAGNOSTICO – TERAPEUTICHE A MINORE INVASIVITA’ (erogabili nello studio medico di cui all’art. 5, comma 6 della L.R. n. 9/2017)
CHIRURGIA GENERALE
AGOBIOPSIA LINFONODALE ECO-GUIDATA DI STAZIONI LINFONODALI SUPERFICIALI (INGUINALI, ASCELLARI, LATERO-CERVICALI)
ASPIRAZIONE O INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO (ASCESSO, EMATOMA O SIEROMA)
ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA
ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO (PICCOLI ATTI CHIRURGICI PER ASPORTARE LESIONI CUTANEE SUPERFICIALI CON INCISIONI INFERIORI A 3 CM , CONDILOMI, CISTI SEBACEE, LESIONI PEDUNCOLATE, LIPOMI SOTTOCUTANEI FINO A 4 CM DI DIAMETRO)
BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO
CATERETERISMO VESCICALE
CISTOSCOPIA TRANSURETRALE
CROMOCISTOSCOPIA
CURETTAGE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE
ESAME URODINAMICO INVASIVO
FRENULOTOMIA PENIENA
INCISIONE CON DRENAGGIO DI ASCESSO DELLA MAMMELLA
INCISIONE CON RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA CUTE E SOTTOCUTE
INCISIONE DI ASCESSO PERIANALE E DI EMORROIDI TROMBIZZATE
INCISIONE DI CISTI O SENO PILONIDALE
INFILTRAZIONE DI CHELOIDE
MESOTERAPIA
pH METRIA ESOFAGEA (24 ORE)
PUNTURA EVACUATIVA DI IDROCELE DELLA TUNICA VAGINALE
CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA ED ESTETICA - DERMATOLOGIA
BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO
CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE
CRIOTERAPIA MEDICA (NEVE CARBONICA)
DERMOABRAZIONE
ELETTROTRICOGENESI
EPILAZIONE
FOTORINGIOVANIMENTO NON ABLATIVO
FOTOTERAPIA CON RADIAZIONI NON IONIZZANTI (UVB, UVA)
FRENULOTOMIA LABIALE



REGIONE PUGLIA

FRENULOTOMIA PENIENA

ALLEGATO 1A
PRESTAZIONI CHIRURGICHE E PROCEDURE DIAGNOSTICO – TERAPEUTICHE A MINORE INVASIVITA' (erogabili nello studio medico di cui all'art. 5, comma 6 della L.R. n. 9/2017)
INCISIONE CON RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA CUTE E SOTTOCUTE
INFILTRAZIONE DI CHELOIDE E DI ALTRE NEOFORMAZIONI CUTANEE
OSSIGENAZIONE IPERBARICA
RADIOFREQUENZA
REVISIONE DI CICATRICE NON ADERENTE AI PIANI FASCIALI PROFONDI
RIMOZIONE DI ADENOMA SEBACEO
RIMOZIONE DI ANGIOCHERATOMA
RIMOZIONE DI ANGIOMA (PIANO, RUBINO, SPIDER, ETC)
RIMOZIONE DI CHERATOSI (ATTINICA, SEBORROICA)
RIMOZIONE DI CHIAZZA IPERCROMICA
RIMOZIONE DI CONDILOMI ACUMINATI
RIMOZIONE DI DERMATOFIBROMA
RIMOZIONE DI FIBRANGIOMA
RIMOZIONE DI FIBROMA MOLLUSCO
RIMOZIONE DI GRANULOMA PIOGENICO TELEANGECTASICO
RIMOZIONE DI LAGO VENOSO DELLE LABBRA
RIMOZIONE DI LENTIGO SIMPLEX
RIMOZIONE DI LINFANGIOMA
RIMOZIONE DI MILIO
RIMOZIONE DI MOLLUSCO CONTAGIOSO
RIMOZIONE DI NEVO (EPIDERMICO VERRUCOSO, MORIFORME, SEBACEO, DI MIESCHER, DI UNNA, ETC)
RIMOZIONE DI PEILODERMIA DI CIVATTE
RIMOZIONE DI SIRINGOMA
RIMOZIONE DI TATUAGGIO
RIMOZIONE DI TELEANGECTASIE DEL VOLTO E DEGLI ARTI INFERIORI
RIMOZIONE DI TESSUTO CICATRIZIALE DISTROFICO
RIMOZIONE DI TRICOEPITELIOMA
RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE
RIMOZIONE DI VERRUCA (VOLGARE, PLANTARE, PIANA, FILIFORME, ETC.)
RIMOZIONE DI XANTELASMA PALPEBRALE
TERAPIA INIETTIVA A BASE DI FILLER



REGIONE PUGLIA

ALLEGATO 1A
PRESTAZIONI CHIRURGICHE E PROCEDURE DIAGNOSTICO – TERAPEUTICHE A MINORE INVASIVITA’ (erogabili nello studio medico di cui all’art. 5, comma 6 della L.R. n. 9/2017)
ASPORTAZIONE LARGA LESIONE CUTE COINVOLGENTE STRUTTURE SOTTOSTANTI O ADIACENTI
ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE
CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE
MEDICAZIONE DI FERITA
MEDICAZIONE DI USTIONE
INFILTRAZIONE DI CHELOIDE
RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE
RIMOZIONE ASPORTATIVA TESS. DEVITAL.NECROSI, MASS TESS. NECROTICO
SUTURA ESTETICA DEL VOLTO
ALTRA SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO
SUTURA ESTETICA IN ALTRI DISTRTTI DEL CORPO - PICCOLE DIMENSIONI
DERMOABRASIONE CON LASER O MEZZO MECCANICO
INNESTO CUTANEO, NAS
TRASFERIMENTO DI LEMBO DI AVANZAMENTO
TRASFERIMENT DI LEMBO DI ROTAZIONE
TRASFERIMENTO DI LEMBO DI SCORRIMENTO
INIEZ. SOST. TERAPEUTICHE AD AZIONE LOC. ALL'INTERNO DI ALTRI TESSUTI MOLLI
INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA
BLEFAROPLASTICA SUPERIORE CUTANEA MONO O BILATERALE PER BLEFAROCALASI
ASPORTAZIONE DI TESSUTI MOLLI E CONNETTIVO
INFILTRAZIONE DI PLASMA PIASTRINICO (PRP)
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA
INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI
BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO
INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI (DALLE TELEANGECTASIE AI TRONCHI SAFENICI)
MESOTERAPIA
PICCOLI ATTI CHIRURGICI SU ULCERE, CUTE E VENE SUPERFICIALI CON INCISIONI INFERIORI A 2 CM
TRATTAMENTO DELLE ULCERE DEGLI ARTI INFERIORI
TROMBECTOMIA SIA CON ANESTESIA LOCALE CHE SENZA
GINECOLOGIA



REGIONE PUGLIA

ALLEGATO 1A
PRESTAZIONI CHIRURGICHE E PROCEDURE DIAGNOSTICO – TERAPEUTICHE A MINORE INVASIVITA’ (erogabili nello studio medico di cui all’art. 5, comma 6 della L.R. n. 9/2017)
AGOASPIRAZIONE DI CISTI VAGINALE
ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA
ASPORTAZIONE DI CONDILOMI VAGINALI, VULVARI, CERVICALI E PERINEALI
CAUTERIZZAZIONE DI COLLO UTERINO, VULVA E VAGINA
ESAME URODINAMICO INVASIVO
INCISIONE DI ASCESSO DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO
INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO
RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO
ISTEROSCOPIA
SONOISTEROGRAFIA
TRATTAMENTI LASER DELLA REGIONE CERVICALE, VAGINALE E VULVO PERINEALE
OTORINOLARINGOIATRIA
AGOASPIRATO ANCHE ECO GUIDATO DEL DISTRETTO OTORINOLARINGOIATRICO (ASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA, BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE, ASPIRAZIONE DELLA CUTE E DEL TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, AGOBIOPSIA LINFONODALE ECO-GUIDATA)
ASPORTAZIONE DELLE CISTI DEL CAVO ORALE
BIOPSIE NEL DISTRETTO OTORINOLARINGOIATRICO (DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO, DELL'ORECCHIO ESTERNO DEL NASO, DEL LABBRO, DELLA BOCCA)
CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE
FRENULOTOMIA LABIALE
INCISIONE DEI DOTTI SALIVARI CON ASPORTAZIONE DI CALCOLI
INIEZIONE DI FILLER NELLA CUTE O NELLE MUCOSE LABIALI
LISI DI ADERENZE DEL NASO
MEDICAZIONE DI FERITE DEL DISTRETTO OTORINOLARINGOIATRICO
MIRINGOTOMIA
RIDUZIONE DI VOLUME DEI TURBINATI INFERIORI CON STRUMENTI ELETTROMEDICALI
RIDUZIONE DI VOLUME STRUMENTALE DELL'UGOLA



REGIONE PUGLIA

ALLEGATO 1A
PRESTAZIONI CHIRURGICHE E PROCEDURE DIAGNOSTICO – TERAPEUTICHE A MINORE INVASIVITA’ (erogabili nello studio medico di cui all’art. 5, comma 6 della L.R. n. 9/2017)
RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ORECCHIO E DAL NASO, età >18 anni
GASTROENTEROLOGIA
TEST DI BERNSTEIN
BREATH TEST PER HELYCOBACTER PYLORI (UREA C13)
BREATH TEST PER DETERMINAZIONE TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE
BREATH TEST PER DETERMINAZIONE DI COLONIZZAZIONE BATTERICA ANOMALA
BREATH TEST AL LATTOSIO



REGIONE PUGLIA

ALLEGATO 2A
PRESTAZIONI CHIRURGICHE E PROCEDURE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE A MEDIA INVASIVITA'(erogabili nello studio medico di chirurgia ambulatoriale di cui all'art. 5, comma 3, punto 3.2 della L.R. n. 9/2017)
NEUROCHIRURGIA
BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEI NERVI PERIFERICI
INIEZIONE PERINERVOSA
RESEZIONE O ASPORTAZIONE DEI NERVI PERIFERICI
OTORINOLARINGOIATRIA
ADATTAMENTO IMPIANTI COCLEARI
BIOPSIA FARINGEA
INCISIONE DEL CANALE UDITIVO ESTERNO E DEL PADIGLIONE AURICOLARE
INCISIONE DELL' UGOLA
LARINGOSCOPIA E ALTRA TRACHEOSCOPIA
LARINGOSCOPIA INDIRECTA
LARINGOSTROBOSCOPIA
PUNTURA DEI SENI NASALI PER ASPIRAZIONE O LAVAGGIO
STIMOLAZIONI VESTIBOLARI ROTATORIE
TEST CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE
TEST DI STIMOLAZIONE ELETTRICA AL PROMONTORIO
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE
ALTRA ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA BOCCA
INCISIONE DELLE GHIANDOLE O DOTTI SALIVARI
RIDUZIONE APERTA DI FRATTURA ALVEOLARE
SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACCIALE
SUTURA DI LACERAZIONE DI ALTRA PARTE DELLA BOCCA
ANGIOLOGIA
ANGIOSCOPIA PERCUTANEA
BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DEL MIDOLLO OSSEO
BIOPSIA DI STRUTTURE LINFATICHE
CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE
CATERISMO VENOSO PER DIALISI RENALE
INIEZIONE PERIARTERIOSA
PUNTURA DI ARTERIA



REGIONE PUGLIA

ALLEGATO 2A
PRESTAZIONI CHIRURGICHE E PROCEDURE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE A MEDIA INVASIVITA' (erogabili nello studio medico di chirurgia ambulatoriale di cui all'art. 5, comma 3, punto 3.2 della L.R. n. 9/2017)
CHIRURGIA GENERALE
ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO
ALTRA INCISIONE DI TESSUTI PERIANALI
ANOSCOPIA
ASPORTAZIONE DELLE EMORROIDI
ASPORTAZIONE ENDOSCOPICA O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO
BIOPSIA DELLA PARETE ADDOMINALE O DELL' OMBELICO
DILATAZIONE DEL RETTO
DILATAZIONE DELLO SFINTERE ANALE
FISTULOTOMIA ANALE
INIEZIONI DELLE EMORROIDI
INFILTRAZIONE PERINEALE
INFILTRAZIONE MEDICAMENTOSA DEL PENE
LEGATURA DELLE EMORROIDI
REVISIONE DI CATETERE PERITONEALE
RIDUZIONE MANUALE DI ERNIA
RIDUZIONE MANUALE DI PROLASSO RETTALE
RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA SCROTO E PENE
RIMOZIONE DI DISPOSITIVO DI DRENAGGIO PERITONEALE
RIMOZIONE DI EMORROIDI TROMBIZZATE
SFINTEROTOMIA ANALE
UROLOGIA
ASPIRAZIONE PERCUTANEA [CITOASPIRAZIONE] DELLA PROSTATA
ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL PENE
ASPORTAZIONE O ELETTROCOAGULAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'URETRA
BALANOSCOPIA
BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DEL TESTICOLO
BIOPSIA DEL PENE
BIOPSIA DELL' URETRA
BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA
CATETERIZZAZIONE URETERALE
CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE] CON BIOPSIA



REGIONE PUGLIA

ALLEGATO 2A
PRESTAZIONI CHIRURGICHE E PROCEDURE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE A MEDIA INVASIVITA'(erogabili nello studio medico di chirurgia ambulatoriale di cui all'art. 5, comma 3, punto 3.2 della L.R. n. 9/2017)
CISTOSTOMIA PERCUTANEA
DEROTAZIONE DEL FUNICOLO E DEL TESTICOLO
DILATAZIONE URETRALE
DILATAZIONI URETRALI PROGRESSIVE
DRENAGGIO ASCESSO PROSTATICO
INCISIONE E DRENAGGIO DELLO SCROTO E DELLA TUNICA VAGINALE
INIEZIONE INTRA O PERIURETRALE
LIBERAZIONE DI SINECHIE PENIENE
RESEZIONE TRANSURETRALE DI LESIONE VESCICALE O NEOPLASIA
RICERCA DEL TREPONEMA AL PARABOLOIDE
RIMOZIONE [ENDOSCOPICA] DI CALCOLO URETRALE
RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'URETRA,
URETEROSCOPIA
GINECOLOGIA
ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO GENITALE FEMMINILE
BIOPSIA DEL CORPO UTERINO
BIOPSIA DELLA VULVA O DELLA CUTE PERINEALE
BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI
BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPICA
BIOPSIA ENDOCERVICALE [ISTEROSCOPIA]
BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO A GUIDA COLPOSCOPICA - BIOPSIA DI UNA O PIU' SEDI
CARDIOTOCOGRAFIA
COLPOSCOPIA
CRIOCHIRURGIA DEL COLLO UTERINO
IMENOTOMIA
INSERZIONE DI ALTRO PESSARIO VAGINALE
INSERZIONE DI DIAFRAMMA VAGINALE
INSUFFLAZIONE DELLE TUBE
RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA VULVA
RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA VAGINA
RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO
TAMPONAMENTO OSTETRICO DELL' UTERO O DELLA VAGINA



REGIONE PUGLIA

ALLEGATO 2A
PRESTAZIONI CHIRURGICHE E PROCEDURE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE A MEDIA INVASIVITA'(erogabili nello studio medico di chirurgia ambulatoriale di cui all'art. 5, comma 3, punto 3.2 della L.R. n. 9/2017)
ORTOPEDIA
BIOPSIA DELLE STRUTTURE ARTICOLARI, SEDE NON SPECIFICATA
ARTROCENTESI
INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO
MIOTOMIA
BORSOTOMIA
ALTRA INCISIONE DEI TESSUTI MOLLI
BIOPSIA DEI TESSUTI MOLLI
BIOPSIA ECO-GUIDATA DEI TESSUTI MOLLI
ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLE FASCE TENDINEE
ALTRE TRAZIONI CUTANEE DEGLI ARTI
RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA MANO
RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO SUPERIORE ECCETTO LA MANO,
RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DAL PIEDE
RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO INFERIORE ECCETTO IL PIEDE
CHIRURGIA PLASTICA/ESTETICA (riferite al grado di rischio ASA1)
ALTRA SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO
ALTRO INNESTO DI CUTE NELLA MANO
ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE DELLA MAMMELLA
ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI TESSUTO DELLA MAMMELLA, NAS
ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO
ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE
CORNEOMETRIA
ASPIRAZIONE DI TESSUTO SOTTOCUTANEO
INNESTO DI TESSUTO ADIPOSO IN ALTRI SEDI
BLEFAROPLASTICA SUPERIORE
BLEFAROPLASTICA INFERIORE
INSERIMENTO PROTESI PENIENA
CORREZIONE DI ASIMMETRIA MAMMARIA
LIPOASPIRAZIONE PURCHE' NON ECCEDENTI IL 20% DELLA SUPERFICIE CORPOREA TOTALE ED IL 3% DEL PESO CORPOREO



REGIONE PUGLIA

ALLEGATO 2A
PRESTAZIONI CHIRURGICHE E PROCEDURE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE A MEDIA INVASIVITA'(erogabili nello studio medico di chirurgia ambulatoriale di cui all'art. 5, comma 3, punto 3.2 della L.R. n. 9/2017)
INSERIMENTO DI PROTESI SOTTOCUTANEE (mento, zigomi, natiche, polpacci)
AUTOINNESTO DI TESSUTO ADIPOSO AUTOLOGO (lipofilling)
MASTOPLASTICA ADDITIVA PROTESICA MONO E BILATERALE
MASTOPESSI
MASTOPESSI CON PROTESI
MASTOPLASTICA RIDUTTIVA
RINOPLASTICA
OTOPLASTICA
MINIADDOMINOPLASTICA
AUTOTRAPIANTO FOLLICOLARE
DERMATOLOGIA
ELASTOMETRIA
MASTOTOMIA
MISURA DELLA PERDITA TRANSEPIDERMICA DI ACQUA (TEWL)
RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE
RIMOZIONE NON ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE
RIPARAZIONE DI DIFETTI DEL VISO
SCLEROSI DI FISTOLA PILONIDALE
SEBOMETRIA
SUTURA ESTETICA DI FERITA DEL VOLTO
SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO
EMATOLOGIA
INIEZIONE ENDOCAVERNOSA DI FARMACI
INIEZIONE MODIFICATRICE IN ASCESSO FREDDO
TRASFUSIONE DI SANGUE O EMOCOMPONENTI
GASTROENTEROLOGIA
pH METRIA ESOFAGEA (24 ORE)
SONDAGGIO GASTRICO FRAZIONATO
MANOMETRIA DEL COLON
MANOMETRIA ANO-RETTALE



REGIONE PUGLIA

ALLEGATO 3A PRESTAZIONI CHIRURGICHE E PROCEDURE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE A MAGGIORE INVASIVITÀ (PRESTAZIONI H DEL NOMENCLATORE DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE) E ALTRE PRESTAZIONI DI PARTICOLARE RISCHIO (erogabili nell'ambulatorio chirurgico di cui all'art. 5, comma1, punto 1.6.1 della L.R. n. 9/2017)
ANESTESIA
INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA
INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA
INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI
ANESTESIA/NEUROLOGIA/NEUROCHIRURGIA
INIEZIONE DI FARMACI CITOTOSSICI NEL CANALE VERTEBRALE
INIEZIONE DI ANESTETICO NEL CANALE VERTEBRALE PER ANALGESIA
INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEL CANALE VERTEBRALE
OTORINOLARINGOIATRIA
CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE POSTERIORE (E ANTERIORE)
RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DAL NASO,
RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA FARINGE
RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA LARINGE
OTORINOLARINGOIATRIA/CHIRURGIA GENERALE
BIOPSIA DELLE PARATIROIDI
OTORINOLARINGOIATRIA/CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE
RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA BOCCA
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE
ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE DELLE OSSA FACCIALI
CHIRURGIA TORACICA/PNEUMOLOGIA
BRONCOSCOPIA CON FIBRE OTTICHE
BIOPSIA BRONCHIALE [ENDOSCOPICA]
BIOPSIA DELLA PLEURA



REGIONE PUGLIA

ALLEGATO 3A PRESTAZIONI CHIRURGICHE E PROCEDURE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE A MAGGIORE INVASIVITÀ (PRESTAZIONI H DEL NOMENCLATORE DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE) E ALTRE PRESTAZIONI DI PARTICOLARE RISCHIO (erogabili nell'ambulatorio chirurgico di cui all'art. 5, comma1, punto 1.6.1 della L.R. n. 9/2017)
TORACENTESI
INIEZIONE NELLA CAVITA' TORACICA
RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA TRACHEA E BRONCHI
CHIRURGIA VASCOLARE
MINISTRIPPING DI VENE VARICOSE DELL' ARTO INFERIORE
GASTROENTEROLOGIA
BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' ESOFAGO
TEST DI BERNSTEIN
pH METRIA ESOFAGEA (24 ORE)
ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE ENDOSCOPICA DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO
ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO O RICANALIZZAZIONE ENDOSCOPICA
ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO
BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELLO STOMACO
SONDAGGIO GASTRICO FRAZIONATO
BREATH TEST PER HELYCOBACTER PYLORI (UREA C13)
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]
BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO TENUE
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA
COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE
COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA
SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE
BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO CRASSO
BREATH TEST PER DETERMINAZIONE TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE
BREATH TEST PER DETERMINAZIONE DI COLONIZZAZIONE BATTERICA ANOMALA
BREATH TEST AL LATTOSIO
MANOMETRIA DEL COLON
POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO



REGIONE PUGLIA

ALLEGATO 3A
PRESTAZIONI CHIRURGICHE E PROCEDURE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE A MAGGIORE INVASIVITÀ (PRESTAZIONI H DEL NOMENCLATORE DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE) E ALTRE PRESTAZIONI DI PARTICOLARE RISCHIO
(erogabili nell'ambulatorio chirurgico di cui all'art. 5, comma1, punto 1.6.1 della L.R. n. 9/2017)
ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL' INTESTINO CRASSO
PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO
BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DEL RETTO
MANOMETRIA ANO-RETTALE
ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DEL RETTO
RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ESOFAGO
RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLO STOMACO
RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA RETTO E ANO
ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO O RICANALIZZAZIONE ENDOSCOPICA
ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE ENDOSCOPICA DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO
ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO
ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL' INTESTINO CRASSO
ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DEL RETTO
GINECOLOGIA
AGOASPIRAZIONE ECO-GUIDATA DEI FOLLICOLI
AGOASPIRAZIONE DI CISTI DELL' OVAIO
RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'UTERO
ORTOPEDIA
RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA SENZA FISSAZIONE INTERNA
RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELL'OMERO SENZA FISSAZIONE INTERNA
RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI RADIO E ULNA SENZA FISSAZIONE INTERNA



REGIONE PUGLIA

<p style="text-align: center;">ALLEGATO 3A PRESTAZIONI CHIRURGICHE E PROCEDURE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE A MAGGIORE INVASIVITÀ (PRESTAZIONI H DEL NOMENCLATORE DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE) E ALTRE PRESTAZIONI DI PARTICOLARE RISCHIO (erogabili nell'ambulatorio chirurgico di cui all'art. 5, comma1, punto 1.6.1 della L.R. n. 9/2017)</p>
RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI CARPO E METACARPO SENZA FISSAZIONE INTERNA
RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DELLA MANO SENZA FISSAZIONE INTERNA
RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI TARSO E METATARSO SENZA FISSAZIONE INTERNA
RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DEL PIEDE SENZA FISSAZIONE INTERNA
RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE IN SEDE NON SPECIFICATA
RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA SPALLA
RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL GOMITO
RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL POLSO
RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO
CHIRURGIA GENERALE
RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA STOMA ARTIFICIALE
PRESTAZIONI DI PARTICOLARE RISCHIO, NON CONTRASSEGNATE CON H NEL NOMENCLATORE TARIFFARIO
OTORINOLARINGOIATRIA
RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA NASALE NON A CIELO APERTO
RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ORECCHIO E DAL NASO, età <18 anni
INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA PER DISFONIE SPASTICHE
ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI ALTRA LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO
ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE INTRANASALE
BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELLA LARINGE
BIOPSIA DELL'ORECCHIO MEDIO



REGIONE PUGLIA

ALLEGATO 3A PRESTAZIONI CHIRURGICHE E PROCEDURE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE A MAGGIORE INVASIVITÀ (PRESTAZIONI H DEL NOMENCLATORE DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE) E ALTRE PRESTAZIONI DI PARTICOLARE RISCHIO (erogabili nell'ambulatorio chirurgico di cui all'art. 5, comma1, punto 1.6.1 della L.R. n. 9/2017)
INCISIONE E DRENAGGIO ASCESSO PERITONSILLARE
INTERVENTI SULLA TUBA DI EUSTACHIO
OTORINOLARINGOIATRIA-CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE
CHIUSURA DI FISTOLA OROANTRALE (ORO-SINUSALE) SUPERIORE AI 5 CM

*In sede territoriale il paziente deve necessariamente essere certificato con classe di rischio ASA1/ASA2.

Per svolgere in modo ottimale le proprie attività, ed in particolare quelle a MAGGIORE INVASIVITA', si deve poter disporre di una serie di Servizi che integrano le capacità diagnostiche ed operative specifiche della struttura.



REGIONE PUGLIA

ALLEGATO 3A PRESTAZIONI CHIRURGICHE E PROCEDURE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE A MAGGIORE INVASIVITÀ (PRESTAZIONI H DEL NOMENCLATORE DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE) E ALTRE PRESTAZIONI DI PARTICOLARE RISCHIO (erogabili nell'ambulatorio chirurgico di cui all'art. 5, comma1, punto 1.6.1 della L.R. n. 9/2017)
CHIRURGIA PLASTICA/ESTETICA <i>Sono ricomprese le prestazioni valutate afferenti al grado di rischio ASA2</i>
BLEFAROPLASTICA SUPERIORE
BLEFAROPLASTICA INFERIORE
INSERIMENTO PROTESI PENIENA
CORREZIONE DI ASIMMETRIA MAMMARIA
LIPOASPIRAZIONE PURCHE' NON ECCEDENTI IL 20% DELLA SUPERFICIE CORPOREA TOTALE ED IL 3% DEL PESO CORPOREO
INSERIMENTO DI PROTESI SOTTOCUTANEE (mento, zigomi, natiche, polpacci)
AUTOINNESTO DI TESSUTO ADIPOSO AUTOLOGO (lipofilling)
MASTOPLASTICA ADDITIVA PROTESICA MONO E BILATERALE
MASTOPESSI
MASTOPESSI CON PROTESI
MASTOPLASTICA RIDUTTIVA
ADDOMINOPLASTICA
MINIADDOMINOPLASTICA
RINOPLASTICA
OTOPLASTICA
INNESTO CUTANEO, NAS
INNESTO DI CUTE A PIENO SPESSORE NELLA MANO
ALTRO INNESTO DI CUTE NELLA MANO
ALLESTIMENTO E PREPARAZIONE DI LEMBI PEDUNCOLATI
AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO
TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO SULLA MANO
TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO IN ALTRE SEDI
REVISIONE DI LEMBO PEDUNCOLATO
CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE



REGIONE PUGLIA

ALLEGATO 4A Prestazioni erogabili nell'ambulatorio medico di cui all'art. 5, comma 1, punto 1.7.1. della L.R. n. 9/2017
CARDIOLOGIA
INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI
CHIRURGIA GENERALE
AGOBIOPSIA LINFONODALE ECO-GUIDATA DI STAZIONI LINFONODALI SUPERFICIALI (INGUINALI, ASCELLARI, LATERO-CERVICALI)
ASPIRAZIONE O INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO (ASCESSO, EMATOMA O SIEROMA)
ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA
ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO (PICCOLI ATTI CHIRURGICI PER ASPORTARE LESIONI CUTANEE SUPERFICIALI CON INCISIONI INFERIORI A 3 CM , CONDILOMI, CISTI SEBACEE, LESIONI PEDUNCOLATE, LIPOMI SOTTOCUTANEI FINO A 4 CM DI DIAMETRO)
BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO
CATERISMO VESCICALE
CISTOSCOPIA TRANSURETRALE
CROMOCISTOSCOPIA
CURETTAGE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE
ESAME URODINAMICO INVASIVO
FRENULOTOMIA PENIENA
INCISIONE CON DRENAGGIO DI ASCESSO DELLA MAMMELLA
INCISIONE CON RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA CUTE E SOTTOCUTE
INCISIONE DI ASCESSO PERIANALE E DI EMORROIDI TROMBIZZATE
INCISIONE DI CISTI O SENO PILONIDALE
INFILTRAZIONE DI CHELOIDE
MESOTERAPIA
pH METRIA ESOFAGEA (24 ORE)
PUNTURA EVACUATIVA DI IDROCELE DELLA TUNICA VAGINALE
CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA ED ESTETICA - DERMATOLOGIA
BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO
CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE
CRIOterapia MEDICA (NEVE CARBONICA)
DERMOABRASIONE



REGIONE PUGLIA

ALLEGATO 4A
Prestazioni erogabili nell'ambulatorio medico di cui all'art. 5, comma 1, punto 1.7.1. della L.R. n. 9/2017
ELETTROTRICOGENESI
EPILAZIONE
FOTORINGIOVANIMENTO NON ABLATIVO
FOTOTERAPIA CON RADIAZIONI NON IONIZZANTI (UVB, UVA)
FRENULOTOMIA LABIALE
FRENULOTOMIA LINGUALE
FRENULOTOMIA PENIENA
INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO (IDROSADENITE, ASCESSO, PERIONISSI, FOLLICOLITI SUPPURATE, FAVO, ETC)
INCISIONE CON RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA CUTE E SOTTOCUTE
INFILTRAZIONE DI CHELOIDE E DI ALTRE NEOFORMAZIONI CUTANEE
OSSIGENAZIONE IPERBARICA
RADIOFREQUENZA
REVISIONE DI CICATRICE NON ADERENTE AI PIANI FASCIALI PROFONDI
RIMOZIONE DI ADENOMA SEBACEO
RIMOZIONE DI ANGIOCHERATOMA
RIMOZIONE DI ANGIOMA (PIANO, RUBINO, SPIDER, ETC)
RIMOZIONE DI CHERATOSI (ATTINICA, SEBORROICA)
RIMOZIONE DI CHIAZZA IPERCROMICA
RIMOZIONE DI CONDILOMI ACUMINATI
RIMOZIONE DI DERMATOFIBROMA
RIMOZIONE DI FIBRANGIOMA
RIMOZIONE DI FIBROMA MOLLUSCO
RIMOZIONE DI GRANULOMA PIOGENICO TELEANGECTASICO
RIMOZIONE DI LAGO VENOSO DELLE LABBRA
RIMOZIONE DI LENTIGO SIMPLEX
RIMOZIONE DI LINFANGIOMA
RIMOZIONE DI MILIO
RIMOZIONE DI MOLLUSCO CONTAGIOSO
RIMOZIONE DI NEVO (EPIDERMICO VERRUCOSO, MORIFORME, SEBACEO, DI MIESCHER, DI UNNA, ETC)
RIMOZIONE DI PECILODERMIA DI CIVATTE
RIMOZIONE DI SIRINGOMA



REGIONE PUGLIA

ALLEGATO 4A Prestazioni erogabili nell'ambulatorio medico di cui all'art. 5, comma 1, punto 1.7.1. della L.R. n. 9/2017
RIMOZIONE DI TATUAGGIO
RIMOZIONE DI TELEANGECTASIE DEL VOLTO E DEGLI ARTI INFERIORI
RIMOZIONE DI TESSUTO CICATRIZIALE DISTROFICO
RIMOZIONE DI TRICOEPIELIOMA
RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE
RIMOZIONE DI VERRUCA (VOLTARE, PLANTARE, PIANA, FILIFORME, ETC.)
RIMOZIONE DI XANTELASMA PALPEBRALE
TERAPIA INIETTIVA A BASE DI FILLER
ASPORTAZIONE LARGA LESIONE CUTE COINVOLGENTE STRUTTURE SOTTOSTANTI O ADIACENTI
ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE
CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE
MEDICAZIONE DI FERITA
MEDICAZIONE DI USTIONE
INFILTRAZIONE DI CHELOIDE
RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE
RIMOZIONE ASPORTATIVA TESS. DEVITAL.NECROSI, MASS TESS. NECROTICO
SUTURA ESTETICA DEL VOLTO
ALTRA SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO
SUTURA ESTETICA IN ALTRI DISTRTTI DEL CORPO - PICCOLE DIMENSIONI
DERMOABRASIONE CON LASER O MEZZO MECCANICO
INNESTO CUTANEO, NAS
TRASFERIMENTO DI LEMBO DI AVANZAMENTO
TRASFERIMENTO DI LEMBO DI ROTAZIONE
TRASFERIMENTO DI LEMBO DI SCORRIMENTO
INIEZ. SOST. TERAPEUTICHE AD AZIONE LOC. ALL'INTERNO DI ALTRI TESSUTI MOLLI
INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA
BLEFAROPLASTICA SUPERIORE CUTANEA MONO O BILATERALE PER BLEFAROCALASI
ASPORTAZIONE DI TESSUTI MOLLI E CONNETTIVO
INFILTRAZIONE DI PLASMA PIASTRINICO (PRP)



REGIONE PUGLIA

ALLEGATO 4A
Prestazioni erogabili nell'ambulatorio medico di cui all'art. 5, comma 1, punto 1.7.1. della L.R. n. 9/2017
CHIRURGIA VASCOLARE – ANGIOLOGIA
BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO
INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI (DALLE TELEANGECTASIE AI TRONCHI SAFENICI)
MESOTERAPIA
PICCOLI ATTI CHIRURGICI SU ULCERE, CUTE E VENE SUPERFICIALI CON INCISIONI INFERIORI A 2 CM
TRATTAMENTO DELLE ULCERE DEGLI ARTI INFERIORI
TROMBECTOMIA SIA CON ANESTESIA LOCALE CHE SENZA
GINECOLOGIA
AGOASPIRAZIONE DI CISTI VAGINALE
ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA
ASPORTAZIONE DI CONDILOMI VAGINALI, VULVARI, CERVICALI E PERINEALI
CAUTERIZZAZIONE DI COLLO UTERINO, VULVA E VAGINA
ESAME URODINAMICO INVASIVO
INCISIONE DI ASCESSO DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO
INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO
RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO
ISTEROSCOPIA
SONOISTEROGRAFIA
TRATTAMENTI LASER DELLA REGIONE CERVICALE, VAGINALE E VULVO PERINEALE
OTORINOLARINGOIATRIA
AGOASPIRATO ANCHE ECO GUIDATO DEL DISTRETTO OTORINOLARINGOIATRICO (ASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA, BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE, ASPIRAZIONE DELLA CUTE E DEL TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, AGOBIOPSIA LINFONODALE ECO-GUIDATA)
ASPORTAZIONE DELLE CISTI DEL CAVO ORALE
BIOPSIE NEL DISTRETTO OTORINOLARINGOIATRICO (DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO, DELL'ORECCHIO ESTERNO DEL NASO, DEL LABBRO, DELLA BOCCA)
CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE
FRENULOTOMIA LABIALE
INCISIONE DEI DOTTI SALIVARI CON ASPORTAZIONE DI CALCOLI
INIEZIONE DI FILLER NELLA CUTE O NELLE MUCOSE LABIALI



REGIONE PUGLIA

ALLEGATO 4A Prestazioni erogabili nell'ambulatorio medico di cui all'art. 5, comma 1, punto 1.7.1. della L.R. n. 9/2017
LISI DI ADERENZE DEL NASO
MEDICAZIONE DI FERITE DEL DISTRETTO OTORINOLARINGOIATRICO
MIRINGOTOMIA
RIDUZIONE DI VOLUME DEI TURBINATI INFERIORI CON STRUMENTI ELETTROMEDICALI
RIDUZIONE DI VOLUME STRUMENTALE DELL'UGOLA
RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ORECCHIO E DAL NASO, età >18 anni
GASTROENTEROLOGIA
TEST DI BERNSTEIN
BREATH TEST PER HELYCOBACTER PYLORI (UREA C13)
BREATH TEST PER DETERMINAZIONE TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE
BREATH TEST PER DETERMINAZIONE DI COLONIZZAZIONE BATTERICA ANOMALA
BREATH TEST AL LATTOSIO



REGIONE PUGLIA

ALLEGATO 1B

REQUISITI DELLO STUDIO MEDICO DI CUI ALL'ART. 5, COMMA 6 DELLA L.R. N. 9/2017

CARATTERISTICHE DELLO STUDIO E DELL'AMBULATORIO

Sono da considerare a minore invasività le procedure diagnostiche e terapeutiche invasive che soddisfano tutti i criteri di seguito indicati:

- a) non apertura chirurgica delle sierose;
- b) rischio statisticamente trascurabile di complicazioni infettive;
- c) rischio statisticamente trascurabile di complicanze immediate;
- d) interventi che non comportano sedazione farmacologica profonda.

IMPANTISTICHE E STRUTTURALI

La dotazione minima impiantistica prevista deve essere adeguata alle esigenze operative e tale cioè da garantire la piena funzionalità dello studio. In particolare in tutti i locali devono essere di regola assicurate l'illuminazione e la ventilazione naturali, garantendo condizioni climatiche confortevoli.

Elenco ambienti:

La dotazione di ambienti per l'attività chirurgica è la seguente:

- spazi per l'attesa;
- spazio archivio;
- servizi igienici per utenti e personale;
- spazio/locale per deposito di materiale pulito;
- spazio/locale per deposito di materiale sporco;
- spazio/armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni;

Locali per l'erogazione delle prestazioni:

- Locale visita, prestazioni e medicazioni di superficie minima di 12 mq
- Il locale deve consentire lo svolgimento dell'attività diagnostico/terapeutica relazionata al tipo di specialità svolta.

TECNOLOGICHE

Il locale visita/prestazioni/medicazioni deve essere dotato di lettino snodabile adeguato alle attività chirurgiche prestate, paravento medico per tutelare la privacy del paziente, carrello per medicazioni, scrivania, armadio metallico, sedie, diafanoscopio a parete.

Deve essere assicurata:

- sterilizzazione (in mancanza di servizio esterno);
- adeguato sistema di illuminazione della parte anatomica;
- armadio farmaci, medicazioni, strumentario
- quant'altro necessario all'esecuzione della prestazione;
- dotazione minima per pronto soccorso medico-chirurgico.

Deve, inoltre, disporre di attrezzature e presidi medico chirurgici in relazione alla specificità dell'attività diagnostico-terapeutica svolta in ciascun ambito disciplinare, in correlazione alla tipologia di prestazioni previste per questo livello.

ORGANIZZATIVE

Negli studi singoli o associati, il professionista che eroga la prestazione assume la responsabilità delle attività svolte con il supporto di altri professionisti.

Il medico che eroga la prestazione deve possedere la specializzazione nella branca di riferimento.

L'eventuale personale di supporto deve essere rapportato al volume delle attività ed alla tipologia delle prestazioni erogate.

Deve essere garantita la presenza di un operatore in possesso di idoneità al supporto delle funzioni vitali (BLS).

Tutti i materiali, farmaci, confezioni soggetti a scadenza, devono portare in evidenza la data della scadenza stessa ed essere conservati con modalità adeguate.



REGIONE PUGLIA

Devono essere presenti, in relazione al tipo di attività, adeguate modalità di approvvigionamento, disinfezione e/o sterilizzazione dei materiali e/o strumenti impiegati.

Le attività di sanificazione devono essere garantite secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

Consenso informato:

Il paziente deve essere correttamente informato sulla procedura e sul percorso assistenziale ai quali verrà sottoposto. Tali informazioni devono essere consegnate per iscritto al paziente, e una copia di esse, sottoscritta dal paziente stesso, deve essere conservata dal medico o depositata nell'archivio dello studio.

Documentazione:

Per ogni paziente deve essere approntata una scheda, controfirmata dall'esecutore della prestazione, in cui siano riportate la diagnosi, gli esami e condizioni cliniche, le eventuali tecniche sedative del dolore utilizzate, le prestazioni effettuate e le prescrizioni terapeutiche. In questo livello possono essere effettuati interventi chirurgici o anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche in anestesia topica, locale, loco-regionale e/o analgesia, su pazienti accuratamente selezionati (afferenti alle classi ASA 1 e ASA 2), con o senza sedazione, comunque, non superiore all'ansiolisi (sedazione lieve).

Il referto deve contenere:

- numero scheda, data ed identificazione utente;
- descrizione sintetica del problema; eventuali premedicazioni, indagini diagnostiche e farmaci utilizzati; prestazione eseguita; conclusioni diagnostiche.

Copia del referto deve essere consegnata all'utente ed una copia al suo medico curante, unitamente ai consigli terapeutici proposti, per garantire la continuità assistenziale, anche attraverso specifiche indicazioni relative ai controlli ed alle visite successive da praticare.

Le schede e le copie dei referti vanno conservate secondo le modalità e i tempi sanciti dalla normativa vigente.

ALTRE CARATTERISTICHE PECULIARI

Per la Disciplina di OTORINOLARINGOIATRIA:

- Luce frontale a LED/Fibra ottica con idonea sorgente luminosa e/o di alimentazione;
- Sistema di aspirazione;
- Poltroncina per visita;
- Sgabello per operatore;
- Strumentario necessario per singola visita/dispositivi non ottici atti a valutare e permettere:
 - esplorazione cavo orale;
 - esplorazione nasale;
 - esplorazione auricolare.

ALLEGATO 2B

REQUISITI DELLO STUDIO MEDICO DI CHIRURGIA AMBULATORIALE DI CUI ALL'ART. 5, COMMA 3, PUNTO 3.2. DELLA L.R. N. 9/2017

REQUISITI STRUTTURALI

Gli studi, di cui all'art. 5 comma 3.2 della L.R. n.9/17 e ss.mm.ii. devono essere dislocati in edifici, o parti di edificio, distinte da ogni altro uso per civile abitazione o altro.

I locali destinati alle attività chirurgiche debbono avere collocazione quanto più prossima al piano terra, per consentire il facile accesso dei pazienti e dei mezzi di soccorso necessari per il trattamento di un'eventuale complicanza, ovvero devono insistere in edifici dotati di ascensori atti al trasporto di pazienti in lettiga.

Elenco ambienti:

La dotazione di ambienti per l'attività chirurgica è la seguente:



REGIONE PUGLIA

- spazi per l'attesa, accettazione ed attività amministrative (registrazione/segreteria);
- spazio archivio;
- servizi igienici distinti per utenti e personale: il servizio per gli utenti deve essere prossimo alla sala d'attesa ed opportunamente indicato;
- spazio/locale per deposito di materiale pulito;
- spazio/locale per deposito di materiale sporco;
- spazio/armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni;
- spazi distinti dedicati alle funzioni direzionali ove le stesse non fossero centralizzate.

Locali per l'erogazione delle prestazioni:

- locale visita e medicazioni di superficie minima di 12 mq;
- locale chirurgico;
- locale/spazio per l'assistenza pre e postoperatoria (compatibilmente con il tipo di intervento o procedura praticata);

Il locale chirurgico:

- Deve possedere una superficie minima di 16 mq fermo restando l'obbligo di destinare 7 mq all'area destinata al paziente, che garantisca il rispetto della privacy dell'utente, in particolare con area separata per spogliarsi.
- La superficie dei pavimenti deve essere lavabile e disinfettabile.
- Le pareti del locale debbono essere dotate di rivestimenti impermeabili, lavabili e disinfettabili sino all'altezza di 2 metri.
- Il locale deve consentire lo svolgimento dell'attività diagnostico/terapeutica relazionata al tipo di specialità svolta.

In particolare in fase preoperatoria e postoperatoria debbono essere assicurate le seguenti attività:

- la preparazione del paziente;
- il supporto al paziente;
- l'identificazione e l'illuminazione delle zone anatomiche oggetto della procedura;
- la sorveglianza continua dei parametri fisiologici ed i mezzi per assicurare il loro mantenimento o il loro recupero;
- la realizzazione e il controllo dell'anestesia prevista;
- l'eventuale rianimazione necessaria.

REQUISITI IMPIANTISTICI

La dotazione minima impiantistica prevista deve essere adeguata alle esigenze operative e tale cioè da garantire la piena funzionalità di ogni ambiente. In particolare:

- in tutti i locali devono essere di regola assicurate l'illuminazione e la ventilazione naturali;
- impianto telefonico utilizzabile dagli utenti.

Caratteristiche igrotermiche:

- Temp. interna invernale 20°C+1°C
- Temp. interna estiva controllata
- Umidità relativa controllata
- N. ricambi aria/ora 3v/h (non forzata)

Caratteristiche illuminotecniche:

- Intensità luminosa 200 lux generale, 300 lux zone visita
- Fattore medio luce diurna 0.03

Dotazioni impiantistiche:

- Impianto elettrico secondo norme CEI 64.8 e 64.4
- Impianto luce sicurezza secondo norme CEI 64.8 e 64.4 solo per gli ambienti sanitari.

REQUISITI TECNOLOGICI

Il locale visita/medicazioni deve essere dotato di lettino snodabile, paravento medico per tutelare la privacy del paziente, carrello per medicazioni, scrivania, armadio metallico, sedie, diafanoscopio a parete.



REGIONE PUGLIA

Il locale chirurgico deve essere dotato di:

- lettino operatorio idoneo alle attività da svolgere;
- sterilizzazione (in mancanza di servizio esterno);
- lampada scialitica;
- armadio farmaci, medicazioni, strumentario;
- quant'altro necessario all'esecuzione della prestazione.

Deve, inoltre, disporre di attrezzature e presidi medico chirurgici correlati alla specificità disciplinare per erogare le prestazioni previste per questo livello, qualora non specificamente prescritte per singola specialità (vedi Requisiti Aggiuntivi).

Nel caso che siano presenti nel locale risorse tecnologiche destinate a prestazioni diverse, le stesse non possono essere usate in contemporanea su pazienti diversi.

Inoltre, deve essere presente un carrello per la gestione dell'emergenza che deve essere completo di attrezzatura per monitoraggio e supporto della funzione cardiovascolare e respiratoria e di un defibrillatore semiautomatico. Di seguito sono elencate le attrezzature, con particolare riferimento a quelle necessarie per fronteggiare le emergenze, ad integrazione di quanto specificato per i requisiti tecnologici in B.01.01 del Regol. Reg. Puglia n.3/2010:

- dotazione minima per pronto soccorso medico-chirurgico;
- unità di ventilazione manuale, maschere facciali e cannule di Guedel.

L'equipe operatoria dispone del materiale necessario alle cure e alla sorveglianza dei pazienti, al quale può accedere in qualsiasi momento, in fase pre, intra e post-operatoria. Il materiale del tipo conforme allo stato dell'arte ed alle conoscenze scientifiche, è adatto per numero e tipo agli interventi eseguiti ed alle condizioni del paziente.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Negli studi singoli o associati soggetti ad autorizzazione, il professionista che eroga la prestazione assume la responsabilità delle attività svolte con il supporto di altri professionisti.

Il medico che eroga la prestazione deve possedere la specializzazione nella branca chirurgica da erogare.

La dotazione organica del personale medico ed infermieristico e del personale di supporto deve essere rapportata al volume delle attività.

Per ciascuna branca deve risultare in organico il medico specializzato nella stessa disciplina.

Il personale deve garantire un impegno orario congruo rispetto alla tipologia ed al volume di attività; tale impegno orario, con la specifica delle attività da svolgere, deve essere contrattualmente definito, a prescindere dalla tipologia dei rapporti di lavoro individuali.

Deve essere assicurata la presenza di un'unità infermieristica per l'intero orario di erogazione delle prestazioni. Deve essere garantita la presenza di un operatore in possesso di idoneità all'uso del defibrillatore semiautomatico.

Il titolare dell'autorizzazione produce il documento che descrive il modello organizzativo e le modalità di assistenza sanitaria alla persona, svolte sotto la propria responsabilità, in relazione alle attività e procedure erogate. Tutti i materiali, farmaci, confezioni soggetti a scadenza, devono portare in evidenza la data della scadenza stessa ed essere conservati con modalità adeguate. Devono essere presenti, in relazione al tipo di attività, adeguate modalità di approvvigionamento, disinfezione e/o sterilizzazione dei materiali e/o strumenti impiegati. Le attività di sanificazione devono essere garantite secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

Utilizzo esclusivo:

Durante l'orario di funzionamento, nel caso di studi associati, il locale adibito ad attività di chirurgia non può essere utilizzato per altre attività.

Consenso informato:

Il paziente deve essere correttamente informato sulla procedura e sul percorso assistenziale ai quali verrà sottoposto. Tali informazioni devono essere consegnate per iscritto al paziente, e una copia di



REGIONE PUGLIA

esse, sottoscritta dal paziente stesso, deve essere conservata dal medico o depositata nell'archivio dello studio chirurgico.

Le prestazioni effettuate devono essere registrate e corredate dalle generalità riferite all'utente.

Il referto deve contenere:

- numero archivio, data ed identificazione utente;
- descrizione sintetica del problema esposto e dei dati clinici; eventuali premedicazioni, indagini diagnostiche e farmaci utilizzati; conclusioni diagnostiche; accertamenti e/o terapie e/o programmi riabilitativi prescritti e/o eseguiti;
- identificazione dell'operatore principale.

Copia del referto deve essere consegnata all'utente.

Le registrazioni e le copie dei referti vanno conservate secondo le modalità e i tempi sanciti dalla normativa vigente.

Documentazione:

Per ogni paziente deve essere approntata una scheda clinica in cui siano riportate la diagnosi, gli esami e condizioni cliniche, le prestazioni effettuate e le prescrizioni terapeutiche.

Registro delle prestazioni:

Gli interventi e le procedure interventistiche eseguiti negli studi debbono essere riportati su apposito registro, che deve contenere:

- gli elementi identificativi del paziente,
- la diagnosi,
- i nominativi ed il ruolo degli operatori,
- la procedura eseguita,
- la data, l'ora di inizio e fine della procedura stessa,
- le eventuali tecniche sedative del dolore utilizzate,
- le eventuali complicanze immediate.

Ogni prestazione riportata nel registro deve essere controfirmata dal professionista che l'ha eseguita.

Protocolli per l'ammissione, la cura e la continuità assistenziale dei pazienti operati:

In questo livello possono essere effettuati interventi chirurgici o anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche in anestesia topica, locale, loco-regionale e/o analgesia, su pazienti accuratamente selezionati (afferenti alle classi ASA 1 e ASA 2), con o senza sedazione. In caso di necessità di sedazione superiore all'ansiolisi (sedazione di I livello), è richiesta una competenza certificata da specifica formazione o la collaborazione dell'anestesista.

In relazione alle tecniche anestesiológicas da praticare per specifiche attività o per particolari pazienti, fermo restando quanto previsto in termini di eleggibilità dei casi trattabili in questo livello, deve essere assicurata, qualora ritenuta necessaria, la presenza di un anestesista durante l'esecuzione delle procedure.

Per ogni procedura dovranno essere elaborati specifici protocolli di ammissione e cura.

Relazione al medico curante:

In una relazione destinata al medico curante, consegnata al paziente, verranno riportati, gli elementi del registro ambulatoriale unitamente ai consigli terapeutici proposti, per garantire la continuità assistenziale, anche attraverso specifiche indicazioni relative ai controlli ed alle visite successive da praticare.

Gestione delle complicanze e delle urgenze:

I mezzi necessari al trattamento di un'eventuale complicanza e, in particolare, il materiale ed i farmaci idonei, debbono essere disponibili ed utilizzabili immediatamente. Gli studi devono adottare procedure formalizzate per la Gestione del Rischio, tra cui l'adozione di una Check-list operatoria coerente con la complessità delle prestazioni erogate. Deve essere predisposto un piano per le situazioni di emergenza e per il trasferimento del paziente in idonea struttura di ricovero, in caso di necessità, sia in loco, sia a distanza dall'intervento. A tal fine, il responsabile dello studio professionale



REGIONE PUGLIA

definisce le modalità per assicurare la presa in carico del paziente per la gestione di eventuali complicanze post-operatorie.

REQUISITI AGGIUNTIVI

Lo studio di livello intermedio deve, inoltre, disporre di attrezzature e presidi medico chirurgici in relazione alla specificità dell'attività diagnostico-terapeutica svolta in ciascun ambito disciplinare, in correlazione alla tipologia di prestazioni previste per questo livello intermedio di complessità.

In particolare, devono essere rispettati i seguenti requisiti minimi specifici:

- per la Disciplina di OTORINOLARINGOIATRIA:
 - Luce frontale a LED/Fibra ottica con idonea sorgente luminosa e/o di alimentazione;
 - Sistema di aspirazione;
 - Poltroncina per visita;
 - Sgabello per operatore;
 - Cabina audiometrica completa;
 - Strumentario necessario per singola visita/dispositivi non ottici atti a valutare e permettere:
 - esplorazione cavo orale;
 - esplorazione nasale;
 - esplorazione auricolare.
 - Sorgente luce per fibre ottiche;
 - Sistema ottico completo con/senza possibilità di acquisizione di immagini;
 - Ottica 0/30° per rinoscopia;
 - Fibroscopio flessibile con/senza canale operativo;
 - Microscopio otologico ambulatoriale;
 - Dispositivo elettromedicale per emostasi (elettrocauterio o altro per epistassi, ecc);
 - Impedenzometro.

ALLEGATO 3B

REQUISITI DI CUI ALL'AMBULATORIO CHIRURGICO DI CUI ALL'ART. 5, COMMA 1, PUNTO 1.6.1 DELLA L.R. N. 9/2017

REQUISITI STRUTTURALI

Gli ambulatori, di cui all'art. 5 comma 1.6.1 della L.R. n.9/17 e ss.mm.ii., presso i quali sono svolti interventi chirurgici o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive, non inclusi nel contesto di strutture sanitarie pubbliche o private, debbono essere dislocati in edifici, o parti di edificio, distinte da ogni altro uso per civile abitazione o altro.

I locali destinati alle attività chirurgiche debbono avere collocazione quanto più prossima al piano terra, per consentire il facile accesso dei pazienti e dei mezzi di soccorso necessari per il trattamento di un'eventuale complicanza, ovvero devono insistere in edifici dotati di ascensori atti al trasporto di pazienti in lettiga.

Elenco ambienti:

La dotazione di ambienti per l'attività ambulatoriale chirurgica è la seguente:

- spazi per l'attesa, accettazione ed attività amministrative (registrazione/segreteria);
- lo spazio per l'attesa deve essere dotato di un adeguato numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza degli accessi;
- spazio archivio;
- servizi igienici distinti per utenti e personale: il servizio per gli utenti deve essere prossimo alla sala d'attesa ed opportunamente indicato;
- spazio/locale per deposito di materiale pulito;
- spazio/locale per deposito di materiale sporco;
- spazio/armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni;



REGIONE PUGLIA

- spazi distinti dedicati alle funzioni direzionali ove le stesse non fossero centralizzate.
Nei presidi sanitari che ospitano più strutture eroganti prestazioni ambulatoriali, gli spazi di accettazione, attività amministrativa, attesa e servizi igienici possono essere in comune.

Locali per l'erogazione delle prestazioni:

- locale visita e medicazioni di superficie minima di 12 mq;
- sala operatoria che include il locale chirurgico ed il locale/spazio per l'assistenza pre e postoperatoria (compatibilmente con il tipo di intervento o procedura praticata);

Sala operatoria:

- Deve possedere una superficie minima di 20 mq fermo restando l'obbligo di destinare 7 mq all'area destinata al paziente, che garantisca il rispetto della privacy dell'utente, in particolare con area separata per spogliarsi.
- La superficie dei pavimenti deve essere lavabile e disinfettabile.
- Le pareti del locale debbono essere dotate di rivestimenti impermeabili, lavabili e disinfettabili sino all'altezza di 2 metri.
- Il locale deve consentire lo svolgimento dell'attività diagnostico/terapeutica relazionata al tipo di specialità svolta.

Per le strutture di questo livello di complessità per tutto quanto non disciplinato nel presente regolamento deve farsi riferimento ai requisiti per le **Sale Operatorie** di cui al R.R. Puglia n. 3/2005 punto C.01.03.

Qualora si intendano erogare prestazioni di **Endoscopia** devono essere garantiti anche i requisiti di cui alle regolamentazioni nazionale e regionale (R.R. Puglia n. 3/2010 punto B.01.08).

In particolare, in fase preoperatoria e postoperatoria debbono essere assicurate le seguenti attività:

- la preparazione del paziente;
- il supporto al paziente;
- l'identificazione e l'illuminazione delle zone anatomiche oggetto della procedura;
- la sorveglianza continua dei parametri fisiologici ed i mezzi per assicurare il loro mantenimento o il loro recupero;
- la realizzazione e il controllo del tipo di anestesia prevista per ciascun paziente;
- l'eventuale rianimazione necessaria.

Qualora la struttura sia autorizzata (alla realizzazione e successivamente all'esercizio) per erogare prestazioni riconducibili a più di una branca, l'utilizzo del medesimo locale per visite mediche può essere consentito per massimo n. 2 branche. Nel caso di utilizzo del medesimo locale per n. 2 branche, nell'autorizzazione all'esercizio dovranno essere stabiliti i giorni della settimana e/o le fasce orarie lavorative in cui i medici specializzati nelle rispettive discipline di riferimento dovranno visitare.

La sala operatoria dovrà essere idoneamente attrezzata per le diverse discipline autorizzate all'esercizio dell'attività.

REQUISITI IMPIANTISTICI

La dotazione minima impiantistica prevista deve essere adeguata alle esigenze operative e tale cioè da garantire la piena funzionalità di ogni ambiente. In particolare:

- in tutti i locali devono essere di regola assicurate l'illuminazione e la ventilazione naturali;
- impianto telefonico utilizzabile dagli utenti.

Caratteristiche igrotermiche:

- Temp. interna invernale 20°C+1°C
- Temp. interna estiva controllata
- Umidità relativa controllata
- N. ricambi aria/ora 3v/h (non forzata)

Caratteristiche illuminotecniche:

- Intensità luminosa 200 lux generale, 300 lux zone visita
- Fattore medio luce diurna 0.03

Dotazioni impiantistiche:



REGIONE PUGLIA

- Impianto elettrico secondo norme CEI 64.8 e 64.4
- Impianto luce sicurezza secondo norme CEI 64.8 e 64.4 solo per gli ambienti sanitari.

REQUISITI TECNOLOGICI

Il locale visita/medicazioni deve essere dotato di lettino snodabile, paravento medico per tutelare la privacy del paziente, carrello per medicazioni, scrivania, armadio metallico, sedie, diafanoscopio a parete.

Il locale chirurgico deve essere dotato di:

- lettino operatorio idoneo alle attività da svolgere;
- sterilizzazione (in mancanza di servizio esterno);
- lampada scialitica;
- armadio farmaci, medicazioni, strumentario
- quant'altro necessario all'esecuzione della prestazione.

Deve, inoltre, disporre di attrezzature e presidi medico chirurgici in relazione alla specificità dell'attività diagnostico-terapeutica svolta in ciascun ambito disciplinare, in correlazione alla tipologia di prestazioni previste per questo livello, inclusi i requisiti specifici previsti per il livello intermedio.

Nel caso che siano presenti nel locale risorse tecnologiche destinate a prestazioni diverse, le stesse non possono essere usate in contemporanea su pazienti diversi.

Inoltre, deve essere presente un carrello per la gestione dell'emergenza che deve essere completo di attrezzatura per monitoraggio e supporto della funzione cardiovascolare e respiratoria e di un defibrillatore semiautomatico. Di seguito sono elencate le attrezzature, con particolare riferimento a quelle necessarie per fronteggiare le emergenze, ad integrazione di quanto specificato per i requisiti tecnologici in B.01.01 del Regol. Reg. Puglia n.3/2010:

- dotazione minima per pronto soccorso medico-chirurgico;
- unità di ventilazione manuale, maschere facciali e cannule di Guedel.

L'equipe operatoria dispone del materiale necessario alle cure e alla sorveglianza dei pazienti, al quale può accedere in qualsiasi momento, in fase pre, intra e post-operatoria. Il materiale del tipo conforme allo stato dell'arte ed alle conoscenze scientifiche, è adatto per numero e tipo agli interventi eseguiti ed alle condizioni del paziente.

Nelle strutture poliambulatoriali le dotazioni di attrezzature e farmaci devono essere adeguate al numero di locali ed al tipo di prestazioni erogate.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Deve essere garantita la presenza di un medico responsabile, specializzato in una delle branche relative alle prestazioni erogate; qualora nel presidio ambulatoriale operino più medici, questi sono tenuti ad esercitare la propria attività esclusivamente nell'ambito delle loro specifiche competenze, secondo quanto stabilito dal responsabile dell'ambulatorio.

Per ciascuna branca deve risultare in organico il medico specializzato nella stessa disciplina.

La dotazione organica del personale medico ed infermieristico e del personale di supporto deve essere rapportata al volume delle attività ed alla tipologia delle patologie trattate.

Il personale deve garantire un impegno orario congruo rispetto alla tipologia ed al volume di attività; tale impegno orario, con la specifica delle attività da svolgere, deve essere contrattualmente definito, a prescindere dalla tipologia dei rapporti di lavoro individuali.

Deve essere assicurata la presenza di un'unità infermieristica per l'intero orario di erogazione delle prestazioni. Deve essere garantita la presenza di un operatore in possesso di idoneità all'uso del defibrillatore semiautomatico.

Il titolare dell'autorizzazione produce il documento che descrive il modello organizzativo e le modalità di assistenza sanitaria alla persona, svolte sotto la propria responsabilità, in relazione alle attività e procedure erogate.

Tutti i materiali, farmaci, confezioni soggetti a scadenza, devono portare in evidenza la data della scadenza stessa ed essere conservati con modalità adeguate.



REGIONE PUGLIA

Devono essere presenti, in relazione al tipo di attività, adeguate modalità di approvvigionamento, disinfezione e/o sterilizzazione dei materiali e/o strumenti impiegati.

Le attività di sanificazione devono essere garantite secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

Deve essere definito un elenco che identifica le prestazioni erogate per singolo presidio.

L'orario di accesso alle prestazioni deve assicurare la corretta esecuzione delle stesse, garantendo l'iter diagnostico/ terapeutico previsto.

La programmazione degli accessi deve essere fatta, possibilmente, per appuntamenti orari o per fasce orarie, per evitare inutili attese ed affollamenti della sala d'attesa.

Utilizzo esclusivo:

Durante l'orario di funzionamento, il locale adibito ad attività di chirurgia ambulatoriale non può essere utilizzato per altre attività.

Consenso informato:

Il paziente deve essere correttamente informato sulla procedura e sul percorso assistenziale ai quali verrà sottoposto. Tali informazioni devono essere consegnate per iscritto al paziente, e una copia di esse, sottoscritta dal paziente stesso, deve essere conservata dal medico o depositata nell'archivio dell'ambulatorio chirurgico.

Le prestazioni effettuate devono essere registrate e corredate dalle generalità riferite all'utente.

Il referto deve contenere:

- numero archivio, data ed identificazione utente;
- descrizione sintetica del problema esposto e dei dati clinici; eventuali premedicazioni, indagini diagnostiche e farmaci utilizzati; conclusioni diagnostiche; accertamenti e/o terapie e/o programmi riabilitativi prescritti e/o eseguiti;
- identificazione dell'operatore principale.

Copia del referto deve essere consegnata all'utente.

Le registrazioni e le copie dei referti vanno conservate secondo le modalità e i tempi sanciti dalla normativa vigente.

Documentazione:

Per ogni paziente deve essere approntata una scheda clinica ambulatoriale in cui siano riportate la diagnosi, gli esami e condizioni cliniche, le prestazioni effettuate e le prescrizioni terapeutiche.

Registro ambulatoriale:

Gli interventi e le procedure interventistiche eseguiti negli ambulatori debbono essere riportati su apposito registro, che deve contenere:

- gli elementi identificativi del paziente,
- la diagnosi,
- i nominativi ed il ruolo degli operatori,
- la procedura eseguita,
- la data, l'ora di inizio e fine della procedura stessa,
- le eventuali tecniche sedative del dolore utilizzate,
- le eventuali complicanze immediate.

Il registro deve essere sottoscritto dal medico responsabile dell'ambulatorio e ciascun intervento deve essere firmato dal chirurgo che lo ha effettuato.

Protocolli per l'ammissione, la cura e la continuità assistenziale dei pazienti operati:

In questo livello possono essere effettuati interventi chirurgici o anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche in anestesia topica, locale, loco-regionale e/o analgesia, su pazienti accuratamente selezionati (afferenti alle classi ASA 1 e ASA 2), con o senza sedazione: in caso di necessità di sedazione superiore all'ansiolisi (sedazione di I livello), è richiesta una competenza certificata da specifica formazione o la collaborazione dell'anestesista.

Nel presente regolamento sono indicate le strutture presso le quali è possibile praticare l'anestesia generale per pazienti selezionati, limitatamente alle sole ipotesi di recupero da parte dell'utente



REGIONE PUGLIA

dell'autonomia motoria e della piena vigilanza entro le due ore successive alla conclusione dell'intervento e non implicanti assistenza continuativa post-intervento, e le prestazioni, anche di minore invasività, per i pazienti fragili (i.e disabili psicofisici ovvero persone con disturbi del comportamento) e/o più complessi clinicamente ma comunque con ASA \leq 3.

Deve essere effettuata la visita anestesiológica per l'individuazione dei pazienti elettivi per questo livello di complessità.

In relazione alla valutazione della classe ASA ed alla tipologia di tecniche anestesiológicas da praticare, deve essere assicurata la presenza di un anestesista durante l'esecuzione delle procedure chirurgiche o diagnostico-terapeutiche comportanti rischio per il paziente.

Per ogni procedura dovranno essere elaborati specifici protocolli di ammissione e cura.

Relazione al medico curante:

In una relazione destinata al medico curante, consegnata al paziente, verranno riportati, gli elementi del registro ambulatoriale unitamente ai consigli terapeutici proposti, per garantire la continuità assistenziale, anche attraverso specifiche indicazioni relative ai controlli ed alle visite successive da praticare.

Gestione delle complicanze e delle urgenze:

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

Gli ambulatori e gli studi devono adottare procedure formalizzate per la Gestione del Rischio, tra cui l'adozione di una Check-list operatoria coerente con la complessità delle prestazioni erogate.

Deve essere predisposto un piano per le situazioni di emergenza e per il trasferimento del paziente in idonea struttura di ricovero, in caso di necessità, sia in loco, sia a distanza dall'intervento. A tal fine, il responsabile dell'ambulatorio definisce le modalità per assicurare la disponibilità telefonica di un operatore della struttura 24 ore su 24, per fornire al paziente adeguate indicazioni per affrontare eventuali problematiche post-intervento.

Le **strutture classificate sub A3 e A4** devono sottoscrivere, ai fini dell'erogazione delle prestazioni consentite, apposite Convenzioni con i Presidi di Ricovero per acuti vicini, che assumono il ruolo di Struttura di "riferimento" per la copertura delle urgenze/emergenze ovvero il ricovero del paziente, per assicurarne la sicurezza e la continuità della presa in carico in caso di necessità.

REQUISITI PER L'ACCREDITAMENTO

Si rinvia al regolamento regionale che definisce il nuovo sistema di procedure e requisiti per l'accREDITAMENTO, in coerenza con l'Intesa Stato-Regioni del 19.2.2015 in materia di adeguamenti relativi all'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie.

ALLEGATO ROC1

REQUISITI DELLO STUDIO MEDICO DI CUI ALL'ART. 5, COMMA 6 DELLA L.R. N. 9/2017

La sottosezione B.01.14 della Sezione B.01 del R.R. 5 febbraio 2010, n. 3 è così sostituita:

ACCREDITAMENTO REQUISITI STRUTTURALI	AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO REQUISITI STRUTTURALI
<ul style="list-style-type: none"> • <i>locale idoneo per visita oculistica per misurazione del visus</i> • <i>locale attesa pazienti idoneo REQUISITI TECNOLOGICI</i> • <i>ottotipo</i> • <i>lampada a fessura (biomicroscopio)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>locale idoneo per visita oculistica e misurazione del visus</i> • <i>locale attesa pazienti idoneo REQUISITI TECNOLOGICI</i> • <i>ottotipo</i> • <i>lampada a fessura (biomicroscopio)</i>



REGIONE PUGLIA

<ul style="list-style-type: none"> • <i>set di lenti per biomicroscopia del fondo oculare</i> • <i>tonometro</i> • <i>autorefrattometro e/o schiascopio</i> • <i>cassetta lenti con montatura di prova</i> • <i>frontifocometro</i> <p>OPZIONALI per entrambi senza ulteriori procedure autorizzative</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>oftalmoscopio diretto</i> • <i>oftalmoscopio indiretto con set di lenti per oftalmoscopia</i> • <i>attrezzature lavaggio vie lacrimali</i> • <i>ecografo oculare B scan</i> • <i>Topografo/Tomografo Corneale con Scheimpflug camera</i> • <i>Perimetro automatico per esame del campo visivo</i> • <i>Yag laser</i> • <i>Laser per trattamenti della retina (Argon o laser duplicato in frequenza o altri tipi di laser idonei)</i> • <i>Microscopio Endoteliale</i> • <i>cartine per schirmer test</i> • <i>fluoresceina per colorazione vitale della cornea</i> • <i>Attrezzatura per angiografia oculare</i> • <i>carrello per strumentario chirurgico</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>set di lenti per biomicroscopia del fondo oculare</i> • <i>tonometro</i> • <i>autorefrattometro e/o schiascopio</i> • <i>cassetta lenti con montatura di prova</i> • <i>frontifocometro</i>
--	--

Le procedure effettuabili nello studio ROC1 sono oltre alla visita oculistica, quelle riportate nell'allegato OC1

ALLEGATO ROC2

REQUISITI DELLO STUDIO MEDICO DI CUI ALL'ART. 5, COMMA 3, PUNTO 3.2 DELLA L.R. N. 9/2017

Gli ambulatori territoriali oculistici dove ci sono più ambulatori devono prevedere un numero di locali per misurazione del visus ed esame oculistico in relazione alla frequenza contemporanea degli specialisti, mentre per gli esami strumentali devono poter essere singoli e condivisi da più specialisti

REQUISITI AMBULATORIO OCULISTICA DI SECONDO LIVELLO

Per le specifiche peculiarità della branca oculistica che sono state evidenziate dalla società scientifica e recepite si intende. Con il termine chirurgia ambulatoriale oculistica a media invasività la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici senza necessità di posto letto, in ambulatorio, che consentano al paziente autonomia motoria e piena vigilanza entro il tempo necessario per essere dimesso senza rischi dall'intervento. Per poter essere dimessi ovviamente non



REGIONE PUGLIA

necessitano di assistenza continuativa post-intervento. Pertanto, nel corso di tali interventi devono essere utilizzate metodiche anestesiolgiche tali da consentire all'utente di subire l'atto chirurgico e di riacquistare una adeguata autonomia al termine del medesimo. Le prestazioni effettuabili presso l'ambulatorio di secondo livello sono quelle indicate in allegato OC1 più quelle indicate in allegato OC2.

REQUISITI STRUTTURALI

Gli ambulatori presso i quali sono svolti interventi chirurgici o procedure diagnostiche e/o terapeutiche seminvasive debbono preferibilmente curare la loro collocazione quanto più prossima al terreno per consentire il facile accesso dei pazienti e dei mezzi di soccorso necessari per il trattamento di un'eventuale complicanza.

Elenco ambienti:

- attesa;
- servizi igienici per il pubblico e per il personale;
- spazio registrazione/segreteria;
- spazio archivio;
- locale visita;
- locale ambulatorio chirurgico;
- spazio assistenza postoperatoria
- deposito/spazio pulito;
- deposito/spazio sporco.

Il locale ambulatorio Medico Oculistico:

Deve possedere una superficie minima di 20 mq (+/- 10 % per le strutture già autorizzate).

La superficie dei pavimenti deve essere lavabile e disinfettabile.

Le pareti del locale ambulatorio debbono essere dotate di rivestimenti impermeabili, lavabili e disinfettabili sino all'altezza di 2 metri.

La struttura ambulatoriale deve consentire lo svolgimento dell'attività diagnostico/terapeutica relazionata al tipo di specialità svolta.

In particolare in preparazione alla procedura ed al termine della stessa debbono essere assicurate le seguenti attività:

- il supporto al paziente;
- l'identificazione e l'illuminazione delle zone anatomiche;
- la sorveglianza continua dei parametri fisiologici ed i mezzi per assicurare il loro mantenimento o il loro recupero;
- la realizzazione degli interventi,
- la realizzazione e il controllo dell'anestesia locale;
- l'eventuale assistenza anestesiolgica

REQUISITI IMPIANTISTICI

Caratteristiche igrotermiche:

deve essere prevista una Unità di Trattamento Aria (UTA) che garantisca le

- Temp. interna compresa tra 22 e 24 °C $\pm 1^{\circ}$ C
- Umidità relativa Controllata
- N. ricambi aria/ora almeno 3vol/h anche con aria da ricircolo

Livello di filtrazione finale aria: H14

Caratteristiche illuminotecniche:

- Intensità luminosa 200 lux generale, 300 lux zone visita
- Fattore medio luce diurna 0.03

Dotazioni impiantistiche:

- Impianto elettrico secondo norme CEE 64.8 e 64.4
- Impianto luce sicurezza secondo norme CEE 64.8 e 64.4 solo per gli ambienti sanitari.

Deve essere prevista un'alimentazione di sicurezza dell'ambiente ambulatorio chirurgico con tempo di intervento non superiore a 0.5 secondi ed autonomia di almeno 30 minuti per gli apparecchi di



REGIONE PUGLIA

illuminazione del tavolo operatorio, per l'alimentazione di tutti gli elettromedicali impiegati nel corso della procedura chirurgica.

REQUISITI TECNOLOGICI

Di seguito sono elencate le attrezzature, con particolare riferimento a quelle necessarie per fronteggiare le emergenze, ad integrazione di quanto già specificato per i requisiti tecnologici in B.01.01.

Elenco attrezzature:

- dotazione minima per pronto soccorso medico-chirurgico;
- unità di ventilazione manuale, maschere facciali e cannule di Guedel;
- defibrillatore semi-automatico o automatico.

Altre attrezzature:

- sterilizzazione;
- tavolo/poltrona operatoria;
- lampada scialitica e/o microscopio chirurgico;
- unità di elettrocoagulazione e/o elettrobisturi
- armadio farmaci, medicazioni, strumentario.

L'equipe operatoria dispone del materiale necessario alle cure e alla sorveglianza dei pazienti, al quale può accedere in qualsiasi momento, in fase pre, intra e post-operatoria.

Il materiale deve essere idoneo per numero e tipo agli interventi eseguiti.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Utilizzo esclusivo:

Durante l'orario di funzionamento, il locale adibito ad attività di chirurgia ambulatoriale non può essere utilizzato per altre attività.

Consenso informato: Il paziente deve essere correttamente informato del percorso assistenziale al quale viene sottoposto. Tali informazioni devono essere consegnate per iscritto al paziente, e una copia di esse, sottoscritta dal paziente stesso, deve essere conservata dal medico o depositata nell'archivio dell'ambulatorio chirurgico.

Registro ambulatoriale:

Gli interventi e tutte le procedure interventistiche eseguiti negli ambulatori debbono essere riportati su apposito registro, che deve contenere:

- gli elementi identificativi del paziente,
- la diagnosi,
- i nominativi ed il ruolo degli operatori,
- la procedura eseguita,
- la data, l'ora di inizio e fine della procedura stessa,
- le eventuali tecniche sedative del dolore utilizzate,
- le eventuali complicanze.

Protocolli per l'ammissione, la cura e la continuità assistenziale dei pazienti operati:

Gli interventi chirurgici e le procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive, effettuati in ambulatorio, sono atti eseguiti prevalentemente in analgesia o anestesia locale o loco-regionale, su pazienti accuratamente selezionati con valutazione anestesiológica di rischio e conseguente assunzione in carico del paziente stesso. E' richiesta l'assunzione in carico del paziente da parte dell'anestesista all'interno degli ambulatori chirurgici oculistici. Alcuni interventi minori (piccole verruche, piccole cisti sebacee, etc) possono essere effettuate in assenza del Medico Anestesista. Per ogni procedura dovranno essere elaborati specifici protocolli di ammissione e cura.

Relazione al medico curante:

In una relazione destinata al medico curante, consegnata al paziente, verranno riportati, gli elementi del registro ambulatoriale unitamente ai consigli terapeutici proposti. Gestione delle complicanze e delle urgenze:

E' utile predisporre un piano organizzato dal direttore sanitario della struttura per il trasferimento del



REGIONE PUGLIA

paziente in idonea struttura di ricovero, in caso di necessità.

ALLEGATO ROC3

REQUISITI DELL'AMBULATORIO CHIRURGICO DI CUI ALL'ART. 5, COMMA 1, PUNTO 1.6.1. DELLA L.R. N. 9/2017

Per le specifiche peculiarità della branca oculistica, che sono state evidenziate dalla società scientifica, si intende con il termine chirurgia ambulatoriale oculistica la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare senza necessità di posto letto, in ambulatorio, interventi chirurgici sul bulbo oculare che prevedono l'accesso all'interno del bulbo oculare e l'utilizzo di protesi e/o dispositivi da impiantare all'interno del bulbo oculare. Sono eseguibili procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive, in grado di consentire al paziente un buon recupero nell'immediato postoperatorio, e non necessitano di assistenza continuativa post-intervento. Pertanto, nel corso di tali interventi devono essere utilizzate metodiche anestesilogiche, anche le più innovative tali da consentire all'utente un rapido recupero al termine dell'intervento. Le procedure chirurgiche che possono essere eseguite, sono tutte quelle eseguibili nell'ambulatorio chirurgico oculistico di classe 1 (OC1), 2 (OC2) più quelle indicate in allegato OC3.

REQUISITI STRUTTURALI

Gli ambulatori presso i quali sono svolti interventi chirurgici o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive debbono curare la loro collocazione quanto più prossima al terreno per consentire il facile accesso dei pazienti e dei mezzi di soccorso necessari per il trattamento di un'eventuale complicanza. Gli ambulatori non inclusi nel contesto di strutture sanitarie pubbliche o private, debbono essere dislocati in edifici, o parti di edificio, distinte da ogni altro uso per civile abitazione o altro. Elenco ambienti:

- attesa;
- servizi igienici per il pubblico e per il personale;
- spazio registrazione/segreteria;
- spazio archivio;
- locale visita;
- sala operatoria;
- spazio assistenza postoperatoria;
- deposito/spazio pulito;
- deposito/spazio sporco.

La sala operatoria:

Deve possedere una superficie minima di 20 mq (+/- 10 % per le strutture già autorizzate).

La superficie dei pavimenti deve essere lavabile e disinfettabile.

Le pareti della sala operatoria debbono essere dotate di rivestimenti impermeabili, lavabili e disinfettabili sino all'altezza di 2 metri.

Il locale ambulatorio deve consentire lo svolgimento dell'attività diagnostico/terapeutica relazionata al tipo di specialità svolta.

In particolare in fase preoperatoria e postoperatoria debbono essere assicurate le seguenti attività:

- il supporto al paziente;
- l'identificazione e l'illuminazione delle zone anatomiche; - la sorveglianza continua dei parametri fisiologici ed i mezzi per assicurare il loro mantenimento o il loro recupero;
- la realizzazione degli interventi,
- la realizzazione e il controllo dell'anestesia locale;
- l'eventuale assistenza anestesilogica

REQUISITI IMPIANTISTICI

Caratteristiche igrotermiche:



REGIONE PUGLIA

deve essere prevista una Unità di Trattamento Aria (UTA) che garantisca le

- Temp. interna compresa tra 22 e 24 °C ±1°C
- Umidità relativa Controllata
- N. ricambi aria/ora 15v/h da aria esterna con max 2 vol./h di aria da ricircolo.

Livello di filtrazione finale aria: H14 Caratteristiche illuminotecniche:

- Intensità luminosa 200 lux generale, 300 lux zone visita
- Fattore medio luce diurna 0.03

Dotazioni impiantistiche:

- Impianto elettrico secondo norme CEE 64.8 e 64.4
- Impianto luce sicurezza secondo norme CEE 64.8 e 64.4 solo per gli ambienti sanitari.

Deve essere prevista un'alimentazione di sicurezza dell'ambiente ambulatorio chirurgico con tempo di intervento non superiore a 0.5 secondi ed autonomia di almeno 30 minuti per gli apparecchi di illuminazione del tavolo operatorio, per l'alimentazione di tutti gli elettromedicali impegnati nel corso della procedura chirurgica.

REQUISITI TECNOLOGICI

Di seguito sono elencate le attrezzature, con particolare riferimento a quelle necessarie per fronteggiare le emergenze, ad integrazione di quanto già specificato per i requisiti tecnologici in B.01.01. Che devono essere presenti nel locale ambulatorio con sala operatoria.

Elenco attrezzature:

- dotazione minima per pronto soccorso medico-chirurgico;
- unità di ventilazione manuale, maschere facciali e cannule di Guedel;

Aspiratore

- defibrillatore semi-automatico o automatico.

Altre attrezzature:

- sterilizzazione (in mancanza di servizio esterno);
- tavolo/poltrona operatoria;
- lampada scialitica;
- microscopio operatorio;
- facoemulsificatore (con vitrectomo anteriore, elettrocauterio)
- Vitrectomo posteriore completo di endolaser (se vengono effettuati interventi sulla retina)
- Elettrobisturi (per interventi extra bulbo oculare)
- Aspiratore
- armadio farmaci, medicazioni, strumentario.

L'equipe operatoria dispone del materiale necessario alle cure e alla sorveglianza dei pazienti, al quale può accedere in qualsiasi momento, in fase pre, intra e post-operatoria.

Il materiale del tipo conforme allo stato dell'arte ed alle conoscenze scientifiche, è adatto per numero e tipo agli interventi eseguiti ed alle condizioni del paziente.

Nelle strutture poliambulatoriali le dotazioni di attrezzature e farmaci devono essere adeguate al numero di locali ed al tipo di prestazioni erogate.

Elenco attrezzature che devono essere presenti nelle strutture in cui vi è un ambulatorio chirurgico oculistico di classe 3 sono quelle richieste per un ambulatorio oculistico di Classe 1 più quelle previste per un ambulatorio chirurgico di classe 2 più quelle di seguito riportate:

- Autorefrattometro
- biometro ottico ad interferometria e/o ad ultrasuoni
- topografo corneale
- microscopio endoteliale automatizzato
- OCT se vengono effettuati interventi sulla retina

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Utilizzo esclusivo:

Durante l'orario di funzionamento, il locale adibito ad attività di chirurgia ambulatoriale non può essere



REGIONE PUGLIA

utilizzato per altre attività.

Consenso informato: Il paziente deve essere correttamente informato del percorso assistenziale al quale viene sottoposto. Tali informazioni devono essere consegnate per iscritto al paziente, e una copia di esse, sottoscritta dal paziente stesso, deve essere conservata dal medico o depositata nell'archivio dell'ambulatorio chirurgico.

Registro ambulatoriale:

Gli interventi e tutte le procedure interventistiche eseguiti negli ambulatori debbono essere riportati su apposito registro, che deve contenere:

- gli elementi identificativi del paziente,
- la diagnosi,
- i nominativi ed il ruolo degli operatori,
- la procedura eseguita,
- la data, l'ora di inizio e fine della procedura stessa,
- le eventuali tecniche sedative del dolore utilizzate,
- le eventuali complicanze.

Protocolli per l'ammissione, la cura e la continuità assistenziale dei pazienti operati:

Gli interventi chirurgici e le procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive, effettuati in ambulatorio, sono atti eseguiti prevalentemente in analgesia o anestesia locale o loco-regionale, su pazienti accuratamente selezionati con valutazione anestesiológica di rischio e conseguente assunzione in carico del paziente stesso. E' richiesta l'assunzione in carico del paziente da parte dell'anestesista all'interno degli ambulatori chirurgici oculistici. Alcuni interventi minori (piccole verruche, piccole cisti sebacee, etc) possono essere effettuate in assenza del Medico Anestesista. Per ogni procedura dovranno essere elaborati specifici protocolli di ammissione e cura.

Relazione al medico curante:

In una relazione destinata al medico curante, consegnata al paziente, verranno riportati, gli elementi del registro ambulatoriale unitamente ai consigli terapeutici proposti. Gestione delle complicanze e delle urgenze:

E' utile predisporre un piano organizzato dal direttore sanitario della struttura per il trasferimento del paziente in idonea struttura di ricovero, in caso di necessità.

ALLEGATO OC1

PRESTAZIONI DELLO STUDIO MEDICO DI CUI ALL'ART. 5, COMMA 6 DELLA L.R. N. 9/2017

Nota	Codice	Descrizione
	08.91	DEPILAZIONE ELETTROCHIRURGICA DELLA PALPEBRA
	09.41	SPECILLAZIONE DEL PUNTO LACRIMALE
	09.42	SPECILLAZIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI
	10.91	INIEZIONE SOTTOCONGIUNTIVALE
	12.41	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL' IRIDE, NON ESCISSIONALE
	13.64	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA
	14.34	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE
	95.12	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCINA O ANGIOSCOPIA OCULARE (con presenza obbligatoria dell'anestesista)
	95.13	ECOGRAFIA OCULARE
	95.21	ELETTRORETINOGRAMMA (ERG, FLASH-PATTERN)
	95.22	ELETTROOCULOGRAFIA (EOG)



REGIONE PUGLIA

	95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP)
	95.24.1	STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO SPONTANEO O POSIZIONALE
	95.24.2	STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO PROVOCATO
	95.26	TONOGRAFIA, TEST DI PROVOCAZIONE E ALTRI TEST PER IL GLAUCOMA
	98.21	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO CORNEALE O CONGIUNTIVALE,
	11.21	CURETTAGE DELLA CORNEA PER STRISCIO O COLTURA (previsto nei nuovi LEA)

ALLEGATO OC2

PRESTAZIONI DELLO STUDIO MEDICO DI CUI ALL'ART. 5, COMMA 3, PUNTO 3.2 DELLA L.R. N. 9/2017

Codice	Descrizione
08.02	Apertura di blefarorrafia (apertura di tarsorrafia)
08.11	Biopsia della palpebra
08.21	Asportazione di calazio
08.22	Asportazione di altra piccola lesione della palpebra (asportazione di verruca, cisti)
08.23	Asportazione di lesione maggiore della palpebra, non a tutto spessore
08.24	Asportazione di lesione maggiore della palpebra, a tutto spessore
08.31	Correzione di blefaroptosi con intervento sui muscoli frontali, con sutura
08.32	Correzione di blefaroptosi con anastomosi del muscolo frontale mediante fascia lata
08.33	Correzione di blefaroptosi con accorciamento dell'elevatore
08.42	Riparazione di entropion o ectropion con tecnica di sutura
08.43	Riparazione di entropion o ectropion con resezione cuneiforme
08.51	Cantotomia
08.52	Blefarorrafia (o tarsorrafia)
08.59	Altra correzione della posizione della palpebra (correzione lagofalmo)
08.61	Ricostruzione della palpebra con lembo o innesto cutaneo
08.62	Ricostruzione della palpebra con lembo o innesto di mucosa
08.63	Ricostruzione della palpebra con innesto del follicolo pilifero
08.64	Ricostruzione della palpebra con lembo tarsocongiuntivale
08.69	Altra ricostruzione della palpebra con lembo o innesto
08.70	Ricostruzione della palpebra, SAI
08.71	Ricostruzione della palpebra interessante il margine palpebrale, non a tutto spessore
08.73	Ricostruzione della palpebra interessante il margine palpebrale, a tutto spessore



REGIONE PUGLIA

08.81	Riparazione lineare di lacerazione della palpebra e delle sopracciglia
08.82	Riparazione di lacerazione della palpebra interessante il margine palpebrale, non a tutto spessore
08.83	Altra riparazione di lacerazione della palpebra, non a tutto spessore
08.84	Riparazione di lacerazione della palpebra interessante il margine palpebrale, a tutto spessore
08.85	Altra ricostruzione di lacerazione della palpebra, a tutto spessore
08.99	Altri interventi sulla palpebra (Blefarocalasi mono o bilaterale, marginoplastica, altra blefaroplastica)
09.11	Biopsia della ghiandola lacrimale
09.12	Biopsia del sacco lacrimale
09.29	Altra riparazione della palpebra
09.44	Intubazione del dotto naso-lacrimale
09.49	Altre manipolazioni delle vie lacrimali (inclusa dacriocistectomia)
09.52	Incisione dei canalicoli lacrimali (stricturectomia)
09.53	Incisione del sacco lacrimale (incisione di dacrioflemmone)
09.71	Correzione di eversione del punto lacrimale
09.72	Altra riparazione del punto lacrimale
09.91	INSERZIONE DI OCCLUSORE DEL PUNTO LACRIMALE PER RIDUZIONE DELLA PRODUZIONE LACRIMALE, OCCHIO SECCO, CHERATITI, LAGOF TALMO, SURFACE SYNDROME, CHERATITE PUNTATA. Incluso: obliterazione del punto lacrimale
10.0	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA CONGIUNTIVA PER INCISIONE
10.31	Asportazione di lesione o tessuto della congiuntiva
10.4	CONGIUNTIVOPLASTICA
10.41	Riparazione di simblefaron con innesto libero
10.42	Ricostruzione di cul de sac congiuntivale con innesto libero
10.43	Altra ricostruzione di cul de sac congiuntivale
10.44	Altro innesto libero della congiuntiva
10.49	Altra congiuntivoplastica
10.6	Riparazione di lacerazione della congiuntiva
11.51	Sutura di ferita corneale
11.52	Riparazione di ferita chirurgica deiscenza della cornea
11.53	Riparazione di lacerazione o ferita della cornea con lembo congiuntivale
11.59	Altra riparazione della cornea



REGIONE PUGLIA

11.79	Altri interventi rifrattivi sulla cornea (Trattamento di difetti di refrazione mediante chirurgia incisionale, impianto di anello intrastromale, termocheratoplastica o laser ad eccimeri (PRK, LASIK e LASEK, SMILE); trattamento di opacità o irregolarità della cornea mediante cheratectomia fototerapeutica (PTK) con laser ad eccimeri)
11.91	Tatuaggio della cornea
11.99	Altri interventi sulla cornea
11.99.1	APPLICAZIONE TERAPEUTICA DILENTE A CONTATTO
11.99.2	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE
11.99.3	CORREZIONE DI ALTERAZIONI CORNEALI

ALLEGATO OC3

PRESTAZIONI DELL'AMBULATORIO CHIRURGICO DI CUI ALL'ART. 5, COMMA 1, PUNTO 1.6.1 DELLA L.R. N. 9/2017

- a) Prestazioni di specialistica ambulatoriale (chirurgia ambulatoriale oculistica) individuate nel nomenclatore vigente (ex Decreto Ministero della Salute 18/10/2012) nonché dai nuovi LEA (ex D.P.C.M. 12/01/2017), contrassegnate come "H", di seguito elencate:

Codice	Descrizione
08.44	Riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra
08.72	Altra ricostruzione della palpebra non a tutto spessore
08.6	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO
08.6	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO
08.72	Altra ricostruzione della palpebra non a tutto spessore
08.74	ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE. Escluso: RIPARAZIONE DI ENTROPION O
09.43	ENDOSCOPIA DELLE VIE LACRIMALI. Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione
09.60	Asportazione del sacco e delle vie lacrimali

- b) Interventi maggiori sul bulbo oculare ad elevata complessità chirurgica e tecnologica (compresa nei vari pacchetti di day- service),

- c) Interventi chirurgici sulla cornea

Trapianto di cornea mediante cheratoplastica lamellare o perforante

- 11.60 Trapianto di cornea, non altrimenti specificato
- 11.61 Cheratoplastica lamellare autologa
- 11.62 Altra cheratoplastica lamellare
- 11.63 Cheratoplastica perforante autologa (a tutto spessore)
- 11.64 Altra cheratoplastica perforante omologa



REGIONE PUGLIA

- 11.69 Altro trapianto della cornea
 - 11.73 Cheratoprotesi
 - 11.79 Altri interventi rifrattivi sulla cornea
 - 11.91 Tatuaggio della cornea
- Trapianto di membrana amniotica
- 11.99 Altri interventi sulla cornea
- Trapianto di cellule staminali; trapianto di limbus, con o senza trapianto di cornea membrana amniotica
- 11.69 Altro trapianto della cornea
- d) Interventi chirurgici sul cristallino e sulla camera anteriore**
- Intervento di cataratta mediante facoemulsificazione, con o senza impianto di lente intraoculare (in camera anteriore, a fissazione iridea, in camera posteriore e a fissazione sclerale) anello capsulare**
- Insertire femto e trifocali
- 13.41 Facoemulsificazione ed aspirazione di cataratta e come altra procedura (anche con utilizzo di laser a femto secondi)
 - 13.71 Inserzione di cristallino artificiale intraoculare (anche ad alta tecnologia) al momento della estrazione di cataratta, eseguiti in contemporanea Intervento di cataratta intra ed extracapsulare
 - 13.11 Estrazione intracapsulare del cristallino per via temporale
 - 13.19 Altra estrazione intracapsulare del cristallino
 - 13.2 Estrazione extracapsulare della cataratta con tecnica di estrazione lineare
 - 13.3 Estrazione extracapsulare del cristallino con tecnica di aspirazione semplice (e di irrigazione)
 - 13.71 Inserzione di cristallino artificiale intraoculare al momento della estrazione di cataratta, eseguiti in contemporanea Lensectomia via pars plana
 - 13.42 Facoemulsificazione ed aspirazione di cataratta per via pars plana
 - 13.65 Asportazione chirurgica di cataratta secondaria Intervento di cataratta associato a chirurgia del glaucoma, a chirurgia corneale (cheratoplastica) o a chirurgia vitreale
 - 13.11 Estrazione intracapsulare del cristallino per via temporale
 - 13.19 Altra estrazione intracapsulare del cristallino
 - 13.2 Estrazione extracapsulare della cataratta con tecnica di estrazione lineare
 - 13.3 Estrazione extracapsulare del cristallino con tecnica di aspirazione semplice (e di irrigazione) •
- 13.41 Facoemulsificazione ed aspirazione di cataratta
- 13.42 Facoemulsificazione ed aspirazione di cataratta per via pars plana
 - 13.43 Facoframmentazione meccanica ed aspirazione della cataratta e come altra procedura
- 12.00 Rimozione di corpo estraneo intraoculare dal segmento anteriore dell'occhio, SAI
- 12.02 Rimozione di corpo estraneo intraoculare dal segmento anteriore dell'occhio senza impiego di magnete
- 12.21 Aspirazione diagnostica della camera anteriore dell'occhio
- Lavaggio della camera anteriore con antibiotici o TPA
- 12.92 Iniezione nella camera anteriore
 - 13.72 Impianto secondario di cristallino artificiale Asportazione di lente intraoculare dalla camera anteriore o posteriore
 - 13.8 Rimozione di cristallino impiantato Vitrectomia anteriore per via limbare o pars plana
 - 14.73 Vitrectomia meccanica per via anteriore
- e) Interventi chirurgici sull'iride**
- 12.35 Coreoplastica Plastica iridea; ricostruzione del forame pupillare con le differenti tecniche
 - 12.39 Altra iridoplastica
 - 12.12 Altra iridotomia
 - 12.31 Lisi di goniosinechie
 - 12.32 Lisi di altre sinechie anteriori
 - 12.33 Lisi di sinechie posteriori
 - 12.97 Altri interventi sull'iride



REGIONE PUGLIA

f) Interventi chirurgici per glaucoma

- 12.64 Trabeculectomia ab externo
- 12.66 Revisione post operatoria di interventi di fistolizzazione della sclera
- 12.92 Iniezione nella camera anteriore
- 12.79 Altri interventi per glaucoma
- 12.72 Ciclocrioterapia Iridectomia basale
- 12.14 Altra iridectomia Trabeculotomia
- 12.54 Trabeculotomia ab externo Goniotomia
- 12.52 Goniotomia senza goniopuntura
- 12.53 Goniotomia con goniopuntura
- 12.55 Ciclodialisi
- 12.63 Iridenclisis Iridocicloretrazione
- 12.79 Altri interventi per glaucoma Posizionamento di impianti o valvole drenanti
- 12.79 Altri interventi per glaucoma

g) Interventi chirurgici sulla sclera

- 12.85 Riparazione di stafiloma della sclera con innesto
- 12.86 Altra riparazione di stafiloma della sclera
- 12.87 Rinforzo di sclera mediante innesto Inserti intrasclerali
- 12.88 Altro rinforzo della sclera

h) Interventi chirurgici per patologie della retina e del corpo vitreo

- 14.41 Piombaggio sclerale con impianto
- 14.49 Altre indentazioni sclerali
- 14.52 Riparazione di distacco retinico con crioterapia
- 14.51 Riparazione di distacco retinico mediante diatermia Pneumoretinopessia con gas espandibili •
- 14.75 Iniezione di sostituti vitreali Vitrectomia via pars plana con iniezione di sostituti vitreali (liquidi, oleosi e/o gassosi) ed eventuali trattamenti retinopessici (endolaser, endocriopessia, endodiatermia) nei seguenti casi: 1. distacco trazionale della retina con proliferazione vitreoretinica (PVR) limitatamente ai gradi A e B 2. retinopatia diabetica non proliferante o proliferante iniziale con emovitreo o distacco trazionale iniziale 3. chirurgia maculare: membrane neovascolari sottoretiniche; peeling maculare in sindrome dell'interfaccia vitreoretinica, pucker maculare, foro maculare (con o senza impiego di colla biologica o siero autologo), edema maculare cistoide, membrane epiretinali 4. ogni altra patologia retinica che richieda un trattamento della durata prevista non superiore alle tre ore
- 14.72 Altra rimozione del corpo vitreo (vitrectomia via pars plana)
- 14.75 Iniezione di sostituti vitreali
- 14.54 Riparazione di distacco retinico mediante fotocoagulazione laser
- 14.52 Riparazione di distacco retinico con crioterapia
- 14.51 Riparazione di distacco retinico mediante diatermia
- 14.41 Piombaggio sclerale con impianto
- 14.49 Altre indentazioni sclerali
- 14.72 Altra rimozione del corpo vitreo (vitrectomia via pars plana)
- Asportazione di sostituti vitreali (olio di silicone) per via limbare o via pars plana
- 14.79 Altri interventi sul corpo vitreo
- Asportazione di corpo estraneo endobulbare
- 14.00 Rimozione di corpo estraneo dal segmento posteriore dell'occhio, SAI Evacuazione di emorragia sovracoroideale con o senza tamponamento
- 14.9 Altri interventi sulla retina, sulla coroide e sulla camera posteriore Prelievo di vitreo a scopo diagnostico
- 14.11 Aspirazione diagnostica del corpo vitreo Iniezione di farmaci endovitreali
- 14.79 Altri interventi sul corpo vitreo

i) Interventi chirurgici per strabismo



REGIONE PUGLIA

-
- 15.11 Arretramento di un muscolo extraoculare
 - 15.12 Avanzamento di un muscolo extraoculare
 - 15.13 Resezione di un muscolo extraoculare
 - 15.19 Altri interventi su un muscolo extraoculare che richiedono disinserzione temporanea dal bulbo
 - 15.21 Interventi di allungamento di un muscolo extraoculare
 - 15.22 Interventi di accorciamento di un muscolo extraoculare
 - 15.29 Altri interventi su un muscolo extraoculare
 - 15.3 Interventi su due o più muscoli extraoculari che richiedono distacco temporaneo dal bulbo, uno o entrambi gli occhi
 - 15.4 Altri interventi su due o più muscoli extraoculari, uno o entrambi gli occhi
 - 15.5 Trasposizione di muscoli extraoculari
 - 15.6 Revisione di chirurgia su muscolo extraoculare
 - 15.7 Riparazione di lesioni del muscolo extraoculare
 - 15.9 Altri interventi su muscoli e tendini extraoculari
- Interventi di asportazione del bulbo oculare in toto o in parte**
- 16.31 Rimozione di contenuti del bulbo oculare con impianto contemporaneo endosclerale
Enucleazione con posizionamento di impianto (in silicone, metacrilato o idrossiapatite) ed eventuale utilizzo di sclera liofilizzata, fascia lata, ecc.
 - 16.41 Enucleazione del bulbo oculare con impianto contemporaneo nella capsula di Tenone di protesi, con inserzione di muscoli
 - 16.42 Enucleazione del bulbo oculare con altro impianto contemporaneo