

allegato 1)



Regione Umbria

Giunta Regionale

DIREZIONE SALUTE E WELFARE

Servizio Programmazione assistenza territoriale,
integrazione socio sanitaria

Piano strategico del fabbisogno e della localizzazione territoriale degli **AMBULATORI CHIRURGICI**

1. Analisi del contesto regolatorio regionale

Con le DGR 194/2024, 761/2024 e 282/2025 è stato adottato, e poi modificato e integrato, il documento recante "Classificazione e requisiti delle prestazioni di chirurgia ambulatoriale (art. 6 comma 8 del Regolamento Regionale 15 dicembre 2023, n. 9)".

La Regione Umbria, nell'ambito della programmazione sanitaria regionale, e in linea con gli indirizzi nazionali, ha razionalizzato la rete ospedaliera anche attraverso la promozione del progressivo passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale. Il DM 2 aprile 2015 n. 70 (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera) riporta una specifica Appendice 2 dell'Allegato 1 relativa alla Chirurgia ambulatoriale, la quale demanda alle Regioni la classificazione e la definizione degli standard relativi alle strutture che erogano prestazioni di chirurgia ambulatoriale.

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502) reca all'Allegato 4 (Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale) il Nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, e all'Allegato 6-b (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502) indica 24 prestazioni ad alto rischio di inappropriata se erogate in regime di day surgery che possono essere trasferite in regime ambulatoriale.

La classificazione delle strutture che erogano prestazioni di chirurgia ambulatoriale e l'individuazione dei relativi requisiti di sicurezza e di qualità rappresenta un passaggio regolatorio essenziale per potenziare e migliorare le prestazioni secondo criteri di appropriatezza, efficacia, ed efficienza, nonché per sostenere il processo di deospedalizzazione ed è stata pertanto definita con la DGR 282/2025 al fine di:

- classificare le diverse tipologie di Strutture di chirurgia ambulatoriale;
- definire i requisiti aggiuntivi che devono essere posseduti da ciascuna tipologia di Strutture di chirurgia ambulatoriale ai fini del rilascio dell'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie, in aggiunta ai requisiti minimi di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 e alle ulteriori disposizioni vigenti;
- individuare le prestazioni erogabili presso ciascuna tipologia di Strutture di chirurgia ambulatoriale;
- fornire indicazioni in merito all'utilizzo dei farmaci.

In base alla complessità dell'attività erogata, le Strutture di chirurgia ambulatoriale sono classificate in tre livelli definiti TIPO 1, TIPO 2 e TIPO 3. Per ogni livello sono state individuate le prestazioni da erogare secondo i citati criteri di complessità tecnica/invasività delle prestazioni, tecniche e grado di anestesia e sedazione praticabili, possibili insorgenze di complicanze post-operatorie e gradiente di sicurezza igienico ambientale dell'area operatoria.

Matrice di Classificazione degli Ambulatori Chirurgici

Livello	Caratteristiche Cliniche e Anestesiologiche	Requisiti Tecnici e Microclimatici
TIPO 1	Anestesia locale, topica o tronculare periferica. Osservazione post-operatoria < 2 ore. Assenza del medico anestesista.	Superficie min. 20 mq (nuove strutture). Ricambio aria: 6 volumi/ora.
TIPO 2	Anestesia locale/loco-regionale con eventuale sedazione. Anestesista presente in struttura. Utilizzo farmaci OSP.	6 ricambi/ora (senza sedazione) o 15 ricambi/ora (con sedazione cosciente). Presa vuoto/O2.
TIPO 3	Anestesia generale o sedazione profonda. Osservazione > 2 ore (posti letto tecnici). Requisiti strutturali da Day Surgery.	Standard da Gruppo Operatorio (DPR 14/01/1997). Collegamento funzionale con degenza acuti.

Gli ambulatori chirurgici già in esercizio nel territorio regionale, entro i termini stabiliti, si sono adeguati alla nuova classificazione e ai conseguenti requisiti.

Con le DGR 194/2024, 761/2024 e 282/2025 la Regione ha disposto il passaggio dell'erogazione dall'attività di degenza a quella ambulatoriale per i DRG ad elevato rischio di inappropriata in **regime di ricovero ordinario**, inseriti nel DPCM del 12/01/2017, nell'Allegato 6A, e per le prestazioni ad elevato rischio di inappropriata in **regime di day-surgery**, di cui all'Allegato 6B.

2. Mappatura Territoriale dell'offerta di Chirurgia Ambulatoriale

	Ambulatori PRIVATI			Ambulatori PUBBLICI			TOTALE
	Tipo 2	Tipo 3	TOTALE	Tipo 2	Tipo 3	TOTALE	
Distretto Alto Tevere	2	0	2	0	2	2	4
Distretto Alto Chiascio	1	0	1	0	1	1	2
Distretto Perugino	9	7	16	1	1	2	18
Distretto Assisano	1	0	1		1	1	2
Distretto Media Valle del Tevere	0	0	0	0	1	1	1
Distretto Trasimeno	2	0	2		1	1	3
USL 1	15	7	22	1	7	8	30
Distretto Foligno	2	1	3	0	1	1	4
Distretto Valnerina	0	0	0	0	1 (*)	1	1
Distretto Spoleto	1	0	1		1	1	2
Distretto Terni	4	0	4	1	1	2	6
Distretto Narni e Amelia	1	0	1	0	2	2	3
Distretto Orvieto	0	0	0	0	1	1	1
USL 2	8	1	9	1	7	8	17
UMBRIA	23	8	31	2	14	16	47

(*) L'attuale ambulatorio Chirurgico pubblico presso l'Ospedale di **Norcia** eroga prevalentemente prestazioni di Tipo 1 e pochissime prestazioni di Tipo 2 (H); tuttavia evolverà, a seguito della nuova programmazione regionale, in Ambulatorio Chirurgico di Tipo 3 e, pertanto, come tale è stato considerato nella tabella sopra riportata.

Gli attuali ambulatori Chirurgici pubblici presso **Spoleto (Via Manna)** e **Città della Pieve (Casa della Comunità)** erogano prevalentemente prestazioni di Tipo 1 e pochissime prestazioni di Tipo 2 (H); non sono stati inseriti nella tabella sopra riportata ma sono comunque considerati nella programmazione perché previsti nelle Case di Comunità.

3. Valutazione complessiva sulla localizzazione degli ambulatori chirurgici

Prendendo in considerazione gli ambulatori di Tipo 2 e di Tipo 3, pubblici e privati, sono presenti nel territorio regionale complessivamente:

	Popolazione*	Tipo 2 privati	Tipo 3 privati	Tipo 2 pubblici	Tipo 3 pubblici	Totale	Abitanti* per ambulatorio
Distretto AltoTevere	74.197	2	0	0	2	4	18.549
Distretto Alto Chiascio	52.024	1	0	0	1	2	26.012
Distretto Perugino	189.866	9	7	1	1	18	10.548
Distretto Assisano	60.408	1	0	0	1	2	30.204
Distretto Media Valle del Tevere	55.534	0	0	0	1	1	55.534
Distretto Trasimeno	56.298	2	0	0	1	3	18.766
USL 1	489.624	15	7	1	7	30	16.321
Distretto Foligno	95.079	2	1	0	1	4	23.770
Distretto Valnerina	11.095	0	0	0	1	1	11.095
Distretto Spoleto	45.274	1	0	0	1	2	22.637
Distretto Terni	125.961	4	0	1	1	6	20.994
Distretto Narni e Amelia	49.394	1	0	0	2	3	16.465
Distretto Orvieto	39.387	0	0	0	1	1	39.387
USL 2	363.444	8	1	1	7	17	21.379
UMBRIA	853.068	23	8	2	14	47	18.150

* i dati di popolazione sono dati Istat al 01/01/2024

Prendendo in considerazione solo gli ambulatori di Tipo 2 pubblici e privati, sono presenti nel territorio regionale complessivamente:

	Popolazione*	Tipo 2 privati	Tipo 2 pubblici	Totale	Abitanti* per ambulatorio
Distretto Alto Tevere	74.197	2	0	2	37.099
Distretto Alto Chiascio	52.024	1	0	1	52.024
Distretto Perugino	189.866	9	1	10	18.987
Distretto Assisano	60.408	1	0	1	60.408
Distretto Media Valle del Tevere	55.534	0	0	0	
Distretto Trasimeno	56.298	2	0	2	28.149
USL 1	489.624	15	1	16	30.602
Distretto Foligno	95.079	2	0	2	47.540
Distretto Valnerina	11.095	0	0	0	
Distretto Spoleto	45.274	1	0	1	45.274
Distretto Terni	125.961	4	1	5	25.192
Distretto Narni e Amelia	49.394	1	0	1	49.394
Distretto Orvieto	39.387	0	0	0	
USL 2	363.444	8	1	9	40.383
UMBRIA	853.068	23	2	25	34.123

* i dati di popolazione sono dati Istat al 01/01/2024

4. Linee Guida Strategiche per il potenziamento dell'offerta

Il potenziamento dell'offerta di prestazioni chirurgiche *outpatient* (ambulatoriali), è volto:

- alla riduzione delle liste di attesa per le prestazioni interventistiche erogabili nel regime ambulatoriale;
- al miglioramento del tasso di ospedalizzazione determinato dai ricoveri potenzialmente inappropriati che possono essere trasferiti al setting ambulatoriale in relazione ai criteri di eleggibilità e di esclusione per tale setting come previsto dalla DGR 282/2025;
- al miglioramento del saldo della mobilità interregionale attraverso il potenziamento dell'offerta con riduzione della mobilità evitabile;
- al perseguimento della Sicurezza Clinica;
- all'attuazione dell'approccio "One Health" (contrasto all'antimicrobico-resistenza -AMR- e mitigazione del rischio di Infezioni Correlate all'Assistenza -ICA);
- a garantire un'assistenza sanitaria localizzata a copertura di tutto il territorio regionale che tenga conto delle zone geograficamente isolate o altrimenti svantaggiate;
- a evitare il fenomeno deteriore di una offerta di prestazioni sanitarie con alta remunerazione che risulti sovradimensionata, dando luogo a processi di eccessiva concorrenza che potrebbero portare ad un'inaccettabile caduta del livello di sicurezza e qualità delle prestazioni sanitarie non compatibile con la tutela del diritto alla salute.
- al perseguimento dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse.

5. Fabbisogni regionali

Il Decreto Ministeriale 70/2015 fissa l'obiettivo di un tasso di ospedalizzazione massimo (numero di ricoveri per abitanti) pari a 160 per 1.000 abitanti, prevedendo di cui almeno il 25% di questi avvenga in regime diurno (day surgery/ambulatoriale) e questo ha spinto le Regioni a potenziare la chirurgia ambulatoriale per ridurre i ricoveri ordinari. In Umbria il tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurni) standardizzato in rapporto alla popolazione residente e riferito all'anno 2024 (indicatore NSG H01Z) è pari a 123,26. Come già sopra riportato, la Regione Umbria ha definito standard strutturali e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio degli ambulatori chirurgici, che sono stati aggiornati con la DGR 282/2025.

Gli ambulatori chirurgici di Tipo 3 sono autorizzati anche per il Tipo 2 e il Tipo 1.
Gli ambulatori chirurgici di Tipo 2 sono autorizzati anche per il Tipo 1.

A tal fine il calcolo del numero di strutture necessarie si basa su:

- **Bacino di utenza:** la struttura deve essere facilmente accessibile alla popolazione di riferimento, garantendo l'assenza di barriere architettoniche.
- **Tassi di ospedalizzazione:** La tendenza attuale è lo spostamento di interventi dal regime di ricovero (Day Surgery) a quello ambulatoriale per ridurre i costi (circa 1/5 rispetto al ricovero) e migliorare l'efficienza.
- **Contesto di riferimento e Volumi di prestazioni:** si definisce il fabbisogno analizzando l'attuale distribuzione degli ambulatori per tipologie, i volumi erogati e liste d'attesa per tali tipologie di prestazioni.

Ambulatori chirurgici di Tipo 1

Per gli **ambulatori chirurgici di Tipo 1**, in considerazione delle prestazioni erogate (che non devono essere eseguite in ambulatori protetti, o situati presso strutture di ricovero, ovvero dotati di particolari requisiti ed appositamente individuati dalla Regione), il Servizio regionale competente rilascia gli assensi alla realizzazione e, successivamente, in caso di possesso dei requisiti disciplinati dalla DGR 282/2025, rilascia l'autorizzazione all'esercizio. La medesima disposizione si applica anche agli **Ambulatori di assistenza specialistica che non erogano prestazione chirurgiche** - di cui all'art. 3 comma 1 lettera d) punto 2 del RR 9/2023-, ivi compresi i **laboratori** - di cui all'art. 3 comma 1 lettera d) punto 3 del RR 9/2023-, ed esclusi gli **ambulatori per la diagnostica per immagini e strumentale** - di cui all'art. 3 comma 1 lettera d) punto 8 del RR 9/2023.

Ambulatori chirurgici di Tipo 2

Il Servizio regionale competente in materia di autorizzazioni rilascia gli assensi alla realizzazione di **ambulatori chirurgici di Tipo 2 presso strutture pubbliche**, anche di nuova realizzazione, di tipo territoriale (Case della Comunità /Poliambulatori distrettuali), essendo quelle di tipo ospedaliera definite per gli ambulatori di tipo 3.

Tale criterio è stabilito tenendo presente che una Casa della Comunità Hub ha standard di riferimento pari 40.000/50.000 abitanti, che sono previste Case di Comunità Spoke che per loro natura sono strutture di prossimità e, pertanto, si fissa come parametro una struttura ogni 20.000 abitanti.

Per gli **ambulatori chirurgici di Tipo 2 privati** il Servizio regionale competente in materia di autorizzazioni rilascia gli assensi alla realizzazione al fine di favorire la capillarità dei servizi e una maggiore equità di accesso in relazione alle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio, con particolare riferimento alle aree interne e rurali e alle aree orogeografiche disagiate, secondo il criterio soprariportato anche per le strutture pubbliche, di una struttura ogni 20.000 abitanti e comunque almeno 1 per Distretto in relazione alla opportunità di garantire la prossimità territoriale.

Il Servizio regionale competente in materia di autorizzazioni sanitarie, pertanto, può rilasciare assensi per l'autorizzazione alla realizzazione (di cui all'art. 5 del RR 9/2023) di Ambulatori Chirurgici di tipo 2, esclusivamente nel rispetto dei seguenti principi:

- Autorizzazione di nuovi ambulatori pubblici di tipo 2 nelle Case delle Comunità e nei poliambulatori territoriali
- Autorizzazione di nuovi ambulatori privati di tipo 2 secondo i parametri indicati relativi agli abitanti per Distretto e con almeno 1 Ambulatorio di questo tipo per Distretto.

La Direzione Salute e Welfare nel rispetto di tali indicazioni definisce il fabbisogno complessivo di ambulatori chirurgici di Tipo 2 per Distretto con evidenza di quanto già autorizzato e di quanto autorizzabile.

Il Servizio regionale competente in materia di autorizzazioni sanitarie procede agli assensi in relazione a quanto definito nel fabbisogno.

Il Servizio regionale competente in materia di autorizzazioni sanitarie, decorsi 18 mesi dall'entrata in vigore della presente programmazione, può, previa nuova regolamentazione, autorizzare Ambulatori Chirurgici di Tipo 2 presso i Distretti che hanno esaurito la capienza massima di Ambulatori autorizzabili, utilizzando la capienza eventualmente residua e disponibile presso gli altri Distretti della medesima Azienda USL. Anche al fine di disciplinare in modo dettagliato tale criterio, nonché al fine di differenziare e qualificare l'offerta complessiva, i Servizi regionali competenti della Direzione Salute e Welfare, senza modificare le capienze di ambulatori autorizzabili, possono ulteriormente precisare i criteri di individuazione delle strutture da autorizzare con riguardo alle branche di specialità e alle prestazioni da erogare.

Ambulatori chirurgici di Tipo 3

Per gli **ambulatori chirurgici di Tipo 3**, essendo presenti in tutti i Distretti ed in ragione degli stringenti requisiti di localizzazione (*“La struttura di chirurgia ambulatoriale di TIPO 3 può essere collocata esclusivamente in ambiente con degenza per acuti (ospedale o casa di cura privata), ovvero può essere una struttura autonoma funzionalmente collegata ad una struttura ospedaliera che effettua ricoveri ordinari per acuti situata ad una distanza compatibile con l’efficace gestione di eventuali complicanze.”*), il Servizio regionale competente rilascia gli assensi alla realizzazione esclusivamente per nuovi ambulatori di Tipo 3, pubblici o privati, funzionalmente collegati ad una nuova struttura ospedaliera dotata di day surgery.

Tutti gli Ambulatori Chirurgici (di Tipo 1, 2 e 3) autorizzati all’esercizio possono, avendone i requisiti, ottenere l’accreditamento istituzionale.

Si precisa che l’autorizzazione alla realizzazione di un Ambulatorio Chirurgico privato non conferisce il diritto al convenzionamento con il SSR.

In ultimo la programmazione potrà subire variazioni e aggiornamenti anche in relazione ad interventi normativi a livello nazionale.