**D.C.R. n° 616 - 3149: REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI ED ORGANIZZATIVI MINIMI PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLE ATTIVITA' SANITARIE DA PARTE DELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE**

Il Consiglio regionale, nell'adunanza n° 455 del 22 febbraio 2000 ha deliberato in merito al "Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 recante atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private - Disposizioni di attuazione".

## INDICE


- **PREMESSA**
- **REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI GENERALI**
- **REQUISITI MINIMI STRUTTURALI TECNOLOGICI GENERALI**
- **REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA IN REGIME AMBULATORIALE**

- Assistenza specialistica ambulatoriale
- Servizi di medicina di laboratorio
- Attività di diagnostica per immagini
- Attività di recupero e rieducazione funzionale
- Strutture socio-assistenziali a rilievo sanitario
- Centro di salute mentale
- Consultorio familiare
- Presidi per il trattamento dei tossicodipendenti: centro ambulatoriale

- **REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI ED ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO PER ACUTI**

- Sistema di emergenza - urgenza
- Punti di primo intervento
- Pronto soccorso ospedaliero
- Dipartimento di emergenza ed accettazione
- Centrali operative
- Area di degenza
- Reparto operatorio
- Punto nascita - blocco parto
- Rianimazione e terapia intensiva
- Medicina nucleare
- Attività di radioterapia
- Day - hospital

- Day - surgery
- Gestione farmaci e materiale sanitario
- Servizio di sterilizzazione
- Servizio di disinfezione
- Servizio mortuario
- Servizi vari

- **REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI ED ORGANIZZATIVI**
- **SPECIFICI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI**
- **RICOVERO A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO**

- Presidi di tutela della salute mentale: centro diurno psichiatrico e day - hospital psichiatrico
- Presidi di tutela della salute mentale: struttura residenziale psichiatrica
- Strutture di riabilitazione e strutture educativo-assistenziali per i tossicodipendenti
- Casa alloggio per malati AIDS (C.A. AIDS)
- Residenze sanitarie assistenziali (R.S.A.)
- Residenze assistenziali flessibili (R.A.F.)
- Centro diurno integrato
- Hospice

- **ALLEGATO "REQUISITI TECNOLOGICI SPECIFICI"** (indicazioni in materia di impiantistica e sicurezza)

## PREMESSA

Ai fini della applicazione dei requisiti minimi e tenuto conto che con il termine di requisito organizzativo si intende l'azione organizzativa, si definisce:

AZIENDA: il soggetto giuridico, pubblico e privato che offre attività o prestazioni sanitarie.

PRESIDIO: struttura fisica (ospedale, poliambulatorio, ambulatorio, ecc.) dove si effettuano le prestazioni e/o le attività sanitarie.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA: Dimensione organizzativa complessiva della funzione svolta.

VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA': Tali attività hanno lo scopo di garantire all'utente che le prestazioni od i servizi ricevuti siano di buona qualità. Per iniziative di valutazione e miglioramento della qualità si intendono progetti che prevedono:
1) l'identificazione di un problema (intesa come occasione di miglioramento);
2) la determinazione delle cause possibili;
3) la definizione dei criteri, degli indicatori e dei livelli soglia di buona qualità;
4) la progettazione e l'effettuazione di uno o più studi per precisare la differenza tra i valori attesi e quelli osservati nonché per identificare le cause di tale discrepanza;
5) la progettazione e l'effettuazione dell'intervento migliorativo;
6) la valutazione dell'impatto a breve e medio termine dell'intervento migliorativo nei confronti del problema affrontato;
7) la diffusione dei risultati a tutti gli interessati.
Tali iniziative possono riguardare processi/esiti di prestazioni dirette agli utenti o processi/esiti delle attività di supporto (gestionali, organizzativi, amministrative, ecc.).

LINEE GUIDA: insieme di indicazioni procedurali suggerite, finalizzate ad assistere gli operatori in specifiche circostanze.

REGOLAMENTI INTERNI: definiscono le modalità di comportamento o successione di azioni definite da documenti formali o dalla normativa, che devono essere sistematicamente ottemperate.

PROCEDURE: insieme di azioni professionali finalizzate ad un obiettivo.

# REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI GENERALI

Il presente documento indica i requisiti minimi relativi ai seguenti aspetti organizzativi:
1. politica, obiettivi ed attività;
2. struttura organizzativa;
3. gestione delle risorse umane;
4. gestione delle risorse tecnologiche;
5. gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamenti interni;
6. sistema informativo
7. organizzazione e gestione della sicurezza.

## 1) POLITICA, OBIETTIVI ED ATTIVITA'

La Direzione aziendale provvede alla definizione delle politiche complessive dell'azienda ed esplicita gli obiettivi da raggiungere, sia per la tipologia ed i volumi che per la qualità delle prestazioni e dei servizi che intende erogare. La denominazione dei presidi e dell'articolazione interna deve essere tale da mostrare chiaramente la connotazione sanitaria dell'attività. La denominazione delle strutture private deve indicare chiaramente la natura giuridica di soggetto privato.
La Direzione deve esplicitare ai presidi, alle unità operative ed alle altre articolazioni organizzative, il ruolo, gli obiettivi e le funzioni assegnate agli stessi.

E' adottato un documento in cui sono esplicitati:
- la missione, e cioè la ragion d'essere dell'organizzazione ed i valori cui si ispira;
- le politiche complessive, e cioè l'indirizzo dato dalla Direzione Generale, che consiste nel definire i campi prioritari di azione e quali metodi adottare per raggiungere gli obiettivi;
- gli obiettivi:
  a) devono essere articolati nel tempo;
  b) devono risultare congruenti con gli obiettivi dei livelli organizzativi sovraordinati;
  c) devono essere commisurati alle risorse;

- l'organizzazione interna generale, per singolo presidio e articolazione organizzativa funzionale con particolare riferimento a:
  a) l'organigramma con il quale vengono individuati i responsabili delle articolazioni operative e delle funzioni di supporto tecnico-amministrativo e definite le loro funzioni;

b) i livelli di responsabilità;
c) le modalità di erogazione del servizio;
d) le prestazioni e/o le attività erogate.

La Direzione definisce annualmente il piano di lavoro che comprende:
- la tipologia ed il volume di attività previste;
- il piano organizzativo.

La Direzione predispone materiale informativo a disposizione dell'utenza, che specifichi tipologia delle prestazioni erogate, operatori responsabili delle prestazioni, orari, costi.

## 2) STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La Direzione, per ogni presidio, definisce ed esplicita l'organizzazione e le politiche di gestione delle risorse umane ed economiche per:
- le attività ambulatoriali;
- le attività di ricovero a ciclo continuativo e diurno (acuti e post-acuti).

La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici).
Nei presidi che operano in regime di ricovero programmato, si devono adottare specifici rapporti con altri presidi che operano all'interno del sistema di emergenza urgenza, per la gestione di eventuali emergenze cliniche.

## 3) GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

La Direzione oltre ad assicurare i requisiti minimi organizzativi definiti con il presente atto, definisce il fabbisogno di personale:
- in termini numerici (equivalenti a tempo pieno) per ciascuna professione o qualifica professionale;
- per posizione funzionale;
- per qualifica;
- in rapporto ai volumi ed alle tipologie delle attività, secondo criteri specificati dalle normative regionali.

E' indispensabile che tutti i ruoli e le posizioni funzionali siano ricoperti da personale in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente.

Deve essere predisposto un piano annuale di formazione-aggiornamento del personale con particolare attenzione alle attività sanitarie, con indicazione del responsabile, contenente:
- l'analisi dei bisogni formativi, la definizione degli obiettivi di apprendimento e la pianificazione della loro valutazione;
- l'indicazione del responsabile delle attività di formazione e aggiornamento.

Deve essere documentato un programma di aggiornamento del personale medico e non medico sull'utilizzo sicuro ed appropriato delle apparecchiature biomediche.
Il programma di aggiornamento deve:

- fare riferimento sia a singole apparecchiature installate che a problematiche di carattere generale nel campo delle tecnologie biomediche;
- essere funzionalmente integrato con il normale addestramento all'uso di nuove apparecchiature;
- essere reso noto a tutti i livelli operativi deve essere strutturato per soddisfare i bisogni di tutte le figure professionali operanti con le apparecchiature biomediche.

Devono essere normalizzate le modalità per favorire l'inserimento operativo del personale di nuova acquisizione.

## 4) GESTIONE DELLE RISORSE TECNOLOGICHE

Si devono prevedere specifiche procedure di programmazione degli acquisti delle apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici che devono tenere conto dell'obsolescenza, dell'adeguamento alle norme tecniche, della eventuale disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria.

La disponibilità di adeguate risorse a livello infrastrutturale, di personale e del materiale di consumo connesso alle apparecchiature biomediche, deve essere pianificata e documentata in modo tale da assicurare le prestazioni previste dal piano di attività. Deve essere garantita la disponibilità degli apparecchi vitali (indicati in apposito elenco in riferimento al livello organizzativo aziendale) anche in caso di guasto prolungato, mediante sostituzione con altro apparecchio o analoga procedura.

La Direzione adotta un inventario delle apparecchiature in dotazione.

Deve esistere un piano per la manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature biomediche; tale piano deve essere documentato per ciascuna apparecchiatura e reso noto ai diversi livelli operativi.

Il piano di manutenzione ordinaria, tenendo conto delle indicazioni contenute sia nelle normative tecniche che nei manuali di servizio, deve garantire i necessari requisiti qualitativi e di sicurezza delle prestazioni fornite opportunamente documentati per ciascuna apparecchiatura biomedica.
Tutti gli interventi di manutenzione straordinaria sulle apparecchiature biomediche in dotazione devono essere documentati.
La documentazione tecnica relativa alle singole apparecchiature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, deve essere a corredo dello strumento e mantenuta in maniera che sia facilmente rintracciabile dal responsabile della manutenzione.

La Direzione deve provvedere affinché in ogni presidio sia garantito l'uso sicuro, appropriato ed economico delle apparecchiature biomediche.

In tutte le strutture, anche non dotate di un servizio di Ingegneria Clinica, dev’essere previsto un referente per l’utilizzo appropriato ed economico delle apparecchiature biomediche, con specifiche competenze nel settore.

## 5) GESTIONE, VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA', LINEE GUIDA E REGOLAMENTI INTERNI.

La Direzione è responsabile della creazione delle condizioni organizzative che facilitino e consentano la promozione e il supporto ad attività valutative e di miglioramento dei processi di erogazione dei servizi e delle prestazioni, secondo le indicazioni contenute in questo stesso documento o nella normativa già emanata a livello nazionale o locale.
In tutti i presidi devono essere attivati programmi di valutazione e miglioramento delle attività. I programmi vengono selezionati in rapporto alle priorità individuate.
In ogni azienda deve esistere una struttura organizzativa (o un responsabile in relazione alla complessità della stessa) che presiede alle attività di valutazione e miglioramento della qualità.
Annualmente ogni struttura organizzativa effettua al proprio interno o partecipa ad almeno un progetto di valutazione e verifica di qualità favorendo il coinvolgimento di tutto il personale.
Tale attività sarà utilizzata anche per lo studio dell'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, con particolare riferimento agli episodi di ricovero e all'utilizzo di tecnologie complesse (RMN, TAC, Angioplastiche, ecc.).
I laboratori di analisi, i servizi di anatomia-istologia-citologia patologica e i centri trasfusionali devono prevedere attività di controllo di qualità interne ed esterne e partecipare a programmi di miglioramento della qualità.
In tutte le articolazioni organizzativo-funzionali è favorito l'utilizzo delle Linee Guida predisposte dalle Società scientifiche o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica nelle varie branche specialistiche. Inoltre devono essere predisposte con gli operatori, linee guida, regolamenti interni che indichino il processo assistenziale con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità.
Ogni struttura organizzativa predispone una raccolta di regolamenti interni, linee guida, aggiornati per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti (selezionate per rischio, frequenza, costo). Il personale deve essere informato sull'esistenza di tali documenti, che sono facilmente accessibili, e che vanno confermati o aggiornati almeno ogni tre anni.
Devono essere predisposti documenti simili per lo svolgimento delle principali attività di supporto tecnico-amministrativo, in particolare:

- criteri e modalità di accesso dell'utente (programmazione liste di attesa, accoglimento e registrazione);
- modalità di prelievo, conservazione, trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento;
- modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori;
- pulizia e sanificazione degli ambienti;
- modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria.

In particolare le modalita’ di compilazione dei documenti (referti, cartelle cliniche, ecc.) dovranno prevedere, tra l’altro, anche l’identificazione del soggetto che ha proceduto alla redazione del/dei documento/i stesso/i.

## 6) SISTEMA INFORMATIVO

Il sistema informativo è finalizzato alla raccolta, elaborazione ed archiviazione dei dati di struttura, processo ed esito, con gli obiettivi di:

- sostanziare e ridefinire le politiche e gli obiettivi del presidio e della azienda;
- fornire il ritorno informativo alle strutture organizzative, necessario per le valutazioni di loro competenza;
- rispondere al debito informativo nei confronti di livelli sovra-ordinati.

La Direzione assicura:
- l'individuazione dei bisogni informativi dell'organizzazione;
- la struttura del sistema informativo;
- le modalità di raccolta;
- la diffusione ed utilizzo delle informazioni;
- la valutazione della qualità del dato;
- l'integrazione delle informazioni prodotte nelle attività correnti delle singole unità operative, sezioni, uffici, ecc.

Deve essere individuato un referente del sistema informativo responsabile delle procedure di raccolta e verifica della qualità (riproducibilità, accuratezza, completezza) e diffusione dei dati, ferme restando le responsabilità specifiche previste da norme nazionali.

## 7 ) ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DELLA SICUREZZA

### a) Requisiti di carattere generale

Tutte le strutture sanitarie devono essere in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi che tutelano la salute e la sicurezza degli addetti sui posti di lavoro , delle certificazioni ed autorizzazioni previste dalla vigente legislazione in materia di sicurezza e di tutela della salute.

In particolare, il datore di lavoro, ai sensi del d.lgs 626/1994 e successive modificazioni,deve:
- elaborare il documentodi cui all’art.4 - comma 2 - del Decreto indicato;
- designare il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione nonchè e nominare il medico competente quando previsto;
- designare preventivamente i lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei lavoratori e dei degenti in caso di pericolo grave ed immediato, di primo soccorso, e, comunque di gestione dell’emergenza;
- provvedere alla formazione ed informazione dei lavoratori, ai sensi degli artt. 21 e 22 del Decreto succitato.

All'atto della richiesta di autorizzazione all'esercizio sanitario, il responsabile legale deve produrre una dichiarazione autenticata attestante che la struttura, gli impianti e le attrezzature possiedono i requisiti previsti dalla vigente legislazione in materia di sicurezza e salute. La documentazione, corredata dai verbali delle verifiche, collaudi, certificazioni ed autorizzazioni di legge eseguite dagli Enti incaricati del servizio, deve essere conservata ed aggiornata, presso gli uffici direzionali.

Il Medico Competente deve effettuare la sorveglianza sanitaria mediante accertamenti preventivi all’assunzione per verificare l’idoneità alla mansione specifica, nonchè accertamenti periodici per verificare il permanere dell’idoneità alla mansione. Inoltre collabora, con il Servizio di Prevenzione e Protezione, ad individuare i fattori di rischio, le misure per la sicurezza e i programmi di formazione.

Il datore di lavoro è tenuto a custodire la cartella sanitaria di rischio di ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza, ex art. 4 - comma 8 - e ne consegna copia all'interessato al momento della cessazione del rapporto di lavoro.

Il/i rappresentante/i dei lavoratori:
- sono consultati in ordine alla valutazione dei rischi;
- sono consultati in ordine alla programmazione degli interventi;
- sono consultati in ordine alla organizzazione della formazione;
- ricevono adeguata formazione;
- partecipano alle riunioni periodiche.

Ai fini delle attività connesse al controllo delle infezione ospedaliere, nell'ambito del Servizio di Prevenzione e Protezione, per ogni Azienda deve essere attivata una unità operativa con le funzioni di coordinamento delle attività di prevenzione e protezione relative.

I Servizi e le Strutture deputati alle attività di prevenzione dai rischi per la sicurezza e la salute sui luoghi di lavoro devono avere addetti in numero e con capacità adeguato. In particolare il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione può essere un medico con specifica professionalità.

b) Prevenzione e controllo di rischi biologici

Fatto salvo il rispetto delle disposizioni del Titolo VIII del D. Lsvo 626/94 e successive modificazioni è necessario che sia formalizzata una procedura che:
- indichi le precauzioni da adottare per evitare, nel corso della attività lavorativa, in relazione alle possibili operazioni la possibile esposizione ad agenti biologici;
- adeguatamente pubblicizzata permetta ai lavoratori di sapere di dover notificare qualsiasi infortunio o incidente relativo all'uso di agenti biologici;
- preveda soluzioni organizzative che consentono la possibilità di accesso sicuro al servizio per il lavoratore anche durante le ore notturne o i giorni festivi, relativamente alle esposizioni ad agenti biologici dei gruppi 3 e 4 (allegato XII d. lgs. 626/1994).

Il personale sanitario è informato sulla possibilità di sottoporsi gratuitamente alla vaccinazione contro l'Epatite B.
Sono attivate le procedure per sottoporre a vaccinazione contro HBV, il personale di nuova assunzione e quello impegnato in attività a maggior rischio, secondo la normativa vigente.

Per la riduzione del rischio, ove presente, di malattia tubercolare si deve prevedere:
- all'assunzione con intradermoreazione ed eventuale vaccinazione dei suscettibili;
- controlli, almeno annuali, della intradermoreazione per i cutinegativi;
- l'isolamento respiratorio stretto dei pazienti a cui viene posta diagnosi di infezione tubercolare formalizzato con norme scritte;
- stanze di degenza singole ritenute idonee per un paziente affetto da tubercolosi in fase contagiosa;
- maschere a sicurezza (P2 o P3, valvolate), per il personale, per la prevenzione del contagio nei casi debba provvedere ad erogare assistenza ad un paziente con infezione tubercolare in fase contagiosa;

- adeguata e periodica informazione del personale sul rischio di contagio tubercolare.

Inoltre per il rischio da agenti biologici devono essere disponibili presidi adeguati alla necessità di ridurrne l'esposizione, quali:
- contenitori rigidi per aghi e taglienti;
- introduzione di sistemi di prelievo a vuoto;
- maschere di sicurezza (P2 o P3, valvolate) per evitare il contagio da patogeni a trasmissione aerea.
- presidi "barriera" per i quali siano stati formulati protocolli scritti che definiscano adeguatamente le procedure di utilizzo verifiche sistematiche con indicatori che ne dimostrino un utilizzo congruo;
- contenitori per i rifiuti solidi, una volta pieni vengono eliminati tempestivamente secondo il programma di smaltimento dei rifiuti.

Per le strutture di ricovero, sono previsti appositi controlli di isolamento modulari per i pazienti con patologie potenzialmente contagiose:
- sono previsti protocolli scritti che definiscono le patologie soggette ad isolamento e le modalità per effettuarlo;
- nel sospetto, e comunque a conferma avvenuta, di patologie a trasmissione enterica, il degente può essere isolato in stanza dotata di propri servizi igienici;
- nel sospetto, e comunque a conferma avvenuta, di patologie a trasmissione aerea, il degente può essere isolato in stanza dotata di propri servizi igienici e la possibilità di ottenere almeno 6 ricambi d'aria per ora;
- nei casi in cui sia richiesto isolamento stretto, il degente può essere isolato in stanza dotata di propri servizi igienici, e la possibilità di ottenere almeno 6 ricambi d'aria per ora e la presenza di apposito filtro.

Le procedure per la protezione dagli incidenti occupazionali per esposizione a materiali biologici sono state previste anche per i visitatori.
Nei casi in cui sia stato predisposto per i degenti isolamento enterico, respiratorio o stretto, è previsto:
- adeguata segnalazione fuori dalla camera di degenza;
- la fornitura di presidi protettivi anche per i visitatori;
- la limitazione del flusso di visitatori;
- la sorveglianza sanitaria in caso di esposizione a materiale biologico;
- adeguate istruzioni, preferibilmente scritte, per la gestione del paziente a domicilio.

Le unità operative dell'azienda sanitaria sono state informate in merito a:
- patologie infettive e contagiose che richiedono notifica alla Unità Sanitaria Locale;
- modalità di notifica e segnalazione dei casi.

L'Azienda Sanitaria dispone di:
- personale sanitario, anche in consulenza, con documentata esperienza per la diagnosi clinica delle patologie infettive e contagiose;
- adeguato supporto, anche in convenzione, da parte del servizio di microbiologia e del laboratorio di sierologia;
- personale sanitario, anche in consulenza, con documentata e adeguata esperienza per la terapia delle patologie infettive e contagiose, o, in alternativa, protocolli scritti.

B1) Rischi cancerogeni

Fatto salvo il rispetto delle disposizioni normative vigenti in relazione all'utilizzo di agenti cancerogeni, è necessario che sia formalizzata la procedura di preparazione ed utilizzo di farmaci chemioterapici antineoplastici.
Particolare riguardo andrà posto alle procedure per gli interventi di profilassi in caso di incidente occupazionale.

c) Requisiti per il controllo delle infezioni ospedaliere

E' attivata nell'ambito del Servizio di Prevenzione e Protezione con carattere dipartimentale, una Unità Operativa con funzioni di coordinamento e gestione delle attività di prevenzione delle infezioni nelle strutture sanitarie.

L'U.O. è diretta da un dirigente medico adeguato alla funzione.
L'U.O. si avvale di un Comitato multidisciplinare per l'elaborazione del programma di sorveglianza, prevenzione e conrollo delle infezioni nosocomiali, i cui membri includono rappresentanti dello staff medico, infermieristico, farmaceutico, amministrativo e del Servizio di Prevenzione e Protezione.

Le strutture di ridotte dimensioni possono avvalersi di un Comitato multidisciplinare, presente nell'ambito dell'ASL di competenza, che abbia uniformità dell'indirizzo nosologico delle strutture partecipanti, di cui faccia parte almeno un rappresentante per ciascuna struttura.

Obiettivo per la lotta alle infezioni acquisite nelle strutture sanitarie è identificare e ridurre il rischio di infezioni endemiche nei pazienti e negli operatori a diverso titolo coinvolti nell'assistenza al paziente.

Con successivo atto deliberativo, da adottarsi entro i 3 mesi successivi all'approvazione del presente documento, l'Assessorato definirà standard e criteri organizzativi ed operativi per l'attuazione dei programmi di sorveglianza e controllo anche sulla scorta delle indicazioni già fornite e delle esperienze acquisite.

## REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI

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

- protezione antisismica

- protezione antincendio
- protezione acustica
- sicurezza elettrica e continuità elettrica
- sicurezza anti-infortunistica
- igiene dei luoghi di lavoro
- protezione delle radiazioni ionizzanti
- radiazioni non ionizzanti
- eliminazione delle barriere architettoniche
- smaltimento dei rifiuti
- condizioni microclimatiche
- impianti di distribuzione dei gas
- materiali esplodenti
- specifica ambientazione e/o protezione antialluvione-esondazione fluviale per i presidi non urbanizzati.

In merito a tali problematiche si ritiene di fare riferimento alle specifiche norme nazionali, regionali, locali e di buona tecnica, per la prevista parte di competenza, alle disposizioni internazionali.

## 1) REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

### a) Indicazioni generali di localizzazione e progettazione

La costruzione di una struttura sanitaria presuppone la sua localizzazione in un'area di adeguate caratteristiche, siano esse dimensionali che di salubrità. La dimensione dell'area deve essere tale da poter contenere al suo interno, oltre agli edifici sanitari propriamente detti, tutte le strutture edilizie di supporto ad essi (servizi generali, magazzini, depositi, spogliatoi, locali tecnici, ecc.).
Le strutture che erogano prestazioni di ricovero devono assicurare una rete viaria di collegamento e zone di parcheggio differenziate per utenti esterni e per utenti interni. E’ ammessa deroga, limitatamente ai parcheggi, per le strutture esistenti, ove sussistano impedimenti strutturali alla realizzazione.
Per tutti questi aspetti, nonché per quelli più strettamente legati alla progettazione ed edificazione delle opere, si fa riferimento alle norme urbanistiche, edilizie e di sicurezza vigenti, il rispetto delle quali è propedeutico all'ottenimento delle approvazioni da parte delle competenti autorità (Ente Regione,Comando dei VV.FF., Comuni, Azienda Sanitaria Locale, Ente Provincia, Sovrintendenza ai Beni Ambientali, Culturali, ecc.)

### b) Protezione radiazioni ionizzanti

Per l'impiego di apparecchi o di sostanze che possono generare radiazioni ionizzanti dovranno essere osservate le prescrizioni di legge di cui al Decreto Legislativo 17.3.1995 n. 230 e successive norme attuative.

### c) Tutela dall'inquinamento acustico

La tutela dell'inquinamento acustico deve essere assicurata secondo le modalità e le prescrizioni della Legge 26.10.1995 n. 447 e delle successive norme attuative.

d) Tutela dall'inquinamento elettromagnetico

La tutela dall'inquinamento elettromagnetico deve essere assicurata secondo quanto stabilito dal Decreto Legislativo 4.12.1992 n. 476 "Attuazione della Direttiva 89/336/CEE del Consiglio del 3 maggio 1989, in materia di riavvicinamento delle legislazioni degli Stati membri relative alla compatibilità elettromagnetica, modificata dalla direttiva 92/31/CEE del Consiglio del 29 aprile 1992.

e) Locali, vie di circolazione e di passaggio

Le dimensioni devono essere anche rispondenti a quanto indicato al Titolo II "Luoghi di lavoro" del d.lgs 626/1994 e successive modificazioni, nonchè alla legge n. 13 del 9/1/1989 "Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati", del Decreto attuativo DM 236 del 14.6.1989 nonchè del D.P.R. n. 503 "Regolamento recante norme per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici, locali, e servizi publici."

In ogni caso le vie di circolazione e di passaggio devono avere larghezza adeguata al passaggio di letti e barelle senza creare intralci alla circolazione, con adeguati spazi di manovra in corrispondenza degli ingressi alle camere di degenza o ad altri locali di cura, trattamento e servizio.

f) Sicurezza antincendio.

La sicurezza antincendio deve essere assicurata ai sensi della normativa vigente e secondo le prescrizioni dei Comandi provinciali dei VVF e deve riguardare tutti gli ambienti della struttura.

Si ricorda che ove la struttura non ricada negli obblighi di legge previsti per il rilascio del Certificato di prevenzione incendi, la valutazione del rischio incendio e le conseguenti misure di prevenzione sono di competenza del Servizio di prevenzione e protezione previsto dal d.lgs. n. 626/1994 e successive modifiche ed integrazioni.

g) Caratteristiche dei materiali

Tutti gli ambienti dovranno avere pavimenti e pareti lavabili e disinfettabili in funzione della loro destinazione d'uso. Ove possibile dovranno essere realizzati angoli arrotondati tra parete e pavimento.

Nello specifico, le sale operatorie, le sale parto e qualunque altro ambiente dove si faccia uso di gas medicali o anestetici, dovranno avere pavimenti antistatici, e le aree di lavoro dei laboratori o del servizio farmaceutico dovranno avere superfici resistenti agli acidi, agli alcali, ai solventi organici ed al calore.

Tutti i materiali, gli elementi di partizione interna e gli arredi dovranno garantire la conformità con le prescrizioni previste dalla legge in materia di protezione dalle radiazioni ionizzanti e di sicurezza antincendio.

**h)** Limite di tolleranza.

Per le strutture esistenti è ammesso un margine di tolleranza dimensionale pari al 20%, ove ciò non pregiudichi la sicurezza del servizio e comunque entro i valori minimi eventualmente previsti da specifiche normative.

## 2) REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

a) Impianto idrico

Per le strutture sanitarie che provvedono all'assistenza in regime di ricovero /residenzialità socio-sanitaria, dovrà essere assicurata una dotazione idrica giornaliera minima di acqua potabile non inferiore a 200 litri per posto-letto. Tali strutture dovranno essere dotate di una riserva idrica corrispondente almeno al 50% del fabbisogno complessivo di 1 giorno e realizzata mediante serbatoio nei quali sia assicurato un sufficiente ricambio giornaliero.

b) Smaltimento dei rifiuti liquidi

I rifiuti liquidi che non possono essere convogliati nella rete di fognatura cittadina devono essere sottoposti a trattamento completo, ivi compresa la disinfezione, secondo quanto disposto dalla Legge 10 maggio 1976 n. 319 "Norme per la tutela delle acque dall'inquinamento", tenuto conto della Legge 8 ottobre 1976 n. 690 "Conversione in legge, con modificazioni del decreto legge 10 agosto 1976 n. 544", concernente la proroga dei termini di cui agli articoli 15, 17 e 18 della Legge 10 maggio 1976 n. 319, recante norme per la tutela delle acque dall'inquinamento e della delibera 30 dicembre 1980 del Comitato Interministeriale "Direttive per la disciplina degli scarichi delle pubbliche fognature e degli insediamenti civili che non recapitano in pubbliche fognature", nonché della normativa integrativa regionale e locale.

c) Smaltimento rifiuti solidi

Per quanto riguarda lo smaltimento dei rifiuti solidi, si ricorda l'obbligo di rispondenza a quanto indicato nel d. lgs n. 22 del 5.2.1997 e successive modifiche.

d) Smaltimento rifiuti radioattivi

I rifiuti radioattivi devono essere smaltiti secondo quanto disposto dal DPR 14 gennaio 1972 n. 4 "Trasferimento alle Regioni a statuto ordinario delle funzioni amministrative statali di assistenza sanitaria ed ospedaliera e dei relativi personali ed uffici" ed in conformità al Decreto Legislativo 17 marzo 1995 n. 230 "Attuazione delle Direttive Euratom 80/836, 84/467, 84/466, 89/618, 90/641, 92/3 in materia di radiazioni ionizzanti".

e) Impianti elettrici

Gli impianti elettrici devono essere realizzati nel rispetto della vigente normativa di legge ed essere conformi alle norme di buona tecnica sulla base della indicazione di principio della legge 1 marzo 1968 n. 186 "Disposizioni concernenti la produzione di materiali, apparecchiature, macchinari, installazioni ed impianti elettrici ed elettronici", principio ribadito dalla legge 5 marzo 1990 n. 46 "Norme per la sicurezza degli impianti".

I componenti elettrici degli impianti devono essere conformi a quanto disposto dalla legge 18 ottobre 1977 n. 791 "Attuazione della direttiva del consiglio delle comunità europee (73/23 CEE) relativa alle garanzie di sicurezza che deve possedere il materiale elettrico destinato ad essere utilizzato entro taluni limiti di tensione".

Per quanto riguarda gli impianti il cui funzionamento è ritenuto strettamente indispensabile per l'incolumità del paziente (complesso operatorio, sale parto, unità di rianimazione e terapia intensiva, unità di dialisi, frigoemoteca, ecc.) e l'impianto di illuminazione di emergenza, deve essere prevista la possibilità in caso di interruzione dell'alimentazione elettrica, l'automatica ed immediata disponibilità di energia elettrica adeguata ad assicurare almeno il funzionamento delle attrezzature e servizi che non possono rimanere inattivi nemmeno per brevissimo tempo, in conformità alle disposizioni delle norme CEI 64-4 cap. 5.

f) Protezione scariche atmosferiche

Le strutture sanitarie devono essere protette dai fulmini nel rispetto delle disposizioni di legge.
Gli impianti di protezione dalle scariche atmosferiche devono essere realizzati secondo le norme di buona tecnica come ad esempio la Norma CEI 81-1: "Protezione di strutture contro i fulmini".

g) Apparecchi elettromedicali

Gli apparecchi elettromedicali, sulla base della indicazione di principio della legge 1 marzo 1968devono devono essere realizzati nel rispetto della vigente normativa di legge ed essere conformi alle norme di buona tecnica, come ad esempio le norme:
CEI 62.0 “Guida alle prove di accettazione, all’uso e alle verifiche periodiche di sicurezza di apparecchi elettromedicali in locali adibiti ad uso medico”;
CEI 64.4 “Impianti elettrici in locali adibiti ad uso medico”,
CEI 64.13 “Guida alle norme CEI 64.4”.

h) Illuminazione artificiale

L'illuminazione degli interni, con luce artificiale, deve rispondere a criteri di buona tecnica (norma UNI 10380).

i) Impianti termici e di condizionamento

Gli impianti termici e di condizionamento devono essere realizzati nel rispetto della regola dell'arte e secondo quanto disposto dalla legge 9 gennaio 1991 n. 10 "Norme per l'attuazione del piano energetico nazionale in materia di uso razionale dell'energia" e successivi Decreti attuativi e dovranno assicurare idonee condizioni microclimatiche tenendo conto delle caratteristiche climatiche locali.
La temperatura dell'aria non deve essere inferiore a 20°C per le sale di degenza e di soggiorno e a 22°C per le sale di visita e medicazione.
La purezza dell'aria immessa dagli impianti di condizionamento dovrà essere assicurata con idonea filtrazione in conformità alle indicazioni delle Norme UNI 10339: "Impianti aeraulici ai fini di benessere - Generalità, classificazione e requisiti".
Nei settori funzionali destinati a specifiche attività, dovranno essere assicurate proprietà termiche, igrometriche e di ventilazione in relazione alle particolari esigenze dei locali, in conformità alle indicazioni sulle condizioni microclimatiche riportate nei requisiti tecnologici specifici.
In relazione ai parametri di ricambio aria/ora, si precisa che il ricircolo totale o parziale di aria interna è consentito ove non diversamente specificato nel presente documento.

j) Impianti di distribuzione dei gas

Gas medicali

Nelle strutture sanitarie che ricoverano malati in forma acuta, la distribuzione dei gas medicali deve essere effettuata con impianto centralizzato e le relative tubazioni devono essere ubicate in apposite e distinte sedi, facilmente ispezionabili e sezionabili realizzate con accorgimenti atti ad evitare erronei collegamenti e senza interferire con altre reti.
Nelle strutture esistenti, nelle more della realizzazione dell'impianto centralizzato e comunque in caso di emergenza, può essere consentita l'utilizzazione di dispositivi mobili con carrelli all'uopo predisposti, atti ad assicurare la stabilità dei recipienti di gas medicali compressi. Le bombole devono essere contenute in un apposito locale aerato, dotato di dispositivi di tenuta delle bombole, in ogni caso in conformità alle vigenti normative di sicurezza e prevenzione incendi.
Si richiama infine la necessità di corrispondere ai dettati della Circolare Ministeriale n. 5 del 14.3.1989 che disciplina la materia della esposizione professionale ad anestetici in sala operatoria.

Gas combustibili

La distribuzione dei gas combustibili deve avvenire nel rispetto del disposto della legge 16 dicembre 1971 n. 1083 "Norme per la sicurezza di impiego del gas combustibile" e dei decreti aggiuntivi ed in conformità alle norme di prevenzione incendi".

l) Impianti ed apparecchi a pressione

Gli impianti e gli apparecchi a pressione devono essere realizzati e mantenuti in esercizio secondo le norme di prevenzione infortuni desumibili dal Regio Decreto 12 maggio 1927 n. 824 "Approvazione del regolamento per l'esecuzione del R.D. 9 luglio 1926 n. 1331 che costituisce l'Associazione Nazionale per il Controllo della combustione" e dei successivi decreti modificativi ed integrativi con le specificazioni tecniche applicative.

m) Impianti elevatori

Negli edifici a più piani devono essere previsti elevatori in numero adeguato ai flussi di traffico e comunque separati per lettighe ed ammalati, per visitatori, per materiale pulito e vitto, per materiale sporco. Anche in situazioni di ridotto flusso di traffico, in relazione alla capacità ed alla tipologia della struttura, i collegamenti verticali non potranno essere funzionalmente organizzati con meno di 3 impianti elevatori di cui almeno 1 per lettighe, nelle strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti. Per le sole strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero a ciclo diurno, i collegamenti verticali potranno essere funzionalmente organizzati con due impianti elevatori di cui almeno uno per lettighe.

In tutte le strutture sanitarie almeno un elevatore (ascensore o montalettighe in relazione all'utenza) dovrà avere le caratteristiche adeguate al trasporto di persone portatrici di handicap.

n) Manutenzione degli impianti

Gli impianti, gli apparecchi, le attrezzature e le macchine, devono essere sottoposte a manutenzione ordinaria e straordinaria secondo le indicazioni dei costruttori, delle norme di buona tecnica e di legge.

L'effettuazione degli interventi e le indicazioni che ne derivino dovranno essere riportati su apposito documento.

I REQUISITI SOPRA INDICATI NON SI APPLICANO ALLE STRUTTURE SOCIO-ASSISTENZIALI A RILIEVO SANITARIO PER LE QUALI SI RINVIA AI PROVVEDIMENTI SPECIFICI.

**REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA IN REGIME AMBULATORIALE.**

## ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Per ambulatorio di assistenza specialistica si deve intendere la struttura o luogo fisico, intra od extraospedaliero, preposto alla erogazione di prestazione sanitarie di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione, nelle situazioni che non richiedono ricovero neanche a ciclo diurno.
I requisiti sotto riportati sono specificatamente riferiti alle attività ambulatoriali e non si applicano agli studi destinati all'esercizio di professioni sanitarie e non si applicano altresì ai servizi analoghi operanti in strutture di ricovero e cura e a favore esclusivo dei degenti, fatto salvo il rispetto della normativa vigente in materia di autorizzazione all'esercizio della attività di spedalità privata e in materia di sicurezza.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

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

I locali della struttura che eroga prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale devono garantire autonomia logistica, strutturale e funzionale rispetto ad altri locali in cui si svolge attività non sanitaria.

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

- sala per l'esecuzione delle prestazioni, che garantisca il rispetto della privacy dell'utente, in particolare con area separata per spogliarsi; la sala deve essere dotata di lavabo con comandi non manuali;
- spazi per attesa, accettazione, attività amministrative, differenziati da quelli di percorso ove ciò sia necessario in relazione alle misure di sicurezza.

  Lo spazio per l'attesa deve essere dotato di un adeguato numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza degli accessi.
  Qualora nello stesso presidio coesistano attività sanitarie diverse, gli spazi per l'attesa, accettazione, attività amministrative e comunicazione interna del personale (se prevista), possono essere in comune per le diverse tipologie di prestazioni erogate nel presidio purché opportunamente dimensionati;
- servizi igienici distinti per utenti e personale; il servizio per gli utenti deve essere limitrofo alla sala d'attesa;
- spazio/locale per la refertazione, ove necessario;
- spazio/locali per deposito di materiale pulito;
- spazio/locali per deposito di materiale sporco;
- spazi o armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni.

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

Il locale ambulatorio deve disporre di attrezzature e presidi medico chirurgici in relazione alla specificità dell'attività svolta. Nel caso in cui il locale ambulatorio accolga risorse tecnologiche destinate a prestazioni diverse, queste non possono essere usate in contemporanea su pazienti diversi.

Inoltre, deve essere prevista la seguente dotazione minima tecnologica:

- carrello per la gestione dell'emergenza.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Ogni struttura erogante prestazioni ambulatoriali deve possedere i seguenti requisiti organizzativi:

- le strutture eroganti prestazioni afferenti a più specialità devono individuare un responsabile medico con funzioni di direttore sanitario, a rapporto di impiego o professionale, con il compito di garantire l'organizzazione tecnico-sanitaria, l'applicazione del regolamento sull'ordinamento e sul funzionamento della struttura;
- il direttore responsabile può essere individuato anche tra i medici specialisti operanti nel presidio stesso e deve garantire la propria presenza per almeno il 25% delle ore di attività del presidio;
- durante lo svolgimento dell'attività ambulatoriale deve essere prevista la presenza di almeno un medico.

Il medico/i deve/devono essere in possesso della specializzazione inerente la specifica attività clinica espletata e in numero proporzionale agli accessi ambulatoriali e alla tipologia dell'attività svolta.

- personale non medico, qualificato e abilitato, ove occorra, in numero proporzionale agli accessi ambulatoriali e alla tipologia dell'attività svolta;
- deve essere garantita almeno una unità infermieristica.
- tutti i materiali, farmaci, confezioni soggetti a scadenza, devono portare in evidenza la data della scadenza stessa;
- le prestazioni effettuate devono essere registrate e corredate dalle generalità riferite dall'utente; le registrazioni e le copie dei referti vanno conservate secondo le modalità e i tempi sanciti dalla normativa vigente.

Dev'essere presente un documento con l'elenco di tutte le prestazioni erogate nell'ambulatorio. Tale elenco, almeno in forma sintetica per gruppi di prestazioni, dev'essere a conoscenza degli utenti. Devono essere indicati i responsabili delle attività cliniche svolte nell'ambulatorio. Deve esistere una pianificazione temporale delle visite al fine di ridurre al minimo il tempo d'attesa ed il disagio dell'utente. L'ambulatorio deve possedere dati relativi alle proprie liste d'attesa.

## SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO

L'attività di medicina di laboratorio fornisce informazioni ottenute con metodi chimici, fisici o biologici su tessuti o liquidi di origine umana o su materiali connessi alla patologia umana, ai fini della prevenzione, della diagnosi, del monitoraggio della terapia e del decorso della malattia e ai fini della ricerca. Può fornire consulenza su quesiti clinici ed epidemiologici in relazione alle specifiche problematiche di laboratorio.

La tipologia di prestazioni eseguite nei diversi laboratori e la dotazione strumentale hanno un diverso grado di complessità commisurato alla realtà sanitaria ed alla tipologia dei quesiti diagnostici posti al laboratorio. I laboratori di analisi delle strutture con degenza devono essere strutturati per soddisfare tutte le esigenze legate all'attività di ricovero, alla attività operatoria, alle prestazioni in urgenza ed emergenza.

I Servizi di Medicina di Laboratorio si distinguono in:

1. LABORATORI GENERALI DI BASE: sono laboratori ad organizzazione semplice e unitaria che possono svolgere indagini nell'ambito della biochimica clinica e tossicologica, dell'ematologia ed emocoagulazione, dell'immunoematologia di base, della microbiologia.

2. LABORATORI SPECIALIZZATI: esplicano indagini diagnostiche monospecialistiche ad elevato livello tecnologico e professionale nell'ambito della biochimica clinica e tossicologica, dell'ematologia ed emocoagulazione, dell'immunoematologia, della microbiologia, della virologia, della citoistopatologia, della biologia molecolare e della genetica di laboratorio.

3. LABORATORI GENERALI DI BASE CON SETTORI SPECIALIZZATI: sono laboratori ad organizzazione complessa che, per carico di lavoro, per varietà di tipologia analitica e complessità dei quesiti diagnostici posti, necessitano di una articolazione in unità operative o moduli specializzati e della disponibilità di tecnologie di livello superiore e di competenze professionali particolari. Tali laboratori possono svolgere indagini diagnostiche nell'ambito degli specifici settori di cui ai punti 1 e 2, con esclusione delle attività di specifica competenza dei servizi di immuno-ematologia e trasfusionali.

La tipologia degli esami eseguibili nei laboratori di cui ai punti 1 e 2 viene fissata e opportunamente aggiornata con periodici provvedimenti regionali.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

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

La dotazione minima di ambienti per l'attività di medicina di laboratorio è la seguente:

- area di attesa dotata di servizi igienici dedicati all'utenza ambulatoriale e di un adeguato numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza degli accessi;
- locale per il prelievo e per la raccolta dei campioni, fornito delle attrezzature idonee per il primo soccorso, che consenta il rispetto della privacy dell'utente;
- almeno un locale per l'esecuzione delle analisi, nonché un locale separato per esami batteriologici e almeno un locale per ogni settore specializzato, di superficie minima pari a 20 mq;
- un locale per il lavaggio e la sterilizzazione dei materiali;
- servizi igienici distinti per il personale;
- locale per le attività amministrative e di archivio;
- locale per il trattamento del materiale d'uso;
- spazi separati per la conservazione di campioni biologici e di eventuali reagenti tossici, infiammabili e potenzialmente pericolosi.

La superficie complessiva dei locali non deve essere inferiore a mq 100, dei quali almeno 60 mq dedicati all'attività analitica e lavaggio e sterilizzazione e, in ogni caso, deve garantire la disponibilità di almeno mq 12 per operatore.
Qualora il laboratorio sia inserito in una struttura sanitaria polifunzionale, i locali di attesa, amministrativi e servizi igienici possono essere utilizzati in comune.
I locali per lo svolgimento delle attività di diagnostica radioisotopica devono essere separati e rispondere alle norme protezionistiche previste dalle vigenti disposizioni in materia.
Se un laboratorio è costituito esclusivamente da uno o più settori specialistici, devono essere rispettati gli standard inerenti i vani: attesa, prelievo, esecuzione analitica, lavaggio, sterilizzazione, attività amministrative, servizi igienici, con una superficie utile del vano laboratorio di almeno 40 mq per la prima specializzazione e di altri locali di mq 20 per ciascuna di eventuali altre specializzazioni.

La superficie di lavoro, i pavimenti e gli scarichi devono essere impermeabili e resistenti agli acidi, agli alcali, ai solventi organici ed al calore.

Per i punti prelievo decentrati, i requisiti sono quelli stabiliti con DGR n. 70-38747 del 25.6.1990.

## REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

La dotazione tecnologica del Servizio di Medicina di Laboratorio deve essere adeguata alla tipologia e al volume dell’attività erogata.
Deve esistere:

- l’inventario di tutte le attrezzature presenti e funzionanti in laboratorio;
- la documentazione che tutte le attrezzature sono a norma di legge;
- il sistema di stabilizzazione sulle linee di alimentazione del laboratorio;
- tutta la documentazione tecnica fornita a corredo delle apparecchiature;
- la documentazione degli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature in dotazione.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Il personale sanitario laureato e/o tecnico deve essere adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate secondo quanto previsto in materia dalla normativa vigente nazionale, regionale e relativi provvedimenti attuativi.

E' presente un documento che descriva tutti i servizi/prestazioni offerti dal laboratorio ed in cui sono esplicitati gli esami che vengono eseguiti direttamente - con quali procedure ed attrezzature - e quelli che vengono inviati ad altre strutture, come previsto dalla normativa vigente.

Devono esistere documenti di servizio (regolamenti interni o linee guida) per lo svolgimento delle principali attività di gestione, concordati con i servizi competenti.
In particolare:

- riconoscimento degli utenti;
- identificazione dei campioni;
- trasferimento del materiale biologico dalle zone di prelievo al laboratorio;
- gestione reagenti, con indicazione del responsabile;
- processi di sanificazione (pulizia ambiente, procedure di disinfezione e di sterilizzazione, decontaminazione, ecc.);
- smaltimento dei rifiuti;
- procedure amministrative, e in particolare procedure di prenotazione, accesso, consegna e invio di referti; tali procedure devono essere portate a conoscenza degli utenti e dei prescrittori.

Reagenti, materiale di controllo, materiale di calibrazione devono presentare etichette che ne indichino: identità, titolo o concentrazione, condizioni di conservazione raccomandate, data di preparazione e di scadenza, ogni altra informazione necessaria per l'uso corretto. Nessun materiale deve essere utilizzato oltre la data di scadenza.
Deve esistere un sistema di archiviazione che deve contenere almeno:

- i risultati degli esami sugli utenti (conservati per almeno un anno);
- i risultati dei controlli di qualità interno conservati per almeno un anno e quelli esterni per almeno tre anni.

Deve esistere un manuale delle procedure diagnostiche, contenente per ogni esame almeno:

- preparazione dell'utente agli esami;
- modalità di raccolta, trasporto e conservazione del campione;
- caratteristiche e descrizione del metodo analitico impiegato;
- modalità di compilazione, trasmissione e consegna dei referti.

VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'

Il laboratorio deve svolgere programmi di Controllo Interno di Qualità secondo le modalità definite dalla normativa vigente e deve partecipare a programmi di Valutazione Esterna di Qualità promossi dalle Regioni, o, in assenza di questi, a programmi validati a livello nazionale o internazionale.
Presso ogni laboratorio:

- deve esistere un opuscolo informativo sul Servizio per gli utenti, che deve contenere almeno le modalità di accesso secondo quanto previsto dalle procedure autorizzative relative alla pubblicità sanitaria.
- deve poter essere possibile il ritiro dei referti in tutti i giorni feriali e in almeno alcuni pomeriggi della settimana.

## ATTIVITA' DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Le strutture di diagnostica per immagini svolgono indagini strumentali ai fini diagnostici e/o di indirizzo terapeutico, utilizzando sorgenti esterne di radiazioni ionizzanti e altre tecniche di formazione dell'immagine.
Le attività di diagnostica per immagini sono assicurate sia dalle strutture pubbliche e private, di ricovero e cura a ciclo continuativo e/o diurno sia da strutture extraospedaliere pubbliche e private.

Poiché le strutture di ricovero e cura, come sopra identificate, assicurano lo svolgimento di attività in regime di elezione programmata oppure in regime di emergenza-urgenza, i relativi requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi devono rispondere alle funzioni proprie di tali strutture.

Le attività di diagnostica per immagini sono classificabili in primo, secondo e terzo livello a seconda delle funzioni cui sono chiamate a rispondere e di seguito evidenziate.

**- DIAGNOSTICA PER IMMAGINI DI 1° LIVELLO:**

E' collocata di norma in strutture sanitarie di ricovero e cura non dotate di servizio di emergenza o in strutture extraospedaliere.

Deve essere in grado di eseguire tutte le procedure diagnostiche con le tecnologie di base.

**- DIAGNOSTICA PER IMMAGINI DI 2° LIVELLO:**

E' collocata in presidi che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti, nonché in case di cura eroganti attività di alta specializzazione.
Deve essere in grado di eseguire tutte le procedure diagnostiche con le tecnologie di base ed avanzate e può svolgere attività di radiologia interventistica di tipo diagnostico o terapeutico.

**- DIAGNOSTICA PER IMMAGINI DI 3° LIVELLO:**

E’ collocata di norma nelle Aziende Ospedaliere a rilievo nazionale.

Eroga prestazioni di alta specialità eseguendo tutte le procedure diagnostiche ed interventistiche nell’ambito delle proprie competenze, oltre ad assicurare tutte le procedure previste dal 1° e 2° livello.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

I locali e gli spazi delle strutture di diagnostica di 1° 2° e 3° livello, devono essere correlati alla tipologia ed al volume delle attività erogate.

Le strutture che erogano prestazioni di diagnostica per immagini di 1° livello devono possedere i seguenti requisiti strutturali:

- area di attesa dotata di un adeguato numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza degli accessi;
- spazi adeguati per accettazione, attività amministrative ed archivio;
- servizi igienici distinti per gli operatori e per gli utenti;
- una sala di radiodiagnostica con annessi spazi/spogliatoi per gli utenti;
- un locale per l’esecuzione degli esami ecografici;
- un locale per la conservazione ed il trattamento del materiale sensibile;
- un locale per la refertazione;
- un’area tecnica, di stretta pertinenza degli operatori medici e tecnici;
- locale/spazio per deposito materiale pulito;
- locale/spazio per deposito materiale sporco;
- spazio armadi per deposito materiale d’uso, attrezzature, strumentazioni;
- un’area dedicata alla archiviazione tradizionale e/o con sistemi avanzati, proporzionale ai volumi del materiale da archivio, con dimensioni e contenitori che assicurino un archivio vivo per lo meno degli ultimi 5 anni.

In relazione alla disponibilità di spazio è da prevedersi una sala visita.

Ogni sala di radiodiagnostica dedicata a singola funzione deve avere una superficie non inferiore a mq 25 e ciascuna unità ecografica non inferiore a mq 12.

I locali devono essere strutturati in modo tale che risultino in zona controllata solo la sala o le sale dove sono installate le unità di radiodiagnostica.

La superficie complessiva dei locali di strutture sanitarie che svolgono esclusivamente attività di diagnostica per immagini non deve essere inferiore a mq 100.

Qualora l'attività di diagnostica per immagini sia inserita in una struttura ove vengono esercitate anche altre attività sanitarie, l'area di attesa, nonché gli spazi per l'accettazione, l'amministrazione e l'archivio possono essere comuni, purché opportunamente dimensionati.

Le strutture che erogano prestazioni di diagnostica per immagini di 2° e 3° livello, oltre ai requisiti minimi previsti per il 1° livello, devono possedere requisiti strutturali adeguati alla complessità delle prestazioni erogate.

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

Il numero delle apparecchiature deve essere commisurato al volume di attività, in modo da garantire il rispetto dei tempi minimi della prestazione erogata a tutela della qualità.

A)- La dotazione strumentale minima delle strutture che erogano prestazioni di diagnostica per immagini di 1° livello prevede:

- generatore A.T. trifase di potenza non inferiore a 30 KW e tavolo di comando;
- tavolo ribaltabile, preferibilmente telecomandato, con seriografo, Potter Bucky, intensificatore di brillanza;
- tubo radiogeno a doppio fuoco e anodo rotante;
- stativo a pavimento o pensile con tubo radiogeno a doppio fuoco e anodo rotante;
- teleradiografo;
- attrezzature per lo sviluppo e il fissaggio delle pellicole;
- opportuno corredo di cassette radiografiche con schermi ad elevato potere di rinforzo (es. terre rare);
- ecografo dotato di almeno 2 sonde, una per uso internistico, una per le parti superficiali;
- apparecchio radiologico portatile nelle strutture di ricovero;
- dotazione minima di primo soccorso.

B)- La dotazione strumentale delle strutture che erogano prestazioni di diagnostica per immagini di 2° livello deve prevedere:

- due o più sale di radiodiagnostica come quelle indicate per le attività di 1° livello, integrate da apparecchiature o accessori che consentano l'esecuzione di indagini specialistiche diversificate per organo ed apparato;
- uno o più ecografi con le caratteristiche indicate per le strutture di 1° livello, dei quali almeno uno dotato di modulo color-doppler.
- una apparecchiatura di radiologia vascolare ed interventistica in presenza di attività di radiologia interventistica;
- una apparecchiatura di Tomografia Computerizzata.

C)- La dotazione strumentale delle strutture che erogano prestazioni di diagnostica per immagini di 3° livello deve comprendere, oltre alle dotazioni previste per le attività di 1° e 2° livello, almeno le seguenti apparecchiature di alta tecnologia:

- una apparecchiatura di radiologia vascolare ed interventistica;

- TC volumetrica;
- risonanza magnetica.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

A)- Le strutture che erogano prestazioni di diagnostica per immagini di 1° livello devono essere dotate di personale sanitario laureato e/o tecnico adeguato alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate.
Tale personale, comunque, non può essere inferiore a:

- un medico specialista in radiodiagnostica, in qualità di direttore responsabile, a rapporto di impiego o professionale.
  Il personale medico specialista in radiodiagnostica, nell'espletamento dell'attività, deve rispettare le norme di cui all'art. 111 del d.lgs 230/1995 e successive integrazioni.
- Un tecnico di radiologia con rapporto di collaborazione coordinata e continuativa per non meno di 28 ore settimanali, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente.
- Un amministrativo dedicato.
- Un ausiliario o appalto del servizio di sanificazione.

Il direttore responsabile non può dirigere altre strutture di diagnostica per immagini e deve garantire la propria presenza per almeno la metà delle ore di attività della struttura stessa.
Il direttore responsabile ha il compito di garantire l'organizzazione tecnico-sanitaria, l'applicazione del regolamento sull'ordinamento e sul funzionamento della struttura.

Tali strutture devono garantire l'attivazione di un sistema di controllo di qualità.

Ogni struttura di diagnostica per immagini ha l'obbligo di comunicare all'utente, al momento della prenotazione dell'indagine diagnostica, i tempi di consegna dei referti.

Le suddette strutture devono inoltre garantire le funzioni di segreteria, di accoglienza dell'utenza, di raccolta ed elaborazione di dati statistici richiesti dalle Amministrazioni competenti, nonché le condizioni igienico-sanitarie necessarie per un buon funzionamento della struttura stessa.

B) - Le strutture che erogano prestazioni di diagnostica per immagini di 2° e 3° livello, oltre a possedere i requisiti organizzativi identificati per il 1° livello, devono prevedere personale sanitario laureato e tecnici di radiologia in numero adeguato, in rapporto alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate.

In caso di effettuazione di prestazioni di Radiologia interventistica deve essere prevista:

- la disponibiltà di un anestesista rianimatore;
- la disponibilità di un chirurgo, nel caso di interventi specifici su organi ed apparati, ed in particolare del chirurgo vascolare nelle applicazioni di Radiologia interventistica dell'apparato vascolare;

- la presenza di personale infermieristico.

Per le strutture di 3° livello deve prevedersi una guardia attiva o una pronta disponibilità che garantisca l'attività di diagnostica per immagini e di radiologia interventistica e che copra l'arco delle 24 ore.

Il personale delle strutture di diagnostica per immagini di 2° e 3° livello partecipa, almeno una volta all'anno, ad un corso di formazione sulla gestione delle emergenze, in particolare l'arresto cardio-respiratorio e le reazioni allergiche.

Le strutture di diagnostica per immagini di 2° e 3° livello che eseguono procedure invasive e/o cruente devono formalizzare adeguate modalità di approvvigionamento, disinfezione e/o sterilizzazione degli strumenti impiegati, in relazione alle attività svolte.

## ATTIVITA' DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE

L'intervento nel settore del Recupero e Rieducazione Funzionale riveste peculiarità in quanto è finalizzato a consentire il massimo recupero possibile delle funzioni lese in seguito ad eventi patogeni o lesionali, prevedendo le menomazioni secondarie e curando la disabilità, al fine di contenere od evitare l'handicap e consentire alla persona disabile la migliore qualità di vita e l'inserimento psico-sociale, attraverso un processo che rispetta tutti i passaggi/interventi necessari, sia per un compiuto intervento sanitario che per il successivo passaggio alla fase sociale della riabilitazione.

Ambiti di competenza e tipologia di interventi.

Le fasi del processo in riabilitazione possono essere così definite:

a) fase della prevenzione del danno secondario e conseguenti menomazioni nelle patologie ad alto rischio di sviluppo di disabilità: questa fase caratterizza gli interventi riabilitativi sui pazienti in fase acuta, per i quali si rende necessario inserire l'intervento riabilitativo preventivo nell'ambito del protocollo terapeutico;

b) fase della riabilitazione intensiva, caratterizzata da interventi valutativi e terapeutici intensivi. Viene abitualmente collocata nella cosiddetta fase dell'immediata post-acuzie della malattia, quando l'intervento riabilitativo può positivamente influenzare i processi biologici che sottendono il recupero, contenendo e riducendo l'entità della menomazione e quando la disabilità è maggiormente modificabile: tale fase può essere necessaria anche in situazioni di riacutizzazione e recidive dell'evento patologico;

c) fase di completamento del processo di recupero e del progetto di riabilitazione, che si caratterizza con modalità diverse in rapporto alla natura e tipologia della menomazione e della disabilità e comunque tale da non richiedere interventi intensivi;
d) fase di mantenimento e/o di prevenzione del degrado del recupero motorio e funzionale acquisito, che si caratterizza con diverse tipologie di interventi riabilitativi sanitari che, in presenza di problematiche assistenziali (familiari, economiche, abitative, ecc.) vanno integrati con l'attività di riabilitazione sociale (RSA, RAF, ecc.);

Peraltro le fasi di intervento rispondono a necessità differenziate relative alle varie categorie di disabilità, che si trovano a rispondere:

1) disabilità che richiedono, per la gravità della non-autosufficienza, per intensità e tipologia degli interventi terapeutico-riabilitativi, il ricovero ordinario o day-hospital in ambiente ospedaliero specialistico riabilitativo;

2) disabilità complesse che non richiedono ricovero, ma un intervento, per competenza ed attrezzature, altamente sofisticato;

3) disabilità di entità rilevante, croniche o in fase di stabilizzazione, che richiedono un intervento riabilitativo non complesso, né intensivo, ma protratto nel tempo;

4) disabilità di entità contenuta, di recente insorgenza e a rapida risoluzione;

**5)** disabilità croniche stabilizzate di entità contenuta, per le quali possono essere necessari interventi riabilitativi "di mantenimento" o di "prevenzione del degrado motorio - funzionale acquisito" e/o una attività "didattico-informativa" ("back-schools", "osteoporosis schools", ecc.).

6) disabilità minimali croniche i cui interventi riabilitativi sono caratterizzati prevalentemente da prestazioni di massoterapia e fisioterapia strumentale.

Queste diverse tipologie di interventi riabilitativi comportano la necessità di progettare differenti "livelli" organizzativi ed operativi, come peraltro già indicato dal Piano Sanitario Nazionale 1994/1996.

In particolare le funzioni espletate, le disabilità trattate, configurano livelli differenziati di intervento/trattamento e prefigurano una rete adeguata di strutture sanitarie che garantiscano il raggiungimento degli obiettivi in tutte le fasi del processo di riabilitazione:

- trattamento in regime di ricovero per acuti;
- trattamento in regine di day-hospital;
- trattamento a domicilio;
- trattamento in regime ambulatoriale;
- trattamento in regime di ricovero su pazienti stabilizzati.

Gli interventi riabilitativi di 1° livello interessano le disabilità evidenziate ai precedenti punti 4, 5 e 6 e vengono effettuati in forma ambulatoriale.

Poiché gli interventi riabilitativi di 1° livello possono rispondere anche alla fase b) del processo riabilitativo (fase intensiva), essi possono essere utilizzati anche per le disabilità evidenziate al punto 2).

Le disabilità di cui al punto 3) e punto 5) necessitano altresì di interventi riabilitativi di 1° livello, che possono essere svolti in regime ambulatoriale, domiciliare o degenziale.

Gli interventi riabilitativi di 2° e 3° livello interessano le disabilità evidenziate ai punti 1) e 2) e vengono effettuati presso strutture sanitarie con organizzazione ospedaliera.

Gli interventi di 2° livello riguardano la fase della riabilitazione intensiva e si collocano abitualmente nell'immediata post-acuzie della malattia (v. punto b) su pazienti la cui disabilità può richiedere un ricovero ordinario oppure un day-hospital riabilitativo.

Gli interventi di 3° livello interessano i pazienti in fase acuta, per i quali si rende necessario inserire l'intervento riabilitativo preventivo nell'ambito del protocollo terapeutico. In particolare tali interventi riguardano i pazienti afferenti alle Unità Spinali e alle Unità Cerebrolesioni acquisite.

Di seguito verranno definiti, per tipologia di trattamento, i requisiti minimi, organizzativi, tecnologici e strutturali.

## Strutture di Recupero e Rieducazione Funzionale di 1° livello

Gli interventi di 1° livello riabilitativo riguardano la fase di riabilitazione estensiva (completamento e mantenimento).
La riabilitazione estensiva viene erogata in regime ambulatoriale o di degenza.

A) ATTIVITA' AMBULATORIALE

Le strutture di recupero e rieducazione funzionale di 1° livello erogano interventi riabilitativi ambulatoriali ai pazienti portatori delle disabilita' evidenziate ai punti 4-5-6.

Gli interventi ambulatoriali sulle disabilità di cui al punto 2) devono essere trattati garantendo la multidisciplinarietà e la integrazione con la fase ospedaliera.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

La struttura deve essere progettata in funzione dei bisogni dell'utenza e delle diverse tipologie di attività, assicurandone uno svolgimento sicuro, efficace ed efficiente.
La struttura garantisce sempre la completa fruibilità degli spazi da parte di tutti i possibili utenti affetti dalle diverse tipologie di disabilità; è indispensabile la completa assenza di barriere architettoniche che limitino l'accesso o gli spostamenti dentro la struttura e l'utilizzo sicuro dei vari spazi e servizi.
Deve essere garantita la privacy degli utenti.
Le strutture devono essere dotate di ambienti specifici con dimensioni, arredi ed attrezzature adeguati allo svolgimento delle attività coerenti con i programmi e gli obiettivi propri della struttura, in particolare:

- locale per visite specialistiche e per valutazioni diagnostico-prognostiche cliniche attinenti le patologie trattate (dimensioni non inferiori a 16 mq);
- area/e attrezzate per attività di gruppo (palestre), per attività statiche e dinamiche (con uso di apparecchiature terapeutiche, quali ad esempio pedana stabilometrica, cyclette, ecc.) di dimensioni complessive non inferiori a mq 60;
- in presenza di trattamenti individuali di rieducazione neuromotoria, logopedica, respiratoria, ecc. area/e attrezzate con un limite minimo per ciascuna area non inferiore a mq 10;
- box (o stanze di dimensioni contenute) non inferiori a mq 7 per attività individuali di massoterapia e manipolazioni articolari;
- box (o stanze di dimensioni contenute) non inferiori a mq 5 per terapia fisica e strumentale;
- locale di norma insonorizzato e di dimensioni non inferiori a mq 10 in caso di trattamento dei disturbi comunicativi-integrativi;
- servizi igienici per disabili;
- servizi igienici e spogliatoi personale;
- servizi igienici e spogliatoi pazienti;
- spazi adeguati alla disabilità e quantità di utenza ed alla organizzazione della struttura per attesa, attività di segreteria e di archivio, adeguati alle patologie e al volume delle attività previste.

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

La dotazione strumentale deve essere correlata quantitativamente e qualitativamente ai bisogni dell'utenza ed alle diverse tipologie di attività, assicurandone uno svolgimento sicuro, efficace ed efficiente.
In funzione degli obiettivi della struttura e della tipologia dell'utenza devono essere presenti:

- attrezzature e dispositivi per la valutazione delle varie menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa;
- presidi necessari e risorse tecnologiche atti allo svolgimento di prestazioni mediche, infermieristiche, di fisioterapisti, dei logopedisti e degli altri operatori professionali della riabilitazione;
- attrezzature e presidi per realizzare le varie tipologie di esercizio terapeutico e di riabilitazione funzionale negli ambienti dedicati, per attività individuali e/o di gruppo;
- attrezzature elettromedicali per la terapia fisica e strumentale, di supporto e complemento all'esercizio terapeutico;

Inoltre la struttura deve garantire la presenza di:

- attrezzatura essenziale per un pronto soccorso di base e per la rianimazione cardio-polmonare;
- documentazione relativa alla manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature in dotazione ed al responsabile di tali procedure;
- inventario di tutti i materiali e attrezzature a disposizione della struttura;
- attrezzatura adeguata per la raccolta differenziata dei materiali.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Ai fini della tutela della appropriatezza e della qualità delle prestazioni erogate, è prescritta l'individuazione del direttore responsabile nella figura del medico specialista in medicina fisica e riabilitazione e di una équipe di medici fisiatri e di tecnici dell'area riabilitativa (fisioterapisti, massofisioterapisti, logopedisti, ecc.).

Il numero di personale e la tipologia professionale del medesimo dovranno essere correlati alle caratteristiche delle disabilita' trattate, al numero dei casi trattati, all'orario di apertura del centro.

La valutazione dei carichi di lavoro dovrà tenere conto dell'impegno ritenuto indispensabile per un livello minimo di qualità' di ogni singola prestazione. A tal fine si rinvia al nomenclatore tariffario regionale della branca di recupero e rieducazione funzionale di cui alla D.G.R. n. 105-20622 del 30.6.1997 e successive modificazioni ed integrazioni.

L'impegno orario di ciascuna figura deve essere opportunamente documentato.
Il direttore responsabile ha il compito di:
- assicurare una presenza all'interno delle attività sanitarie espletate, non inferiore al 50% delle ore di attività.
  nel restante orario la struttura deve assicurare, comunque, la presenza di un medico;
- garantire l'organizzazione tecnico-sanitaria, l'applicazione del regolamento sull'ordinamento e sul funzionamento della struttura;

- verificare la necessità di eventuali modifiche degli obiettivi;
- individuare i relativi strumenti necessari al perseguimento degli obiettivi.

Il direttore responsabile non può dirigere più di un centro. In via transitoria, nell’arco del solo primo quinquennio di progressivo adeguamento al

complesso dei requisiti, è consentito che il direttore responsabile diriga più di un centro.
Deve essere individuato un sostituto del direttore responsabile in possesso degli stessi requisiti, che svolga le funzioni di direttore responsabile in caso di assenza o impedimento del direttore stesso.

Il personale tecnico deve essere in possesso dei titoli professionali specifici previsti dalla normativa vigente.
Nella struttura, inoltre, devono essere garantite le funzioni di segreteria, di acccoglienza dell'utenza, di raccolta ed elaborazione dei dati statistici richiesti dalle Amministrazioni competenti, nonché le condizioni igienico-sanitarie necessarie per un buon funzionamento della struttura stessa.

## B) ATTIVITA' DI DEGENZA RIABILITATIVA

Qualora le disabilità di cui al punto 3) e punto 5) necessitino di interventi riabilitativi in regime di degenza, tali interventi sono erogati, di norma, all'interno di strutture sanitarie che assicurano interventi riabilitativi finalizzati all'ulteriore recupero o mantenimento delle residue capacità funzionali del paziente. Il progetto riabilitativo si attua attraverso un trattamento riabilitativo specializzato di minore intensità (non inferiore ad 1 ora per singolo paziente) e con una durata del ricovero definita (di norma non superiore a 60 giorni, salvo documentate indicazioni cliniche).
Tali attività sono collocate in ambito ospedaliero o in presidi indipendenti con una specifica caratterizzazione ospedaliera ed in stretto collegamento funzionale ed operativo con l'area acuta.

### REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

Oltre ai requisiti previsti per le strutture ambulatoriali di 1° livello, sono da prevedersi unità di degenza in possesso di tutti i requisiti di cui al capitolo "Area di degenza".

### REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

Si rinvia a quanto già previsto per le altre strutture di recupero e rieducazione funzionale di 1° livello eroganti attività ambulatoriali.
Inoltre devono risultare disponibili:

- materassini e cuscini antidecubito;
- carrozzine ed ausilii per la mobilità del paziente;
- carrello per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore e unità di ventilazione manuale;
- carrello per la gestione della terapia;
- carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Il responsabile medico/direttore sanitario, che non può ricoprire tale incarico per altre strutture, ha il compito di garantire l'organizzazione tecnico-sanitaria, l'applicazione del regolamento sull'ordinamento e sul funzionamento della struttura.
L'organizzazione funzionale della struttura deve prevedere altresì la funzione di guardia medica che deve essere permanente ed interna.

Le attività' di degenza riabilitativa di 1° livello sono svolte da un équipe, che per unità operative di 20 posti letto, è composta da:

- 1 medico specialista in medicina fisica e riabilitazione o specialità equipollente, secondo la normativa vigente;
- tecnici della riabilitazione, che attuano il progetto riabilitativo sotto la responsabilità' dello specialista in medicina fisica e riabilitazione;
- infermieri professionali a tempo pieno;
- unità di personale del ruolo tecnico a tempo pieno.

Il numero di personale deve essere correlato alle caratteristiche delle disabilità trattate, al numero dei casi trattati e dovrà tenere conto dell'impegno ritenuto indispensabile per un livello minimo di qualità . Per i trattamenti riabilitativi si rinvia al nomenclatore tariffario regionale della branca di recupero e rieducazione funzionale di cui alla D.G.R. n. 105-20622 del 30.6.1997 e successive modificazioni ed integrazioni.

Il collegamento funzionale ed operativo con i reparti dell'area acuta è garantito dalla presenza delle specialità dell'area acuta all'interno della stessa struttura. Qualora le attività di recupero e rieducazione funzionale di 1° livellosiano svolte in presidio indipendente deve essere formalizzato un accordo di collaborazione con medici specialisti che garantiscano l'intervento su chiamata e/o convenzione.

Le strutture di ricovero e cura dotate di più unità operative di recupero e rieducazione funzionale di 1° livello, fino a 100 posti letto che comportino il superamento della soglia numerica di posti letto previsti dall'allegato di cui al secondo comma dell'art. 4 della l.r. 5/1987 - punto 27 - devono individuare, oltre al personale sopra descritto, un'ulteriore figura medica in possesso di specializzazione in medicina fisica e riabilitazione o specialità equipollente, secondo la normativa vigente; con la funzione di responsabile di raggruppamento.

Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria e riabilitativa nei confronti dei soggetti in stato vegetativo permanente, si rimanda alla D.G.R. n. 93-21140 del 21.7.1997 relativa alla "Approvazione dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici dei Centri residenziali" previsti per tali soggetti.

**Strutture di Recupero e Rieducazione Funzionale**
**di 2° livello**

La struttura di recupero e rieducazione funzionale di 2° livello assicura gli interventi riabilitativi a pazienti con disabilità di cui al punto 1), disabilità che richiedono, per la gravità della non autosufficienza, interventi terapeutico-riabilitativi particolari per intensità e per tipologia), intervenendo sia su pazienti ricoverati nelle diverse U.O.A. di degenza, sia su pazienti degenti presso l'unità funzionale di recupero e rieducazione funzionale dotata di propri posti letto, oltreché ad assicurare interventi riabilitativi già previsti per il 1° livello.

Le strutture sanitarie private che operano in ragione di degenza devono essere integrate alle altre fasi del processo riabilitativo, mediante protocolli operativi con il servizio di recupero e rieducazione funzionale dell'azienda sanitaria.

Al fine di assicurare il pieno espletamento delle funzioni proprie del 2° livello, lo stesso interviene in tutte le fasi del processo di riabilitazione: degenza, day hospital, ambulatoriale e domiciliare.

Conseguentemente gli interventi di 2° livello trovano collocazione in presidi ospedalieri ove siano già presenti funzioni di ricovero e cura ad alta intensità diagnostica ed assistenziale o in presidi ospedalieri ad indirizzo esclusivamente riabilitativo.
Tali interventi riabilitativi non possono essere inferiori a tre ore al giorno per singolo paziente.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

Si rimanda a quanto già previsto per le strutture di recupero e rieducazione funzionale di 1° livello, che erogano attività ambulatoriale.
Qualora il servizio disponga di propri posti letto, deve essere presente un'area funzionale autonoma per la degenza, composta di camere di norma a due letti, con annesso bagno per disabili, con dotazione di specifici dispositivi di allarme e con pavimentazione antiscivolo.
All'interno delle camere devono essere garantiti l'accesso ed il movimento di barelle e carrozzine.
Devono altresì essere previsti spazi di soggiorno e svago ad uso esclusivo dei pazienti, proporzionati al numero. Deve essere previsto lo spazio per la presenza dell'accompagnatore.
(Quanto sopra in aggiunta e modifica ai requisiti minimi strutturali previsti per l'area di degenza).

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

Si rimanda a quanto già previsto per le strutture di recupero e rieducazione funzionale di 1° livello, eroganti attività ambulatoriale.
Qualora il Servizio disponga di propri posti-letto devono essere presenti:

- materassini e cuscini antidecubito
- carrozzine ed ausili per la mobilità del paziente

- carrello per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore e unita' di ventilazione manuale
- carrello per la gestione terapia
- carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico.

## REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

I requisiti previsti per le strutture di recupero e rieducazione funzionale di 1° livello ambulatoriale devono essere integrati ulteriormente per poter rispondere al maggior carico assistenziale conseguente alle disabilità trattate in questo livello, costituite prevalentemente da disabilità maggiori.

In presenza di unità operativa dotata di propri posti-letto (modulo di 20 posti letto) dovrà essere prevista la seguente dotazione organica:
- medico fisiatra o specialità equipollente ai sensi della normativa vigente, responsabile del modulo/unità operativa;
- medico fisiatra o specialità equipollente o affine;
- infermieri professionali (di cui 1 con funzioni di capo sala);
- tecnici della riabilitazione (terapisti, massofisioterapisti, logopedisti, ecc.), di cui uno coordinatore;
- ausiliari (di cui il 50% O.T.A.).

Il numero di personale deve essere correlato alle caratteristiche delle disabilità trattate, al numero dei casi trattati e dovrà tenere conto dell'impegno ritenuto indispensabile per un livello minimo di qualità .
Per i trattamenti riabilitativi si rinvia al nomenclatore tariffario regionale della branca di recupero e rieducazione funzionale di cui alla D.G.R. n. 105-20622 del 30.6.1997 e successive modificazioni ed integrazioni.
Per l'attività assistenziale l'individuazione del personale deve tenere conto di quanto previsto in materia dalla normativa vigente nazionale, regionale e relativi provvedimenti attuativi.

Le strutture di ricovero e cura private dotate di più unità operative di recupero e rieducazione funzionale, fino a 100 posti letto, devono individuare, oltre al personale sopra descritto, un' ulteriore figura medica in possesso di specializzazione in medicina fisica e riabilitazione o specialità equipollente, con la funzione di responsabile di raggruppamento.

In presenza di attività di consulenza presso altri reparti ospedalieri è inoltre da prevedersi un ulteriore e proporzionale adeguamento del personale medico specialistico e tecnico.

## RIABILITAZIONE INTENSIVA SPECIALISTICA

Le unità di riabilitazione intensiva ad orientamento specialistico necessitano, per le loro peculiarità, di una specifica organizzazione (riabilitazione cardiologica, riabilitazione respiratoria, ecc.) che prevede un approccio multidisciplinare, sotto la direzione tecnica responsabile di specialisti delle relative discipline.

**Strutture di Recupero e Rieducazione Funzionale**
**di 3° livello**

La struttura di Recupero e Rieducazione Funzionale di 3° livello assicura gli interventi riabilitativi a pazienti con disabilità di cui al punto 1) - (disabilità che richiedono, per la gravità della non autosufficienza, interventi terapeutico-riabilitativi particolari per intensità e per tipologia), afferenti alle Unità Spinali ovvero alle Unità Gravi Cerebrolesioni Acquisite.
Conseguentemente tali interventi possono essere effettuati solo da servizi dotati di specifici posti letto, attivati di norma in strutture ospedaliere dove siano disponibili funzioni di alta specializzazione.

Le strutture eroganti attività di recupero e rieducazione funzionale di 3° livello svolgono anche le attività di 2° e 1° livello.

L'attivazione di tali strutture deve essere coerente con le norme della programmazione regionale.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

Oltre ai requisiti individuati per i servizi di 2° livello dotati di propri posti letto sono previsti:

- almeno 2 posti letto dotati di sistema di monitoraggio intensivo delle funzioni vitali ed eventuale ventilazione meccanica;
- un'area destinata alla terapia occupazionale non inferiore a mq 50.

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

Oltre ai requisiti previsti per le strutture di Recupero e Rieducazione Funzionale del 2° livello comprensivo della degenza e quelle di 1° livello eroganti attività ambulatoriale, devono essere previste le attrezzature specifiche per l'assistenza dei pazienti medullolesi o cerebrolesi.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

L'individuazione dell'organico minimo necessario deve essere conseguente a tutte le funzioni proprie delle strutture di Recupero e Rieducazione Funzionale di 3° livello:

- medici specialisti
- infermieri professionali

- tecnici della riabilitazione (terapisti, massofisioterapisti, ecc.)
- unità di personale tecnico (OTA, ecc.).

Per le Unità Gravi Cerebrolesioni Acquisite l'organico dei tecnici della riabilitazione deve comprendere un numero adeguato di logopedisti.
Il numero di personale deve essere correlato alle caratteristiche delle disabilità trattate, al numero dei casi trattati e dovrà tenere conto dell'impegno ritenuto indispensabile per un livello minimo di qualità . Per i trattamenti riabilitativi si rinvia al nomenclatore tariffario regionale della branca di recupero e rieducazione funzionale di cui alla D.G.R. n. 105-20622 del 30.6.1997 e successive modificazioni ed integrazioni.

L'attività medica dovrà essere obbligatoriamente integrata in modo programmato con le altre specialità competenti.

Il personale medico e tecnico deve essere in possesso di un adeguato aggiornamento professionale, ottenuto attraverso la partecipazione a iniziative annuali gestite dalla struttura di Recupero e Rieducazione Funzionale medesima o presso Agenzie formative qualificate.

## STRUTTURE SOCIO-ASSISTENZIALI A RILIEVO SANITARIO.

Sono strutture che svolgono attività in regime residenziale, semiresidenziale e/o diurno a favore di soggetti disabili in situazione di svantaggio sociale (handicap) nei confronti dei quali, accanto al prioritario intervento di tutela sociale, assicurano anche una tutela sanitaria non specialistica.
Tali strutture erogano interventi finalizzati al reinserimento sociale del soggetto disabile. Tali interventi sono per la loro natura di durata non definibile a priori e debbono essere svolti con modalità' pluriprofessionali, per assicurare la presa in carico globale del soggetto stesso.

I requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi sono definiti dai seguenti provvedimenti regionali:

- D.G.R. n. 38-16335 del 29.06.1992
- D.G.R. n. 147-23154 del 22.02.1993
- D.G.R. n. 24-23032 del 22.02.1993
- D.G.R. n. 60-33850 del 18.04.1994
- D.G.R. n. 41-42433 del 09.01.1995
- D.G.R. n. 129-10470 del 09.07.1996
- D.G.R. n. 34-23400 del 09.12.1997
- D.G.R. n. 230-23699 del 22.12.1997
- D.G.R. n. 11-24370 del 15.4.1998

## CENTRO DI SALUTE MENTALE

Espleta le funzioni indicate per il CSM dal DPR 7/4/1994.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI:

Numero locali e spazi in relazione alla popolazione servita. Ciascun Centro di salute mentale dispone almeno di:

- locale per accoglienza utenti, segreteria informazioni;
- locale per attività diagnostiche e terapeutiche;
- locale visita medica;
- locale per riunioni;
- spazio archivio.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

- presenza di personale medico ed infermieristico per tutto l'orario di apertura;
- presenza programmata delle altre figure professionali di cui al DPR 7/4/1994, in relazione alla popolazione del territorio servito;
- apertura 12 ore al giorno per 6 gg. la settimana, con accoglienza a domanda, organizzazione attività territoriale, intervento in condizioni di emergenza-urgenza;
- collegamento con il Dipartimento di Emergenza-Urgenza;
- collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7/4/1994.

Per la definizione puntuale dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, si rimanda a quanto previsto nella D.C.R. n. 357-1370 del 28.1.1997.

## CONSULTORIO FAMILIARE

Espleta le funzioni di cui alle leggi 405/1975 e 194/1978.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

Numero locali e spazi in relazione alla popolazione servita in base alla verifica dei dati di attività annuale. Ciascun Consultorio familiare dispone almeno di:

- locale per accoglienza utenti, segreteria informazioni;
- locale per consulenza psicologica diagnostica e terapeutica;
- locali per visite ostetrico-ginecologiche, pediatriche, etc.
- locale per riunioni;
- spazio archivio.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

- Presenza delle figure professionali mediche, laureati non medici, personale infermieristico e di assistenza sociale di cui all'art. 3 della Legge 405/1975;
- la dotazione di personale e la presenza nelle attività ambulatoriali sono programmate in relazione alla popolazione servita;
- le attività e le prestazioni consultoriali in ambito sociale e sanitario sono caratterizzate da unitarietà ed integrazione funzionale.

## PRESIDI PER IL TRATTAMENTO DEI TOSSICODIPENDENTI: CENTRO AMBULATORIALE

Per i requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali si richiama la normativa sull'istituzione dei Sert di cui alla Legge 162/1990 e D.M. 444 del 30.11.1990, nonché quella indicata nel D.M. 19 febbraio 1992 e successivi atti di indirizzo nazionali e regionali.

# REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO PER ACUTI

# SISTEMA DI EMERGENZA - URGENZA

Il sistema di emergenza-urgenza è costituito da un insieme di servizi di emergenza che operano secondo schemi e strutture in grado di funzionare in maniera organicamente integrata tra loro sul territorio.

La disciplina dell'organizzazione delle modalità di risposta dell'emergenza-urgenza è stabilita dal P.S.R. 1997/1999.

Il sistema dell'emergenza-urgenza ospedaliera si articola su tre livelli:

- punti di primo intervento
- pronto soccorso ospedaliero
- dipartimento di emergenza-urgenza ed accettazione (D.E.A.)

Il sistema di emergenza-urgenza territoriale si articola in:

- centrali operative
- mezzi di soccorso.

# PUNTI DI PRIMO INTERVENTO

Fanno riferimento a quelle situazioni in cui il piano di attuazione aziendale non prevede nè Pronto Soccorso nè D.E.A., come anche indicato dal P.S.R. 97/1999. Non vengono attivati per la gestione specifica dell'emergenza ma rappresentano una articolazione sul territorio dei D.E.A. cui afferiscono e si collegano.

E' obiettivo dei punti di primo intervento:
effettuare il primo intervento medico in caso di problemi minori, e attivarne il trasporto presso l'ospedale più idoneo in caso di necessità. E' preferibile l'ubicazione dei punti di primo intervento presso poliambulatori territoriali e/o ospedali non sede di D.E.A. e Pronto Soccorso.

Si integrano tra:
- punti di primo intervento presso presidi delle Aziende Sanitarie Locali;
- punti di primo intervento fissi, mobili o occasionali.

## REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Devono essere previsti e resi disponibili protocolli scritti di collegamento operativo con la Centrale Operativa, il DEA di riferimento, i medici di base del territorio di riferimento.

La dotazione di personale non può comunque essere inferiore a:
- un infermiere professionale per tutto il tempo di apertura del servizio;
- un medico presente per tutto il tempo di apertura del servizio.

E' definito l'orario di attività, in genere articolato nelle 12/24 ore giornaliere, secondo le specifiche esigenze territoriali.
Per i punti fissi, mobili o occasionali di primo soccorso, si utilizzano, con la massima flessibilità, sia i medici in organico all'Azienda che i medici convenzionati per il sistema "118".
Deve essere prevista la registrazione dei casi trattati.
La modulistica verrà uniformata su tutto il territorio regionale.

## REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

Attrezzature di base per ambulatorio di tipo ospedaliero, compresa la disponibilità di $O_2$, integrate con:

- elettrocardiografo;
- aspiratore;
- monitor-defibrillatore;
- set per sostegno alle funzioni vitali e materiale per effettuare una rianimazione cardiopolmonare di base ed avanzata, sia per adulto che per bambino.

Collegamento telefonico con la Centrale Operativa e il DEA di riferimento.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

Punti di primo intervento presso presidi delle Aziende Sanitarie Locali:
due ambulatori per visita, un ambiente per l'attesa, un locale per stazionamento del personale, depositi, servizi igienici.

# PRONTO SOCCORSO OSPEDALIERO

L'unità organizzativa deputata all'emergenza deve assicurare gli interventi diagnostico-terapeutici di urgenza compatibili con le specialità di cui è dotata la struttura, deve poter eseguire un primo accertamento diagnostico strumentale e di laboratorio e gli interventi necessari alla stabilizzazione dell'utente. Deve garantire il trasporto protetto.

## REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

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

Devono essere consentite vie di accesso agevoli per i mezzi di soccorso e gli ambulanti e comunque deve essere garantita assenza di interferenze rispetto ai percorsi normali di accesso alla struttura di ricovero.

L'unità minima dovrà prevedere:

- camera calda (area coperta e riscaldata di accesso diretto per mezzi e pedoni);
- locale per la gestione dell'emergenza-triage;
- locale visita-trattamento, eventualmente raddoppiato in presenza di area medica e chirurgica;
- locale osservazione e degenza temporanea;
- locale attesa utenti deambulanti;
- locale attesa utenti barellati;
- locale lavoro infermieri;
- sistema di vigilanza con organi dello Stato, con presenza fissa o allertamento rapido;
- locale per caposala con spazio per la tenuta dei farmaci;
- studio medico;
- servizi igienici del personale;
- servizi igienici per gli utenti;
- sosta salme;
- deposito pulito;
- deposito sporco;
- deposito barelle e sedie a ruota;
- spazio registrazione/segreteria/archivio.

Nei siti di nuova costruzione o soggetti a ristrutturazione, il pronto soccorso deve essere ubicato in zona prossima alla rianimazione e terapia intensiva, il complesso operatorio, i servizi diagnostici compresa la funzione di radiologia diagnostica, l'UTIC, ove previsti.

Devono essere differenziati i flussi e gli ambienti visita ed attesa dei pazienti di elezione da quelli in condizioni di urgenza-emergenza.

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

La dotazione minima strumentale deve prevedere quanto previsto per i Punti di Primo Intervento:
- elettrocardiografo;
- cardiomonitor e defibrillatore;
- attrezzature per rianimazione cardiopolmonare;

con l'aggiunta di:
- lampada scialitica;
- respiratore automatico;
- set per immobilizzazione segmenti ossei, barella spinale estricatore, barella a cucchiaio;
- antidoti per avvelenamenti;
- autoclave per sterilizzazione rapida;
- collegamenti telefonici dedicati con il DEA di riferimento;
- collegamento telefonico con la Centrale Operativa;

Le strutture deputate all'emergenza-urgenza si articolano anche su più livelli operativi (area medicina e chirurgia) legati alla complessità delle prestazioni erogate e devono possedere requisiti tecnologici adeguati alla complessità di tali prestazioni.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Ogni struttura erogante prestazioni di Pronto Soccorso deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:
- la dotazione organica del personale medico ed infermieristico deve essere rapportata alla tipologia della struttura e al volume delle prestazioni e comunque, sull'arco delle 24 ore, l'articolazione dei turni del personale medico e infermieristico deve garantire la presenza di almeno un infermiere e un medico;
- devono essere stabiliti i turni mensili del personale medico previsto a rotazione dalle Unità Operative, e individuato un responsabile in relazione a quanto previsto dalla "Linee guida nazionali" e dal DPR 27 marzo 1992.

Devono essere definiti protocolli o linee guida operative, al fine di diversificare le attività di accettazione dei ricoveri programmati, dalle attività di pronto soccorso.

Devono essere predisposti specifici protocolli o linee guida per la gestione operativa dei casi in urgenza ed emergenza, riguardanti in particolare i rapporti con le differenti unità operative della struttura, le camere operatorie, il DEA di riferimento, la Centrale Operativa.

Deve essere istituita:
- una guardia attiva in medicina generale;
- una guardia attiva in chirurgia generale;

- una guardia attiva o reperibilità in anestesia e rianimazione e nelle altre competenze specialistiche dell'ospedale, così come previsto dal P.S.R. 97/99;
- la reperibilità per le funzioni di laboratorio e radiologia.

Devono essere stabiliti protocolli medici che indicano le modalità con cui è garantita la funzione di triage, quale primo momento di accoglienza e indirizzo all'intervento diagnostico.
Tale funzione è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, in un'area del pronto soccorso chiaramente individuata.

Devono essere individuate e codificate le segnalazioni da effettuare obbligatoriamente ad Autorità/Enti competenti e le rispettive modalità di trasmissione:
- referto all'Autorità Giudiziaria;
- denuncia di malattia infettiva (alla ASL);
- segnalazione di infortunio sul lavoro di personale dipendente (all'INAIL).

In relazione ai flussi informativi, deve essere prevista la registrazione separata dei dati di attività riferiti:
- ai ricoveri in elezione per patologia;
- ai ricoveri in emergenza/urgenza per patologia;
- alle attività di pronto soccorso non seguite da ricovero;
- ai trasferimenti in altre strutture;
- agli eventuali decessi.

Con particolare riguardo alle prestazioni non seguite da ricovero ed ai trasferimenti in altre strutture, dovranno essere registrate, oltre alle generalità dei pazienti, il luogo di residenza, le prestazioni effettuate, gli eventuali accertamenti e terapie eseguite o consigliate.

# DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE

E' obiettivo del DEA: fornire la risposta più rapida e completa possibile alle richieste di intervento sanitario in regime di urgenza ed emergenza.
In particolare:

- assicurare adeguati livelli di assistenza fin dal primo intervento, anche mediante protocolli diagnostico-terapeutici, opportunamente verificati ed aggiornati;
- garantire, ove necessario, il ricovero terapeutico nelle sedi più appropriate;
- organizzare e gestire un sistema continuo per la valutazione e la promozione della qualità dell'assistenza e della appropriatezza della utilizzazione delle risorse assegnate;
- favorire, con opportuna programmazione, il più alto livello di aggiornamento del personale;
- perseguire iniziative finalizzate all'umanizzazione dell'assistenza;
- contribuire alla educazione alla salute dei cittadini per un corretto uso del sistema delle emergenze sanitarie.

## REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Il Dipartimento di Emergenza e Accettazione rappresenta una aggregazione funzionale di unità operative che mantengono la propria autonomia e responsabilità clinico-assistenziale, ma che riconoscono la propria interdipendenza adottando un comune codice di comportamento assistenziale, al fine di assicurare una risposta rapida, completa, e, ove occorre, sequenziale, in collegamento con le strutture operanti sul territorio.

Sono assicurati gli interventi diagnostico-terapeutici di urgenza.

Devono essere garantite presenze in guardia attiva per le 24 ore giornaliere nelle discipline di medicina, chirurgia rianimazione.
Per le altre specialità, in funzione dei flussi e delle esigenze, è prevedibile l’integrazione professionale in guardia attiva per orari prestabiliti (ad esempio per ortopedia, neurologia); come previsto dal P.S.R. 97/99. E’ anche prevista l’integrazione del personale medico di Pronto Soccorso con medici del servizio territoriale 118.
Per quanto riguarda l'ostetricia e ginecologia e la pediatria, gli interventi andranno comunque garantiti, anche attraverso dipartimenti interospedalieri o interaziendali.

Alcuni ospedali sede di DEA, individuati dal P.S.R. 1997/99, devono essere in grado di assicurare, oltre alle attività anziesposte, le funzioni di più alta qualificazione legate all'emergenza, quali la cardiochirurgia, la neurochirurgia, la terapia intensiva neonatale, la chirurgia vascolare, la chirurgia toracica, le unità per grandi ustionati, le unità spinali.

Deve essere definito il regolamento del Dipartimento, approvato dalla Direzione dell'Azienda e adottate Linee guida e protocolli che definiscano le modalità operative interne al DEA ed in particolare il collegamento ed il coordinamento con le unità operative appartenenti a Dipartimenti differenti fermo restando la facoltà di ricovero dei pazienti nelle U.O. da parte del Pronto Soccorso.
Devono essere conosciute e rese note:

- le modalità di collegamento con la Centrale Operativa di riferimento;
- i protocolli operativi comuni adottati;
- i protocolli operativi eventualmente stabiliti e diffusi dalla Centrale operativa.

Deve essere prevista una linea telefonica dedicata per il collegamento con la Centrale Operativa.
Il DEA deve essere dotato di un apparato di telefonia, di un sistema informativo per la registrazione e la valutazione dei dati relativi all'attività svolta.

Devono essere definite le responsabilità del DEA ad uno tra i dirigenti di II livello responsabili delle unità operative afferenti al DEA.
Il personale del DEA deve partecipare alla predisposizione dei piani di emergenza interna, anche in relazione a quanto previsto dalla Legge 626/1994.
Il D.E.A. è parte integrante del sistema regionale di emergenza e nell’ambito di tale sistema assicura, secondo protocolli definiti, una risposta a carattere sovraterritoriale; cura la formazione del suo personale e la rende omogenea con quella stabilita per il personale della rete di emergenza territoriale.

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

Oltre ai requisiti previsti per il Pronto Soccorso-Accettazione, dimensionati in relazione al volume ed alla tipologia dell'attività erogata, sono validi i requisiti previsti per le singole unità operative autonome, che fanno parte del DEA.
Sono da privilegiare le dotazioni atte alla trasmissione di dati e immagini per la diagnostica e le consulenze specialistiche.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

Devono essere rispettati i requisiti minimi stabiliti:

- per il Pronto Soccorso-Accettazione;
- per le unità operative e/o servizi che compongono il DEA.

In aggiunta ai requisiti previsti per il Pronto Soccorso-Accettazione, devono essere disponibili spazi per:

- aule e locali per riunioni, meeting, area relax, ecc.;
- locali per le attività direzionali;
- segreteria;
- archivio per la documentazione clinica;
- attività sperimentali.

Il DEA deve disporre di spazi e locali in numero adeguato al volume di attività erogata.

# CENTRALI OPERATIVE

La Centrale Operativa garantisce la prima risposta sanitaria all'emergenza/urgenza in sede extraospedaliera ed il coordinamento di tutti gli interventi necessari nell'ambito territoriale di riferimento, secondo quanto previsto dal D.P.R. 27.3.1992.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

E' attivato il numero di accesso "118".

E' previsto e formalizzato il coordinamento delle Centrali Operative istituite a livello provinciale.

E' garantito il sistema di comunicazioni tra:
- le Centrali Operative regionali;
- le Centrali Operative e le postazioni dei mezzi di soccorso ed i mezzi stessi per gli ambiti di competenza;
- le Centrali Operative e le postazioni di guardia medica per gli ambiti di competenza;
- le Centrali Operative e i punti di primo intervento;
- le Centrali Operative, i DEA e i Pronto Soccorso.

Esiste un Regolamento scritto sull'organizzazione e la funzionalità della Centrale Operativa.
Sono definiti i compiti e le funzioni della Centrale Operativa, in linea con quanto stabilito dal D.P.R. 27.3.1992.

La Centrale è a conoscenza:
- della dislocazione e tipologia dei mezzi di soccorso sul territorio;
- delle postazioni di guardia medica;
- della disponibilità dei posti letto di terapia intensiva generale e specialistica e delle alte specialità, anche collocate al di fuori del proprio ambito territoriale in sede regionale.

Sono stabiliti protocolli operativi interni, tra cui quelli riguardanti:
- la gestione del personale addetto alla Centrale, compresa la guardia medica;
- il coordinamento dei mezzi di soccorso;
- l'organizzazione interna della Centrale;
- gli aspetti tecnici che regolano i rapporti con le altre strutture coinvolte nel sistema di emergenza-urgenza;
- i rapporti con le organizzazioni di volontariato.

I protocolli operativi sono resi noti alle differenti istituzioni coinvolte nel sistema dell'emergenza-urgenza.

Sono stabiliti i protocolli di valutazione di criticità dell'evento ai sensi del D.M. 15 maggio 1992.

E' individuato il responsabile della Centrale Operativa.
Sono stabiliti i compiti e le funzioni del Responsabile.
E' definito il fabbisogno di personale per professione e qualifica.
Sono definite le funzioni e le responsabilità di ciascuna figura.
E' predisposto un piano per la formazione e l'aggiornamento del personale.
E' periodicamente verificato e valutato il livello di competenza del personale addetto al servizio sui mezzi di soccorso.
I requisiti organizzativi professionali e formativi inerenti le Centrali Operative sono definiti dal D.P.R. 27/3/1992 ed esplicitati da specifiche direttive regionali.

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

La Centrale Operativa dovrà essere dotata di apparato di telefonia, sistema informatico e sistema di radiocollegamenti.

La rete telefonica della Centrale Operativa prevede una serie di tecnologie che consentono di:

- soddisfare il livello quantitativo delle richieste di soccorso ipotizzate per bacino di utenza;
- utilizzare reti telefoniche dedicate per le comunicazioni con le postazioni di soccorso territoriale, D.E.A., pronto soccorso, guardia medica, punti di primo intervento, e gli altri Servizi pubblici deputati alle emergenze (Vigili del Fuoco, Protezione civile, Carabinieri, Prefettura, Polizia, altre Centrali Operative, ecc,).

La Centrale Operativa è dotata di un sistema informativo che permetta di disporre di dati aggiornati e tempestivi relativamente agli ospedali di riferimento, alla dislocazione dei punti di primo intervento, delle postazioni di guardia medica e dei mezzi disponibili, nonché di informazioni relative alle località sedi dell'evento (riferimenti cartografici e di viabilità, etc.), utili alla gestione dell'intervento.
Tale sistema permette la rilevazione delle attività svolte, anche ai fini di valutarne la qualità e l'appropriatezza rispetto ai problemi affrontati, onde consentire interventi correttivi.
E' assicurata la compatibilità tra le diverse reti provinciali, anche per consentire la gestione integrata delle attività di emergenza.

La Centrale Operativa si avvale e coordina i mezzi di soccorso definiti per numero e tipologia dalla programmazione regionale.
Ogni mezzo di soccorso, secondo la tipologia successiva, è dotato della seguente attrezzatura minima fermo restando i requisiti strutturali previsti dal D.M. 17/12/1987 n. 553 e successive modificazioni ed integrazioni:

AUTOAMBULANZA DI TRASPORTO

- bombola di ossigeno più riserva (a norma del D.M. 3/1/1990);
- barella principale (possibilmente autocaricante);
- barella atraumatica a cucchiaio;
- pallone autoespansibile di rianimazione (con maschere facciali a tre misure);
- set di medicazione;
- biancheria monouso;
- telo porta infermi con maniglie;
- padella e pappagallo;
- estintore da 3 Kg.;
- set di indumenti di protezione per trasporto infettivi;
- clinical box per raccolta temporanea rifiuti sanitari.

AUTOAMBULANZA DI SOCCORSO DI BASE

- bombola di ossigeno più riserva (a norma del D.M. 3/1/1990);
- barella principale autocaricante;
- barella atraumatica a cucchiaio e/o tavola spinale lunga con cinghie di contenzione e sistema di immobilizzazione del capo e del tronco;
- pallone autoespansibile di rianimazione (con maschere facciali a tre misure);
- set di medicazione;
- set di medicazioni speciali per ustionati
- biancheria monouso;
- telo porta infermi con maniglie;
- padella e pappagallo;
- aspiratore per secreti portatile a batteria e sondini;
- set di collari cervicali rigidi con accesso tracheale;
- steccobende a depressione o rigide per arti inferiori e superiori;
- sfigmomanometro e fonendoscopio;
- cannule di Guedel (tre misure);
- set di ventimasck;
- set per incanulamento vene periferiche;
- soluzioni per reintegro volemia (2.000 ml. cristalloidi - 1.000 ml. di colloidi);
- set di indumenti di protezione per trasporto infettivi;
- faro di ricerca fisso o portatile;
- sedia portantina;
- forbici taglia abiti e multiuso;
- set da scasso per incidenti stradali;
- clinical box per raccolta temporanea rifiuti sanitari;
- telo porta infermi con maniglie;
- set di lacci emostatici arteriosi e venosi;
- estintore da 3 Kg.;

AUTOAMBULANZA DI SOCCORSO AVANZATO, DI SOCCORSO AVANZATO DI BASE ED ELIAMBULANZA

- barella principale autocaricante con cinghie di contenzione posizionata su piano traslabile sul senso orizzontale - (con possibilità di posizionamenti trandelerburgh e antitrandelerburgh e piano di carico ad altezza variabile);
- barella atraumatica a cucchiaio, con cinghie di contenzione e sistema di immobilizzazione del capo e del tronco;
- tavola spinale lunga con cinghie di contenzione e sistema di immobilizzazione del capo e del tronco;

- trauma estricatore (mod. Ked o similari);
- ventilatore polmonare automatico asportabile con modulazione adulti/bambini, con fonte autonoma di alimentazione, sia elettrica che con ossigeno (bombola da 2,5 lt./minimo e bombola di scorta);
- monitor defibrillatore portatile con registratore e stimolatore esterno, a funzionamento manuale e con sistema di alimentazione sia a 12 v. che a 220 v. e batterie ricaricabili (presenza di modulo semi automatico), possibilità di monitoraggio attività cardiaca tramite ECG a 12 derivazioni;
- spremi sacca (almeno due);
- aspiratore per secreti, portatile, utilizzabile anche per uso pediatrico e con batterie ricaricabili a funzionamento sia a 12 v. che a 220 v.;
- pompa a siringa per infusioni funzionante sia a 12 che a 220 v.;
- impianto di ossigenoterapia centralizzato con almeno 2 prese di ossigeno in vano sanitario e 2 gorgogliatori;
- sfigmomanometro aneroide e fonendoscopio con alloggiamento a parete;
- stecco bende in almeno tre misure, rigide o a depressione;
- set completo di collari cervicali rigidi con accesso tracheale;
- pallone rianimatore manuale per adulti e pediatrico (con maschere e cannule oro - fraingee) e sacco reservoir (materiale autoclavabile in silicone);
- saturimetro/pulsiossimetro portatile singolo o modulare con sensore rigido e predisposizione per monouso (per dita) e sensore per orecchio;
- forbice di soccorso modello Robin o similare;
- faro orientabile interno e impianto di illuminazione interno a lampade fluorescenti;
- presa elettrica a 220 v. esterna con adeguato collegamento interno per la carica di tutte le attrezzature sanitarie;
- adeguato numero di prese elettriche di 12 v. nel vano sanitario;
- adeguati contenitori a parete per posizionamento del materiale farmacologico di scorta;
- n. 2 zaini di primo soccorso atti a contenere le dotazioni farmacologiche con interni a scomparti staccabili, atti alla preparazione di set: intubazione - ventilazione - medicazione - incanulamento - infusione - chirurgico (2 primari e 2 di scorta);
- n. 1 otoscopio;
- laringoscopio a tre lame e mandrino;
- faro di ricerca fisso o portatile;
- torce di illuminazione a batteria portatili (minimo 2);
- segnalatori a luce rossa e arancione intermittenti portatili (minimo 2);
- caschi di protezione per l’equipaggio (n. 4 di colore bianco);
- frigorifero riscaldatore per contenimento farmaci;
- sacchetti di nylon sterili e ghiaccio istantaneo;
- termometro epitimpanico;
- clinical box per raccolta temporanea rifiuti sanitari;
- set di indumenti di protezione per trasporto infettivi;
- set da scasso per incidenti stradali;
- telo porta infermi con maniglie.

MEZZO DI SOCCORSO AVANZATO SU AUTOVETTURA

- aspiratore portatile;
- cateteri vescicali e sondini naso-gastrici;
- monitor-defibrillatore portatile;
- farmaci essenziali;
- set chirurgici;
- set per medicazioni;
- set per ustionati;
- sfigmomanometro;
- materiale necessario per la gestione di base e avanzata delle vie aeree e del circolo nell'adulto e nel bambino;
- pulsiossimetro;
- ventilatore;
- monitor multifunzioni;
- frigorifero riscaldatore per contenimento farmaci;
- ossigeno portatile;

Attrezzature tecniche:
- estintore da 3 Kg.;
- faro di ricerca fisso e torcia portatile;

I requisiti tecnici di detto materiale devono corrispondere a quelli indicati per i mezzi di soccorso avanzato.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI DELLA CENTRALE OPERATIVA

E' prevista la seguente dotazione minima ambientale:
- sala operativa;
- locale del personale medico ed infermieristico;
- archivio;
- magazzino;
- servizi igienici;
- locale tecnologie.

Ambienti integrativi (non obbligatori):
- sala riunioni;
- segreteria.

CONFIGURAZIONE MINIMA DELLA POSTAZIONE DEI MEZZI DI SOCCORSO

- locale di sosta con telefono;
- magazzino o armadio per attrezzature ed apparecchiature e deposito materiale e farmaci;
- servizi igienici.

Ambiente integrativo (non obbligatorio):
- autorimessa.

# AREA DI DEGENZA

L'area di degenza deve essere strutturata in modo da garantire il rispetto della privacy dell'utente ed un adeguato comfort di tipo alberghiero.
Devono essere garantiti spazi comuni di raccordo tra le degenze e/o i servizi sanitari nei quali prevedere utilities per gli accompagnatori o visitatori.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

La dotazione minima di ambienti per la degenza è la seguente:

- camera di degenza (al netto della superficie dei servizi igienici):
  - 9 mq per posto letto (camera singola);
  - 7 mq per posto letto (camera multipla);
  - 9 mq per posto letto (camera pediatrica multipla);
  - 12 mq per posto letto (camera singola con accompagnatore);
  - non più di 4 posti letto per camera;
  - almeno un servizio igienico ogni 4 posti letto, almeno il 10% delle stanze di degenza deve ospitare un solo letto e preferibilmente deve essere dotato di proprio servizio igienico.
  - La camera di degenza deve garantire l'accesso e il movimento di barelle e carrozzine, nonché le normali e urgenti operazioni del personale medico e non medico ai due lati di ciascun letto. Appare quindi rilevante allo scopo di facilitare i percorsi interni delle camere, l'adeguato posizionamento degli arredi fissi, o difficilmente spostabili, quali: porta, lavandino, tavoli e armadi, e i letti fissi.
  - La camera, inoltre, deve essere dotata di specifici dispositivi di allarme, di chiamata del personale a ciascun letto, e di pavimentazione antiscivolo.

- Servizi igienici: in caso di nuova realizzazione o ristrutturazione devono essere dimensionati e attrezzati per consentire l'accessibilità o l'agevole adattabilità all'uso dell'utenza anche temporaneamente disabile, presente nell'area di degenza; inoltre devono essere asserviti alle camere di degenza direttamente (fino a 2 p.l.) o tramite antibagno (fino a 4 p.l.);
- un locale per visita e medicazioni dotato di lavabo con comandi non manuali;
- un locale di lavoro, presente in ogni piano di degenza, per il personale di assistenza diretta;
- spazio per capo-sala;
- un locale per medici;
- uno spazio per il medico di guardia;
- un locale per soggiorno;
- un locale per il deposito del materiale pulito;
- un locale per deposito attrezzature;

- un locale, presente in ogni piano di degenza, per il materiale sporco, e dotato di vuotatoio e lavapadelle;
- una cucina di reparto;
- servizi igienici per il personale;
- spazio attesa visitatori;
- un bagno assistito.

Per le degenze pediatriche: devono essere previsti spazi di soggiorno e svago ad uso esclusivo dei bambini, proporzionati al loro numero. Deve essere previsto lo spazio per la presenza dell'accompagnatore (letto, armadietto, sedia/poltrona).

Per le degenze riabilitative: devono essere previsti spazi di soggiorno ad uso esclusivo dei pazienti, proporzionati al loro numero. Deve essere previsto lo spazio per la presenza dell’accompagnatore.

Per le degenze psichiatriche deve essere previsto un locale specifico per colloqui/visite specialistiche, e un locale adibito esclusivamente a soggiorno in relazione al numero dei posti letto. Deve essere altresì assicurata un’area ricreativa specifica (è considerata area ricreativa anche l’area verde).

Nei locali di degenza per malattie infettive va attuato l'adeguamento previsto dalla legge 135/1990 e successive modifiche ed integrazioni.

## REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI

Dotazione minima impiantistica:
- impianto illuminazione di emergenza;
- impianto forza motrice nelle camere con almeno una presa per alimentazione normale;
- impianto chiamata con segnalazione acustica e luminosa;
- impianto gas medicali: prese vuoti e ossigeno.

## REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

- Carrello per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore e unità di ventilazione manuale;
- carrello per la gestione terapia;
- carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico.

## REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Ogni reparto di degenza deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:

- la dotazione organica del personale addetto deve essere rapportata al volume delle attività e deve tenere conto di quanto previsto in materia dalla normativa vigente nazionale, regionale e relativi provvedimenti attuativi.

CASE DI CURA NEUROPSICHIATRICHE

I servizi generali e di diagnosi e cura complementari all'attività delle case di cura neuropsichiatriche vanno considerati in funzione delle esigenze sanitarie connesse alla specifica attività svolta, secondo le prescrizioni della vigente normativa in materia di autorizzazione all'esercizio delle attività di ospedalità privata.

# REPARTO OPERATORIO

Il numero complessivo di sale operatorie deve essere definito, per ogni singola struttura, in funzione della tipologia e complessità delle prestazioni per specialità che vengono erogate, ed in particolare in relazione alla attivazione o meno della Day Surgery.

Il gruppo operatorio deve essere articolato in zone progressivamente meno contaminate dall'ingresso del complesso operatorio fino alle sale chirurgiche e devono essere garantiti percorsi interni differenziati per "sporco" e "pulito" ovvero idonei protocolli di comportamento e confezionamento ermetico che consentano condizioni di sicurezza nei confronti del rischio di contaminazione.

## REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

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

La superficie minima delle sale operatorie non deve essere inferiore a mq 30. Sono ammesse sale di dimensioni minori (e comunque non inferiori a mq 20) per particolari specialità chirurgiche e tipologie di interventi.

Con specifico provvedimento di Giunta Regionale saranno predisposte apposite linee-guida per l'identificazione delle aree specialistiche interessate agli interventi di cui al precedente capoverso.

La dotazione minima di ambienti per il gruppo operatorio è la seguente:

- spazio filtro di entrata degli operandi;
- zona filtro personale addetto;
- zona preparazione personale addetto;
- zona preparazione utenti;
- zona risveglio utenti;
- sala operatoria;
- zona per il lavaggio e la sterilizzazione del materiale chirurgico, ovvero uno spazio per sub-sterilizzazione nel caso in cui la struttura disponga di un servizio centralizzato di sterilizzazione esterno al complesso operatorio;
- deposito presidi e strumentario chirurgico;
- deposito materiale sporco;

- deposito materiale pulito;
- locale spogliatoio - sosta personale, con servizi igienici;
- sala gessi per le unità di ortopedia traumatologica.

Le funzioni per le quali è indicata la dotazione di una “zona” o di uno “spazio” non configurano necessariamente la disponibilità di un locale specificatamente ed esclusivamente dedicato, purchè vengano adottate soluzioni organizzative e comportamentali idonee a garantire condizioni di sicurezza igienica.

Le superfici devono risultare ignifughe, resistenti al lavaggio ed alla disinfezione, liscia e non scanalate, con raccordo arrotondato al pavimento. La pavimentazione deve essere antistatica, resistente agli agenti chimici e fisici, levigata ed antiscivolo.

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

Per ogni sala operatoria:
- tavolo operatorio;
- apparecchio per anestesia con sistema di evacuazione dei gas dotato anche di spirometro e di monitoraggio della concentrazione di ossigeno erogato, respiratore automatico dotato anche di allarme per deconnessione paziente;
- monitor per la rilevazione dei parametri vitali;
- elettrobisturi;
- aspiratori distinti chirurgici e per broncoaspirazione;
- lampada scialitica;
- diafanoscopio a parete;
- strumentazione adeguata per gli interventi di chirurgia generale e delle specialità chirurgiche;
- autoclave a vapore per la sterilizzazione di strumentario, teleria soprattutto nel caso il reparto sia sprovvisto di servizio centralizzato.

Per ogni gruppo operatorio:
- frigoriferi per la conservazione di farmaci e emoderivati;
- amplificatore di brillanza;
- defibrillatore.

Per zona risveglio:
- gruppo per ossigenoterapia;
- cardiomonitor e defibrillatore;
- aspiratore per broncoaspirazione.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Ogni struttura erogante prestazioni deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:

- la dotazione organica del personale medico ed infermieristico deve essere rapportata alla tipologia e al volume degli interventi chirurgici e deve tenere conto della normativa vigente nazionale, regionale e relativi provvedimenti attuativi.

L'attivazione di una sala operatoria deve comunque prevedere almeno un medico anestesista, due chirurghi e due infermieri professionali.

- Per ogni reparto operatorio deve venir redatto un “protocollo formalizzato sull’organizzazione del lavoro nel reparto operatorio” che identifica i criteri di formulazione delle liste operatorie:
  - se non esiste una zona delimitata per il cambio barella vanno specificate e documentate le precauzioni adottate per l’effettuazione.
  - Se non esiste una sala di preparazione pre-operatoria per i pazienti, va specificato e documentato in quale locale viene effettuata la preparazione ed attestata nel suddetto protocollo la validità del procedimento adottato.
  - In caso di impossibilità a delimitare una zona filtro all’ingresso della sala operatoria deve esistere un protocollo comportamentale formalizzato a livello di singola sala operatoria o di blocco operatorio, che impegni il personale ad attenersi alle procedure codificate dei percorsi.
  - Se non esiste una area di risveglio va specificato nel suddetto protocollo quale area è stata destinata per mantenere in osservazione il paziente, l’idoneità del locale e che lo stesso è dotato di captazione dei gas.
  - Devono venir codificate le preocedure di ingresso nel blocco operatorio da adottarsi da parte di tutto il personale che accede oltre la zona filtro.
  - Se non esiste un locale apposito per la preparazione del personale sanitario va specificata nel protocollo organizzativo l’area destinata a tale scopo e attestata l’idoneità della stessa.
  - Qualora non sussistano percorsi interni differenziati per i materiali puliti e sporchi il “protocollo sull’organizzazione del lavoro nel reparto operatorio” dovrà specificare le condizioni di raccolta, confezionamento ermetico ed allontanamento che consentano condizioni di sicurezza nei confronti del rischio di contaminazioni.
  - Nell’impossibilità di creare un locale per il deposito del materiale proveniente dalla camera operatoria è necessario indicare nel protocollo le misure organizzative e procedurali che evitino lo stanziamento di materiale sporco in zone non idonee al fine di evitare contaminazioni.

- Per ogni reparto operatorio deve venir redatto un “protocollo sulle operazioni di pulizia e disinfezione nel reparto operatorio”.

# PUNTO NASCITA - BLOCCO PARTO

Il Punto nascita costituisce unità di assistenza per gravidanze e neonati fisiologici.
L'attività viene svolta, a livello ambulatoriale, area di degenza, blocco parto.
All'interno dello stesso presidio devono essere comunque disponibili le seguenti prestazioni diagnostiche: radiologia, le comuni analisi chimico-cliniche ed immunoematologiche.
Il blocco parto deve disporre di spazi per lo svolgimento del parto, anche in regime di urgenza, per la prima assistenza ai neonati e per l'attività chirurgica di tipo ostetrico. Deve essere garantita l'assistenza al neonato in attesa del trasporto protetto.
Le norme vigenti in materia di compilazione delle cartelle cliniche sono estese al ricovero del neonato fisiologico.
I punti nascita sono tenuti a fornire ai genitori tutti i rifererimenti necessari per l'avvio della successiva assistenza pediatrica.

Le cure perinatali ospedaliere vengono classificate in tre livelli. Questi rappresentano l'insieme delle competenze, delle teconolgie, necessarie per una adeguata assistenza alla gravida, al feto ed al neonato.

Nella classificazione dei livelli, devono essere rispettati i volumi di attività minimi previsti dal P.S.R. 1997/1999, che le strutture devono eseguire durante l'anno.

Un livello superiore deve erogare, oltre alle prestazioni che lo caratterizzano, anche quelle indicate per i livelli inferiori, allo scopo di garantire una efficiente organizzazione delle risorse e la massima appropriatezza delle cure.
Ove non indicati, si intendono sempre richiesti per il livello superiore i requisiti previsti nel livello inferiore.

La definizione del livello funzionale delle cure perinatali deve riferirsi contemporaneamente sia all'attività ostetrica che a quella neonatale. A questo proposito si raccomanda che nella stessa unità funzionale queste due aree dell'assistenza siano dello stesso livello. Non debbono quindi essere previste unità di assistenza perinatale nelle quali l'assistenza ostetrica non sia omogenea per livello all'assistenza neonatale.

# UNITA' FUNZIONALI PERINATALI DI 1° LIVELLO

Sono le unità funzionali che il P.S.R. 1997/1999 individua in tutti gli ospedali della rete regionale in cui è attivo il punto nascita.
Tali unità controllano la gravidanza a basso rischio, assistono parti con età gestionale ≥ 36 settimane e assistono neonati fisiologici.
Le funzioni previste dal punto nascita sono:

- garantire alla donna partoriente il diritto ad iniziare il rapporto con il suo bambino fin da subito in ambiente che salvaguardi l'intimita' del momento, la riservatezza, il riconoscimento della propria dignità, il diritto di vivere il parto come evento personale, potendo fruire della presenza di una persona di sua scelta e con l'assistenza delle moderne tecnologie;
- garantire la sorveglianza della progressione del travaglio, del parto e del benessere fetale mediante la continuita' assistenziale ostetrica e l'utilizzo di strumenti idonei qualora necessari (ad es. partogramma, monitoraggio cardiotocografico);
- essere in grado di effettuare un parto cesareo di urgenza;
- garantire l'assistenza al neonato in sala parto. In tale sede deve essere possibile effettuare la rianimazione primaria e l'intubazione endotracheale per i neonati richiedente interventi immediati;
- garantire, in presenza di malformazioni congenite, l'esecuzione di accertamenti anamnestici, obiettivi e strumentali diagnostico e di laboratorio compresa l'eventuale esecuzione di fotografie, nonché, in caso di nati-mortalità, l'esecuzione di autopsia oltre agli accertamenti anamnestici ed obiettivi e, qualora ritenuti necessari, l'esecuzione di esami diagnostico e di laboratorio;
- garantire l'assistenza al neonato sano accanto alla madre (rooming in), riservando un locale del nido per l'accoglimento delle culle in momenti di indisponibilita' della mamma;
- organizzazione dell'assistenza al nato sano ( in presenza di normale adattamento alla vita extrauterina, 1^ visita neonatologica/pediatrica nelle prime 12 ore di vita, visita di dimissione, altre visite qualora necessarie) nel rispetto dei tempi propri della coppia madre-bambino e con il coinvolgimento diretto della mamma;
- garantire i necessari controlli neonatologici in un locale per visita al neonato con temperatura ambientale idonea, che permetta la presenza dei genitori garantendo ad un tempo la privacy e l'intimita';
- esecuzione degli screening previsti dai programmi nazionali e/o regionali e, ove indicato, esecuzione di alcuni esami di laboratorio (glicemia, bilirubinemia, ematocrito) effettuati su microcampioni di sangue;
- favorire, anche attraverso la consegna di materiale educativo ed incontri individuali e/o di gruppo, la pratica dell'allattamento al seno sia durante la degenza che dopo la dimissione;
- essere funzionalmente collegate con le unità accreditate ad erogare assistenza di II e/o III livello;
- provvedere al trasferimento della gravida laddove si verifichino condizioni o patologie materne e/o fetali che richiedano, in situazioni di non emergenza, l'invio ad una unità di II o III livello come previsto dalle linee guida per il trasferimento perinatale;

- garantire l'assistenza immediata e di urgenza a neonati con patologia anche grave in attesa di trasferimento presso un centro di II o III livello, utilizzando il sistema di trasporto neonatale.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

I requisiti vengono articolati rispetto a:

Spazi degenza:
oltre agli spazi specifici già individuati per l'area di degenza indifferenziata, viene richiesta la seguente dotazione di ambienti:
- area di assistenza neonatale in continuità con l'area di degenza di Ostetricia privilegiando il rooming-in;
- di culle rapportato al volume di attività svolta (per ogni culla è richiesto uno spazio non inferiore a 2 mq), ogni locale deve contenere un numero di culle non superiore a 20;
- area dotata di locale per le culle mobili che garantisca la recezione di un numero di culle del 25% superiore al numero di posti letto dell'Ostetricia;
- locale per visita neonati;
- locale per una culla per patologia neonatale lieve più una incubatrice;
- locale per allattamento;
- locale per preparazione biberon;

Blocco parto:
i locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.

Il complesso parto deve essere funzionalmente collegato con le degenze di ostetricia , con il complesso operatorio, con le Unità Funzionali Perinatali di primo livello, nonché con le Unità Operative di Neonatologia e Terapia Intensiva neonatale, ove esistenti. Il complesso deve essere dotato di una o più areee travaglio-parto in relazione alla capacità delle degenze di ostetricia.
Ogni Unità di primo livello deve disporre di almeno di un'area travaglio-parto.

Ogni area travaglio-parto deve essere autosufficiente per arredamento ed attrezzatura, deve essere in collegamento con un impianto di supporto elettrico di emergenza, deve avere una linea telefonica dedicata e deve consentire l'accesso di una persona scelta dalla paziente.
L'area travaglio-parto deve consentire l'espletamento di almeno due parti in contemporanea.
Il travaglio può essere effettuato nell'ambito dell'area delle degenze all'interno di camere singole.

La dotazione minima di ambienti per il blocco parto è la seguente:
- zona filtro per le partorienti per l'accoglienza della donna in travaglio e della persona di sua fiducia;
- zona filtro personale addetto;
- locale travaglio;

- sale parto, di superficie minima pari a 20 $m^2$ con pareti lisce e raccordate tra loro, rivestimenti per pavimenti e pareti a tutt'altezza di tipo lavabile, disinfettabile e impermeabile agli agenti contaminanti - pavimenti e pareti con angoli arrotondati - garanzia di antistaticità del pavimento;
- isola neonatale, localizzata all'interno della sala parto o comunicante con questa;
- sala operatoria, in assenza di blocco operatorio; deve garantire le stesse prestazioni richieste per il gruppo operatorio;
- zona osservazione post-partum;
- deposito presidi e strumentario chirurgico;
- servizi igienici per le partorienti;
- locale lavoro infermieri;
- deposito materiale pulito e sporco, localizzato nei pressi delle sale travaglio;
- spazio attesa per accompagnatore.

E' prevista la seguente dotazione minima impiantistica:
- impianto di gas medicali e impianto di aspirazione gas anestetici direttamente collegati alle apparecchiature di anestesia, per la zona risveglio è indispensabile attuare l'aspirazione selettiva dei gas anestetici;
- stazioni di riduzione della pressione per il reparto operatorio. Devono essere doppie per ogni gas medicale/tecnico e tali da garantire un adeguato livello di affidabilità;
- impianto rilevazione incendi;
- impianto allarmi di segnalazione esaurimento gas medicali.

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

Sala travaglio-parto:
- testa letto con gas medicali;
- letto trasformabile per travaglio;
- lampada scialitica mobile;
- cardiotocografo (almeno n. 2 unità);
- n. 2 apparecchi di anestesia, completi di tutti gli accessori;
- n. 1 defibrillatore;
- collegamenti fissi per aspirazione;
- n. 1 apparecchio vacuum extractor con relativi accessori sterili;
- n. 1 forcipe con relativi accessori sterili;
- n. 5 set pronti sterili per l'assistenza al parto;
- n. 1 orologio contasecondi a muro;
- impianto di sterilizzazione, ovvero uno spazio di sub-sterilizzazione, nel caso di un impianto centralizzato di sterilizzazione esterno;

- n. 1 elettrocardiografo;
- n. 2 rilevatori di pressione arteriosa incruento per adulti;
- n. 2 pompe a siringa;
- n. 2 saturimetri pulsati.

Per l'unità di assistenza ostetrica devono essere disponibili:
- una sala operatoria attivabile in caso di emergenza;
- un ecografo nel reparto di ostetricia.

Isola neonatale:
- lettino di rianimazione con lampade radianti;
- erogatore di $O_2$;
- erogatore o compressore per aria;
- aspiratore;
- materiale necessario per la rianimazione neonatale.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Ogni struttura erogante prestazioni deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:
- la dotazione organica del personale medico ed infermieristico deve essere rapportata al volume dei parti e comunque, sull'arco delle 24 ore, l'articolazione dei turni del personale medico e infermieristico deve garantire la presenza di almeno un medico ostetrico e di una ostetrica.
  Il medico deve essere specialista in Ostetricia e Ginecologia.
- Dev'essere garantita nell'arco delle 24 ore la presenza di:
- - 1 pediatra;
- - 1 infermiere professionale o vigilatrice d'urgenza;
- 1 anestesista reperibile;
- i punti nascita devono assicurare un pronta disponibilita' pediatrica da attivarsi sulla base delle previsioni del partogramma;
- i punti nascita devono assicurare una pronta disponibilità anestesiologica;
- deve essere garantita comunque l'assistenza al neonato anche attraverso il trasporto protetto.

L'individuazione dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi delle Unita' Funzionali Perinatali di 2° e 3° livello sara' definita con successivo provvedimento regionale.

# RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA

Le attività di rianimazione e terapia intensiva sono dedicate al trattamento intensivo dei soggetti affetti da una o più insufficienza d'organo acute, potenzialmente reversibili, tali da comportare pericolo di vita ed insorgenza di complicanze maggiori.
La configurazione ambientale delle unità di rianimazione e terapia intensiva può essere a degenza singola o a degenze multiple.
Deve essere assicurata la possibilita' di "assistenza affettiva" al letto del paziente, al di fuori dei momenti terapeutici critici.

## REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate. La superficie minima da prevedersi per ogni degenza singola è di 16 $m^2$, per degenze multiple è di 12 $m^2$ per posto letto.
La dotazione minima di ambienti per la rianimazione e terapia intensiva è la seguente:

- zona filtro per i degenti;
- zona filtro personale addetto;
- degenze;
- locale per pazienti infetti dotato di zona filtro;
- locale medici;
- locale lavoro infermieri;
- servizi igienici per il personale;
- deposito presidi sanitari ed altro materiale pulito;
- deposito materiale sporco;
- area attesa visitatori;
- disinfezione e lavaggio delle attrezzature e dei materiali.

In caso di presenza di posti letto di rianimazione e terapia intensiva, va prevista la presenza di posti letti di terapia subintensiva nella misura pari a un rapporto di 1/1.
L'attività di terapia subintensiva potrà essere esercitata nell'ambito delle unità di terapia intensiva, ovvero in degenze in grado di garantire il monitoraggio ed il mantenimento delle funzioni vitali, al fine di prevenire complicanze maggiori.
E' necessario realizzare spazi di attesa e soggiorno per i parenti dei ricoverati.

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

- letto tecnico;
- apparecchio per anestesia con sistema di evacuazione dei gas dotato anche di spirometro e di monitoraggio della concentrazione di ossigeno erogato, respiratore automatico dotato anche di allarme per deconnessione paziente;
- monitor per la rilevazione dei parametri vitali;
- aspiratori per broncoaspirazione;
- lampada scialitica;
- diafanoscopio a parete;
- frigoriferi per la conservazione di farmaci e emoderivati;
- defibrillatore.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Ogni struttura erogante prestazioni deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:

- la dotazione organica del personale medico ed infermieristico deve essere rapportata alla tipologia dell'attività svolta e al volume complessivo degli interventi chirurgici effettuati e deve tenere conto di quanto previsto in materia dalla normativa vigente nazionale e regionale e relativi provvedimenti attuativi.

# MEDICINA NUCLEARE

La Medicina Nucleare consiste in attività diagnostica e/o terapeutica mediante l'impiego delle proprietà fisiche del nucleo atomico ed in particolare di radionuclidi artificiali. Questi ultimi sono impiegati per scopo diagnostico sia in vivo che in vitro.

Il Servizio di Medicina Nucleare è un complesso strutturale ed organizzativo ad alta tecnologia con scopi diagnostico-valutativi, prognostici e terapeutici, che a tal fine necessita dell'impiego dell proprietà fisiche del nucleo atomico ed in particolare di radionuclidi artificiali in forma "non sigillata".
Tali servizi garantiscono l'attività di diagnostica medico-nucleare nel rispetto integrale della normativa di radio protezione ai sensi della L. 230/1995.

## REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.
Le unità minime delle strutture di diagnostica medico nucleare dovranno (in campo radioprotezionistico) prevedere:

- area dedicata all'accettazione ed attività amministrative;
- locale destinato all'attesa dei pazienti prima della somministrazione;
- locale somministrazione al paziente di radio farmaci;
- sala di attesa calda per pazienti iniettati;
- zona filtro, con locali spogliatoio differenziati;
- servizi igienici con scarichi controllati (vedi impiantistica);
- locale visita;
- un locale destinato ad ospitare la gamma camera;
- camera calda - locale a pressione negativa, per stoccaggio e manipolazione radio farmaci e altri prodotti radioattivi.

In caso di attività diagnostica in vitro, questa dovrà svolgersi in locali chiaramente separati dall'attività in vivo.

## REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI

- sistema di raccolta e monitoraggio degli effluenti per lo scarico dei rifiuti liquidi radioattivi collegato con il servizio igienico destinato agli utenti iniettati con radiofarmaci e alla doccia zona filtro;
- impianto di condizionamento con adeguato ricambio aria e con gradienti di pressioni progressivamente decrescenti verso la camera calda dove si dovrà avere il valore più basso. Filtri assoluti in uscita, per le aree classificate come "zona controllata".

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

La dotazione minima tecnologica delle strutture di medicina nucleare deve prevedere:

Camera calda:

- sistema schermato per manipolazioni radioattive;
- un calibratore di dose;
- schemi per siringhe e contenitori schermati per flaconi;
- contenitori adeguatamente schermati per lo stoccaggio di rifiuti radioattivi solidi.

Sistemi monitoraggio:

- un monitor ambientale;
- un contatore portatile per la rilevazione delle contaminazioni di superficie;
- un monitor mani piedi per la zona filtro.

Sala diagnostica:

- una gamma camera; si ritiene opportuno provvedere alla formalizzazione di un protocollo di collaborazione con un altro Servizio di Medicina Nucleare in modo da garantire la continuità diagnostica, in caso di guasto alle apparecchiature, anche ai fini della radio protezione del paziente;
- sistema di sviluppo su film o stampe immagini;
- dotazione minima di Pronto Soccorso.

In caso di attività diagnostica in vitro:

- strumentazione base di un laboratorio di analisi chimico-cliniche;
- gamma counter;
- contatore a pozzetto per misurazione di singoli campioni radioattivi.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

E’ indispensabile che per le attività di medicina nucleare in vivo il personale sanitario medico sia costituito da specialisti in Medicina Nucleare e che il personale tecnico sia tecnico sanitario di radiologia medica.

Il personale sanitario laureato e/o tecnico deve essere adeguato alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate.
L’attività deve rispettare i seguenti requisiti minimi organizzativi:

- durante lo svolgimento dell’attività diagnostica deve essere prevista la presenza di almeno un medico specialista;
- qualora vi fosse disponibilità di una sola gamma camera, si dovrà provvedere alla formalizzazione di un protocollo di collaborazione con un’altra unità operativa di medicina nucleare, in modo da garantire la continuità diagnostica in caso di guasto alle apparecchiature;
- attivazione di un sistema di controllo di qualità;

Presso ogni struttura di medicina nucleare è previsto l'obbligo di comunicare all'utente, al momento della prenotazione dell'indagine diagnostica, i tempi di consegna dei referti.

Le suddette strutture devono inoltre garantire le funzioni di segreteria, di accoglienza dell’utenza, di raccolta ed elaborazione di dati statistici richiesti dalle Amministrazioni competenti, nonché le condizioni igienico-sanitarie necessarie per un buon funzionamento della struttura stessa.

Ciascuna struttura di medicina nucleare deve individuare un direttore responsabile a rapporto di impiego o professionale con il compito di garantire l’organizzazione tecnico-sanitaria, l’applicazione del regolamento sull’ordinamento e sul funzionamento della struttura.

Il direttore responsabile non può dirigere altre strutture di medicina nucleare e deve garantire la propria presenza per almeno la metà delle ore di attività della struttura stessa.

# ATTIVITA’ DI RADIOTERAPIA

L'attività di radioterapia è svolta mediante l'impiego di fonti radioattive e di sorgenti di radiazioni ionizzanti ed è diretta al trattamento della malattia neoplastica e, in casi selezionati, al trattamento di patologie non neoplastiche, a carattere malformativo e/o cronico degenerativo.

Lo svolgimento dell’attivita’ di radioterapia deve prevedere il rispetto integrale della normativa di radioprotezione ai sensi della L. 230/1995.

## REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.
La dotazione minima di ambienti per l'attività di radioterapia è la seguente:

- aree di attesa confortevole per i pazienti trattati;
- spazi adeguati per accettazione, attivita’ amministrative, archivio, magazzino delle apparecchiature mobili e materiale di consumo;
- una sala di simulazione;
- un bunker di terapia;
- un’officina per la preparazione degli schermi e dei presidi di contenzione;
- uno studio medici;
- uno studio fisici;
- un locale visita;
- un locale per trattamenti farmacologici brevi;
- una camera oscura con impianto di raccolta dei liquidi di fissaggio e sviluppo;
- servizi igienici distinti per gli operatori e per il pubblico;
- uno o più spogliatoi per i pazienti in relazione alle sale di terapia e alle sale visite presenti e comunicanti con le stesse;
- per svolgere l’attivita’ di curieterapia definita “a basso rateo di dose” (low dose-rate, LDR) o pulsata (pulsed dose-rate, PDR), la struttura deve disporre di un settore operativo costituito da locali schermati per il deposito e la manipolazione dei preparati radioattivi e per l’applicazione e per la rimozione degli stessi dal paziente; questi locali devono essere affiancati da camere schermate per la degenza del paziente durante la curieterapia, con possibilita’ di monitorizzazione radiologica del paziente;

- per svolgere l'attivita' di curieterapia definita "ad alto rateo di dose" (high dose-rate, HDR), non necessitante di ricovero, la struttura deve disporre di un locale schermato dedicato, in cui viene custodito il proiettore della sorgente radioattiva e in cui, sotto controllo radiologico, viene eseguita la seduta radioterapica in tutte le sue fasi.

(Quanto sopra ad integrazione e modifica dei requisiti minimi strutturali previsti per l'area di degenza).

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

- Una unita' di alta energia (unita' di telecobaltoterapia o accelleratore lineare);
- un TC simulatore o, in alternativa, accesso rutinario e codificato ad una apparecchiatura di tomografia computerizzata;
- un simulatore radiologico (opzionale qualora si disponga di TC simulatore);
- dispositivi personalizzati di immobilizzazione del paziente e di sagomatura dei campi;
- sistemi di allineamento laser nelle sale di terapia e simulazione;
- un sistema di verifica geometrica dei campi di irradiazione, mediante film o elettronico;
- attrezzatura per la gestione delle immagini radiologiche (cassette radiografiche, sviluppatrice, diafanoscopi ecc.) e per la radioprotezione del personale e dei pazienti;
- un sistema per la misura della dose assoluta;
- un fantoccio ad acqua telecomandato per il rilievo delle curve e dei profili di dose (opzionale per la telecobaltoterapia),
- un computer per il calcolo e la rappresentazione grafica della distribuzione della dose assorbita su una o più sezioni corporee;
- apparecchiature per il controllo dosimetrico clinico;
- apparecchiature (in dotazione e/o in accesso codificato) per l'esperimento dei controlli di qualita' di cui all'art. 113 del D.Lgs. 230/1995 e successive norme di attuazione;

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Ogni unita' di radioterapia deve assicurare i seguenti requisiti minimi organizzativi:

- il personale sanitario laureato e/o tecnico deve essere adeguato alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate e comunque devono essere garantiti per l'intero orario di apertura della struttura:
  - 1 medico specialista in radioterapia;
  - 2 tecnici di radiologia a rapporto di collaborazione coordinata e continuativa per non meno di 28 ore settimanali;
  - 1 infermiere.

  Indipendentemente dal numero dei pazienti trattabili deve essere previsto un fisico anche con rapporto di consulenza.

Ciascuna struttura di radioterapia deve individuare un direttore responsabile a rapporto di impiego o professionale che non sia già responsabile di altra struttura.

- Ad ogni unita' di radioterapia deve essere garantita, in caso di necessita', la possibilità di accesso ad un settore di degenza, in cui il paziente venga assistito con modalita' dipartimentale, che comporti la piena responsabilita' del medico radioterapista sulla conduzione del trattamento radioterapico.

Ciascuna unita' operativa di radioterapia, inoltre, deve:

- comunicare all'utente, al momento della prenotazione del trattamento, la data di inizio dello stesso e tutte le informazioni relative alle procedure di preparazione, alla conduzione della cura, alla sua durata prevista e agli effetti attesi;
- per ogni trattamento deve essere compilato e conservato un diario clinico-tecnico, in cui vengano registrati, oltre ai dati anagrafici dell'utente:

- i dati clinici significativi;
- i parametri tecnici del trattamento radioterapico:
- l'aggiornamento quotidiano delle dosi erogate, eseguito dal tecnico;
- i referti dei controlli clinici espletati nel corso del trattamento, con la frequenza ritenuta opportuna dal radioterapista;

al termine di ogni trattamento deve essere consegnata all'utente una relazione, anche schematica, in cui siano esplicati il volume corporeo radiotrattato, le dosi erogate, la tecnica ed il frazionamento utilizzati.

Qualora vi fosse disponibilita' di una sola unita' di terapia, si dovra' provvedere alla formalizzazione di un protocollo di collaborazione con un'altra unita' operativa di radioterapia, in modo da garantire la continuita' terapeutica in caso di guasto alle apparecchiature.

Ogni unita' operativa di radioterapia deve attivare un sistema di un controllo di qualita' di cui all'art. 113 del d.lgs. 230/1995 e successive norme di attuazione.

Le suddette strutture devono inoltre garantire le funzioni di segreteria, di accoglienza dell'utenza, di raccolta ed elaborazione di dati statistici richiesti dalle Amministrazioni competenti, nonche' le condizioni igienico-sanitarie necessarie per un buon funzionamento della struttura stessa.

# DAY - HOSPITAL

Il day-hospital, nell'ambito della struttura ospedaliera, deve disporre di spazi per il trattamento diagnostico-terapeutico e per il soggiorno dei pazienti in regime di ricovero a tempo parziale (di tipo diurno).

Nei limiti previsti dalla normativa vigente, sono da prevedersi ambienti dedicati all'assistenza ospedaliera diurna per i trattamenti suddetti che non comportino la necessità del ricovero ordinario e che, per loro natura o complessità di esecuzione, richiedano che sia garantito un regime di assistenza medica ed infermieristica continua, non attuabile in ambito ambulatoriale.

## REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.
Le attività di assistenza a ciclo diurno devono trovare attuazione in ambienti dedicati, facilmente accessibili dall'esterno, ove possibile attraverso percorsi indipendenti.
La collocazione degli ambienti dedicati deve rispondere a criteri di massima possibile integrazione operativa con l'unità di degenza, al fine di ottimizzare l'utilizzazione comune del personale e delle dotazioni strumentali.
In relazione alla tipologia ed al volume delle prestazioni da erogare, alle differenti modalità organizzative nonché ai possibili vincoli strutturali, sono possibili tre differenti localizzazioni degli ambienti destinati alle attività di ricovero diurno:

a) spazi adiacenti agli ambienti di ricovero ordinario delle singole unità operative, ma da essi separati ed autonomi in quanto a locali e percorsi;
b) spazi dedicati nell'ambito delle risorse assegnate a ciascun Dipartimento. In tal caso i posti letto equivalenti saranno definiti in funzione degli obiettivi del Dipartimento e dell'attività svolta da ciascuna delle unità operative a questo assegnate;
c) ambienti comuni, centralizzati, da utilizzare secondo turni ed orari prestabiliti, da parte di differenti unità operative.

Tale modello, prefigurabile soprattutto in ospedali di piccole e medie dimensioni, permette il massimo utilizzo degli ambienti a disposizione. Questi potranno infatti essere utilizzati, ove necessario e soprattutto in presenza di specifiche apparecchiature, anche per le attività di tipo ambulatoriale e libero-professionale.

La dotazione minima di ambienti per il day hospital è la seguente:

- spazio da dedicare alle attività di segreteria, registrazione, archivio;
- spazio attesa;
- locale visita;

- ambienti dedicati alla degenza;
- locale soggiorno/pranzo;
- locale lavoro infermieri;
- cucinetta;
- deposito pulito;
- deposito attrezzature;
- deposito sporco;
- servizi igienici distinti per utenti e per il personale.

Ad eccezione degli ambienti dedicati alla degenza in regime di ricovero diurno, qualora la funzione di day hospital si svolga all'interno di un'area di degenza, i servizi di supporto sopraindicati possono essere comuni.

L'ambiente dedicato alla degenza è uno spazio organizzato che deve consentire il riposo del paziente e l'eventuale continuità del piano di trattamento.
In casi specifici, può essere previsto un unico ambiente di degenza, soggiorno e pranzo.

Il numero di posti letto equivalenti da attivare va calcolato tenendo conto dei criteri indicati dal D.P.R. 20 ottobre 1992 ed in parte riportati tra i requisiti organizzativi.

Ogni ambiente non deve ospitare, di norma, più di 4 posti letto.

La superficie minima, al netto della superficie dei servizi igienici, non deve essere inferiore a 7 $m^2$/posto letto per camere di degenza multiple e 9 $m^2$ per camere di degenza singole.
Il locale visita/trattamento deve consentire lo svolgimento delle attività diagnostico-terapeutiche di carattere medico/chirurgico, relative alle differenti unità operative clinico-assistenziali.
Il numero dei locali visita/trattamento va calcolato in funzione del numero di posti letto equivalenti assegnati, tenendo in consideraizone l'indice di rotazione dei pazienti, compreso tra 1 e 2. Requisito minimo è un locale visita ogni 6 pazienti ricoverati al giorno (un locale visita ogni 6 posti letto equivalenti con rotazione 1 - ogni 3 posti letto equivalenti con rotazione 2). La superficie minima non deve essere inferiore a 12 $m^2$.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Ogni struttura erogante prestazioni deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:
- la dotazione organica del personale medico ed infermieristico deve essere rapportata al volume delle attività e delle patologie trattate; nell'arco delle ore di attività di day hospital deve essere garantita la presenza di almeno un medico e un infermiere professionale anche non dedicati;
- la definizione delle modalità operative di ciascun Day Hospital;
- l'individuazione di modalità di attribuzione e di responsabilità del personale medico ed infermieristico;
- per ciascun paziente ricoverato in Day Hospital deve essere prevista una specifica cartella clinica, aggiornata ad ogni successivo ricovero, archiviata e facilmente disponibile;

- la definizione del  numero di posti-letto di Day-hospital.

# DAY - SURGERY

Con il termine Chirurgia di giorno (day-surgery) si intende la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa delle strutture sanitarie pubbliche e private di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive in regime di ricovero limitato alle sole ore di giorno, o con eventuale pernottamento, in anestesia locale, loco-regionale, generale.

Le attività di day surgery possono essere effettuate secondo tre possibili modelli, e cioè:

a) Unità operativa di degenza monospecialistica o multidisciplinare all'interno di un ospedale o di una casa di cura, a carattere generale o chirurgico, esclusivamente dedicata ai casi di chirurgia di giorno; i pazienti possono usufruire delle sale operatorie centrali secondo orari o turni prestabiliti, oppure di sale operatorie dedicate, locali non in prossimità della degenza;
b) posti letto dedicati all'interno dell'Unità di degenza ordinaria di un ospedale o di una casa di cura a carattere generale o chirurgico; è un modello che garantisce tale regime assistenziale anche in ospedali od in case di cura con un volume minore di attività: in questo modello organizzativo i pazienti usufruiscono delle sale operatorie centrali secondo giornate o turni prestabiliti.
c) Unità autonoma di day surgery, dotata di accettazione, degenza, sale operatorie, uffici amministrativi, ed altri eventuali servizi, indipendenti; tali unità sono dotate di propri locali, mezzi e personale, e quindi sono autonome dal punto di vista strutturale, amministrativo e gestionale.

Con provvedimento di Giunta regionale, sentita la Commissione consiliare competente, verranno definiti gli interventi chirurgici, le procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive, effettuabili in regime day surgery nelle strutture di cui alle precedenti lettere a), b), c).

## REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

Tali requisiti si riferiscono essenzialmente ai modelli a) e c) indicati nella precedente premessa.
I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.

Le strutture dovranno garantire, in funzione della dislocazione degli ambienti e della funzionalità dei servizi, un flusso razionale dei pazienti, del personale e dei mezzi.
In particolare, le Unità di degenza dedicate, di cui al punto a) della precedente premessa, dovranno curare la loro collocazione, quanto più possibile prossima al terreno, al fine di consentire il facile accesso dei pazienti e degli eventuali mezzi di soccorso.
Per le Unità autonome di cui al punto c) della precedente premessa, dovranno essere previste aree di sosta delle autovetture per il tempo necessario al prelievo del paziente dimesso.

Le Unità autonome di cui al punto c) della premessa, sono attrezzate in maniera da assicurare, in base al tipo ed al volume delle prestazioni fornite, un modello organizzativo che identifichi spazi distinti per le attività di accettazione/preospedalizzazione, di chirurgia, di degenza e di supporto per il personale.
In particolare, debbono essere assicurate:
- l'accoglienza del malato e di almeno un familiare accompagnatore;
- la preparazione del malato all'intervento chirurgico;
- la sorveglianza del malato nell'immediato post-operatorio e le procedure necessarie sia al recupero delle funzioni vitali sia al suo trasferimento presso una struttura di ricovero in caso di necessità;
- la tutela della riservatezza e del comfort dei pazienti;
- la preparazione del personale addetto alle sale operatorie.

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

Ambienti integrativi:
- locale endoscopia, - diagnostica e/o interventistica;
- studi medici;
- deposito attrezzature;
- locale relax operatori.

Ad eccezione degli ambienti dedicati alla degenza in regime di ricovero diurno, qualora la funzione di day surgery si svolga all'interno di un'area di degenza, i servizi di supporto sopraindicati possono essere comuni.

Durante l'orario di funzionamento, i locali adibiti alle attività di day surgery non possono essere utilizzati per altre attività.
In particolare, si afferma la necessità dell'utilizzo esclusivo per tali attività dei posti letto dedicati all'interno delle Unità di degenza ordinaria.
I mezzi necessari al trattamento di un'eventuale complicanza e, in particolare, il materiale ed i farmaci idonei debbono essere disponibili ed utilizzabili immediatamente.
Il settore operatorio deve garantire le condizioni ottimali per la realizzazione delle prestazioni mediche e chirurgiche che vi sono praticate.
La sala operatoria deve possedere una superficie minima di 20 mq.
Il settore operatorio comprende una zona operatoria protetta, all'interno della quale si svolgono gli atti chirurgici e le procedure interventistiche. Tale settore deve essere delimitato ed evidenziato.

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

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

Tutte, o in parte, le funzioni relative ai punti a), c), d), f) possono essere svolte fuori dalla zona operatoria protetta.
Le funzioni relative al punto e) devono essere svolte obbligatoriamente fuori dalla zona operatoria protetta.
Il locale endoscopia deve garantire lo spazio per lo svolgimento degli esami endoscopici (broncoscopia, endoscopia digestiva, etc.) e comunque non deve avere una superficie inferiore a 20 mq. Comprende il locale endoscopia ed uno spazio distinto per il lavaggio e la disinfezione degli strumenti.

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

REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI

Le caratteristiche igrometriche ed illuminotecniche per la sala operatoria coincidono con quelle del gruppo operatorio.

Deve essere prevista la seguente dotazione minima strumentale:

Sala operatoria:
- tavolo operatorio;
- apparecchio per anestesia con sistema di evacuazione dei gas, dotato anche di spirometro e di monitoraggio della concentrazione di ossigeno erogato;
- monitoraggio dei gas anestetici con ditta specializzata ogni 6 mesi;
- respiratore automatico dotato anche di allarme per deconnessione paziente;
- elettrobisturi;
- aspiratori distinti chirurgici e per broncoaspirazione;
- lampada scialitica;
- diafanoscopio a parete;
- carrelli distinti;
- strumentazione adeguata per gli interventi di chirurgia generale e delle specialità chirurgiche;
- cardiomonitor con defibrillatore;
- frigoriferi per la conservazione di farmaci ed emoderivati.

Locale sterilizzazione:
- autoclave per sterilizzazione rapida (preferibilmente in collegamento diretto con la sala operatoria).

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

Locale preparazione chirurghi:
- lavello con comando non manuale.

Locale endoscopia:
adeguatamente attrezzato in rapporto all’area specialistica interessata all’attivita’ endoscopica.

Area radiologica:
oltre alle attrezzature già previste per l'ambulatorio, debbono essere presenti le apparecchiature di seguito riportate nel caso di specifici interventi vascolari:
apparecchiatura di radiologia vascolare ed interventistica costituita da:
- angiografo digitale;
- arterioflebografo;
- tavolo ribaltabile con seriografo digitale;
- iniettore automatico.

Dotazione minima di arredi: camere di degenza:
- impianto chiamata sanitari con segnalazione acustica e luminosa;
- utilities per attività alberghiera.

Dotazione minima di arredi: locale visita trattamento:
- attrezzature idonee in base alla specifiche attività;
- lettino tecnico.

In fase operatoria l'équipe deve avere a disposizione il materiale necessario ad assicurare le seguenti attività:
a) il supporto del paziente;
b) l'identificazione e l'illuminazione delle zone anatomiche;
c) la sorveglianza continua dei parametri fisiologici ed i mezzi per assicurare il loro mantenimento o il loro recupero;
d) la realizzazione degli interventi;
e) la realizzazione ed il controllo dell'anestesia;
f) l'eventuale rianimazione necessaria.

In fase post-operatoria l'équipe deve disporre del materiale necessario ad assicurare le seguenti attività:
a) il supporto del paziente;
b) la sorveglianza continua dei parametri fisiologici ed i mezzi per assicurare il loro mantenimento o il loro ripristino;
c) l'eventuale rianimazione necessaria.

E' inoltre prevista la seguente dotazione minima impiantistica:
- impianto gas medicali;
- impianto chiamata sanitari;
- aspirazione gas medicali direttamente collegata alle apparecchiature di anestesia; per la zona risveglio è indispensabile attuare l’aspirazione selettiva dei gas anestetici;
- stazioni di riduzione delle pressioni per il reparto operatorio. Devono essere doppie per ogni gas medicale/tecnico e tali da garantire un adeguato livello di affidabilità;
- impianto di raffreddamento ad acqua per apparecchi laser;
- impianto allarmi di segnalazione di esaurimento dei gas medicali;
- impianto rilevazione incendi.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Ogni struttura erogante prestazioni deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:

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

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

Per le Unità di day-surgery private, dovranno essere previsti collegamenti funzionali ed organizzativi precisi con una struttura di ricovero di riferimento dotata di P.S. e rianimazione.
Con provvedimento di Giunta regionale, sentita la Commissione consiliare competente, verranno definite le modalità atte a garantire i collegamenti funzionali ed organizzativi nonché contrattuali di cui al punto precedente.

Le Unità di day-surgery private debbono:
- presentare alle Autorità competenti l'elenco delle procedure che intendono effettuare, indicando anche il presumibile numero mensile ed annuo;
- essere dotate di tutti gli altri requisiti e mezzi necessari per assistere tempestivamente ed adeguatamente i pazienti in caso di complicanze;
- formalizzare un "accordo" stilato con un ospedale nel quale sia specificata la possibilità di accogliere il paziente con eventuali complicazioni, in qualsiasi momento, che preveda:
  - la comunicazione all'ospedale della lista degli interventi più frequentemente eseguiti;
  - la definizione delle modalità organizzative relative ai ricoveri in emergenza dei pazienti;
  - l'obbligo di fornire all'ospedale le informazioni cliniche relative al paziente ricoverato per complicanze od emergenza;
  - la natura dei rapporti tra le strutture relativamente all'eventuale utilizzo di servizi dell'ospedale (laboratorio analisi, radiologia, cardiologia, ecc.).
- garantire prestazioni di emoteca;
- assicurare reperibilità medica nelle 24 ore.

Le strutture organizzate in modo autonomo di cui al punto c) della premessa, sono obbligate a garantire la continuità delle cure anche al di fuori dell'orario di attività, compresi i giorni prefestivi e festivi.

Qualunque sia il modello organizzativo adottato, si deve provvedere alla formulazione di protocolli per le fasi di ammissione, cura e dimissione del paziente.

Un medico deve essere facilmente reperibile nelle branche specialistiche operanti secondo modalità definite e rese note al paziente verbalmente e per iscritto.
In caso di necessità il medico reperibile deve assicurare il ricovero del paziente nelle Unità di degenza ordinaria in rapporto funzionale con l'Unità autonoma o la degenza dedicata.

# GESTIONE FARMACI E MATERIALE SANITARIO

## REQUISITI STRUTTURALI

Il Servizio di Farmacia, se presente nella struttura, deve disporre di spazi per il deposito dei medicinali, dei presidi medico chirurgici e sanitari, del materiale di medicazione e degli specifici materiali di competenza.
L'articolazione interna deve consentire percorsi distinti dei materiali in entrata e in uscita, con accessibilità dall'esterno autonoma rispetto al sistema dei percorsi generali del presidio.
Devono essere inoltre presenti:

- spazio ricezione materiale/registrazione;
- deposito per farmaci e presidi medico-chirurgici;
- vano blindato o armadio antiscasso per la conservazione degli stupefacenti;
- locale o spazio per preparazioni chimiche;
- studio del farmacista;
- arredi e attrezzature per il deposito e conservazione dei medicinali, dei presidi medico chirurgici, del materiale di medicazione e degli altri materiali di competenza;
- cappa di aspirazione forzata nel locale;
- pavimenti con superficie lavabile e disinfettabile;
- pareti con rivestimento impermeabile e lavabile fino all'altezza massima di mt 2 relativamente ai locali adibiti a laboratorio;
- frigoriferi atti alla conservazione dei medicinali da custodire a temperatura determinata, dotati di registratori di temperatura, di sistema di allarme, e possibilmente collegati a gruppi di continuità o a duna linea di alimentazione preferenziale;
- armadi chiusi a chiave per la custodia dei veleni;
- attrezzature ed utensili di laboratorio obbligatori, e ogni altra dotazione di strumenti atti ad una corretta preparazione galenica;
- deposito infiammabili debitamente autorizzato nel rispetto della normativa vigente;
- sostanze obbligatorie come previsto dalla F.U.;
- spazi adeguati per il movimento in uscita dei farmaci e altro materiale sanitario.

Ove non esista il servizio di farmacia, la struttura deve assicurare la funzione ed essere dotata di:

- spazio ricezione materiale/registrazione;
- deposito per farmaci e presidi medico-chirurgici;

- vano blindato o armadio antiscasso per la conservazione degli stupefacenti;
- arredi e attrezzature per il deposito e conservazione dei medicinali, dei presidi medico chirurgici, del materiale di medicazione e degli altri materiali di competenza;
- pavimenti con superficie lavabile e disinfettabile.

# SERVIZIO DI STERILIZZAZIONE

Il Servizio di sterilizzazione deve prevedere spazi articolati in zone nettamente separate di cui una destinata al ricevimento, lavaggio e confezionamento dei materiali, una alla sterilizzazione e, infine, una al deposito e alla distribuzione dei materiali sterilizzati.
Il percorso deve essere progressivo dalla zona sporca a quella pulita.
In ogni struttura, comunque deve essere garantita l'attività di sterilizzazione in rapporto alle esigenze specifiche delle attività svolte.

Le strutture che comprendono unità operative chirurgiche, ostetriche e servizi di endoscopia, devono disporre di idonei servizi di sterilizzazione centralizzata ovvero di servizi abbinati al complesso operatorio od alla unità di endoscopia.
Nelle altre strutture, il servizio di sterilizzazione deve essere adeguato alle esigenze connesse alle specifiche attività svolte.
Il servizio di sterilizzazione può essere convenzionato o gestito in forma associata da più strutture sanitarie di ricovero e cura, purché regolarmente autorizzate dalla autorità sanitaria competente, anche per quanto riguarda le condizioni di trasporto.

## REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.
La dotazione minima di ambienti per il servizio di sterilizzazione è la seguente:

- locali per ricezione, cernita, pulizia e preparazione;
- zona per la sterilizzazione;
- filtro per il personale, preliminare all'accesso al deposito dei materiali sterili;
- locale per il deposito di materiale sterile;
- locale deposito per materiale sporco;
- servizi igienici del personale.

## REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

Dotazione minima tecnologica del Servizio di Sterilizzazione:

- apparecchiatura di sterilizzazione;
- apparecchiatura per il lavaggio del materiale da sottoporre a sterilizzazione;

- bancone con lavello resistente agli acidi ed alcalini;
- pavimenti antisdrucciolo nelle zone sporche con adeguate pendenze in modo da garantire i necessari scarichi.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Ogni servizio di sterilizzazione deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:

- la dotazione organica del personale addetto deve essere rapportata al volume delle attività e, comunque, si deve prevedere all'interno dell'équipe almeno un infermiere professionale.

# SERVIZIO DI DISINFEZIONE

Il servizio di disinfezione deve garantire spazi per il trattamento degli effetti personali, letterecci, della biancheria, e in genere dei materiali infetti.
L'articolazione interna degli spazi deve consentire la netta separazione tra le zone sporche e pulite.
Il percorso deve essere progressivo dalla zona sporca alla zona pulita.
Il servizio di disinfezione può essere affidato in gestione all'esterno.

## REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.
La dotazione minima di ambienti è la seguente:

- locale filtro del personale, con servizi igienici e spogliatoi;
- locale di pre-trattamento e disinfezione;
- deposito materiale da trattare;
- deposito pulito.

E' inoltre prevista la seguente dotazione minima impiantistica:

- impianto illuminazione di emergenza;
- impianto di aria compressa.

## REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

Il Servizio di disinfezione deve essere dotato di:

- apparecchiature idonee al trattamento del materiale;
- pavimenti antisdrucciolo nelle zone sporche con adeguate pendenze in modo da garantire i necessari scarichi.

## REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Ogni servizio di disinfezione deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:

- la dotazione organica del personale addetto deve essere rapportata al volume delle attività e, comunque, si deve prevedere all'interno dell'équipe almeno un infermiere professionale.

# SERVIZIO MORTUARIO

Il Servizio mortuario deve disporre di spazi per la sosta e la preparazione delle salme e di una camera ardente.
In termini di accessibilità devono essere consentite l'entrata e l'uscita autonoma senza interferenze rispetto al sistema generale dei percorsi interni della struttura.
Deve essere previsto un accesso dall'esterno per i visitatori.

## REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

Il servizio deve essere dotato di:

- locale osservazione/sosta salme;
- camera ardente;
- locale preparazione personale;
- servizi igienici per il personale;
- servizi igienici per i parenti;
- sala per onoranze funebri al feretro;
- deposito materiale.

La dotazione di ambienti è garantita esclusivamente con dotazione specifica di appositi locali.

Nel caso in cui la struttura disponga di un servizio anatomopatologico, il deposito delle salme deve essere fornito di celle frigorifere.

# SERVIZI VARI

## SERVIZIO LAVANDERIA

Il servizio di lavanderia può essere convenzionato o gestito in forma associata da più strutture sanitarie di ricovero e cura, purché regolarmente autorizzate dalla autorità sanitaria competente, anche per quanto riguarda le condizioni di trasporto.
Nel caso di appalto esterno, la biancheria infetta o sospetta, dovrà essere comunque bonificata all'interno della struttura.
Nel caso di servizio di lavanderia interno alla struttura dovranno essere previsti adeguati spazi per la raccolta e cernita della biancheria, per il lavaggio, l'asciugatura, il rammendo, la stiratura ed il deposito della biancheria pulita.

## SERVIZIO CUCINA

Il servizio di cucina può essere convenzionato o gestito in forma associata da più strutture sanitarie di ricovero e cura, purché regolarmente autorizzate dall'autorità sanitaria competente anche per quanto riguarda le condizioni di trasporto.
Nel caso di servizio di cucina interno alla struttura, dovranno essere previsti adeguati spazi per la ricezione derrate, dispensa, celle frigorifere, preparazione, cottura, distribuzione, cucina, dietetica, lavaggio e deposito per stoviglie e carrelli.
Il personale addetto al servizio di cucina dovrà disporre di idoneo spogliatoio con servizio igienico.
In caso di gestione affidata all'esterno, deve comunque essere prevista un'area per l'arrivo e lo smistamento del vitto.

## SERVIZIO DI ASSISTENZA RELIGIOSA

In ogni struttura degenziale deve essere previsto un servizio di assistenza religiosa.

## SERVIZI PER IL PUBBLICO E PER I PAZIENTI ESTERNI

In relazione alla complessità della struttura dovranno essere previsti i seguenti spazi funzionali:

- ingresso, accettazione, accoglienza;
- attesa-soggiorno con servizi igienici;
- bar o macchine erogatrici di bevande calde o fredde.

# REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI RICOVERO, A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO

Trattasi di presidi che erogano prestazioni sanitarie specialistiche e sanitario assistenziali, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative non erogabili in ambito ambulatoriale o domiciliare per situazioni che non richiedono ricovero ospedaliero.
Le prestazioni offerte sono rivolte:
1) alla riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali;
2) alla tutela della salute mentale;
3) alla riabilitazione e recupero dei soggetti tossicodipendenti.

Per quanto concerne le attività di cui al primo punto si rimanda al capitolo Strutture di Recupero e Rieducazione Funzionale di 1° livello - Attività Residenziali - livello ed al capitolo Strutture Socio-assistenziali a rilievo sanitario.

In ciascun settore le prestazioni di ricovero a ciclo diurno e continuativo, nonché le attività ambulatoriali, possono essere svolte nel medesimo presidio in modo coordinato ed integrato.

PRESIDI DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE:

CENTRO DIURNO PSICHIATRICO E DAY HOSPITAL PSICHIATRICO

Svolgono le funzioni: terapeutico-riabilitative, come indicate rispettivamente per il Centro diurno e per il DH psichiatrico dal D.P.R. 7/4/1994.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI DEL CENTRO DIURNO

- Locali per attività prevalentemente di gruppo, in relazione alle attività specifiche previste nel Centro Diurno, senza altre particolari connotazioni;
- locale per colloqui/visite psichiatriche;
- collocati in normale contesto residenziale urbano, per favorire i processi di socializzazione e l'utilizzo di spazi ed attività per il tempo libero esistenti nella comunità;
- numero complessivo di locali e spazi in relazione alla popolazione servita.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI DEL CENTRO DIURNO

- Presenza di personale medico specialistico e di psicologi programmata o per fasce orarie;
- apertura 8 ore al giorno, per 6 giorni la settimana;
- collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al D.P.R. 7/4/1994;
- presenza di educatori professionali, personale infermieristico, istruttori in relazione alle attività previste.

Il Dipartimento di Salute Mentale gestisce il Centro Diurno direttamente o avvalendosi di convenzioni con il privato sociale o imprenditoriale che garantiscono la continuità della presa in carico del paziente.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI DEL DAY HOSPITAL PSICHIATRICO

- La tipologia del Day Hospital deve essere adattata ed integrata in rapporto alle specifiche funzioni ed alle caratteristiche operative e strutturali di cui al DPR 7/4/1994;
- locali e spazi in relazione alla popolazione servita.

REQUISITI ORGANIZZATIVI DEL DAY HOSPITAL PSICHIATRICO

- Apertura 8 ore al giorno, per 6 giorni la settimana;

- può essere ubicato all’interno dell’Ospedale con un collegamento funzionale-gestionale con il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura o in presidi territoriali extraospedalieri (preferibilmente Centri di Salute Mentale o Centri Diurni), garantendo comunque: il riconoscimento formale dei posti letto equivalenti, l'esecuzione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative specifiche, ed il personale necessario;
- collegamento funzionale con una struttura di ricovero e con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7/4/1994;
- presenza di personale medico ed infermieristico;
- presenza di psicologi ed educatori professionali programmata o per fasce orarie.

Per la definizione puntuale dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi relativi ai centri diurni e ai day hospital psichiatrici, si rinvia a quanto previsto nel provvedimento di Consiglio Regionale D.C.R. n. 357-1370 del 28.1.1997.

# PRESIDI DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE: STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA

Esplica le funzioni terapeutico riabilitative e socio-riabilitative per utenti di esclusiva competenza psichiatrica, come indicato dal DPR 7/4/1994, per il trattamento di situazioni di acuzie o di emergenza per le quali non risulti utile il ricovero ospedaliero, per fasi di assistenza protratta successive al ricovero ospedaliero, per l'attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi di medio-lungo periodo comprese le funzioni riabilitative ospedaliere con il riconoscimento dei posti letto equivalenti.

Per l'attuazione di programmi terapeutici-riabilitativi è necessario che vengano predisposti con il coinvolgimento del paziente, la famiglia e gli operatori della struttura ricevente progetti personalizzati concordati con il Dipartimento di Salute Mentale inviante.

## REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

- numero complessivo locali e spazi, in relazione alla popolazione servita;
- numero massimo dei posti 20;
- per strutture fino a 10 posti letto, caratteristiche delle civili abitazioni ed organizzazione interna che garantisca sia gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana, sia le specifiche attività sanitarie, con spazi dedicati per il personale, per i colloqui e per le riunioni; a condizione che tali strutture siano attivate e gestite direttamente dal Dipartimento di Salute Mentale anche attraverso il privato, qualificato da apposito atto di Giunta regionale, informata la Commissione consiliare competente;
- per strutture oltre i 10 posti letto, i requisiti di cui al DPCM 22/12/1989, allegato A, limitatamente ai criteri 5, 7, 9 (punti a. e b.; punto f. in relazione alle dimensioni della struttura), 10;
- collocate in normale contesto residenziale urbano, in modo da agevolare i processi di socializzazione.

## REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

- Presenza di medici specialisti ed altre figure professionali di cui al DPR 7/4/1994, programmata o per fasce orarie;
- per strutture residenziali terapeutico-riabilitative per acuti e sub-acuti: presenza di personale di assistenza nelle 24 ore;
- per strutture residenziali socio-riabilitative a più elevata intensità assistenziale: presenza di personale di assistenza nelle 12 ore diurne;
- per strutture residenziali socio-riabilitative a minore intensità assistenziale: presenza di personale di assistenza per fasce orarie;

- collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7/4/1994.

Le dimissioni di ex degenti degli Ospedali Psichiatrici, dismessi ai sensi della L. 724/1994 art. 3 comma 5, con prevalenti bisogni di assistenza psichiatrica (in relazione ad una patologia in atto o al livello di istituzionalizzazione), sono effettuate nelle strutture residenziali psichiatriche; le dimissioni di ex degenti con prevalenti bisogni di assistenza socio-sanitaria derivanti dall'età elevata, da condizioni di non autosufficienza, di disabilità, sono effettuate in RSA.

Per la definizione puntuale dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi relativi alle strutture residenziali psichiatriche, si rinvia a quanto previsto nel provvedimento di Consiglio Regionale D.C.R. n. 357-1370 del 28.1.1997.

# STRUTTURE DI RIABILITAZIONE E STRUTTURE EDUCATIVO-ASSISTENZIALI PER I TOSSICODIPENDENTI

I requisiti organizzativi tecnologici e strutturali di presidi riabilitativi e educativo-assistenziali per tossicodipendenti sono definiti dall'Atto d'intesa Stato-Regioni del 9 febbraio 1993, in riferimento al modello assistenziale adottato dalla Regione per l'erogazione delle prestazioni assistenziali previste dai livelli uniformi di assistenza di cui al Piano sanitario nazionale approvato con D.P.R. 1 marzo 1994, alla deliberazione del Consiglio regionale n. 906-C.R. 13938 del 18/10/1994 e dalla deliberazione G.R. n. 258-45349 del 26/4/1995 e successivi atti di indirizzo nazionali e regionali.

# CASA ALLOGGIO PER MALATI DI AIDS (C.A.AIDS)

Le C.A.AIDS sono strutture socio sanitarie residenziali, idonee ad accogliere soggetti affetti da AIDS e patologie correlate, quando non sia possibile attivare un trattamento a domicilio e non sia necessario il ricorso a soluzioni residenziali particolarmente protette.
La casa alloggio è un ambiente di vita, organizzato, anche temporaneo, caratterizzato da un clima di interrelazioni che permettono alla persona di riacquistare una discreta condizione fisica e rielaborare i propri progetti e motivazioni al fine di condurre una esistenza responsabile, dignitosa ed il più possibile autogestita sia nel mondo del lavoro che presso la propria abitazione.

Le case alloggio sono destinate a malati di AIDS per i quali sia stata effettuata la notifica secondo le modalità in vigore, ed in caso di provata necessità, idoneamente certificata, anche a soggetti in fase avanzata d'infezione.

## REQUISITI MIMINI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

Tali strutture debbono possedere una capacità recettiva non inferiore a 5 posti e non superiore a 10; in via eccezionale, a 20 posti articolati in nuclei di 10.

L'area destinata alla residenzialità ed alla socializzazione deve garantire*:*

- camere da letto con massimo 2 posti;
- un servizio igienico ogni due posti letto;
- un servizio igienico  attrezzato per non autosufficienti;
- ambulatorio- medicheria;
- locale per cucina attrezzata e locale per dispensa;
- sala da pranzo;
- locale per il personale con servizi igienici annessi;
- locale per attività socio-educative-culturali;
- aree generali di supporto;
- locale lavanderia;
- locale deposito biancheria sporca;
- magazzino.

## REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

La C.A.AIDS deve utilizzare un modello organizzativo che, anche attraverso l'integrazione con i servizi territoriali delle A.S.L. ed i reparti di Malattie infettive, garantisca:

- valutazione dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi e sociali dell'ospite all'ammissione e periodicamente;
- stesura di un progetto socio-educativo-sanitario corrispondente ai problemi/bisogni identificati, modificabile durante la permanenza presso la struttura;
- personale infermieristico, di assistenza alla persona, educativo in relazione alle dimensioni ed alla tipologia delle prestazioni erogate.

# RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (R.S.A.)

Le RSA sono presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie, fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello "alto" di assistenza tutelare ed alberghiera, modulate in base al modello assistenziale adottato dalle Regioni e Province autonome.

Le R.S.A. sono destinate a soggetti non-autosufficienti, non curabili a domicilio, portatori di patologie geriatriche, neurologiche e neuropsichiatriche stabilizzate. Sono da prevedere: ospitalità permanenti, di sollievo alla famiglia non superiori ai 30 giorni, di completamento di cicli riabilitativi eventualmente iniziati in altri presidi del S.S.N.

## REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

Capacità recettiva non inferiore a 20 e non superiore, in via eccezionale, a 120 posti articolata in nuclei da 10-20 soggetti.

Area destinata alla residenzialità:
- camere da 1, 2, 3, 4 letti; all'interno di ogni camera deve essere garantita la privacy di ogni singolo ospite e l'accesso ed il movimento di carrozzine;
- servizi igienici attrezzati per la non-autosufficienza;
- ambulatorio-medicheria;
- locale controllo personale con servizi igienici annessi;
- cucina attrezzata;
- spazi soggiorno/gioco-TV/spazio collettivo;
- armadi per biancheria pulita;
- locale deposito biancheria sporca;
- locale per vuotatoio e lavapadelle;
- locale deposito per attrezzature, carrozzine e materiale di consumo, ecc.;
- attrezzature particolarmente adattate ad ospiti non deambulanti e non autosufficienti (letti, materassi e cuscini antidecubito, ecc.).

Area destinata alla valutazione e alle terapie:
- locali e attrezzature per prestazioni ambulatoriali e per valutazioni specifiche;
- area destinata all'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione;

- locali e palestra con attrezzature per le specifiche attività riabilitative previste.

Area di socializzazione:
- angolo bar;
- sale e soggiorni polivalenti;
- locale per servizi all'ospite;
- servizi igienici.

Aree generali di supporto:
- ingresso con portineria, posta e telefono;
- uffici amministrativi;
- cucina dispensa e locali accessori (se non appaltate all'esterno);
- lavanderia e stireria (se non appaltate all'esterno);
- magazzini;
- camera ardente;
- depositi pulito e sporco.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

La RSA deve utilizzare un modello organizzativo che, anche attraverso l'integrazione con i servizi territoriali delle Unità sanitarie locali, garantisca:
- valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente;
- stesura di un piano di assistenza individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati;
- lavoro degli operatori deputati all'assistenza secondo le modalità e le logiche dell'équipe interdisciplinare;
- raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività della RSA;
- coinvolgimento della famiglia dell'ospite;
- personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate.

Per la definizione puntuale dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi relativi alle Residenze Sanitarie Assistenziali, si rinvia a quanto previsto nei provvedimenti di Giunta Regionale: D.G.R. n. 38-16335 del 29.6.1992, D.G.R. n. 41-42433 del 9.1.1995, D.G.R. n. 203-14027 del 18.11.1996, D.G.R. n. 133-17379 del 10.3.1997.

# RESIDENZE ASSISTENZIALI FLESSIBILI (R.A.F.)

La R.A.F. è una residenza socio-assistenziale di “ospitalità permanente” che può realizzare un sufficiente livello di assistenza sanitaria (infermieristica e riabilitativa) integrato da un livello medio di assistenza tutelare ed alberghiera. Tale residenza collettiva è destinata ad anziani non autosufficienti, per i quali non sia possibile attivare un programma di A.D.I. e che non necessitano delle cure e prestazioni sanitarie tipiche della R.S.A..
I requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi sono definiti dai seguenti provvedimenti regionali:

D.G.R. n. 38-16335 del 29.06.1992
D.G.R. n. 41-42433 del 09.01.1995
D.G.R. n. 129-10470 del 09.07.1996

# CENTRO DIURNO INTEGRATO

Il Centro diurno integrato è un servizio semi-residenziale destinato a soggetti parzialmente o totalmente non autosufficienti.

Svolge funzioni di tutela della salute, di recupero dell'autonomia e di sostegno all'autosufficienza in tutti gli aspetti di vita.

## REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

Il C.D.I. può essere collocato anche presso strutture residenziali e può avere una capienza massima di 20 posti. I requisiti strutturali e tecnologici più specifici sono contenuti delle DD.G.R. n. 38-16335 del 29.6.1992, n. 203-14027 del 18.11.1996 e successive modificazione ed integrazioni.

## REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Il C.D.I. offre:

- servizi infermieristici, medici, riabilitativi di mantenimento, socio-assistenziali di assistenza diretta alla persona e di socializzazione, organizzati in equipe multidisciplinare;
- progetti individualizzati di recupero funzionale e mantenimento delle capacità residue;
- sostegno alle famiglie per il mantenimento al domicilio del soggetto;
- collegamento con la rete dei servizi.

Il C.D.I. deve essere aperto per 5 giorni alla settimana ed offrire ospitalità per 7-8 ore giornaliere.

Con successivo provvedimento la Giunta Regionale provvederà alla definizione dei requisiti organizzativi.

# HOSPICE

Per hospice si intende una struttura residenziale sanitaria che accoglie pazienti oncologici in fase avanzata della malattia.

Le funzioni assicurate da tale struttura concorrono a perseguire le seguenti finalità:

- realizzazione di un programma personalizzato di cure palliative orientato a migliorare la qualità della vita residua;
- offerta di una valida alternativa anche solo temporanea alla casa del paziente e/o al ricovero in ospedale;
- riduzione del numero e della durata dei ricoveri impropri in strutture sanitarie di degenza per acuti, (non professionalmente e logisticamente attrezzate per affrontare le problematiche di un paziente con malattia in fase terminale).

Per la definizione puntuale dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle “Strutture Sanitarie di accoglienza per pazienti oncologici in fase avanzata di malattia” si rinvia ad apposito provvedimento di Giunta Regionale.

ALLEGATO

## REQUISITI TECNOLOGICI SPECIFICI

Si ritiene necessario che siano definiti valori di caratteristiche microclimatiche ed illuminotecniche riferite agli ambienti ed ai locali delle strutture per l'esercizio delle attività sanitarie.

L'adeguamento o la rispondenza ai valori sopra menzionati è garanzia di idoneità specifica.

Tali valori saranno periodicamente rivisti, aggiornati ed integrati in funzione dell'effettivo stato dell'arte e dell'evoluzione delle conoscenze tecniche; essi sono riportati nel presente Allegato unitamente alla indicazione di impianti la cui presenza nella specifica struttura è indispensabile garanzia di funzionalità e sicurezza.

I valori di illuminamento indicati rappresentano rispettivamente:

- il valore applicabile quando il compito visivo deve essere eseguito solo occasionalmente o la velocità e l'accuratezza non sono particolarmente importanti;
- il valore di illuminamento nei casi normali;
- il valore da applicare quando il compito visivo è critico o la velocità ed accuratezza della percezione visiva è di grande importanza.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI,
TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA IN REGIME AMBULATORIALE.

## ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Caratteristiche microclimatiche:

- Temperatura invernale/estiva: 20°C - 28°C
- umidità relativa 40-60%
- numero ricambi aria/ora 2 v/h (anche non forzata per le strutture esistenti)

Nota particolare:
nel caso di aerazione naturale per le strutture esistenti, la superficie ventilata non deve essere inferiore a 1/8 della superficie del pavimento.

Caratteristiche illuminotecniche:

- Illuminamento di esercizio: 200 lx nelle zone comuni,
  300-750 lx nelle zone visita;

Impianti vari:
in tutti i locali devono essere di regola assicurate l'illuminazione e la ventilazione naturali;
impianto telefonico per utenti, a disposizione nello spazio attesa.
Prevedere estrattore d'aria con idonea filtrazione per il deposito sporco dell'ambulatorio se il locale non è servito da un impianto di condizionamento che garantisca una efficace estrazione forzata.

## SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO

Caratteristiche microclimatiche:

- Temperatura invernale/estiva: 20°C - 28°C
- umidità relativa: 40% - 60%
- numero di ricambi di aria/ora: 5 v/h. Sono ammessi 2v/h di aria esterna a condizione che le

cappe nei locali dove si effettuano le analisi siano in numero e di tipo tale da garantire l'estrazione completa degli inquinanti o le operazioni siano effettuate in ciclo chiuso e comunque con l'esclusione dei laboratori dove si prevede la presenza di agenti biologici dei gruppi 3 o 4

- velocità dell'aria: 0,05 - 0,15 m/s
- pressione: in caso si preveda la presenza di agenti biologici dei gruppi 3 o 4 negativa
- classe di purezza filtrazione ad alta efficienza con filtri aventi campo di efficienza 60-95%. In caso si preveda la presenza di agenti biologici dei gruppi 3 o 4 si applica quanto previsto dall'allegato XII del d.lgs 626/1994 e successive modifiche ed integrazioni.

L'impianto di climatizzazione deve essere coordinato con le cappe di laboratorio.
Il valore del ricambio di aria deve essere compatibile con l'aria espulsa attraverso le cappe.

Caratteristiche illuminotecniche:

- Illuminamento di esercizio: 300 lx illuminazione generale e servizi, 500-750 lx illuminazione laboratori,

Impianto idrico sanitario
Gli scarichi di laboratorio devono fare capo a opportune vasche per eventuali pretrattamenti o periodi di decantazione prima dell'immissione nella fognatura esterna con pozzetto di prelievo campione.
Impianti speciali e vari

- Impianto rilevazione incendi.
- Impianto rilevazione fughe di gas.
- Impianto gas tecnici.

ATTIVITA' DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Caratteristiche microclimatiche :

- temperatura invernale/estiva 20°C - 28°C;
- umidità relativa 40-60%;

numero ricambi aria/ora 5 v/h (sono ammessi 2 v/h di aria esterna a condizione che nei locali dove si effettuano attività di diagnostica per immagini vi sia la completa estrazione di eventuali inquinanti in tempi tali da escludere eventuali danni alla salute degli operatori e/o pazienti)

- velocità dell'aria 0,05 - 0,15 m/s;
- classe di purezza filtrazione con filtri a media efficienza.

Caratteristiche illuminotecniche:

- illuminamento di esercizio: 200-300-500 lx illuminazione generale
  30-150 lx locali area controllo comandi;

Impianti speciali e vari:

- impianto di rilevazione incendi;
- impianto idrico sanitario con sistema indipendente di raccolta scarichi provenienti dal locale sviluppo pellicole (serbatoi esterni o contenitori interni);
- impianto controllo accessi con segnalazione di allarme;
- impianti di rilevazione radiazioni.

ATTIVITA' DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE

Caratteristiche microclimatiche.
Palestra

- temperatura invernale-estiva 20°C - 28°C
- umidità relativa 40% - 60%
- numero ricambi aria/ora 3 vol/h (Sono ammessi 2 v/h di aria esterna a condizione che sia garantita l'estrazione completa di inquinanti)
- velocità dell'aria non superiore a 0,15 m/s
- classe di purezza filtrazione con filtri a media efficienza

Osservazioni:
i requisiti degli altri locali e ambienti interessati dalla tipologia di intervento non devono differire da quelli previsti per i locali e ambienti delle altre strutture ove si svolgono uguali o equivalenti attività.

CENTRO DI SALUTE MENTALE

Osservazioni:
I requisiti dei locali e ambienti interessati dalla tipologia di intervento non devono differire da quelli previsti per i locali e ambienti delle altre strutture ove si svolgono uguali o equivalenti attività.

CONSULTORIO FAMILIARE

Osservazioni:
I requisiti dei locali e ambienti interessati dalla tipologia di intervento non devono differire da quelli previsti per i locali e ambienti delle altre strutture ove si svolgono uguali o equivalenti attività.

PRESIDI PER IL TRATTAMENTO DEI TOSSICODIPENDENTI: CENTRO AMBULATORIALE

Osservazioni:
I requisiti dei locali e ambienti interessati dalla tipologia di intervento non devono differire da quelli previsti per i locali e ambienti delle altre strutture ove si svolgono uguali o equivalenti attività.

## REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO PER ACUTI

SISTEMA DI EMERGENZA - URGENZA

Pronto soccorso ospedaliero
Caratteristiche microclimatiche :

- temperatura interna invernale: non inferiore a 20°C,
  non inferiore a 22°C per i locali visita, trattamenti e piccoli interventi
- temperatura interna estiva: non superiore a 28°C
- umidità relativa: 40% - 60%
- numero ricambi aria/ora: 2 v/h generale (anche non forzata per le strutture esistenti),
  5 v/h per piccoli interventi ed eventuali laboratori
- velocità dell'aria: 0,05 - 0,15 m/s
- pressione: positiva o neutra

- classe di purezza: filtrazione con filtri a media efficenza.

Note particolari:
nel caso di aerazione naturale per le strutture esistenti la superficie ventilata deve essere almeno pari ad 1/8 della superficie del pavimento.

Caratteristiche illuminotecniche:

- illuminamento di esercizio: 200-300 lx illuminazione generale,
  500-750 lx illuminazione per esami, ispezioni,
  750-1000-1500 lx zona piccoli interventi

Impianti speciali e vari:

- Impianto di rilevazione incendi.
- Impianto vuoto e di gas medicali.

Prevedere estrattore d'aria con idonea filtrazione per i servizi igienici ed il deposito sporco del Pronto Soccorso se i locali non sono serviti da un impianto di condizionamento che garantisca una efficace estrazione forzata.

AREA DI DEGENZA

Caratteristiche microclimatiche:

- temperatura interna invernale: non inferiore a 20°C
  non inferiore a 22°C per la medicheria e degenze pediatriche
- temperatura interna estiva: non superiore a 28°C
- umidità relativa: 40% - 60%

numero ricambi aria/ora: 2 v/h per camere di degenza normali (anche non forzata per le strutture esistenti);

3 v/h per camere di degenza pediatriche (anche non forzata per le strutture esistenti);
2 v/h per la medicheria e visita (anche non forzata per le strutture esistenti);
12 v/h per servizi igienici.

- velocità dell'aria: 0,05 - 0,15 m/s
- pressione: positiva o neutra per le camere di degenza;
- classe di purezza: filtrazione con filtri a media efficienza.

Note particolari:
Nel caso di aerazione naturale per le strutture esistenti, la superficie ventilata non deve essere inferiore a 1/8 della superficie del pavimento.

Caratteristiche illuminotecniche:

- Illuminamento di esercizio: 200 lx illuminazione generale;
  300-750 lx medicheria e sala visita;

Impianti speciali e vari:

- impianto chiamata con segnalazione acustica e luminosa;
- impianto gas medicali: prese vuoti e ossigeno;
- impianto di rilevamento incendi.

Prevedere estrattore d'aria con idonea filtrazione per i servizi igienici ed il deposito sporco dell'area di degenza se i locali non sono serviti da un impianto di condizionamento che garantisca una efficace estrazione forzata.

## REPARTO OPERATORIO

Caratteristiche microclimatiche:
Sala operatoria

- temperatura interna invernale e estiva: compresa tra 20 e 24°C
- umidità relativa estiva e invernale (ottenuta con vapore): 40-60%
- ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo): 15 v/h
- velocità dell'aria: 0,05 - 0,15 m/s
- pressione: positiva con gradiente minimo 10 Pascal (ambienti limitrofi), 15 Pascal (ambienti esterni)
- filtraggio aria 99,97%

Locali annessi

- temperatura interna invernale ed estiva: compresa tra 20 e 28°C
- umidità relativa estiva e invernale (ottenuta con vapore): 40-60%
- ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo): 6-10 v/h
- velocità dell'aria: 0,05 - 0,15 m/s
- pressione: positiva rispetto agli ambienti esterni, negativa rispetto alla sala operatoria
- filtraggio aria: 60-95%.

Caratteristiche illuminotecniche:

Illuminamento di esercizio: 500-750-1000 lx illuminazione generale

10.000-30.000-100.000 lx illuminazione campo operatorio;

10.000 lx illuminazione area limitrofa campo operatorio;

Impianti vari e speciali:

- Impianto di gas medicali e impianto di aspirazione gas anestetici direttamente collegato alle apparecchiature di anestesia; per la zona risveglio è indispensabile attuare l'aspirazione selettiva dei gas anestetici;
- stazioni di riduzione della pressione per il reparto operatorio. Devono essere doppie per ogni gas medicale/tecnico (ossigeno, aria compressa bassa pressione per respiratori, aria compressa alta pressione per apparecchi pneumatici, protossido di azoto) e tali da garantire un adeguato livello di affidabilità;
- impianto di raffreddamento ad acqua per apparecchi laser;
- impianto rilevazione incendi;
- impianto allarme di rilevazione gas medicali e segnalazione esaurimento;
- impianto controllo livello di pressione gas;
- sala operatoria e locali annessi devono essere dotati di condizionamento ambientale.

PUNTO NASCITA - BLOCCO PARTO

Caratteristiche microclimatiche
Sala parto:

- temperatura interna invernale e estiva: compresa tra 22-26°C
- umidità relativa estiva e invernale: 30-60%
- ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo): 6 v/h
- velocità dell'aria: 0,05 - 0,15 m/s
- pressione: positiva con gradiente minimo di 10 Pascal con ambienti limitrofi; 15 Pascal con ambienti esterni;
- filtraggio aria: filtrazione assoluta con filtri aventi campo di efficienza 99,9-99,99%.

Locali annessi:

- temperatura invernale/estiva: compresa tra 20 e 28°C
- umidità relativa invernale: 40% - 60%
- ricambi aria/ora: 4-6 v/h (di cui almeno 2 v/h di aria esterna)
- velocità dell'aria: 0,05 - 0,15 m/s

- pressione: positiva rispetto agli ambienti esterni, negativa rispetto alla sala operatoria
- filtraggio aria: filtrazione ad alta efficienza con filtri aventi campo di efficienza 60-95%

Isola neonatale :

Caratteristiche microclimatiche:

- temperatura invernale/estiva: compresa tra 22 e 28°C
- umidità relativa: 50% - 60%
- ricambi aria/ora: 10 v/h (di cui almeno 5 v/h di aria esterna)
- velocità dell'aria: 0,05 - 0,15 m/s

Caratteristiche illuminotecniche:

Illuminamento di esercizio: 500 - 750 - 1000 lx illuminazione generale

10.000-30.000-100.000 lx illuminazione campo operatorio;

10.000 lx illuminazione area limitrofa campo operatorio;

Impianti speciali e vari:

- impianto di gas medicali e impianto di aspirazione gas anestetici direttamente collegati alle apparecchiature di anestesia, per la zona risveglio è indispensabile attuare l'aspirazione selettiva dei gas anestetici;

- stazioni di riduzione della pressione per il reparto operatorio. Devono essere doppie per ogni gas medicale/tecnico e tali da garantire un adeguato livello di affidabilità;
- impianto rilevazione incendi;
- impianto allarmi di rilevazione gas medicali e segnalazione esaurimento;
- i locali di travaglio e parto dovranno essere dotati di condizionamento ambientale.

RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA

Caratteristiche microclimatiche:
- temperatura interna invernale e estiva: compresa tra 20-24°C
- umidità relativa estiva e invernale: 40-60%

ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo): 6 v/h
- velocità dell'aria: 0,05 - 0,15 m/s
- pressione: positiva con gradiente minimo di 10 Pascal (ambienti limitrofi) e 15 Pascal (ambiente esterno)
- filtraggio aria: filtrazione assoluta con filtri aventi campo di efficienza 99,9 . 99,99%.

**Terapia intensiva neonatale:**
Caratteristiche microclimatiche:
- temperatura interna invernale e estiva: compresa tra 24-26°C
- umidità relativa estiva e invernale: 40-60%
- ricambi aria/ora : 10 v/h di cui almeno 5 di aria esterna
- velocità dell'aria: 0,05 - 0,15 m/s
- pressione: positiva con gradiente minimo di 10 Pascal (ambienti limitrofi) e 15 Pascal (ambiente esterno)
- filtraggio aria: filtrazione assoluta con filtri aventi campo di efficienza 99,9 . 99,99%.

Impianti speciali e vari:
- impianto di gas medicali;
- impianto di rilevazione incendi;
- impianto allarmi di rilevazione gas medicali e segnalazione esaurimento;
- i locali dovranno essere dotati di condizionamento ambientale.

## MEDICINA NUCLEARE

Caratteristiche microclimatiche:

- temperatura invernale/estiva: 20°C - 28°C
- umidità relativa: 40-60%
- ricambi aria/ora: 6 v/h (di cui almeno 2 v/h aria esterna)
- velocità dell'aria: non superiore a 0,15 m/s

- filtraggio aria: filtrazione con filtri ad alta efficienza

Caratteristiche illuminotecniche:

- illuminamento di esercizio: 200-300-500 lx illuminazione generale,
  30-150 lx locali area controllo comandi

Impianti speciali e vari:

- impianto di rilevazione incendi;
- impianto di rilevazione radiazioni ionizzanti;
- impianto controllo accessi con segnalazione di allarme;
- sistema di raccolta e monitoraggio degli effluenti per lo scarico dei rifiuti liquidi radioattivi collegato con il servizio igienico destinato agli utenti iniettati con radiofarmaci e alla doccia zona filtro;
- impianto di condizionamento con adeguato ricambio aria e con gradienti di pressioni progressivamente decrescenti verso la camera calda dove si dovrà avere il valore più basso. Filtri assoluti in uscita, per le aree classificate come "zona controllata".
- nel caso sia in uso un sistema di riproduzione dell'immagine su lastra radiografica, è necessario idoneo impianto di raccolta dei liquidi di fissaggio e sviluppo.

## ATTIVITA' DI RADIOTERAPIA

Si deve fare riferimento ai requisiti previsti per le "Attività di diagnostica per immagine".

## DAY - HOSPITAL

Si deve fare riferimento ai requisiti previsti per la "Area di degenza".

DAY - SURGERY

Osservazioni:
I requisiti dei locali e ambienti interessati dalla tipologia di intervento non devono differire da quelli previsti per i locali e ambienti delle altre strutture ove si svolgono uguali o equivalenti attività.

GESTIONE FARMACI E MATERIALE SANITARIO

Caratteristiche microclimatiche:
- temperatura interna invernale ed estiva: 20-26°C
- umidità relativa: 50% +- 5%
- ricambi aria esterna/ora: 2 v/h
- classe di purezza: filtrazione con filtri a media efficienza
- velocità dell'aria: non superiore a 0,15 m/s
- pressione: positiva.

Caratteristiche illuminotecniche:
- Illuminamento di esercizio: 300-500-750 lx illuminazione generale, 500-750-1000 lx illuminazione localizzata

SERVIZIO DI STERILIZZAZIONE

Caratteristiche microclimatiche:
- temperatura interna invernale e estiva: 20-27°C
- umidità relativa estiva e invernale: 40-60%
- n° ricambi aria/ora esterna: 6-10 v/h
- velocità dell'aria: 0,05 - 0,15 m/s
- pressione: zona sporca negativa rispetto alla pulita
  zona pulita negativa rispetto alla sterile
- classe di purezza: zona pulita: filtrazione ad alta efficienza con filtri aventi campo di efficienza 60-95%,
  zona sterile: filtrazione assoluta con filtri aventi campo di efficienza 99,9 - 99,99%.

Note particolari
In caso di sterilizzazione con ossido di etilene, vale quanto previsto dalla Circolare del Ministero della Sanità n. 56 del 23 giugno 1983.

Caratteristiche illuminotecniche

- Illuminamento di esercizio: 300-500 lx

Impianti speciali e vari:

- i locali dovranno essere dotati di condizionamento ambientale.

SERVIZIO DI DISINFEZIONE

Caratteristiche igrometriche:

- temperatura interna invernale ed estiva: 20-27°C
- umidità relativa estiva e invernale: 40-60%
- n° ricambi aria/ora esterna: 15 v/h
- pressione: zona pulita positiva rispetto alla sporca
- classe di purezza: filtrazione ad alta efficienza con filtri aventi campo di efficienza 60-95%

Caratteristiche illuminotecniche

- illuminamento di esercizio: 150-200 lx

Impianti speciali e vari:

- i locali dovranno essere dotati di condizionamento ambientale.

SERVIZIO MORTUARIO

Caratteristiche igrometriche:

- temperatura interna invernale ed estiva: non superiore a 18°C per i locali con presenza di salme
- umidità relativa: 60% ± 5
- n° ricambi aria/ora esterna: 15 v/h
- velocità dell'aria: non superiore a 0,15 m/s

Impianti speciali e vari:

- i locali dovranno essere dotati di condizionamento ambientale.

Prevedere estrattore d'aria con idonea filtrazione se i locali del servizio mortuario non sono serviti da un impianto di condizionamento che garantisca una efficace estrazione forzata.

SERVIZIO LAVANDERIA

Caratteristiche microclimatiche
- temperatura interna invernale: non inferiore a 18°C
- temperatura interna estiva: non controllata
- umidità relativa: non controllata
- numero ricambi aria/ora: 10 v/h
- velocità dell'aria: non superiore a 0,2 m/s
- classe di purezza: filtrazione con filtri a media efficienza

Caratteristiche illuminotecniche
- illuminamento di esercizio: 200-300 lx

Prevedere estrattore d'aria con idonea filtrazione negli ambienti sporchi della lavanderia se i locali non sono serviti da un impianto di condizionamento che garantisca una efficace estrazione forzata.

SERVIZIO CUCINA

Caratteristiche microclimatiche
- temperatura interna invernale: non inferiore a 18°C
- temperatura interna estiva: non controllata
- umidità relativa: non controllata
- numero ricambi aria/ora: 5 v/h quale valore medio e comunque compatibile con i 30 v/h della zona cottura, 10 v/h nella zona deposito rifiuti
- velocità dell'aria: non superiore a 0,2 m/s
- classe di purezza: filtrazione con filtri a media efficienza

Caratteristiche illuminotecniche
- illuminamento di esercizio: 200 - 300 lx

Prevedere estrattore d'aria con idonea filtrazione negli ambienti circostanti la cucina ove non sia in servizio un impianto di condizionamento che garantisca una efficace estrazione forzata; il sistema di estrazione non dovrà interferire con l'impianto di captazione dei fumi e vapori.

SERVIZI PER IL PUBBLICO E PER I PAZIENTI "ESTERNI"

Caratteristiche microclimatiche

- temperatura interna invernale/estiva: 20°C - 28°C
- umidità relativa: 40 - 60%
- numero ricambi aria/ora: 2 v/h
- velocità dell'aria: non superiore a 0,15 m/s
- classe di purezza: filtrazione con filtri a media efficienza.

Caratteristiche illuminotecniche

- illuminazione generale media: 200 lx

Prevedere estrattore d'aria con idonea filtrazione nei locali non sono serviti da un impianto di condizionamento che garantisca una efficace estrazione forzata.

LOCALI PER RICOVERO E TERAPIA DI PAZIENTI CON PATOLOGIE POTENZIALMENTE CONTAGIOSE RIFERIBILI A AGENTI BIOLOGICI.

Allegato 2/A

# REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI ED ORGANIZZATIVI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE

INDICE


- PREMESSA
- REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI GENERALI
- REQUISITI MINIMI STRUTTURALI TECNOLOGICI GENERALI
- REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA IN REGIME AMBULATORIALE
- Assistenza specialistica ambulatoriale
- Servizi di medicina di laboratorio
- Attività di diagnostica per immagini
- Attività di recupero e rieducazione funzionale
- Strutture socio-assistenziali a rilievo sanitario
- Centro di salute mentale
- Consultorio familiare
- Presidi per il trattamento dei tossicodipendenti: centro ambulatoriale
- REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI ED ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO PER ACUTI
- Sistema di emergenza - urgenza
- Punti di primo intervento
- Pronto soccorso ospedaliero
- Dipartimento di emergenza ed accettazione
- Centrali operative

- Area di degenza
- Reparto operatorio
- Punto nascita - blocco parto
- Rianimazione e terapia intensiva
- Medicina nucleare
- Attività di radioterapia
- Day - hospital
- Day - surgery
- Gestione farmaci e materiale sanitario
- Servizio di sterilizzazione
- Servizio di disinfezione
- Servizio mortuario
- Servizi vari
- REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI ED ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI RICOVERO A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO
- Presidi di tutela della salute mentale: centro diurno psichiatrico
  e day - hospital psichiatrico
- Presidi di tutela della salute mentale: struttura residenziale psichiatrica
- Strutture di riabilitazione e strutture educativo-assistenziali
  per i tossicodipendenti
- Casa alloggio per malati AIDS (C.A. AIDS)
- Residenze sanitarie assistenziali (R.S.A.)
- Residenze assistenziali flessibili (R.A.F.)
- Centro diurno integrato

- Hospice

ALLEGATO "REQUISITI TECNOLOGICI SPECIFICI"

(indicazioni in materia di impiantistica e sicurezza)

## PREMESSA

Ai fini della applicazione dei requisiti minimi e tenuto conto che con il termine di requisito organizzativo si intende l'azione organizzativa, si definisce:

AZIENDA: il soggetto giuridico, pubblico e privato che offre attività o prestazioni sanitarie.

PRESIDIO: Struttura fisica (ospedale, poliambulatorio, ambulatorio, ecc.) dove si effettuano le prestazioni e/o le attività sanitarie.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA: Dimensione organizzativa complessiva della funzione svolta.

VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA': Tali attività hanno lo scopo di garantire all'utente che le prestazioni od i servizi ricevuti siano di buona qualità. Per iniziative di valutazione e miglioramento della qualità si intendono progetti che prevedono:
1) l'identificazione di un problema (intesa come occasione di miglioramento);
2) la determinazione delle cause possibili;
3) la definizione dei criteri, degli indicatori e dei livelli soglia di buona qualità;
4) la progettazione e l'effettuazione di uno o più studi per precisare la differenza tra i valori attesi e quelli osservati nonché per identificare le cause di tale discrepanza;
5) la progettazione e l'effettuazione dell'intervento migliorativo;
6) la valutazione dell'impatto a breve e medio termine dell'intervento migliorativo nei confronti del problema affrontato;
7) la diffusione dei risultati a tutti gli interessati.

Tali iniziative possono riguardare processi/esiti di prestazioni dirette agli utenti o processi/esiti delle attività di supporto (gestionali, organizzativi, amministrative, ecc.).

LINEE GUIDA: insieme di indicazioni procedurali suggerite, finalizzate ad assistere gli operatori in specifiche circostanze.

REGOLAMENTI INTERNI: definiscono le modalità di comportamento o successione di azioni definite da documenti formali o dalla normativa, che devono essere sistematicamente ottemperate.

PROCEDURE: insieme di azioni professionali finalizzate ad un obiettivo.

# REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI GENERALI

Il presente documento indica i requisiti minimi relativi ai seguenti aspetti organizzativi:
1. politica, obiettivi ed attività;
2. struttura organizzativa;
3. gestione delle risorse umane;
4. gestione delle risorse tecnologiche;
5. gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamenti interni;
6. sistema informativo
7. organizzazione e gestione della sicurezza.

## 1) POLITICA, OBIETTIVI ED ATTIVITA'

La Direzione aziendale provvede alla definizione delle politiche complessive dell'azienda ed esplicita gli obiettivi da raggiungere, sia per la tipologia ed i volumi che per la qualità delle prestazioni e dei servizi che intende erogare. La denominazione dei presidi e dell'articolazione interna deve essere tale da mostrare chiaramente la connotazione sanitaria dell'attività. La denominazione delle strutture private deve indicare chiaramente la natura giuridica di soggetto privato.
La Direzione deve esplicitare ai presidi, alle unità operative ed alle altre articolazioni organizzative, il ruolo, gli obiettivi e le funzioni assegnate agli stessi.

E' adottato un documento in cui sono esplicitati:
- la missione, e cioè la ragion d'essere dell'organizzazione ed i valori cui si ispira;
- le politiche complessive, e cioè l'indirizzo dato dalla Direzione Generale, che consiste nel definire i campi prioritari di azione e quali metodi adottare per raggiungere gli obiettivi;
- gli obiettivi:
  a) devono essere articolati nel tempo;
  b) devono risultare congruenti con gli obiettivi dei livelli organizzativi sovraordinati;
  c) devono essere commisurati alle risorse;
- l'organizzazione interna generale, per singolo presidio e articolazione organizzativa funzionale con particolare riferimento a:
  a) l'organigramma con il quale vengono individuati i responsabili delle articolazioni operative e delle funzioni di supporto tecnico-amministrativo e definite le loro funzioni;
  b) i livelli di responsabilità;
  c) le modalità di erogazione del servizio;

d) le prestazioni e/o le attività erogate.

La Direzione definisce annualmente il piano di lavoro che comprende:
- la tipologia ed il volume di attività previste;
- il piano organizzativo.

La Direzione predispone materiale informativo a disposizione dell'utenza, che specifichi tipologia delle prestazioni erogate, operatori responsabili delle prestazioni, orari, costi.

## 2) STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La Direzione, per ogni presidio, definisce ed esplicita l'organizzazione e le politiche di gestione delle risorse umane ed economiche per:
- le attività ambulatoriali;
- le attività di ricovero a ciclo continuativo e diurno (acuti e post-acuti).

La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici).
Nei presidi che operano in regime di ricovero programmato, si devono adottare specifici rapporti con altri presidi che operano all'interno del sistema di emergenza urgenza, per la gestione di eventuali emergenze cliniche.

## 3) GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

La Direzione oltre ad assicurare i requisiti minimi organizzativi definiti con il presente atto, definisce il fabbisogno di personale:
- in termini numerici (equivalenti a tempo pieno) per ciascuna professione o qualifica professionale;
- per posizione funzionale;
- per qualifica;
- in rapporto ai volumi ed alle tipologie delle attività, secondo criteri specificati dalle normative regionali.

E' indispensabile che tutti i ruoli e le posizioni funzionali siano ricoperti da personale in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente.

Deve essere predisposto un piano annuale di formazione-aggiornamento del personale con particolare attenzione alle attività sanitarie, con indicazione del responsabile, contenente:
- l'analisi dei bisogni formativi, la definizione degli obiettivi di apprendimento e la pianificazione della loro valutazione;
- l'indicazione del responsabile delle attività di formazione e aggiornamento.

Deve essere documentato un programma di aggiornamento del personale medico e non medico sull'utilizzo sicuro ed appropriato delle apparecchiature biomediche.
Il programma di aggiornamento deve:
- fare riferimento sia a singole apparecchiature installate che a problematiche di carattere generale nel campo delle tecnologie biomediche;
- essere funzionalmente integrato con il normale addestramento all'uso di nuove apparecchiature;

- essere reso noto a tutti i livelli operativi e deve essere strutturato per soddisfare i bisogni di tutte le figure professionali operanti con le apparecchiature biomediche.

Devono essere normalizzate le modalità per favorire l'inserimento operativo del personale di nuova acquisizione.

## 4) GESTIONE DELLE RISORSE TECNOLOGICHE

Si devono prevedere specifiche procedure di programmazione degli acquisti delle apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici che devono tenere conto dell'obsolescenza, dell'adeguamento alle norme tecniche, della eventuale disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria.

La disponibilità di adeguate risorse a livello infrastrutturale, di personale e del materiale di consumo connesso alle apparecchiature biomediche, deve essere pianificata e documentata in modo tale da assicurare le prestazioni previste dal piano di attività. Deve essere garantita la disponibilità degli apparecchi vitali (indicati in apposito elenco in riferimento al livello organizzativo aziendale) anche in caso di guasto prolungato, mediante sostituzione con altro apparecchio o analoga procedura.

La Direzione adotta un inventario delle apparecchiature in dotazione.

Le informazioni devono essere disponibili sia in forma aggregata, per l'intero parco macchine, che in forma disaggregata per singola tipologia di attrezzatura, centro di costo, classe di età, produttore.

Deve esistere un piano per la manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature biomediche; tale piano deve essere documentato per ciascuna apparecchiatura e reso noto ai diversi livelli operativi.

Il piano di manutenzione ordinaria, tenendo conto delle indicazioni contenute sia nelle normative tecniche che nei manuali di servizio, deve garantire i necessari requisiti qualitativi e di sicurezza delle prestazioni fornite opportunamente documentati per ciascuna apparecchiatura biomedica.

Tutti gli interventi di manutenzione straordinaria sulle apparecchiature biomediche in dotazione devono essere documentati.

La documentazione tecnica relativa alle singole apparecchiature, obbligatoriamente fornita al momento dell’acquisto, deve essere a corredo dello strumento e mantenuta in maniera che sia facilmente rintracciabile dal responsabile della manutenzione.

Per ogni apparecchiatura deve esistere una cartella (cartacea o elettronica), la quale riporti tutti i dati significativi relativamente ad ogni intervento di manutenzione subìto.
I dati registrati devono risultare idonei all'elaborazione di alcuni indicatori (quali come minimo: il tempo medio di fermo macchina, la frequenza dei guasti, la distribuzione della tipologia di guasto e i costi di manutenzione subiti), attraverso i quali sia possibile analizzare la situazione del parco apparecchiature nel suo complesso e per singole tipologie di apparecchiature.

La Direzione deve provvedere affinché in ogni presidio sia garantito l'uso sicuro, appropriato ed economico delle apparecchiature biomediche.

In tutte le strutture, anche non dotate di un Servizio di Ingegneria Clinica, deve essere previsto un referente, anche attraverso rapporti consulenziali, per l'uso sicuro, appropriato ed economico delle apparecchiature biomediche, con specifiche competenze nel settore.

## 5) GESTIONE, VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA', LINEE GUIDA E REGOLAMENTI INTERNI.

La Direzione è responsabile della creazione delle condizioni organizzative che facilitino e consentano la promozione e il supporto ad attività valutative e di miglioramento dei processi di erogazione dei servizi e delle prestazioni, secondo le indicazioni contenute in questo stesso documento o nella normativa già emanata a livello nazionale o locale.
In tutti i presidi devono essere attivati programmi di valutazione e miglioramento delle attività. I programmi vengono selezionati in rapporto alle priorità individuate.
In ogni azienda deve esistere una struttura organizzativa (o un responsabile in relazione alla complessità della stessa) che presiede alle attività di valutazione e miglioramento della qualità.
Annualmente ogni struttura organizzativa effettua al proprio interno o partecipa ad almeno un progetto di valutazione e verifica di qualità favorendo il coinvolgimento di tutto il personale.
Tale attività sarà utilizzata anche per lo studio dell'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, con particolare riferimento agli episodi di ricovero e all'utilizzo di tecnologie complesse (RMN, TAC, Angioplastiche, ecc.).
I laboratori di analisi, i servizi di anatomia-istologia-citologia patologica e i centri trasfusionali devono prevedere attività di controllo di qualità interne ed esterne e partecipare a programmi di miglioramento della qualità.
In tutte le articolazioni organizzativo-funzionali è favorito l'utilizzo delle Linee Guida predisposte dalle Società scientifiche o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica nelle varie branche specialistiche. Inoltre devono essere predisposte con gli operatori, linee guida, regolamenti interni che indichino il processo assistenziale con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità.
Ogni struttura organizzativa predispone una raccolta di regolamenti interni, linee guida, aggiornati per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti (selezionate per rischio, frequenza, costo). Il personale deve essere informato sull'esistenza di tali documenti, che sono facilmente accessibili, e che vanno confermati o aggiornati almeno ogni tre anni.
Devono essere predisposti documenti simili per lo svolgimento delle principali attività di supporto tecnico-amministrativo, in particolare:

- criteri e modalità di accesso dell'utente (programmazione liste di attesa, accoglimento e registrazione);
- modalità di prelievo, conservazione, trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento;
- modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori;
- pulizia e sanificazione degli ambienti;
- modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria.

In particolare le modalita' di compilazione dei documenti (referti, cartelle cliniche, ecc.) dovranno prevedere, tra l'altro, anche l'identificazione del soggetto che ha proceduto alla redazione del/dei documento/i stesso/i.

## 6) SISTEMA INFORMATIVO

Il sistema informativo è finalizzato alla raccolta, elaborazione ed archiviazione dei dati di struttura, processo ed esito, con gli obiettivi di:

- sostanziare e ridefinire le politiche e gli obiettivi del presidio e della azienda;
- fornire il ritorno informativo alle strutture organizzative, necessario per le valutazioni di loro competenza;
- rispondere al debito informativo nei confronti di livelli sovra-ordinati.

La Direzione assicura:

- l'individuazione dei bisogni informativi dell'organizzazione;
- la struttura del sistema informativo;
- le modalità di raccolta;
- la diffusione ed utilizzo delle informazioni;
- la valutazione della qualità del dato;
- l'integrazione delle informazioni prodotte nelle attività correnti delle singole unità operative, sezioni, uffici, ecc.

Deve essere individuato un referente del sistema informativo responsabile delle procedure di raccolta e verifica della qualità (riproducibilità, accuratezza, completezza) e diffusione dei dati, ferme restando le responsabilità specifiche previste da norme nazionali.

## 7) ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DELLA SICUREZZA

### a) Requisiti di carattere generale

Tutte le strutture sanitarie devono essere in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi che tutelano la salute e la sicurezza degli addetti sui posti di lavoro, delle certificazioni ed autorizzazioni previste dalla vigente legislazione in materia di sicurezza e di tutela della salute.
In particolare, il datore di lavoro, deve, ai sensi del d.lgs 626/1994 e successive modificazioni, deve:

- elaborare il documento di cui all’art.4 - comma 2 - del Decreto indicato;
- designare il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione nonchè e nominare il medico competente quando previsto;
- designare preventivamente i lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei lavoratori e dei degenti in caso di pericolo grave ed immediato, di primo soccorso, e, comunque di gestione dell’emergenza;
- provvedere alla formazione ed informazione dei lavoratori, ai sensi degli artt. 21 e 22 del Decreto succitato.

All'atto della richiesta di autorizzazione all'esercizio sanitario, il responsabile legale deve produrre una dichiarazione autenticata attestante che la struttura, gli impianti e le attrezzature possiedono i requisiti previsti dalla vigente legislazione in materia di sicurezza e salute. La documentazione, corredata dai verbali delle verifiche, collaudi, certificazioni ed autorizzazioni di legge eseguite dagli Enti incaricati del servizio, deve essere conservata ed aggiornata, presso gli uffici direzionali.

Il Medico Competente deve effettuare la sorveglianza sanitaria mediante accertamenti preventivi all'assunzione per verificare l'idoneità alla mansione specifica, nonchè accertamenti periodici per verificare il permanere dell'idoneità alla mansione. Inoltre collabora, con il Servizio di Prevenzione e Protezione, ad individuare i fattori di rischio, le misure per la sicurezza e i programmi di formazione.

Il datore di lavoro è tenuto a custodire la cartella sanitaria di rischio di ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza, ex art. 4 - comma 8 - e ne consegna copia all'interessato al momento della cessazione del rapporto di lavoro.
Il/i rappresentante/i dei lavoratori:

- sono consultati in ordine alla valutazione dei rischi;
- sono consultati in ordine alla programmazione degli interventi;
- sono consultati in ordine alla organizzazione della formazione;
- ricevono adeguata formazione;
- partecipano alle riunioni periodiche.

Ai fini delle attività connesse al controllo delle infezione ospedaliere, nell'ambito del Servizio di Prevenzione e Protezione, per ogni Azienda deve essere attivata una unità operativa con le funzioni di coordinamento delle attività di prevenzione e protezione relative.

I Servizi e le Strutture deputati alle attività di prevenzione dai rischi per la sicurezza e la salute sui luoghi di lavoro devono avere addetti in numero e con capacità adeguato. In particolare il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione può essere un medico con specifica professionalità.

b) Prevenzione e controllo di rischi biologici

Fatto salvo il rispetto delle disposizioni del Titolo VIII del d.lgs. 626/1994 e successive modificazioni è necessario che sia formalizzata una procedura che:

- indichi le precauzioni da adottare per evitare, nel corso della attività lavorativa, in relazione alle possibili operazioni la possibile esposizione ad agenti biologici;
- adeguatamente pubblicizzata permetta ai lavoratori di sapere di dover notificare qualsiasi infortunio o incidente relativo all'uso di agenti biologici;
- preveda soluzioni organizzative che consentono la possibilità di accesso sicuro al servizio per il lavoratore anche durante le ore notturne o i giorni festivi, relativamente alle esposizioni ad agenti biologici dei gruppi 3 e 4 (allegato XII d.lgs. 626/1994).

Il personale sanitario è informato sulla possibilità di sottoporsi gratuitamente alla vaccinazione contro l'Epatite B.
Sono attivate le procedure per sottoporre a vaccinazione contro HBV, il personale di nuova assunzione e quello impegnato in attività a maggior rischio, secondo la normativa vigente.

Per la riduzione del rischio, ove presente, di malattia tubercolare si deve prevedere:

- all'assunzione con intradermoreazione ed eventuale vaccinazione dei suscettibili;
- controlli, almeno annuali, della intradermoreazione per i cutinegativi;
- l'isolamento respiratorio stretto dei pazienti a cui viene posta diagnosi di infezione tubercolare formalizzato con norme scritte;
- stanze di degenza singole per pazienti affetti da tubercolosi in fase contagiosa;

- maschere a sicurezza (P2 o P3, valvolate), per il personale, per la prevenzione del contagio nei casi debba provvedere ad erogare assistenza ad un paziente con infezione tubercolare in fase contagiosa;

adeguata e periodica informazione del personale sul rischio di contagio tubercolare.

Inoltre per il rischio da agenti biologici devono essere disponibili presidi adeguati alla necessità di ridurrne l' esposizione, quali:

- contenitori rigidi per aghi e taglienti;
- introduzione di sistemi di prelievo a vuoto;
- maschere di sicurezza (P2 o P3, valvolate) per evitare il contagio da patogeni a trasmissione aerea.
- presidi "barriera" per i quali siano stati formulati protocolli scritti che definiscano adeguatamente le procedure di utilizzo verifiche sistematiche con indicatori che ne dimostrino un utilizzo congruo;
- contenitori per i rifiuti solidi, una volta pieni vengono eliminati tempestivamente secondo il programma di smaltimento dei rifiuti.

Per le strutture di ricovero, sono previsti appositi controlli di isolamento modulari per i pazienti con patologie potenzialmente contagiose:

- sono previsti protocolli scritti che definiscono le patologie soggette ad isolamento e le modalità per effettuarlo;
- nel sospetto, e comunque a conferma avvenuta, di patologie a trasmissione enterica, il degente può essere isolato in stanza dotata di propri servizi igienici;
- nel sospetto, e comunque a conferma avvenuta, di patologie a trasmissione aerea, il degente può essere isolato in stanza dotata di propri servizi igienici e la possibilità di ottenere almeno 6 ricambi d'aria per ora;
- nei casi in cui sia richiesto isolamento stretto, il degente può essere isolato in stanza dotata di propri servizi igienici, e la possibilità di ottenere almeno 6 ricambi d'aria per ora e la presenza di apposito filtro.

Le procedure per la protezione dagli incidenti occupazionali per esposizione a materiali biologici sono state previste anche per i visitatori.
Nei casi in cui sia stato predisposto per i degenti isolamento enterico, respiratorio o stretto, è previsto:

- adeguata segnalazione fuori dalla camera di degenza;
- la fornitura di presidi protettivi anche per i visitatori;
- la limitazione del flusso di visitatori;
- la sorveglianza sanitaria in caso di esposizione a materiale biologico;
- adeguate istruzioni, preferibilmente scritte, per la gestione del paziente a domicilio.

Le unità operative dell'azienda sanitaria sono state informate in merito a:

- patologie infettive e contagiose che richiedono notifica alla Unità Sanitaria Locale;
- modalità di notifica e segnalazione dei casi.

L'Azienda Sanitaria dispone di:

- personale sanitario, anche in consulenza, con documentata esperienza per la diagnosi clinica delle patologie infettive e contagiose;
- adeguato supporto, anche in convenzione, da parte del servizio di microbiologia e del laboratorio di sierologia;
- personale sanitario, anche in consulenza, con documentata e adeguata esperienza per la terapia delle patologie infettive e contagiose, o, in alternativa, protocolli scritti.

b1) Rischi cancerogeni

Fatto salvo il rispetto delle disposizioni normative vigenti in relazione all'utilizzo di agenti cancerogeni, è necessario che sia formalizzata la procedura di preparazione ed utilizzo di farmaci chemioterapici antineoplastici.
Particolare riguardo andrà posto alle procedure per gli interventi di profilassi in caso di incidente occupazionale.

c) Requisiti per il controllo delle infezioni ospedaliere

E' attivata nell'ambito del servizio di Prevenzione e Protezione con carattere dipartimentale una Unità Operativa con funzioni di coordinamento e gestione delle attività di prevenzione delle infezioni nelle strutture sanitarie.

L'U.O. è diretta da un dirigente medico adeguato alla funzione.
L'U.O. si avvale di un Comitato multidisciplinare per l'elaborazione del programma di sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni nosocomiali, i cui membri includono rappresentanti dello staff medico, infermieristico, farmaceutico, amministrativo e del Servizio di Prevenzione e Protezione. Le strutture di ridotte dimensioni possono avvalersi di un Comitato multidisciplinare presente nell'ASL di competenza che abbia uniformità dell'indirizzo nosologico delle strutture partecipanti, di cui faccia parte almeno un rappresentante per ciascuna struttura.

Obiettivo per la lotta alle infezioni acquisite nelle strutture sanitarie è identificare e ridurre il rischio di infezioni endemiche nei pazienti e negli operatori a diverso titolo coinvolti nell'assistenza al paziente.

Con successivo atto deliberativo, da adottarsi entro i 3 mesi successivi all'approvazione del presente documento, l'Assessorato definirà standard e criteri organizzativi ed operativi per l'attuazione dei programmi di sorveglianza e controllo anche sulla scorta delle indicazioni già fornite e delle esperienze acquisite.

# REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI

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

- protezione antisismica
- protezione antincendio
- protezione acustica
- sicurezza elettrica e continuità elettrica
- sicurezza anti-infortunistica
- igiene dei luoghi di lavoro
- protezione delle radiazioni ionizzanti
- radiazioni non ionizzanti
- eliminazione delle barriere architettoniche
- smaltimento dei rifiuti
- condizioni microclimatiche
- impianti di distribuzione dei gas
- materiali esplodenti
- specifica ambientazione e/o protezione antialluvione-esondazione fluviale per i presidi non urbanizzati.

In merito a tali problematiche si ritiene di fare riferimento alle specifiche norme nazionali, regionali, locali e di buona tecnica, per la prevista parte di competenza, alle disposizioni internazionali.

## 1) REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

### a) Indicazioni generali di localizzazione e progettazione

La costruzione di una struttura sanitaria presuppone la sua localizzazione in un'area di adeguate caratteristiche, siano esse dimensionali che di salubrità. La dimensione dell'area deve essere tale da poter contenere al suo interno, oltre agli edifici sanitari propriamente detti, tutte le strutture edilizie di supporto ad essi (servizi generali, magazzini, depositi, spogliatoi, locali tecnici, ecc.).

Le strutture che erogano prestazioni di ricovero devono assicurare una rete viaria di collegamento e zone di parcheggio differenziate per utenti esterni e per utenti interni. E’ ammessa deroga, limitatamente ai parcheggi, per le strutture esistenti, ove sussistano impedimenti strutturali alla realizzazione.

Per tutti questi aspetti, nonché per quelli più strettamente legati alla progettazione ed edificazione delle opere, si fa riferimento alle norme urbanistiche, edilizie e di sicurezza vigenti, il rispetto delle quali è propedeutico all'ottenimento delle approvazioni da parte delle competenti autorità (Ente Regione, Comando dei VV.FF., Comuni, Azienda Sanitaria Locale, Ente Provincia, Sovrintendenza ai Beni Ambientali, Culturali, ecc.)

b) Protezione radiazioni ionizzanti

Per l'impiego di apparecchi o di sostanze che possono generare radiazioni ionizzanti dovranno essere osservate le prescrizioni di legge di cui al Decreto Legislativo 17.3.1995 n. 230 e successive norme attuative.

c) Tutela dall'inquinamento acustico

La tutela dell'inquinamento acustico deve essere assicurata secondo le modalità e le prescrizioni della Legge 26.10.1995 n. 447 e delle successive norme attuative.

d) Tutela dall'inquinamento elettromagnetico

La tutela dall'inquinamento elettromagnetico deve essere assicurata secondo quanto stabilito dal Decreto Legislativo 4.12.1992 n. 476 "Attuazione della Direttiva 89/336/CEE del Consiglio del 3 maggio 1989, in materia di riavvicinamento delle legislazioni degli Stati membri relative alla compatibilità elettromagnetica, modificata dalla direttiva 92/31/CEE del Consiglio del 29 aprile 1992.

e) Locali, vie di circolazione e di passaggio

Le dimensioni devono essere anche rispondenti a quanto indicato al Titolo II “Luoghi di lavoro” del d.lgs. 626/1994 e successive modificazioni, nonchè alla legge n. 13 del 9/1/1989 “Disposizioni per favorire il superamento e l’eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati”, del Decreto attuativo DM 236 del 14/6/1989, nonchè del D.P.R. n. 503 “Regolamento recante norme per l’eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici, locali, e servizi pubblici.”

In ogni caso le vie di circolazione e di passaggio devono avere larghezza adeguata al passaggio di letti e barelle senza creare intralci alla circolazione, con adeguati spazi di manovra in corrispondenza degli ingressi alle camere di degenza o ad altri locali di cura, trattamento e servizio.

f) Sicurezza antincendio.

La sicurezza antincendio deve essere assicurata ai sensi della normativa vigente e secondo le prescrizioni dei Comandi provinciali dei VVF e deve riguardare tutti gli ambienti della struttura.

Si ricorda che ove la struttura non ricada negli obblighi di legge previsti per il rilascio del Certificato di prevenzione incendi, la valutazione del rischio incendio e le conseguenti misure di prevenzione sono di competenza del Servizio di prevenzione e protezione previsto dal d.lgs. n. 626/1994 e successive modifiche ed integrazioni.

g) Caratteristiche dei materiali

Tutti gli ambienti dovranno avere pavimenti e pareti lavabili e disinfettabili in funzione della loro destinazione d’uso. Ove possibile dovranno essere realizzati angoli arrotondati tra parete e pavimento.

Nello specifico, le sale operatorie, le sale parto e qualunque altro ambiente dove si faccia uso di gas medicali o anestetici, dovranno avere pavimenti antistatici, e le aree di lavoro dei laboratori o del servizio farmaceutico dovranno avere superfici resistenti agli acidi, agli alcali, ai solventi organici ed al calore.

Tutti i materiali, gli elementi di partizione interna e gli arredi dovranno garantire la conformità con le prescrizioni previste dalla legge in materia di protezione dalle radiazioni ionizzanti e di sicurezza antincendio.

h) Limite di tolleranza

Per le strutture esistenti è ammesso un margine di tolleranza dimensionale pari al 20%, ove ciò non pregiudichi la sicurezza del servizio e comunque entro i valori minimi eventualmente previsti da specifiche normative.

## 2) REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

a) Impianto idrico

Per le strutture sanitarie che provvedono all'assistenza in regime di ricovero/residenzialità socio-sanitaria, dovrà essere assicurata una dotazione idrica giornaliera minima di acqua potabile non inferiore a 200 litri per posto-letto. Tali strutture dovranno essere dotate di una riserva idrica corrispondente almeno al 50% del fabbisogno complessivo di 1 giorno e realizzata mediante serbatoio nei quali sia assicurato un sufficiente ricambio giornaliero.

b) Smaltimento dei rifiuti liquidi

I rifiuti liquidi che non possono essere convogliati nella rete di fognatura cittadina devono essere sottoposti a trattamento completo, ivi compresa la disinfezione, secondo quanto disposto dalla Legge 10 maggio 1976 n. 319 "Norme per la tutela delle acque dall'inquinamento", tenuto conto della Legge 8 ottobre 1976 n. 690 "Conversione in legge, con modificazioni del decreto legge 10 agosto 1976 n. 544", concernente la proroga dei termini di cui agli articoli 15, 17 e 18 della Legge 10 maggio 1976 n. 319, recante norme per la tutela delle acque dall'inquinamento e della delibera 30 dicembre 1980 del Comitato Interministeriale "Direttive per la disciplina degli scarichi delle pubbliche fognature e degli insediamenti civili che non recapitano in pubbliche fognature", nonché della normativa integrativa regionale e locale.

c) Smaltimento rifiuti solidi

Per quanto riguarda lo smaltimento dei rifiuti solidi, si ricorda l’obbligo di rispondenza a quanto indicato nel d.lgs n. 02 del 5/2/1997 e successive modifiche.

d) Smaltimento rifiuti radioattivi

I rifiuti radioattivi devono essere smaltiti secondo quanto disposto dal DPR 14 gennaio 1972 n. 4 "Trasferimento alle Regioni a statuto ordinario delle funzioni amministrative statali di assistenza sanitaria ed ospedaliera e dei relativi personali ed uffici" ed in conformità al Decreto Legislativo 17 marzo 1995 n. 230 "Attuazione delle Direttive Euratom 80/836, 84/467, 84/466, 89/618, 90/641, 92/3 in materia di radiazioni ionizzanti".

e) Impianti elettrici

Gli impianti elettrici devono essere realizzati nel rispetto della vigente normativa di legge ed essere conformi alle norme di buona tecnica sulla base della indicazione di principio della legge 1 marzo 1968 n. 186 "Disposizioni concernenti la produzione di materiali, apparecchiature, macchinari, installazioni ed impianti elettrici ed elettronici", principio ribadito dalla legge 5 marzo 1990 n. 46 "Norme per la sicurezza degli impianti".

I componenti elettrici degli impianti devono essere conformi a quanto disposto dalla legge 18 ottobre 1977 n. 791 "Attuazione della direttiva del consiglio delle comunità europee (73/23 CEE) relativa alle garanzie di sicurezza che deve possedere il materiale elettrico destinato ad essere utilizzato entro taluni limiti di tensione".

Per quanto riguarda gli impianti il cui funzionamento è ritenuto strettamente indispensabile per l'incolumità del paziente (complesso operatorio, sale parto, unità di rianimazione e terapia intensiva, unità di dialisi, frigoemoteca, etc.) e l'impianto di illuminazione di emergenza, deve essere prevista la possibilità in caso di interruzione dell'alimentazione elettrica, l'automatica ed immediata disponibilità di energia elettrica adeguata ad assicurare almeno il funzionamento delle attrezzature e servizi che non possono rimanere inattivi nemmeno per brevissimo tempo, in conformità alle disposizioni delle norme CEI 64-4 cap. 5.

f) Protezione scariche atmosferiche

Le strutture sanitarie devono essere protette dai fulmini nel rispetto delle disposizioni di legge.
Gli impianti di protezione dalle scariche atmosferiche devono essere realizzati secondo le norme di buona tecnica come ad esempio la Norma CEI 81-1: "Protezione di strutture contro i fulmini".

g) Apparecchi elettromedicali

Gli apparecchi elettromedicali, sulla base della indicazione di principio della legge 1 marzo 1968 devono devono essere realizzati nel rispetto della vigente normativa di legge ed essere conformi alle norme di buona tecnica, come ad esempio le norme:
CEI 62.0 "Guida alle prove di accettazione, all'uso e alle verifiche periodiche di sicurezza di apparecchi elettromedicali in locali adibiti ad uso medico";
CEI 64.4 "Impianti elettrici in locali adibiti ad uso medico";
CEI 64.13 "Guida alle norme CEI 64.4".

h) Illuminazione artificiale

L'illuminazione degli interni, con luce artificiale, deve rispondere a criteri di buona tecnica (norma UNI 10380).

i) Impianti termici e di condizionamento

Gli impianti termici e di condizionamento devono essere realizzati nel rispetto della regola dell'arte e secondo quanto disposto dalla legge 9 gennaio 1991 n. 10 "Norme per l'attuazione del piano energetico nazionale in materia di uso razionale dell'energia" e successivi Decreti attuativi e dovranno assicurare idonee condizioni microclimatiche tenendo conto delle caratteristiche climatiche locali.
La temperatura dell'aria non deve essere inferiore a 20°C per le sale di degenza e di soggiorno e a 22°C per le sale di visita e medicazione.
La purezza dell'aria immessa dagli impianti di condizionamento dovrà essere assicurata con idonea filtrazione in conformità alle indicazioni delle Norme UNI 10339: "Impianti aeraulici ai fini di benessere - Generalità, classificazione e requisiti".
Nei settori funzionali destinati a specifiche attività, dovranno essere assicurate proprietà termiche, igrometriche e di ventilazione in relazione alle particolari esigenze dei locali, in conformità alle indicazioni sulle condizioni microclimatiche riportate nei requisiti tecnologici specifici.
In relazione ai parametri di ricambio aria/ora, si precisa che il ricircolo totale o parziale di aria interna è consentito ove non diversamente specificato nel presente documento.

j) Impianti di distribuzione dei gas

Gas medicali

Nelle strutture sanitarie che ricoverano malati in forma acuta, la distribuzione dei gas medicali deve essere effettuata con impianto centralizzato e le relative tubazioni devono essere ubicate in apposite e distinte sedi, facilmente ispezionabili e sezionabili realizzate con accorgimenti atti ad evitare erronei collegamenti e senza interferire con altre reti.

Nelle strutture esistenti, nelle more della realizzazione dell'impianto centralizzato e comunque in caso di emergenza, può essere consentita l'utilizzazione di dispositivi mobili con carrelli all'uopo predisposti, atti ad assicurare la stabilità dei recipienti di gas medicali compressi. Le bombole devono essere contenute in un apposito locale aerato, dotato di dispositivi di tenuta delle bombole, in ogni caso in conformità alle vigenti normative di sicurezza e prevenzione incendi.

Si richiama infine la necessità di corrispondere ai dettati della Circolare Ministeriale n. 5 del 14/3/1989 che disciplina la materia della esposizione professionale ad anestetici in sala operatoria.

Gas combustibili

La distribuzione dei gas combustibili deve avvenire nel rispetto del disposto della legge 16 dicembre 1971 n. 1083 "Norme per la sicurezza di impiego del gas combustibile" e dei decreti aggiuntivi ed in conformità alle norme di prevenzioni incendi".

l) Impianti ed apparecchi a pressione

Gli impianti e gli apparecchi a pressione devono essere realizzati e mantenuti in esercizio secondo le norme di prevenzione infortuni desumibili dal Regio Decreto 12 maggio 1927 n. 824 "Approvazione del regolamento per l'esecuzione del R.D. 9 luglio 1926 n. 1331 che costituisce l'Associazione Nazionale per il Controllo della combustione" e dei successivi decreti modificativi ed integrativi con le specificazioni tecniche applicative.

m) Impianti elevatori

Negli edifici a più piani devono essere previsti elevatori in numero adeguato ai flussi di traffico e comunque separati per lettighe ed ammalati, per visitatori, per materiale pulito e vitto, per materiale sporco. Anche in situazioni di ridotto flusso di traffico, in relazione alla capacità ed alla tipologia della struttura, i collegamenti verticali non potranno essere funzionalmente organizzati con meno di 3 impianti elevatori di cui almeno 1 per lettighe, nelle strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti; per le sole strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero a ciclo diurno i collegamenti verticali potranno essere funzionalmente organizzati con due impianti elevatori di cui almeno uno per lettighe.

In tutte le strutture sanitarie almeno un elevatore (ascensore o montalettighe in relazione all’utenza) dovrà avere le caratteristiche adeguate al trasporto di persone portatrici di handicap.

n) Manutenzione degli impianti

Gli impianti, gli apparecchi, le attrezzature e le macchine, devono essere sottoposte a manutenzione ordinaria e straordinaria secondo le indicazioni dei costruttori, delle norme di buona tecnica e di legge.

L’effettuazione degli interventi e le indicazioni che ne derivino dovranno essere riportati su apposito documento.

I REQUISITI SOPRA INDICATI NON SI APPLICANO ALLE STRUTTURE SOCIO-ASSISTENZIALI A RILIEVO SANITARIO PER LE QUALI SI RINVIA AI PROVVEDIMENTI SPECIFICI.

# REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA IN REGIME AMBULATORIALE.

# ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Per ambulatorio di assistenza specialistica si deve intendere la struttura o luogo fisico, intra od extraospedaliero, preposto alla erogazione di prestazione sanitarie di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione, nelle situazioni che non richiedono ricovero neanche a ciclo diurno.
I requisiti sotto riportati sono specificatamente riferiti alle attività ambulatoriali e non si applicano agli studi destinati all'esercizio di professioni sanitarie e non si applicano altresì ai servizi analoghi operanti in strutture di ricovero e cura ed a favore esclusivo dei degenti, fatto salvo il rispetto della normativa vigente in materia di autorizzazione all'esercizio della attività di spedalità privata ed in materia di sicurezza.

## REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate.
I locali della struttura che eroga prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale devono garantire autonomia logistica, strutturale e funzionale rispetto ad altri locali in cui si svolge attività non sanitaria.

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

- sala per l'esecuzione delle prestazioni, che garantisca il rispetto della privacy dell'utente, in particolare con area separata per spogliarsi; la sala deve essere dotata di lavabo con comandi non manuali;
- spazi per attesa, accettazione, attività amministrative, differenziati da quelli di percorso ove ciò sia necessario in relazione alle misure di sicurezza;
  - lo spazio per l'attesa deve essere dotato di un adeguato numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza degli accessi;
  - qualora nello stesso presidio coesistano attività sanitarie diverse, gli spazi per l'attesa, accettazione, attività amministrative e comunicazione interna del personale (se prevista), possono essere in comune per le diverse tipologie di prestazioni erogate nel presidio purché opportunamente dimensionati;
- servizi igienici distinti per utenti e personale; il servizio per gli utenti deve essere di norma limitrofo alla sala d'attesa;
- spazio/locale per la refertazione, ove necessario;
- spazio/locali per deposito di materiale pulito;
- spazio/locali per deposito di materiale sporco;
- spazi o armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni.

## REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

Il locale ambulatorio deve disporre di attrezzature e presidi medico chirurgici in relazione alla specificità dell'attività svolta.

Nel caso in cui il locale ambulatorio accolga risorse tecnologiche destinate a prestazioni diverse, queste non possono essere usate in contemporanea su pazienti diversi.

Inoltre, deve essere prevista la seguente dotazione minima tecnologica:

- carrello per la gestione dell'emergenza.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Ogni struttura erogante prestazioni ambulatoriali deve possedere i seguenti requisiti organizzativi:

- le strutture eroganti prestazioni afferenti a più specialita' devono individuare un responsabile medico con funzioni di direttore sanitario, a rapporto di impiego o professionale, con il compito di garantire l'organizzazione tecnico-sanitaria, l'applicazione del regolamento sull'ordinamento e sul funzionamento della struttura;
- il direttore responsabile può essere individuato anche tra i medici specialisti operanti nel presidio stesso e deve garantire la propria presenza per almeno il 25% delle ore di attività del presidio;
- durante lo svolgimento dell'attività ambulatoriale deve essere prevista la presenza di almeno un medico.

Il medico/i deve/devono essere in possesso della specializzazione inerente la specifica attività clinica espletata e in numero proporzionale agli accessi ambulatoriali e alla tipologia dell'attività svolta;

- personale non medico, qualificato e abilitato, ove occorra, in numero proporzionale agli accessi ambulatoriali e alla tipologia dell'attività svolta; deve essere garantita almeno la presenza di una unità infermieristica;
- tutti i materiali, farmaci, confezioni soggetti a scadenza, devono portare in evidenza la data della scadenza stessa;
- le prestazioni effettuate devono essere registrate e corredate dalle generalità riferite dall'utente; le registrazioni e le copie dei referti vanno conservate secondo le modalità e i tempi sanciti dalla normativa vigente.

Deve essere presente un documento con l'elenco di tutte le prestazioni erogate nell'ambulatorio.
Tale elenco, almeno in forma sintetica o per gruppi di prestazioni, deve essere a conoscenza degli utenti (es.: foglio informativo, cartellone affisso in sala d'attesa ecc.).
Devono essere indicati i responsabili delle attività cliniche svolte nell'ambulatorio.
Deve esistere una pianificazione temporale delle visite, al fine di ridurre al minimo tempo di attesa ed il disagio per l'utente.
L'ambulatorio deve possedere dati relativi alle proprie liste d'attesa.

# SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO

## A. Direzione generale

L'attività di medicina di laboratorio fornisce informazioni ottenute con metodi chimici, fisici e biologici su tessuti o liquidi di origine umana, o su materiali connessi alla patologia umana, ai fini della prevenzione, della diagnosi, del monitoraggio della terapia e del decorso della malattia e ai fini della ricerca.
E' tenuta a fornire consulenza su quesiti clinici ed epidemiologici in relazione alle specifiche problematiche di laboratorio.

Gli obiettivi del Servizio riflettono il suo ruolo e identificano la "mission" dello stesso. Costituiscono la base per la pianificazione, la messa in atto e valutazione di tutte le attività del Servizio0.

A.1 Il laboratorio definisce ed esplicita in un documento i propri obiettivi.

A.2 Gli obiettivi del servizio devono essere:

A.2.1. - basati su specifici bisogni presenti nella popolazione e/o su mandato istituzionale
A.2.2. - misurabili
A.2.3. - contenere la definizione di tempi e risorse necessarie al loro perseguimento
A.2.4. - integrati nel piano generale dell'organizzazione di appartenenza ove esista

A.3 Gli obiettivi sono volti a garantire:

A.3.1. - la soddisfazione e la sicurezza del cliente e dell'operatore
A.3.2. - la qualità tecnica delle prestazioni intesa come qualità analitica e procedure di validazione dei risultati

A.3.3.- la qualità dell’organizzazione

A.4 Gli obiettivi del Servizio devono essere a conoscenza:

A.4.1. - di tutto il personale del servizio e di tutti gli operatori dell’azienda in cui è inserito il Servizio
A.4.2. - di tutti i potenziali utilizzatori del servizio

A.5. Gli obiettivi del Servizio devono essere discussi in conferenza di Servizio con tutte le componenti del servizio stesso.

A.6 Gli obiettivi devono essere misurabili, con opportuni indicatori quali-quantitativi che comprendono tutte le seguenti tipologie:

- indicatori di risorse
- indicatori di attività
- indicatori di efficienza
- indicatori di efficacia

A.7 Ad intervalli di tempo prestabiliti (almeno ogni 3 anni) occorre riesaminare gli obiettivi e il loro grado di raggiungimento. Gli obiettivi vanno comunque riesaminati ogni qualvolta se ne presenti la necessità. Agli eventuali scostamenti individuati devono seguire interventi correttivi ed adeguati e documentati.

A.8 Il laboratorio promuove in accordo con i clinici iniziative per la definizione di profili di esami per le specifiche esigenze cliniche ed epidemiologiche individuando percorsi diagnostici e di monitoraggio.

A.9 Ogni esame di laboratorio deve essere periodicamente sottoposto ad uno studio tendente a valutarne i costi, l’aggiornamento della competenza necessaria, e dove possibile, l’efficacia e l’efficienza.

A.10 Il laboratorio valuta e seleziona i metodi analitici più appropriati per le singole esigenze.

A.11 Il laboratorio garantisce la correttezza temporale, di finalità e di tecnica degli esami eseguiti.

A.12 Devono essere esplicitamente indicati quali esami il laboratorio decide di non eseguire direttamente e a quali laboratori richiedere tali prestazioni.

A.13 Il laboratorio deve esplicitare in un documento l’organizzazione generale della struttura, l’eventuale articolazione in dipartimenti, unità operative ecc., i relativi responsabili e le interrelazioni esistenti.

A.14. L’organigramma del laboratorio deve individuare i settori in cui è articolato il servizio ed i rispettivi responsabili.

A.15 Il laboratorio definisce nel registro delle prestazioni di diagnostica di laboratorio le modalità di erogazione del servizio nonché le prestazioni e le altre attività erogate.

A.16 Attraverso il registro delle prestazioni di laboratorio la Direzione del servizio assicura che gli obiettivi siano portati a conoscenza delle altre unità operative e delle organizzazioni esterne rappresentative degli utenti e della popolazione.

A.17 Il laboratorio definisce un piano di lavoro annuale congruente ed integrale, ove necessario, con quello generale dell'Azienda.

A.17.1. Il Piano di lavoro deve contenere:

- la pianificazione delle attività volte a raggiungere gli obiettivi prefissati
- l'identificazione dei soggetti coinvolti nella pianificazione
- i responsabili delle suddette attività
- le risorse assegnate

A.17.2. Devono essere previste, a scadenze programmate, attività di verifica dello svolgimento e della realizzazione del piano.

A.18 .Deve esistere una procedura di gestione dei reclami, integrata con quella dell'azienda, che preveda indagini periodiche per verificare il grado di soddisfazione degli utenti.

A.19 Il laboratorio deve rendere disponibili i seguenti documenti:

- deve esistere una raccolta aggiornata delle istruzioni particolari la preparazione del paziente e la corretta raccolta dei campioni biologici;
- deve esistere una raccolta aggiornata delle informazioni o precauzioni particolari da adottare destinate ai prelevatori o personale adibito all'accettazione dei campioni.

A.20 Per quanto concerne il pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria devono esistere:

- informazioni sulle tariffe delle prestazioni
- informazioni e facilitazioni sulle modalità di pagamento
- informazioni dettagliate sul ritiro dei referti.

A.21 Deve essere predisposto un sistema per il controllo di gestione con l'individuazione dei responsabili e dei centri di costo.

A.22 Devono essere indicati i responsabili della gestione dei reagenti, dei farmaci e delle sostanze pure.

B . CAPACITA' OPERATIVE

In considerazione del rilievo del volume di attività, ai fini dell'affidabilità dei risultati e in coerenza a quanto previsto dalla l.r. 55/1987 e dell'economicità del servizio, il numero di determinazioni annue, totale e suddiviso per ognuno dei settori specialistici, costituirà un elemento di giudizio in seno alle valutazioni previste per il livello di accreditamento.
La reale affidabilità delle risposte è garantita nel tempo, solo se il laboratorio mette in moto le necessarie iniziative di verifica e miglioramento della qualità, di formazione e aggiornamento del personale e della strumentazione.
Ai fini del raggiungimento di un volume complessivo di attività più elevato, anche in funzione della migliore affidabilità di risultato ed allo scopo di favorire la reale specializzazione dei laboratori, verrà disciplinata la creazione di consorzi, o società consortili; tali consorzi possono essere costituiti da non oltre cinque laboratori, di norma su base provinciale, purchè ognuno dei laboratori possegga i requisiti minimi previsti dalla normativa vigente.

Ai fini dell'accreditamento i requisiti previsti devono essere posseduti dal consorzio nel suo insieme.

E' consentita la libera circolazione dei campioni biologici all'interno del consorzio, nel rispetto dimostrato delle norme vigenti relative alla sicurezza ed alla conservazione dei campioni.

## C. STRUTTURE

C.1. Fermo restando l'osservanza dei requisiti minimi e delle normative nazionali e regionali sui laboratori di analisi, ogni struttura deve essere adeguata al numero di utenti serviti in modo da consentire un razionale flusso di accesso e di uscita.

C.2. Le strutture e l'impiantistica (ambienti, alimentazione elettrica, scarichi ecc.) devono essere adeguate alle prestazioni erogate.

C.3. Devono essere rispettati i requisiti in materia di barriere architettoniche, accessibilità, sicurezza.

C.4. Deve essere presente la relativa documentazione della messa a norma degli impianti.

C.5. Deve esistere documentazione relativa alla manutenzione ordinaria e straordinaria degli impianti con indicazione dei responsabili.

## D. ATTREZZATURE

D. 1. La dotazione tecnologica del servizio di medicina di laboratorio deve essere correlata alla tipologia e al volume delle attività erogate nonché corrispondere agli standard di qualità previsti dallo specifico provvedimento regionale.

## *E.* FORMAZIONE

E.1. Deve essere documentata l'attività di aggiornamento/formazione continua del personale.

E.1.1. Deve essere predisposto un piano annuale di formazione del personale
E.1.2. Deve essere nominato un responsabile del coordinamento delle attività di formazione.

## *F.* VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO

F.1. Deve essere stilato un documento che delinea il piano per la qualità del Servizio, integrata in quello generale dell'azienda, ove esista.

F.2. Deve essere individuato un Responsabile del coordinamento e della promozione della qualità del Servizio.

F.3. Devono essere documentate le iniziative di valutazione e miglioramento della qualità predisposte dal Servizio per le attività interne ed esterne di monitoraggio e prevenzione. Tali iniziative devono essere rivolte sia alle fasi preanalitiche, che a quelle analitiche e post-analitiche.

F.4. Devono essere individuate e documentate le modalità e le responsabilità di validazione del referto.

F.5. Il controllo di qualità interno deve essere svolto per tutti gli analiti il cui risultato viene espresso in termini quantitativi sotto forma di un valore numerico che rappresenti una variabile continua, e per i quali esista allo stato dell'arte un adeguato materiale di controllo.

F.6. Devono essere documentati le modalità di attuazione ed i criteri decisionali del controllo di qualità interno, nonché gli interventi correttivi messi in atto nei casi di non conformità.

F.7. L'archiviazione deve essere relativa ai dati originali del controllo di qualità e alla relativa elaborazione.

F.8. Il laboratorio deve partecipare a programmi di Valutazione Esterna di Qualità promossi dalla Regione o, in assenza di questi a programmi validati a livello nazionale o internazionale.

F.9. Devono essere documentate le eventuali azioni correttive per quanto concerne i risultati dei suddetti programmi di valutazione esterna.

## *G.* PROCEDURE

G.1. Devono esistere procedure documentate generali di lavoro in particolare:

- riconoscimento dei clienti
- identificazione dei campioni
- trasferimento del materiale biologico dalle zone di prelievo al laboratorio
- processi di sanificazione (pulizia ambiente, procedure di disinfezione e di sterilizzazione, decontaminazione ecc.).

G.2. Devono esistere procedure analitiche documentate che comprendono almeno:

- preparazione dell'utente per gli esami
- modalità di raccolta, trasporto e conservazione del campione
- Descrizione del metodo analitico impiegato, con l'indicazione della sua imprecisione (per gli analiti a cui è applicato il controllo di qualità interno)
- procedura di esecuzione
- modalità di compilazione, trasmissione e consegna dei referti.

G.3. Le procedure devono garantire inoltre:

- identificazione univoca e continuativa nel tempo del paziente
- anagrafica completa dei dati necessari anche alla gestione amministrativa
- identificazione univoca dei campioni
- archiviazione come da indicazioni del presente provvedimento
- garanzia di riservatezza delle informazioni come da legge (DL 675 31/12/1996).

## ATTIVITA' DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Le strutture di diagnostica per immagini svolgono indagini strumentali ai fini diagnostici e/o di indirizzo terapeutico, utilizzando sorgenti esterne di radiazioni ionizzanti e altre tecniche di formazione dell'immagine.

Le attività di diagnostica per immagini sono assicurate sia dalle strutture pubbliche e private, di ricovero e cura a ciclo continuativo e/o diurno sia da strutture extraospedaliere pubbliche e private.

Poiché le strutture di ricovero e cura, come sopra identificate, assicurano lo svolgimento di attività in regime di elezione programmata oppure in regime di emergenza-urgenza, i relativi requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi devono rispondere alle funzioni proprie di tali strutture.

Le attività di diagnostica per immagini sono classificabili in primo, secondo e terzo livello a seconda delle funzioni cui sono chiamate a rispondere e di seguito evidenziate.

- DIAGNOSTICA PER IMMAGINI DI 1° LIVELLO:

E' collocata di norma in strutture sanitarie di ricovero e cura non dotate di servizio di emergenza o in strutture extraospedaliere.

Deve essere in grado di eseguire tutte le procedure diagnostiche con le tecnologie di base.

- DIAGNOSTICA PER IMMAGINI DI 2° LIVELLO:

E' collocata in presidi che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti, nonché in case di cura eroganti attività di alta specializzazione.

Deve essere in grado di eseguire tutte le procedure diagnostiche con le tecnologie di base ed avanzate e può svolgere attività di radiologia interventistica di tipo diagnostico o terapeutico.

- DIAGNOSTICA PER IMMAGINI DI 3° LIVELLO:

E' collocata di norma nelle Aziende Ospedaliere a rilievo nazionale.

Eroga prestazioni di alta specialità eseguendo tutte le procedure diagnostiche ed interventistiche nell'ambito delle proprie competenze, oltre ad assicurare tutte le procedure previste dal 1° e 2° livello.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

I locali e gli spazi delle strutture di diagnostica di 1° 2° e 3° livello, devono essere correlati alla tipologia ed al volume delle attività erogate.

Le strutture che erogano prestazioni di diagnostica per immagini di 1° livello devono possedere comunque i seguenti requisiti strutturali:

- area di attesa dotata di un adeguato numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza degli accessi;
- spazi adeguati per accettazione, attività amministrative ed archivio;
- servizi igienici distinti per gli operatori e per gli utenti;
- una sala di radiodiagnostica con annessi spazi/spogliatoi per gli utenti;

- un locale per l'esecuzione degli esami ecografici;
- un locale per la conservazione ed il trattamento del materiale sensibile;
- un locale per la refertazione;
- un'area tecnica, di stretta pertinenza degli operatori medici e tecnici;
- locale/spazio per deposito materiale pulito;
- locale/spazio per deposito materiale sporco;
- spazio armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni;
- un'area dedicata all'archiviazione tradizionale e/o con sistemi avanzati, proporzionale ai volumi del materiale di archivio, con dimensioni e contenitori che assicurino un archivio vivo per lo meno degli ultimi 5 anni.

In relazione alla disponibilità di spazio è da prevedersi una sala visita.

Ogni sala di radiodiagnostica deve avere una superficie non inferiore a mq 25 e ciascuna unità ecografica non inferiore a mq 12.

I locali devono essere strutturati in modo tale che risultino in zona controllata solo la sala o le sale dove sono installate le unità di radiodiagnostica.

La superficie complessiva dei locali di strutture sanitarie che svogono esclusivamente attività di diagnostica per immagini non deve essere inferiore a mq 100.

Qualora l'attività di diagnostica per immagini sia inserita in una struttura ove vengono esercitate anche altre attività sanitarie, l'area di attesa, nonché gli spazi per l'accettazione, l'amministrazione e l'archivio possono essere comuni, purchè opportunamente dimensionati.

Le strutture che erogano prestazioni di diagnostica per immagini di 2° e 3° livello, oltre ai requisiti minimi previsti per il 1° livello, devono possedere requisiti strutturali adeguati alla complessità delle prestazioni erogate.

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

Il numero delle apparecchiature deve essere commisurato al volume di attività, in modo da garantire il rispetto dei tempi minimi della prestazione erogata a tutela della qualità.

A - La dotazione strumentale minima delle strutture che erogano prestazioni di diagnostica per immagini di 1° livello prevede:

- generatore A.T. trifase di potenza non inferiore a 30 KW e tavolo di comando;
- tavolo ribaltabile, preferibilmente telecomandato, con seriografo, Potter Bucky, intensificatore di brillanza;
- tubo radiogeno a doppio fuoco e anodo rotante;
- stativo a pavimento o pensile con tubo radiogeno a doppio fuoco e anodo rotante;

- teleradiografo;
- attrezzature per lo sviluppo e il fissaggio delle pellicole;
- opportuno corredo di cassette radiografiche con schermi ad elevato potere di rinforzo (es. terre rare);
- ecografo dotato di almeno due sonde, una per uso internistico, una per le parti superficiali;
- ortopantomografo;
- apparecchio radiologico portatile nelle strutture di ricovero;
- dotazione minima di primo soccorso.

B - La dotazione strumentale delle strutture che erogano prestazioni di diagnostica per immagini di 2° livello deve prevedere:

- due o più sale di radiodiagnostica come quelle indicate per le attività di 1° livello, integrate da apparecchiature o accessori che consentano l'esecuzione di indagini specialistiche diversificate per organo ed apparato;
- uno o più ecografi con le caratteristiche indicate per le strutture di 1° livello, dei quali almeno uno dotato di modulo color-doppler;
- una apparecchiatura di radiologia vascolare ed interventistica in presenza di attività di radiologia interventistica;
- una apparecchiatura di Tomografia Computerizzata.

In caso di più apparecchiature di Tomografia Computerizzata, almeno una deve essere a tecnologia volumetrica.

C - La dotazione strumentale delle strutture che erogano prestazioni di diagnostica per immagini di 3° livello deve comprendere, oltre alle dotazioni previste per le attività di 1° e 2° livello, almeno le seguenti apparecchiature di alta tecnologia:

- una apparecchiatura di radiologia vascolare ed interventistica;
- TC volumetrica;
- risonanza magnetica.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

A - Le strutture che erogano prestazioni di diagnostica per immagini di 1° livello devono essere dotate di personale sanitario laureato e/o tecnico adeguato alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate.
Tale personale, comunque, non può essere inferiore a:

- un medico specialista in radiodiagnostica, in qualità di direttore responsabile, a rapporto di impiego o professionale.

  Il personale medico specialista in radiodiagnostica, nell'espletamento dell'attività, deve rispettare le norme di cui all'art. 111 del d.lgs 230/1995 e successive modificazioni ed integrazioni.

- Un tecnico di radiologia con rapporto di collaborazione coordinata e continuativa per non meno di 28 ore settimanali, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente.
- Un amministrativo dedicato.
- Un ausiliario o appalto del servizio di sanificazione.

Il direttore responsabile non può dirigere altre strutture di diagnostica per immagini e deve garantire la propria presenza per almeno la metà delle ore di attività della struttura stessa.
Il direttore responsabile ha il compito di garantire l'organizzazione tecnico-sanitaria, l'applicazione del regolamento sull'ordinamento e sul funzionamento della struttura.

Tali strutture devono garantire l'attivazione di un sistema di controllo di qualità.

Ogni struttura di diagnostica per immagini ha l'obbligo di comunicare all'utente, al momento della prenotazione dell'indagine diagnostica, i tempi di consegna dei referti.

Le suddette strutture devono inoltre garantire le funzioni di segreteria, di accoglienza dell'utenza, di raccolta ed elaborazione di dati statistici richiesti dalle Amministrazioni competenti, nonché le condizioni igienico-sanitarie necessarie per un buon funzionamento della struttura stessa.

B - Le strutture che erogano prestazioni di diagnostica per immagini di 2° e 3° livello, oltre a possedere i requisiti organizzativi identificati per il 1° livello, devono prevedere personale sanitario laureato e tecnici di radiologia in numero adeguato, in rapporto alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate.

In caso di effettuazione di prestazioni di Radiologia interventistica deve essere prevista:

- la disponibilità di un anestesista rianimatore;

- la disponibilità di un chirurgo, nel caso di interventi specifici su organi ed apparati, ed in particolare del chirurgo vascolare nelle applicazioni di Radiologia interventistica dell'apparato vascolare;
- la presenza di personale infermieristico.

Il personale delle strutture di diagnostica per immagine di 2° e 3° livello partecipa almeno una volta all'anno ad un corso di formazione sulla gestione delle emergenze, in particolare l'arresto cardio-respiratorio e le reazioni allergiche.

Per le strutture di 3° livello deve prevedersi una guardia attiva o una pronta disponibilità che garantisca l'attività di diagnostica per immagini e di radiologia interventistica e che copra l'arco delle 24 ore.

Le strutture di diagnostica per immagini di 2° e 3° livello che eseguono procedure invasive e/o cruente, devono formalizzare adeguate modalità di approvvigionamento, disinfezione e/o sterilizzazione degli strumenti impiegati, in relazione alle attività svolte.

# ATTIVITA' DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE

L'intervento nel settore di Recupero e Rieducazione funzionale riveste peculiarità in quanto è finalizzato a consentire il massimo recupero possibile delle funzioni lese in seguito ad eventi patogeni o lesionali, prevenendo le menomazioni secondarie e curando la disabilità, al di contenere o evitare l'handicap e consentire alla persona disabile la migliore qualità di vita e l'inserimento psico-sociale, attraverso un processo che rispetta tutti i passaggi/interventi necessari sia per un compiuto intervento sanitario che per il successivo passaggio alla fase sociale della riabilitazione.

## Ambiti di competenza e tipologia di interventi

Le fasi del processo in riabilitazione possono essere così definite:

a) fase della prevenzione del danno secondario e conseguenti menomazioni nelle patologie ad alto rischio di sviluppo di disabilità: questa fase caratterizza gli interventi riabilitativi sui pazienti in fase acuta, per i quali si rende necessario inserire l'intervento riabilitativo preventivo nell'ambito del protocollo terapeutico;

b) fase della riabilitazione intensiva, caratterizzata da interventi valutativi e terapeutici intensivi. Viene abitualmente collocata nella cosiddetta fase dell'immediata post-acuzie della malattia, quando l'intervento riabilitativo può positivamente influenzare i processi biologici che sottendono il recupero, contenendo e riducendo l'entità della menomazione e quando la disabilità è maggiormente modificabile: tale fase può essere necessaria anche in situazioni di riacutizzazione e recidive dell'evento patologico;

c) fase di completamento del processo di recupero e del progetto di riabilitazione, che si caratterizza con modalità diverse in rapporto alla natura e tipologia della menomazione e della disabilità e comunque tale da non richiedere interventi intensivi;

d) fase di mantenimento e/o di prevenzione del degrado del recupero motorio e funzionale acquisito, che si caratterizza con diverse tipologie di interventi riabilitativi sanitari che, in presenza di problematiche assistenziali (familiari, economiche, abitative, ecc.) vanno integrati con l'attività di riabilitazione sociale (RSA, RAF, ecc.).

Peraltro le fasi di intervento rispondono peraltro a necessità differenziate relative alle varie categorie di disabilità, cui si trovano a rispondere:

1) disabilità che richiedono, per la gravità della non-autosufficienza, per intensità e tipologia degli interventi terapeutico-riabilitativi, il ricovero ordinario o day-hospital in ambiente ospedaliero specialistico riabilitativo;

2) disabilità complesse che non richiedono ricovero, ma un intervento, per competenza e/o attrezzature, altamente sofisticato;

3) disabilità di entità rilevante, croniche o in fase di stabilizzazione, che richiedono un intervento riabilitativo non complesso, né intensivo, ma protratto nel tempo;

4) disabilità di entità contenuta, di recente insorgenza e a rapida soluzione;

5) disabilità croniche stabilizzate di entità contenuta, per le quali possono essere necessari interventi riabilitativi "di mantenimento" o di "prevenzione del degrado motorio - funzionale acquisito" e/o una attività "didattico-informativa" ("back-schools", "osteoporosis schools", ecc.);

6) disabilità minimali croniche i cui interventi riabilitativi sono caratterizzati prevalentemente da prestazioni di massoterapia e fisioterapia strumentale.

Queste diverse tipologie di interventi riabilitativi comportano la necessità di progettare differenti "livelli" organizzativi ed operativi, come peraltro già indicati dal Piano Sanitario Nazionale 1994/1996.

In particolare le funzioni espletate, le disabilità trattate, configurano livelli differenziati di intervento/trattamento e prefigurano una rete adeguata di strutture sanitarie che garantiscano il raggiungimento degli obiettivi in tutte le fasi del processo di riabilitazione:

- trattamento in regime di ricovero per acuti;
- trattamento in regine di day-hospital;
- trattamento a domicilio;
- trattamento in regime ambulatoriale;
- trattamento in regime di ricovero su pazienti stabilizzati.

Le attività di 1° livello integrano la rete delle attivita' di recupero e rieducazione funzionale assicurando a livello territoriale il completamento dell'iter riabilitativo di 2° livello, al fine di garantire e tutelare il percorso riabilitativo individualizzato.

Gli interventi riabilitativi di 1° livello interessano le disabilità evidenziate ai precedenti punti 4, 5 e 6 e vengono effettuati in forma ambulatoriale.
Poiché gli interventi riabilitativi di 1° livello possono rispondere anche alla fase b) del processo riabilitativo (fase intensiva), essi possono essere utilizzati anche per le disabilità evidenziate al punto 2).

Le disabilità di cui al punto 3) necessitano altresì di interventi riabilitativi di 1° livello che possono essere svolti in regime ambulatoriale, domiciliare o residenziale.

Gli interventi riabilitativi di 2° e 3° livello interessano le disabilità evidenziate ai punti 1) e 2) e vengono effettuati presso strutture sanitarie con organizzazione ospedaliera.

Gli interventi di 2° livello riguardano la fase della riabilitazione intensiva e si collocano abitualmente nell'immediata post-acuzie della malattia (v. punto b) su pazienti la cui disabilità può richiedere un ricovero ordinario oppure un day-hospital riabilitativo.

Gli interventi di 3° livello interessano i pazienti in fase acuta, per i quali si rende necessario inserire l'intervento riabilitativo preventivo nell'ambito del protocollo terapeutico. In particolare tali interventi riguardano i pazienti afferenti alle Unità Spinali e alle Unità Cerebrolesioni acquisite.

Di seguito verranno definiti, per tipologia di trattamento i requisiti minimi organizzativi, tecnologici e strutturali.

**Strutture di recupero e rieducazione funzionale di**
**1° livello**

Gli interventi di 1° livello riabilitativo riguardano la fase di riabilitazione estensiva (completamento e mantenimento).
La riabilitazione estensiva viene erogata in regime ambulatoriale o di degenza.

A) ATTIVITA' AMBULATORIALI

La struttura di recupero e rieducazione funzionale di 1° livello eroga gli interventi riabilitativi ambulatoriali ai pazienti portatori delle disabilità evidenziate ai punto 4), 5) e 6).

Gli interventi ambulatoriali sulle disabilità di cui al punto 2) devono essere trattati in strutture che garantiscano la multidisciplinarietà e la integrazione con la fase ospedaliera.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

La struttura deve essere progettata in funzione dei bisogni dell'utenza e delle diverse tipologie di attivita' assicurandone uno svolgimento sicuro, efficace ed efficiente.
La struttura garantisce sempre la completa fruibilità degli spazi da parte di tutti i possibili utenti affetti dalle diverse tipologie di disabilità; è indispensabile la completa assenza di barriere architettoniche che limitino l'accesso o gli spostamenti dentro la struttura e l'utilizzo sicuro dei vari spazi e servizi.

Deve essere garantita la privacy degli utenti.

La struttura dovrà prevedere la seguente dotazione strutturale:
- locale per visite specialistiche e per valutazioni diagnostico-prognostiche cliniche attinenti le patologie trattate;
- locale atto a garantire trattamenti individuali delle disabilità motorie, adeguatamente illuminato e attrezzato;
- palestra multifunzionale dedicata ai trattamenti individuali che non richiedano la garanzia della privacy;
- locale dedicato ai trattamenti individuali di massoterapia e manipolazioni articolari;
- locali o boxes dedicati alla terapia fisica;
- locale di norma insonorizzato dedicato al trattamento dei disturbi comunicativi-integrativi, con adeguata areazione ed illuminazione;
- servizi igienici e spogliatoi per gli operatori;
- spogliatoi per i pazienti;
- spazi adeguati alla disabilità e quantità di utenza ed alla organizzazione della struttura per attesa, attività di segreteria ed archivio.

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

La dotazione strumentale minima delle strutture di recupero e rieducazione funzionale di 1° livello, deve prevedere:

- attrezzature da inserire nei locali dedicati ai trattamenti individuali delle disabilità motorie:
  lettini regolabili in altezza ed articolati
  materassino
  specchio a parete
  attrezzature per rieducazione propiocettiva, neuromotoria, ortopedica (pesi, pedane, ecc.)

- attrezzature da inserire nella palestra dedicata ai trattamenti collettivi (6 pazienti per gruppo) delle disabilità motorie:
  6 materassini
  specchio a parete
  spalliera
  scala di deambulazione
  parallela per deambulazione
  cyclette

- attrezzature da inserire nel locale dedicato al trattamento individuale massoterapico:
  lettino regolabile
  specchio a parete

- attrezzature da inserire nei locali dedicati alla terapia fisica:
  lettini legno (a norma CEI)
  apparecchi (a norma CEI) per erogazione di terapie fisiche.

Nel rispetto del principio per cui la struttura garantisce l'intervento completo riabilitativo di trattamento delle disabilità che necessitano anche di interventi sui disturbi comunicativi/integrativi, la medesima dovrà essere dotata, oltre ai requisiti minimi sopra identificati, anche delle seguenti attrezzature:

- N Indicator
- S Indicator
- spirometro
- registratore
- materiale didattico
- materiale per test disturbi comunicativi
- materiale per test valutazione funzioni integrative
- computer con programmi specifici per valutazione e trattamento disturbi comunicativi.

Inoltre la struttura deve garantire la presenza di:

- attrezzatura essenziale per un pronto soccorso di base e per la rianimazione cardio-polmonare;
- documentazione relativa alla manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature in dotazione ed al responsabile di tali procedure;
- inventario di tutti i materiali e attrezzature a disposizione della struttura;
- attrezzatura adeguata per la raccolta differenziata dei materiali.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Un requisito inderogabile è che le strutture sanitarie ambulatoriali devono garantire interventi che comprendono la visita fisiatrica per diagnosi, prognosi e terapia del caso trattato ed un intervento completo erogato direttamente o tramite coordinamento con altre strutture, nel rispetto del progetto riabilitativo definito.

Tutte le attività devono essere espletate con le modalità del lavoro di èquipe.
Tale èquipe è composta da:

- un medico specialista in medicina fisica e riabilitazione o disciplina equipollente
- tecnici della riabilitazione (fisioterapisti, massofisioterapisti, ecc.)
- un logopedista, in presenza di trattamento dei disturbi comunicativi/integrativi
- uno psicologo per gli interventi neuropsicologici e di sostegno, a supporto e secondo le specifiche necessità del paziente.

Il personale tecnico deve essere in possesso dei titoli professionali specifici previsti dalla normativa vigente.
Oltre ai titoli professionali specifici, deve essere documentata la correlazione tra le singole figure professionali e gli obiettivi di attività predeterminati dalla struttura sanitaria ambulatoriale.
La tipologia del personale tecnico ed il numero sia dei tecnici che dei medici dovranno essere correlati alle caratteristiche della disabilità ed al numero dei casi trattati , tenuto conto anche delle linee-guida di cui alla D.G.R. n. 105-20622 del 30.6.1997 e successive modificazioni ed integrazioni.

Ai fini della tutela della appropriatezza e della qualità delle prestazioni erogate, il medico specialista in medicina fisica e riabilitazione deve assicurare la presenza per la metà della durata delle attività riabilitative, all'interno della struttura, anche al fine della verifica sulla necessità di eventuali modifiche degli obiettivi e dei relativi strumenti necessari al perseguimento dei medesimi.
La responsabilità delle direzione tecnica deve essere attribuita ad un direttore responsabile in possesso della specializzazione in medicina fisica e riabilitazione, e può anche coincidere con la figura del medico specialista gia' individuato, con il compito di garantire l'organizzazione tecnico-sanitaria, l'applicazione del regolamento sull'ordinamento e sul funzionamento della struttura.

Il personale medico e tecnico deve essere in possesso di un adeguato aggiornamento professionale, ottenuto attraverso partecipazione a iniziative annuali gestite dalla struttura sanitaria ambulatoriale medesima o presso Agenzie formative qualificate.
La struttura deve garantire le funzioni di segreteria, di accoglienza dell'utenza, di raccolta ed elaborazione dei dati statistici richiesti dalle amministrazioni competenti, nonche' le condizioni igienico-sanitarie necessarie per un buon funzionamento della struttura stessa.

B) ATTIVITA' DI DEGENZA RIABILITATIVA

Qualora le disabilita' di cui al punto 3) e punto 5)necessitino di interventi riabilitativi in regime di degenza tali interventi sono erogati, di norma, all'interno di strutture sanitarie che assicurano interventi riabilitativi finalizzati all'ulteriore recupero o mantenimento delle residue capacità funzionali del paziente.

Il progetto riabilitativo si attua attraverso un trattamento riabilitativo specializzato di minore intensità (non inferiore a 1 ora per singolo paziente) e con una durata del ricovero definita (non superiore di norma a 60 giorni, salvo documentate indicazioni cliniche).
Tali attività sono collocate in ambito ospedaliero o in presidi indipendenti con una specifica caratterizzazione ospedaliera ed in stretto collegamento funzionale ed operativo con l'area acuta.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

- Oltre ai requisiti previsti per le strutture ambulatoriali di 1° livello, sono da prevedersi unità di degenza in possesso di tutti i requisiti di cui al capitolo "Area di degenza".

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

Si rinvia a quanto già previsto per le altre strutture di recupero e rieducazione funzionale di 1° livello eroganti attività ambulatoriale.
Inoltre devono risultare disponibili:

- materassini e cuscini antidecubito;
- carrozzine ed ausilii per la mobilità del paziente;
- carrello per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore e unità di ventilazione manuale;
- carrello per la gestione della terapia;
- carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Il responsabile medico/direttore sanitario, che non può ricoprire tale incarico per altre strutture, ha il compito di garantire l'organizzazione tecnico-sanitaria, l'applicazione del regolamento sull'ordinamento e sul funzionamento della struttura.

L'organizzazione funzionale della struttura deve prevedere altresì la funzione di guardia medica che deve essere permanente ed interna.

Le attività di degenza riabilitativa di primo livello sono svolte da un équipe, che per unità operativa dotata di 20 posti letto, è composta da:

- un medico specialista in medicina fisica e riabilitazione;
- tecnici della riabilitazione, di cui 1 coordinatore, che attuano il progetto riabilitativo sotto la responsabilita' dello specialista in medicina fisica e riabilitazione;
- infermieri professionali a tempo pieno;
- unita' di personale del ruolo tecnico a tempo pieno.

Il numero di personale deve essere correlato alle caratteristiche delle disabilità trattate, al numero dei casi trattati e dovrà tenere conto dell'impegno ritenuto indispensabile per un livello minimo di qualità . Per i trattamenti riabilitativi si rinvia al nomenclatore tariffario regionale della branca di recupero e rieducazione funzionale di cui alla D.G.R. n. 105-20622 del 30.6.1997 e successive modificazioni ed integrazioni.

Il collegamento funzionale ed operativo con i reparti dell'area acuta è garantito dalla presenza delle specialità dell'area acuta all'interno della stessa struttura. Qualora le attività di recupero e rieducazione funzionale di 1° livello siano svolte in presidio indipendente deve essere formalizzato un accordo di collaborazione con medici specialisti che garantiscano l'intervento su chiamata e/o convenzione.

Le strutture di ricovero e cura private dotate di più unità operative di recupero e rieducazione funzionale di 1° livello, che comportino il superamento della soglia numerica di posti letto previsti dall'allegato di cui al secondo comma dell'art. 4 della l.r. 5/1987 - punto 27 - devono individuare, oltre al personale sopra descritto, un'ulteriore figura medica in possesso di specializzazione in medicina fisica e riabilitazione o specialità equipollenti secondo la normativa vigente.

Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria e riabilitativa nei confronti dei soggetti in stato vegetativo permanente, si rimanda alla D.G.R. n. 93-21140 del 21.7.1997 relativa alla "Approvazione dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici dei Centri Residenziali" previsti per tali soggetti.

**Strutture di Recupero e Rieducazione Funzionale di 2° livello**

La struttura di recupero e rieducazione funzionale di 2° livello assicura gli interventi riabilitativi a pazienti con disabilità di cui al punto 1) - ( disabilità che richiedono, per la gravità della non autosufficienza, interventi terapeutico-riabilitativi particolari per intensità e per tipologia), intervenendo sia su pazienti ricoverati nelle diverse U.O.A. di degenza, sia in regime di ricovero in posti letto propri, oltre ad assicurare gli interventi riabilitativi già previsti per il 1° livello.
Le strutture sanitarie private che operano in regime di degenza devono essere integrate alle altre fasi del processo riabilitativo, mediante protocolli operativi con il Servizio di Recupero e Rieducazione Funzionale dell'Azienda Sanitaria.

Al fine di assicurare il pieno espletamento delle funzioni proprie del 2° livello, lo stesso interviene in tutte le fasi del processo di riabilitazione: degenza, day-hospital, ambulatoriale e domiciliare.

Conseguentemente gli interventi di 2° livello trovano collocazione in presidi ospedalieri ove siano già presenti funzioni di ricovero e cura ad alta intensità diagnostica ed assistenziale o in presidi ospedalieri ad indirizzo esclusivamente riabilitativo.
Gli interventi riabilitativi non possono essere inferiori a tre ore al giorno per singolo paziente.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

Si rimanda a quanto già previsto per le strutture di Recupero e Rieducazione Funzionale di 1° livello che erogano attività ambulatoriale.
Qualora il servizio disponga di propri posti letto, deve essere presente un'area funzionale autonoma per la degenza, composta di camere di norma a due letti, con annesso bagno per disabili, con dotazione di specifici dispositivi di allarme e con pavimentazione antiscivolo.
All'interno delle camere devono essere garantiti l'accesso ed il movimento di barelle e carrozzine.
Devono altresì essere previsti spazi di soggiorno e svago ad uso esclusivo dei pazienti, proporzionati al numero. Deve essere previsto lo spazio per la presenza dell'accompagnatore.
(Quanto sopra in aggiunta e modifica ai requisiti minimi strutturali previsti per l'area di degenza).

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

Si rimanda a quanto già previsto per le strutture di Recupero e Rieducazione Funzionale di 1° livello eroganti attività ambulatoriali.
Qualora il Servizio disponga di propri posti-letto devono essere presenti:

- materassini e cuscini antidecubito
- carrozzine ed ausili per la mobilità del paziente
- carrello per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore e unità di ventilazione manuale
- carrello per la gestione terapia
- carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

I requisiti previsti per le strutture di Recupero e Rieducazione Funzionale di 1° livello eroganti attività ambulatoriali, devono essere integrati ulteriormente per poter rispondere al maggior carico assistenziale conseguente alle disabilità trattate in questo livello, costituite prevalentemente da disabilità maggiori.

In presenza di unità operativa dotata di propri posti-letto (modulo di 20 posti letto) dovrà essere prevista la seguente dotazione organica:

- medico fisiatra o specialità equipollente ai sensi della normativa vigente, responsabile del modulo/unità operativa;
- medico fisiatra o specialità equipollente o affine, salvo che l'attività riabilitativa rivesta connotazioni peculiari tali da essere ricondotta alla patologia trattata come già previsto nel P.S.R. per la riabilitazione cardiologica e pneumologica;
- infermieri professionali (di cui 1 con funzioni di capo sala);
- tecnici della riabilitazione (terapisti, massofisioterapisti, logopedisti, ecc.), di cui uno coordinatore;
- ausiliari (di cui il 50% O.T.A.).

Il numero di personale deve essere correlato alle caratteristiche delle disabilità trattate, al numero dei casi trattati e dovrà tenere conto dell'impegno ritenuto indispensabile per un livello minimo di qualità . Per i trattamenti riabilitativi si rinvia al nomenclatore tariffario regionale della branca di recupero e rieducazione funzionale di cui alla D.G.R. n. 105-20622 del 30.6.1997 e successive modificazioni ed integrazioni.

Per l'attività assistenziale l'individuazione del personale deve tenere conto di quanto previsto in materia dalla normativa vigente nazionale, regionale e relativi provvedimenti attuativi.

Le strutture di ricovero e cura private dotate di più unità operative di recupero e rieducazione funzionale, fino a 100 posti letto, devono individuare, oltre al personale sopra descritto, una ulteriore figura medica in possesso di specializzazione in medicina fisica e riabilitazione o specialità equipollente, con la funzione di responsabile di raggruppamento.

In presenza di attività di consulenza presso altri reparti ospedalieri è inoltre da prevedersi un ulteriore e proporzionale adeguamento del personale medico specialistico e tecnico.

Il personale medico e tecnico deve essere in possesso di un adeguato aggiornamento professionale, ottenuto attraverso partecipazione a iniziative annuali gestite dalla struttura di Recupero e Rieducazione Funzionale medesima o presso Agenzie formative qualificate.

RIABILITAZIONE INTENSIVA SPECIALISTICA

Le unità di riabilitazione intensiva ad orientamento specialistico necessitano, per le loro peculiarità, di una specifica organizzazione (riabilitazione cardiologica, riabilitazione respiratoria, ecc.) che prevede un approccio multidisciplinare, sotto la direzione tecnica responsabile di specialisti delle relative discipline.

**Strutture di Recupero e Rieducazione Funzionale di 3° livello**

La struttura di Recupero e Rieducazione Funzionale di 3° livello assicura gli interventi riabilitativi a pazienti con disabilità di cui al punto 1) - ( disabilità che richiedono, per la gravità della non autosufficienza, interventi terapeutico-riabilitativi particolari per intensità e per tipologia), afferenti alle Unità Spinali ovvero alle Unità Gravi Cerebrolesioni Acquisite.
Conseguentemente tali interventi possono essere effettuati solo da servizi dotati di specifici posti letto, attivati di norma in strutture ospedaliere dove siano disponibili funzioni di alta specializzazione.

Le strutture eroganti attività di recupero e rieducazione funzionale di 3° livello svolgono anche le attività di 2° e 1° livello.

L'attivazione di tali strutture deve essere coerente con le norme di programmazione regionale.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

Oltre ai requisiti individuati per i servizi di 2° livello - dotati di propri posti letto - sono previsti:
- almeno 2 posti letto dotati di sistema di monitoraggio intensivo delle funzioni vitali ed eventuale ventilazione meccanica;
- un'area destinata alla terapia occupazionale non inferiore a mq 50.

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

Oltre ai requisiti previsti per le strutture di Recupero e Rieducazione Funzionale del 2° livello comprensivo della degenza e quelle di 1° livello eroganti attività ambulatoriale, devono essere previste le attrezzature specifiche per l'assistenza dei pazienti medullolesi o cerebrolesi.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

L’individuazione dell’organico minimo necessario deve essere conseguente a tutte le funzioni proprie delle strutture di Recupero e Rieducazione Funzionale di 3° livello:

- medici specialisti;
- psicologo clinico per sostegno e supporto alle famiglie dei traumatizzati cranio-encefalici;
- neuropsicologo per la riabilitazione delle funzioni correttive e comportamentali;
- infermieri professionali;
- tecnici della riabilitazione (terapisti, psicomotricisti per il recupero motorio degli stati vegetativi, terapisti occupazionali per l’autonomia delle attività della vita quotidiana, logopedisti per rieducazione delle disfagie post-traumatiche e per i disturbi comunicativi connessi allo stato di cura, massofisioterapisti, ecc.);
- unità di personale tecnico (OTA, ecc).

La struttura deve potersi avvalere della collaborazione dei servizi sociali.

Per le Unità Gravi Cerebrolesioni Acquisite l’organico dei tecnici della riabilitazione deve comprendere unnumero adeguato di logopedisti.

Il numero di personale deve essere correlato alle caratteristiche delle disabilità trattate, al numero dei casi trattati e dovrà tenere conto dell’impegno ritenuto indispensabile per un livello minimo di qualità . Per i trattamenti riabilitativi si rinvia al nomenclatore tariffario regionale della branca di recupero e rieducazione funzionale di cui alla D.G.R. n. 105-20622 del 30.6.1997 e successive modificazioni ed integrazioni.

L’attività medica dovrà essere obbligatoriamente integrata in modo programmato con le altre specialità competenti.

Il personale medico e tecnico deve essere in possesso di un adeguato aggiornamento professionale, ottenuto attraverso partecipazione a iniziative annuali gestite dalla struttura di Recupero e Rieducazione Funzionale medesima o presso Agenzie formative qualificate.

# STRUTTURE SOCIO-ASSISTENZIALI A RILIEVO SANITARIO.

Sono strutture che svolgono attività in regime residenziale, semiresidenziale e/o diurno a favore di soggetti disabili in situazione di svantaggio sociale (handicap) nei confronti dei quali, accanto al prioritario intervento di tutela sociale, assicurano anche una tutela sanitaria non specialistica.
Tali strutture erogano interventi finalizzati al reinserimento sociale del soggetto disabile. Tali interventi sono per la loro natura di durata non definibile a priori e debbono essere svolti con modalità pluriprofessionali, per assicurare la presa in carico globale del soggetto stesso.

I requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi sono definiti dai seguenti provvedimenti regionali:

D.G.R. n. 38-16335 del 29.06.1992
D.G.R. n. 147-23154 del 22.02.1993
D.G.R. n. 24-23032 del 22.02.1993
D.G.R. n. 60-33850 del 18.04.1994
D.G.R. n. 41-42433 del 9.01.1995
D.G.R. n. 129-10470 del 9.07.1996
D.G.R. n. 34-23400 del 9.12.1997
D.G.R. n. 230-23699 del 22.12.1997
D.G.R. n. 11-2437 del 15.4.1998

# CENTRO DI SALUTE MENTALE

Espleta le funzioni indicate per il CSM dal DPR 7/4/1994.

## REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI:

Numero locali e spazi in relazione alla popolazione servita. Ciascun Centro di salute mentale dispone almeno di:

- locale per accoglienza utenti, segreteria informazioni;
- locale per attività diagnostiche e terapeutiche;
- locale visita medica;
- locale per riunioni;
- spazio archivio.

## REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

- presenza di personale medico ed infermieristico per tutto l'orario di apertura;
- presenza programmata delle altre figure professionali di cui al DPR 7/4/1994, in relazione alla popolazione del territorio servito;
- apertura 12 ore al giorno per 6 gg. la settimana, con accoglienza a domanda, organizzazione attività territoriale, intervento in condizioni di emergenza-urgenza;
- collegamento con il Dipartimento di Emergenza-Urgenza;
- collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7/4/1994.

Per la definizione puntuale dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, si rimanda a quanto previsto nella D.C.R. n. 357-1370 del 28/1/1997.

# CONSULTORIO FAMILIARE

Espleta le funzioni di cui alle leggi 405/1975 e 194/1978.

## REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

Numero locali e spazi in relazione alla popolazione servita in base alla verifica dei dati di attività annuale. Ciascun Consultorio familiare dispone almeno di:

- locale per accoglienza utenti, segreteria informazioni;
- locale per consulenza psicologica diagnostica e terapeutica;
- locali per visite ostetrico-ginecologiche, pediatriche, ecc.
- locale per riunioni;
- spazio archivio.

## REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

- Presenza delle figure professionali mediche, laureati non medici, personale infermieristico e di assistenza sociale di cui all'art. 3 della Legge 405/1975;
- la dotazione di personale e la presenza nelle attività ambulatoriali sono programmate in relazione alla popolazione servita;
- le attività e le prestazioni consultoriali in ambito sociale e sanitario sono caratterizzate da unitarietà ed integrazione funzionale.

## PRESIDI PER IL TRATTAMENTO DEI TOSSICODIPENDENTI: CENTRO AMBULATORIALE

Per i requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali si richiama la normativa sull'istituzione dei Sert di cui alla L. 135 del 5/6/1990, D.P.R. 309 del 3/10/1990 e D.M. 444 del 30.11.1990 e successivi atti di indirizzo nazionali e regionali.

# REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO PER ACUTI

# SISTEMA DI EMERGENZA - URGENZA

Il sistema di emergenza-urgenza è costituito da un insieme di servizi di emergenza che operano secondo schemi e strutture in grado di funzionare in maniera organicamente integrata tra loro sul territorio.

La disciplina dell'organizzazione delle modalità di risposta dell'emergenza-urgenza è stabilita dal P.S.R. 1997/1999.

Il sistema dell'emergenza-urgenza ospedaliera si articola su tre livelli:
- punti di primo intervento
- pronto soccorso ospedaliero
- dipartimento di emergenza-urgenza ed accettazione (D.E.A.).

Il sistema di emergenza-urgenza territoriale si articola in:
- centrali operative
- mezzi di soccorso.

# PUNTI DI PRIMO INTERVENTO

Fanno riferimento a quelle situazioni in cui il piano di attuazione aziendale non prevede nè Pronto Soccorso nè D.E.A., come anche indicato dal P.S.R. 97/1999. Non vengono attivati per la gestione specifica dell'emergenza ma rappresentano una articolazione sul territorio dei D.E.A. cui afferiscono e si collegano.

E' obiettivo dei punti di primo intervento:
effettuare il primo intervento medico in caso di problemi minori, e attivarne il trasporto presso l'ospedale più idoneo in caso di necessità. E' preferibile l'ubicazione dei punti di primo intervento presso poliambulatori territoriali e/o ospedali non sede di D.E.A. e Pronto Soccorso.

Si integrano tra:
- punti di primo intervento presso presidi delle Aziende Sanitarie Locali;
- punti di primo intervento fissi, mobili o occasionali.

## REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Devono essere previsti e resi disponibili protocolli scritti di collegamento operativo con la Centrale Operativa, il DEA di riferimento, i medici di base del territorio di riferimento.

La dotazione di personale non può comunque essere inferiore a:
- un infermiere professionale per tutto il tempo di apertura del servizio;
- un medico presente per tutto il tempo di apertura del servizio.

E' definito l'orario di attività, in genere articolato nelle 12/24 ore giornaliere, secondo le specifiche esigenze territoriali.
Per i punti fissi, mobili o occasionali di primo soccorso, si utilizzano, con la massima flessibilità, sia i medici in organico all'Azienda che i medici convenzionati per il sistema "118".
Deve essere prevista la registrazione dei casi trattati.
La modulistica verrà uniformata su tutto il territorio regionale.

## REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

Attrezzature di base per ambulatorio di tipo ospedaliero, compresa la disponibilità di $O_2$, integrate con:

- elettrocardiografo;
- aspiratore;
- monitor-defibrillatore;
- set per sostegno alle funzioni vitali e materiale per effettuare una rianimazione cardiopolmonare di base ed avanzata, sia per adulto che per bambino.

Collegamento telefonico con la Centrale Operativa e il DEA di riferimento.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

Punti di primo intervento presso presidi delle Aziende Sanitarie Locali:
due ambulatori per visita, un ambiente per l'attesa, un locale per stazionamento del personale, depositi, servizi igienici.

# PRONTO SOCCORSO OSPEDALIERO

L'unità organizzativa deputata all'emergenza deve assicurare gli interventi diagnostico-terapeutici di urgenza compatibili con le specialità di cui è dotata la struttura, deve poter eseguire un primo accertamento diagnostico strumentale e di laboratorio e gli interventi necessari alla stabilizzazione dell'utente. Deve garantire il trasporto protetto.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

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

Devono essere consentite vie di accesso agevoli per i mezzi di soccorso e gli ambulanti e comunque deve essere garantita assenza di interferenze rispetto ai percorsi normali di accesso alla struttura di ricovero.

L'unità minima dovrà prevedere:

- camera calda (area coperta e riscaldata di accesso diretto per mezzi e pedoni);
- locale per la gestione dell'emergenza-triage;
- locale visita-trattamento, eventualmente raddoppiato in presenza di area medica e chirurgica;
- locale osservazione e degenza temporanea;
- locale attesa utenti deambulanti;
- locale attesa utenti barellati;
- locale lavoro infermieri;
- sistema di vigilanza con organi delle Stato, con presenza fissa o allertamento rapido;
- locale per caposala con spazio per la tenuta dei farmaci;
- studio medico;
- servizi igienici del personale;
- servizi igienici per gli utenti;
- sosta salme;
- deposito pulito;
- deposito sporco;
- deposito barelle e sedie a ruota;
- spazio registrazione/segreteria/archivio.

Nei siti di nuova costruzione o soggetti a ristrutturazione, il pronto soccorso deve essere ubicato in zona prossima alla rianimazione e terapia intensiva, il complesso operatorio, i servizi diagnostici compresa la funzione di radiologia diagnostica, l'UTIC, ove previsti.

Devono essere differenziati i flussi e gli ambienti visita ed attesa dei pazienti di elezione da quelli in condizioni di urgenza-emergenza.

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

La dotazione minima strumentale deve prevedere quanto previsto per i Punti di Primo Intervento:
- elettrocardiografo;
- cardiomonitor e defibrillatore;
- attrezzature per rianimazione cardiopolmonare;

con l'aggiunta di:
- lampada scialitica;
- respiratore automatico;
- set per immobilizzazione segmenti ossei, barella spinale estricatore, barella a cucchiaio;
- antidoti per avvelenamenti;
- autoclave per sterilizzazione rapida;
- collegamenti telefonici dedicati con il DEA di riferimento;
- collegamento telefonico con la Centrale Operativa.

Le strutture deputate all'emergenza-urgenza si articolano anche su più livelli operativi (area medicina e chirurgia) legati alla complessità delle prestazioni erogate e devono possedere requisiti tecnologici adeguati alla complessità di tali prestazioni.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Ogni struttura erogante prestazioni di Pronto Soccorso deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:

- la dotazione organica del personale medico ed infermieristico deve essere rapportata alla tipologia della struttura e al volume delle prestazioni e comunque, sull'arco delle 24 ore, l'articolazione dei turni del personale medico e infermieristico deve garantire la presenza di almeno un infermiere e un medico;
- devono essere stabiliti i turni mensili del personale medico previsto a rotazione dalle Unità Operative, e individuato un responsabile in relazione a quanto previsto dalla "Linee guida nazionali" e dal DPR 27 marzo 1992.

Devono essere definiti protocolli o linee guida operative, al fine di diversificare le attività di accettazione dei ricoveri programmati, dalle attività di pronto soccorso.

Devono essere predisposti specifici protocolli o linee guida per la gestione operativa dei casi in urgenza ed emergenza, riguardanti in particolare i rapporti con le differenti unità operative della struttura, le camere operatorie, il DEA di riferimento, la Centrale Operativa.

Deve essere istituita:

- una guardia attiva in medicina generale;
- una guardia attiva in chirurgia generale;
- una guardia attiva o reperibilità in anestesia e rianimazione e nelle altre competenze specialistiche dell'ospedale, così come previsto dal P.S.R. 1997/1999;
- la reperibilità per le funzioni di laboratorio e radiologia.

Devono essere stabiliti protocolli medici che indicano le modalità con cui è garantita la funzione di triage, quale primo momento di accoglienza e indirizzo all'intervento diagnostico.
Tale funzione è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, in un'area del pronto soccorso chiaramente individuata.

Devono essere individuate e codificate le segnalazioni da effettuare obbligatoriamente ad Autorità/Enti competenti e le rispettive modalità di trasmissione:

- referto all'Autorità Giudiziaria;
- denuncia di malattia infettiva (alla ASL);
- segnalazione di infortunio sul lavoro di personale dipendente (all'INAIL).

In relazione ai flussi informativi, deve essere prevista la registrazione separata dei dati di attività riferiti:
ai ricoveri in elezione per patologia;
ai ricoveri in emergenza/urgenza per patologia;
alle attività di pronto soccorso non seguite da ricovero;
ai trasferimenti in altre strutture;
agli eventuali decessi.

Con particolare riguardo alle prestazioni non seguite da ricovero ed ai trasferimenti in altre strutture, dovranno essere registrate, oltre alle generalità dei pazienti, il luogo di residenza, le prestazioni effettuate, gli eventuali accertamenti e terapie eseguite o consigliate.

# DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE

E' obiettivo del DEA: fornire la risposta più rapida e completa possibile alle richieste di intervento sanitario in regime di urgenza ed emergenza.
In particolare:

- assicurare adeguati livelli di assistenza fin dal primo intervento, anche mediante protocolli diagnostico-terapeutici, opportunamente verificati ed aggiornati;
- garantire, ove necessario, il ricovero terapeutico nelle sedi più appropriate;
- organizzare e gestire un sistema continuo per la valutazione e la promozione della qualità dell'assistenza e della appropriatezza della utilizzazione delle risorse assegnate;
- favorire, con opportuna programmazione, il più alto livello di aggiornamento del personale;
- perseguire iniziative finalizzate all'umanizzazione dell'assistenza;
- contribuire alla educazione alla salute dei cittadini per un corretto uso del sistema delle emergenze sanitarie.

## REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Il Dipartimento di Emergenza e Accettazione rappresenta una aggregazione funzionale di unità operative che mantengono la propria autonomia e responsabilità clinico-assistenziale, ma che riconoscono la propria interdipendenza adottando un comune codice di comportamento assistenziale, al fine di assicurare una risposta rapida, completa, e, ove occorre, sequenziale, in collegamento con le strutture operanti sul territorio.

Sono assicurati gli interventi diagnostico-terapeutici di urgenza.

Devono essere garantite presenze in guardia attiva per le 24 ore giornaliere nelle discipline di medicina, chirurgia rianimazione.
Per le altre specialità, in funzione dei flussi e delle esigenze, è prevedibile l’integrazione professionale in guardia attiva per orari prestabiliti (ad esempio per ortopedia, neurologia); come previsto dal P.S.R. 97/99. E’ anche prevista l’integrazione del personale medico di Pronto Soccorso con medici del servizio territoriale 118.
Per quanto riguarda l'ostetricia e ginecologia e la pediatria, gli interventi andranno comunque garantiti, anche attraverso dipartimenti interospedalieri o interaziendali.

Alcuni ospedali sede di DEA, individuati dal P.S.R. 1997/99, devono essere in grado di assicurare, oltre alle attività anziesposte, le funzioni di più alta qualificazione legate all'emergenza, quali la cardiochirurgia, la neurochirurgia, la terapia intensiva neonatale, la chirurgia vascolare, la chirurgia toracica, le unità per grandi ustionati, le unità spinali.

Deve essere definito il regolamento del Dipartimento, approvato dalla Direzione dell'Azienda e adottate Linee guida e protocolli che definiscano le modalità operative interne al DEA ed in particolare il collegamento ed il coordinamento con le unità operative appartenenti a Dipartimenti differenti fermo restando la facoltà di ricovero dei pazienti nelle U.O. da parte del Pronto Soccorso.
Devono essere conosciute e rese note:

- le modalità di collegamento con la Centrale Operativa di riferimento;
- i protocolli operativi comuni adottati;
- i protocolli operativi eventualmente stabiliti e diffusi dalla Centrale operativa.

Deve essere prevista una linea telefonica dedicata per il collegamento con la Centrale Operativa.
Il DEA deve essere dotato di un apparato di telefonia, di un sistema informativo per la registrazione e la valutazione dei dati relativi all'attività svolta.

Devono essere definite le responsabilità del DEA ad uno tra i dirigenti di II livello responsabili delle unità operative afferenti al DEA.
Il personale del DEA deve partecipare alla predisposizione dei piani di emergenza interna, anche in relazione a quanto previsto dalla Legge 626/1994.
Il D.E.A. è parte integrante del sistema regionale di emergenza e nell’ambito di tale sistema assicura, secondo protocolli definiti, una risposta a carattere sovraterritoriale; cura la formazione del suo personale e la rende omogenea con quella stabilita per il personale della rete di emergenza territoriale.

## REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

Oltre ai requisiti previsti per il Pronto Soccorso-Accettazione, dimensionati in relazione al volume ed alla tipologia dell'attività erogata, sono validi i requisiti previsti per le singole unità operative autonome, che fanno parte del DEA.
Sono da privilegiare le dotazioni atte alla trasmissione di dati e immagini per la diagnostica e le consulenze specialistiche.

## REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

Devono essere rispettati i requisiti minimi stabiliti:

- per il Pronto Soccorso-Accettazione;
- per le unità operative e/o servizi che compongono il DEA.

In aggiunta ai requisiti previsti per il Pronto Soccorso-Accettazione, devono essere disponibili spazi per:

- aule e locali per riunioni, meeting, area relax ecc.;
- locali per le attività direzionali;
- segreteria;
- archivio per la documentazione clinica;
- attività sperimentali.

Il DEA deve disporre di spazi e locali in numero adeguato al volume di attività erogata.

# CENTRALI OPERATIVE

La Centrale Operativa garantisce la prima risposta sanitaria all'emergenza/urgenza in sede extraospedaliera ed il coordinamento di tutti gli interventi necessari nell'ambito territoriale di riferimento, secondo quanto previsto dal D.P.R. 27.3.1992.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

E' attivato il numero di accesso "118".

E' previsto e formalizzato il coordinamento delle Centrali Operative istituite a livello provinciale.

E' garantito il sistema di comunicazioni tra:
- le Centrali Operative regionali;
- le Centrali Operative e le postazioni dei mezzi di soccorso ed i mezzi stessi per gli ambiti di competenza;
- le Centrali Operative e le postazioni di guardia medica per gli ambiti di competenza;
- le Centrali Operative e i punti di primo intervento;
- le Centrali Operative, i DEA e i Pronto Soccorso.

Esiste un Regolamento scritto sull'organizzazione e la funzionalità della Centrale Operativa.
Sono definiti i compiti e le funzioni della Centrale Operativa, in linea con quanto stabilito dal D.P.R. 27/3/92.

La Centrale è a conoscenza:
- della dislocazione e tipologia dei mezzi di soccorso sul territorio;
- delle postazioni di guardia medica;
- della disponibilità dei posti letto di terapia intensiva generale e specialistica e delle alte specialità, anche collocate al di fuori del proprio ambito territoriale in sede regionale.

Sono stabiliti protocolli operativi interni, tra cui quelli riguardanti:
- la gestione del personale addetto alla Centrale, compresa la guardia medica;
- il coordinamento dei mezzi di soccorso;
- l'organizzazione interna della Centrale;
- gli aspetti tecnici che regolano i rapporti con le altre strutture coinvolte nel sistema di emergenza-urgenza;
- i rapporti con le organizzazioni di volontariato.

I protocolli operativi sono resi noti alle differenti istituzioni coinvolte nel sistema dell'emergenza-urgenza.

Sono stabiliti i protocolli di valutazione di criticità dell'evento ai sensi del D.M. 15 maggio 1992.

E' individuato il responsabile della Centrale Operativa.
Sono stabiliti i compiti e le funzioni del Responsabile.
E' definito il fabbisogno di personale per professione e qualifica.
Sono definite le funzioni e le responsabilità di ciascuna figura.
E' predisposto un piano per la formazione e l'aggiornamento del personale.
E' periodicamente verificato e valutato il livello di competenza del personale addetto al servizio sui mezzi di soccorso.
I requisiti organizzativi professionali e formativi inerenti le Centrali Operative sono definiti dal D.P.R. 27/3/92 ed esplicitati da specifiche direttive regionali.

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

La Centrale Operativa dovrà essere dotata di apparato di telefonia, sistema informatico e sistema di radiocollegamenti.

La rete telefonica della Centrale Operativa prevede una serie di tecnologie che consentono di:

- soddisfare il livello quantitativo delle richieste di soccorso ipotizzate per bacino di utenza;
- utilizzare reti telefoniche dedicate per le comunicazioni con le postazioni di soccorso territoriale, D.E.A., pronto soccorso, guardia medica, punti di primo intervento, e gli altri Servizi pubblici deputati alle emergenze (Vigili del Fuoco, Protezione civile, Carabinieri, Prefettura, Polizia, altre Centrali Operative, ecc,).

La Centrale Operativa è dotata di un sistema informativo che permetta di disporre di dati aggiornati e tempestivi relativamente agli ospedali di riferimento, alla dislocazione dei punti di primo intervento, delle postazioni di guardia medica e dei mezzi disponibili, nonché di informazioni relative alle località sedi dell'evento (riferimenti cartografici e di viabilità, ecc.), utili alla gestione dell'intervento.
Tale sistema permette la rilevazione delle attività svolte, anche ai fini di valutarne la qualità e l'appropriatezza rispetto ai problemi affrontati, onde consentire interventi correttivi.
E' assicurata la compatibilità tra le diverse reti provinciali, anche per consentire la gestione integrata delle attività di emergenza.

La Centrale Operativa si avvale e coordina i mezzi di soccorso definiti per numero e tipologia dalla programmazione regionale.
Ogni mezzo di soccorso, secondo la tipologia successiva, è dotato della seguente attrezzatura minima fermo restando i requisiti strutturali previsti dal D.M. 17/12/87 n. 553 e successive modificazioni ed integrazioni:

AUTOAMBULANZA DI TRASPORTO

- bombola di ossigeno più riserva (a norma del D.M. 3/1/90);
- barella principale (possibilmente autocaricante);
- barella atraumatica a cucchiaio;
- pallone autoespansibile di rianimazione (con maschere facciali a tre misure);
- set di medicazione;
- biancheria monouso;
- telo porta infermi con maniglie;
- padella e pappagallo;
- estintore da 3 Kg.;
- set di indumenti di protezione per trasporto infettivi;
- clinical box per raccolta temporanea rifiuti sanitari.

AUTOAMBULANZA DI SOCCORSO DI BASE

- bombola di ossigeno più riserva (a norma del D.M. 3/1/90);
- barella principale autocaricante;
- barella atraumatica a chucchiaio e/o tavola spinale lunga con cinghie di contenzione e sistema di immobilizzazione del capo e del tronco;
- pallone autoespansibile di rianimazione (con maschere facciali a tre misure);
- set di medicazione;
- set di medicazioni speciali per ustionati;
- biancheria monouso;
- telo porta infermi con maniglie;
- padella e pappagallo;
- aspiratore per secreti portatile a batteria e sondini;
- set di collari cervicali rigidi con accesso tracheale;
- steccobende a depressione o rigide per arti inferiori e superiori;
- sfigmomanometro e fonendoscopio;
- cannule di Guedel (tre misure);
- set di ventimasck;
- set per incanulamento vene periferiche;
- soluzioni per reintegro volemia (2.000 ml cristalloidi - 1.000 ml di colloidi)
- set di indumenti di protezione per trasporto infettivi;
- faro di ricerca fisso o portatile;

- sedia portantina;
- forbici taglia abiti e multiuso;
- set da scasso per incidenti stradali;
- clinical box per raccolta temporanea rifiuti sanitari;
- telo porta infermi con maniglie;
- set di lacci emostatici arteriosi e venosi;
- estintore da 3 Kg;

AUTOAMBULANZA DI SOCCORSO AVANZATO, DI SOCCORSO AVANZATO DI BASE ED ELIAMBULANZA

- barella principale autocaricante con cinghie di contenzione posizionata su piano traslabile sul senso orizzontale - (con possibilità di posizionamenti trandelerburgh e antitrandelerburgh e piano di carico ad altezza variabile);
- barella atraumatica a cucchiaio, con cinghie di contenzione e sistema di immobilizzazione del capo e del tronco;
- tavola spinale lunga con cinghie di contenzione e sistema di immobilizzazione del capo e del tronco;
- trauma estricatore (mod. Ked o similari);
- Ventilatore polmonare automatico asportabile con modulazione adulti/bambini, con fonte autonoma di alimentazione, sia elettrica che con ossigeno (bombola da 2,5 lt./ minimo e bombola di scorta);
- monitor defibrillatore portatile con registratore e stimolatore esterno, a funzionamento manuale e con sistema di alimentazione sia a 12 v. che a 220 v. e batterie ricaricabili (presenza di modulo semi automatico), possibilità di monitoraggio attività cardiaca tramite ECG a 12 derivazioni;
- spremi sacca (almeno due);
- aspiratore per secreti, portatile, utilizzabile anche per uso pediatrico e con batterie ricaricabili a funzionamento sia a 12 v. che a 220 v.;
- pompa a siringa per infusioni funzionante sia a 12 che a 220 v.;
- impianto di ossigenoterapia centralizzato con almeno 2 prese di ossigeno in vano sanitario e 2 gorgogliatori;
- sfigmomanometro aneroide e fonendoscopio con alloggiamento a parete;
- stecco bende in almeno tre misure, rigide o a depressione;
- set completo di collari cervicali rigidi con accesso tracheale;
- pallone rianimatore manuale per adulti e pediatrico (con maschere e cannule oro - fraingee) e sacco reservoir (materiale autoclavabile in silicone);
- saturimetro/pulsiossimetro portatile singolo o modulare con sensore rigido e predisposizione per monouso (per dita) e sensore per orecchio;
- forbice di soccorso modello Robin o similare;
- faro orientabile interno e impianto di illuminazione interno a lampade fluorescenti;
- presa elettrica a 220 v. esterna con adeguato collegamento interno per la carica di tutte le attrezzature sanitarie;
- adeguato numero di prese elettriche di 12 v. nel vano sanitario;
- adeguati contenitori a parete per posizionamento del materiale farmacologico di scorta;
- n. 2 zaini di primo soccorso atti a contenere le dotazioni farmacologiche con interni a scomparti staccabili, atti alla preparazione di set: intubazione - ventilazione - medicazione - incanulamento - infusione - chirurgico (2 primari e 2 di scorta);
- n. 1 otoscopio;
- laringoscopio a tre lame e mandrino;
- faro di ricerca fisso o portatile;
- torce di illuminazione a batteria portatili (minimo 2);
- segnalatori a luce rossa e arancione intermittenti portatili (minimo 2);
- caschi di protezione per l’equipaggio (n. 4 di colore bianco);
- frigorifero riscaldatore per contenimento farmaci;
- sacchetti di nylon sterili e ghiaccio istantaneo;

- termometro epitimpanico;
- clinical box per raccolta temporanea rifiuti sanitari;
- set di indumenti di protezione per trasporto infettivi;
- set da scasso per incidenti stradali;
- telo porta infermi con maniglie.

MEZZO DI SOCCORSO AVANZATO SU AUTOVETTURA:

- aspiratore portatile;
- cateteri vescicali e sondini naso-gastrici;
- monitor-defibrillatore portatile;
- farmaci essenziali;
- set chirurgici;
- set per medicazioni;
- set per ustionati;
- sfigmomanometro;
- materiale necessario per la gestione di base e avanzata delle vie aeree e del circolo nell'adulto e nel bambino;
- pulsiossimetro;
- ventilatore;
- monitor multifunzioni;
- frigorifero riscaldatore per contenimento farmaci;
- ossigeno portatile;

Attrezzature tecniche:

- estintore da 3 Kg;
- faro di ricerca fisso e torcia portatile.

I requisiti tecnici di detto materiale devono corrispondere a quelli indicati per i mezzi di soccorso avanzato.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI DELLA CENTRALE OPERATIVA

E' prevista la seguente dotazione minima ambientale:

- sala operativa;
- locale del personale medico ed infermieristico;
- archivio;

- magazzino;
- servizi igienici;
- locale tecnologie.

Ambienti integrativi (non obbligatori):
- sala riunioni;
- segreteria.

CONFIGURAZIONE MINIMA DELLA POSTAZIONE DEI MEZZI DI SOCCORSO
- locale di sosta con telefono;
- magazzino o armadio per attrezzature ed apparecchiature e deposito materiale e farmaci;
- servizi igienici.

Ambiente integrativo (non obbligatorio):
- autorimessa.

## AREA DI DEGENZA

L'area di degenza deve essere strutturata in modo da garantire il rispetto della privacy dell'utente ed un adeguato comfort di tipo alberghiero.
Devono essere garantiti spazi comuni di raccordo tra le degenze e/o i servizi sanitari nei quali prevedere utilities per gli accompagnatori o visitatori.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

La dotazione minima di ambienti per la degenza è la seguente:

- camera di degenza (al netto della superficie dei servizi igienici):
  - 9 mq per posto letto (camera singola);
  - 7 mq per posto letto (camera multipla);
  - 9 mq per posto letto (camera pediatrica multipla);
  - 12 mq per posto letto (camera singola con accompagnatore);
  - non più di 4 posti letto per camera;
  - almeno un servizio igienico ogni 4 posti letto, almeno il 10% delle stanze di degenza deve ospitare un solo letto e preferibilmente deve essere dotato di proprio servizio igienico.
  - La camera di degenza deve garantire l'accesso ed il movimento di barelle e carrozzine, nonché le normali e urgenti operazioni del personale medico e non medico ai due lati di ciascun letto. Appare quindi rilevante allo scopo di facilitare i percorsi interni delle camere, l'adeguato posizionamento degli arredi fissi, o difficilmente spostabili, quali: porta, lavandino, tavoli e armadi, e i letti fissi.
  - La camera, inoltre, deve essere dotata di specifici dispositivi di allarme, di chiamata del personale a ciascun letto, e di pavimentazione antiscivolo.

- Servizi igienici: in caso di nuova realizzazione o ristrutturazione devono essere dimensionati e attrezzati per consentire l'accessibilità o l'agevole adattabilità all'uso dell'utenza anche temporaneamente disabile, presente nell'area di degenza; inoltre devono essere asserviti alle camere di degenza direttamente (fino a 2 p.l.) o tramite antibagno (fino a 4 p.l.);
- un locale per visita e medicazioni dotato di lavabo con comandi non manuali;
- un locale di lavoro, presente in ogni piano di degenza, per il personale di assistenza diretta;
- spazio per capo-sala;
- un locale per medici;
- uno spazio per il medico di guardia;
- un locale per soggiorno;
- un locale per il deposito del materiale pulito;
- un locale per deposito attrezzature;

- un locale, presente in ogni piano di degenza, per il materiale sporco, e dotato di vuotatoio e lavapadelle;
- una cucina di reparto;
- servizi igienici per il personale;
- spazio attesa visitatori;
- un bagno assistito.

Per le degenze pediatriche: devono essere previsti spazi di soggiorno e svago ad uso esclusivo dei bambini, proporzionati al loro numero. Deve essere previsto lo spazio per la presenza dell'accompagnatore (letto, armadietto, sedia/poltrona).

Per le degenze riabilitative: devono essere previsti spazi di soggiorno ad uso esclusivo dei pazienti, proporzionati al loro numero. Deve essere previsto lo spazio per la presenza dell’accompagnatore.

Per le degenze psichiatriche deve essere previsto un locale specifico per colloqui/visite specialistiche, e un locale adibito esclusivamente a soggiorno in relazione al numero dei posti letto. Deve essere altresì assicurata un’area ricreativa specifica (è considerata area ricreativa anche l’area verde).

Nei locali di degenza per malattie infettive va attuato l'adeguamento previsto dalla legge 135/1990 e successive modifiche ed integrazioni.

L'organizzazione dipartimentale, accanto agli spazi dedicati all'assistenza ed al ricovero, necessita di ambienti dedicati alle attività di studio, ricerca, didattica, audit, in numero proporzionale alle attività ed ai componenti il dipartimento:
- aule e locali per riunioni e meeting;
- segreteria;
- archivio per la documentazione clinica;
- studi medici.

REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI

Dotazione minima impiantistica:
- impianto illuminazione di emergenza;
- impianto forza motrice nelle camere con almeno una presa per alimentazione normale;
- impianto chiamata con segnalazione acustica e luminosa;
- impianto gas medicali: prese vuoti e ossigeno.

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

- Carrello per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore e unità di ventilazione manuale;
- carrello per la gestione terapia;

- carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Ogni reparto di degenza deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:
- la dotazione organica del personale addetto deve essere rapportata al volume delle attività e deve tenere conto di quanto previsto in materia dalla normativa vigente nazionale, regionale e relativi provvedimenti attuativi.

CASE DI CURA NEUROPSICHIATRICHE
I servizi generali e di diagnosi e cura complementari all'attività delle case di cura neuropsichiatriche vanno considerati in funzione delle esigenze sanitarie connesse alla specifica attività svolta, secondo le prescrizioni della vigente normativa in materia di autorizzazione all'esercizio delle attività di ospedalità privata.

## REPARTO OPERATORIO

Il numero complessivo di sale operatorie deve essere definito, per ogni singola struttura, in funzione della tipologia e complessità delle prestazioni per specialità che vengono erogate, ed in particolare in relazione alla attivazione o meno della Day Surgery.

Il gruppo operatorio deve essere articolato in zone progressivamente meno contaminate dall'ingresso del complesso operatorio fino alle sale chirurgiche e devono essere garantiti percorsi interni differenziati per "sporco" e "pulito" ovvero idonei protocolli di comportamento e confezionamento ermetico che consentano condizioni di sicurezza nei confronti del rischio di contaminazione.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

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

La superifice minima delle sale operatorie non deve essere inferiore a mq 30. Sono ammesse sale di dimensioni minori (e comunque non inferiori a mq 20) per particolari specialità chirurgiche e tipologie di interventi.
Con specifico provvedimento di Giunta Regionale saranno predisposte apposite linee-guida per l'identificazione delle aree specialistiche interessate agli interventi di cui al precedente capoverso.

La dotazione minima di ambienti per il gruppo operatorio è la seguente:

- spazio filtro di entrata degli operandi;
- zona filtro personale addetto,;
- zona preparazione personale addetto;
- zona preparazione utenti;
- zona risveglio utenti;
- sala operatoria;
- zona per il lavaggio e la sterilizzazione del materiale chirurgico, ovvero uno spazio per sub-sterilizzazione nel caso in cui la struttura disponga di un servizio centralizzato di sterilizzazione esterno al complesso operatorio;
- deposito presidi e strumentario chirurgico;
- deposito materiale sporco;
- deposito materiale pulito;
- locale spogliatoio - sosta personale, con servizi igienici;

- sala gessi per le unità di ortopedia traumatologica.

Le funzioni per le quali è indicata la dotazione di una “zona “o di uno “spazio” non configurano necessariamente la disponibilità di un locale specificatamente ed esclusivamente dedicato, purchè vengano adottate soluzioni organizzative e comportamentali idonee a garantire condizioni di sicurezza igienica.

Le superfici devono risultare ignifughe, resistenti al lavaggio ed alla disinfezione, liscia e non scanalate, con raccordo arrotondato al pavimento. La pavimentazione deve essere antistatica, resistente agli agenti chimici e fisici, levigata ed antiscivolo.

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

Per ogni sala operatoria:
- tavolo operatorio;
- apparecchio per anestesia con sistema di evacuazione dei gas dotato anche di spirometro e di monitoraggio della concentrazione di ossigeno erogato, respiratore automatico dotato anche di allarme per deconnessione paziente;
- monitor per la rilevazione dei parametri vitali;
- elettrobisturi;
- aspiratori distinti chirurgici e per broncoaspirazione;
- lampada scialitica;
- diafanoscopio a parete;
- strumentazione adeguata per gli interventi di chirurgia generale e delle specialità chirurgiche;
- autoclave a vapore per la sterilizzazione di strumentario, teleria soprattutto nel caso il reparto sia sprovvisto di servizio centralizzato.

Per ogni gruppo operatorio:
- frigoriferi per la conservazione di farmaci e emoderivati;
- amplificatore di brillanza;
- defibrillatore.

Per zona risveglio:
- gruppo per ossigenoterapia;
- cardiomonitor e defibrillatore;
- aspiratore per broncoaspirazione.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Ogni struttura erogante prestazioni deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:

- la dotazione organica del personale medico ed infermieristico deve essere rapportata alla tipologia e al volume degli interventi chirurgici e deve tenere conto della normativa vigente in materia, a livello nazionale, regionale e relativi provvedimenti attuativi.

L'attivazione di una sala operatoria deve comunque prevedere almeno un medico anestesista, due chirurghi e due infermieri professionali.

- Per ogni reparto operatorio deve venir redatto un “protocollo formalizzato sull’organizzazione del lavoro nel reparto operatorio” che identifica i criteri di formulazione delle liste operatorie:
  - se non esiste una zona delimitata per il cambio barella vanno specificate e documentate le precauzioni adottate per l’effettuazione.
  - Se non esiste una sala di preparazione pre-operatoria per i pazienti, va specificato e documentato in quale locale viene effettuata la preparazione ed attestata nel suddetto protocollo la validità del procedimento adottato.
  - In caso di impossibilità a delimitare una zona filtro all’ingresso della sala operatoria deve esistere un protocollo comportamentale formalizzato a livello di singola sala operatoria o di blocco operatorio, che impegni il personale ad attenersi alle procedure codificate dei percorsi.
  - Se non esiste una area di risveglio va specificato nel suddetto protocollo quale area è stata destinata per mantenere in osservazione il paziente, l’idoneità del locale e che lo stesso è dotato di captazione dei gas.
  - Devono venir codificate le preocedure di ingresso nel blocco operatorio da adottarsi da parte di tutto il personale che accede oltre la zona filtro.
  - Se non esiste un locale apposito per la preparazione del personale sanitario va specificata nel protocollo organizzativo l’area destinata a tale scopo e attestata l’idoneità della stessa.
  - Qualora non sussistano percorsi interni differenziati per i materiali puliti e sporchi il “protocollo sull’organizzazione del lavoro nel reparto operatorio” dovrà specificare le condizioni di raccolta, confezionamento ermetico ed allontanamento che consentano condizioni di sicurezza nei confronti del rischio di contaminazioni.
  - Nell’impossibilità di creare un locale per il deposito del materiale proveniente dalla camera operatoria è necessario indicare nel protocollo le misure organizzative e procedurali che evitino lo stanziamento di materiale sporco in zone non idonee al fine di evitare contaminazioni.

- Per ogni reparto operatorio deve venir redatto un “protocollo sulle operazioni di pulizia e disinfezione nel reparto operatorio”.

## PUNTO NASCITA - BLOCCO PARTO

Il Punto nascita costituisce unità di assistenza per gravidanze e neonati fisiologici.
L'attività viene svolta, in conformità alle previsioni del P.S.R. 1997/1999, a livello ambulatoriale, area di degenza, blocco parto.
All'interno dello stesso presidio devono essere comunque disponibili le seguenti prestazioni diagnostiche: radiologia, le comuni analisi chimico-cliniche ed immunoematologiche.
Il blocco parto deve disporre di spazi per lo svolgimento del parto, anche in regime di urgenza, per la prima assistenza ai neonati e per l'attività chirurgica di tipo ostetrico. Deve essere garantita l'assistenza al neonato in attesa del trasporto protetto.

Le norme vigenti in materia di compilazione delle cartelle cliniche sono estese al ricovero del neonato fisiologico. I Punti-nascita sono tenuti a fornire ai genitori tutti i riferimenti necessari per l'avvio della successiva assistenza pediatrica.

Le cure perinatali ospedaliere vengono classificate in tre livelli. Questi rappresentano l'insieme delle competenze, delle tipologie necessarie per una adeguata assistenza alla gravida, al feto ed al neonato.

Nella classificazione dei livelli, devono essere rispettati i volumi di attività minimi previsti dal P.S.R. 1997/1999, che le strutture devono eseguire durante l'anno.

Un livello superiore deve erogare, oltre alle prestazioni che lo caratterizzano, anche quelle indicate per i livelli inferiori, allo scopo di garantire una efficiente organizzazione delle risorse e la massima appropriatezza delle cure.
Ove non indicati, si intendono sempre richiesti per il livello superiore i requisiti previsti nel livello inferiore.

La definizione del livello funzionale delle cure perinatali deve riferirsi contemporaneamente sia all'attività ostetrica che a quella neonatale. A questo proposito si raccomanda che nella stessa unità funzionale queste due aree dell'assistenza siano dello stesso livello. Non debbono quindi essere previste unità di assistenza perinatale nelle quali l'assistenza ostetrica non sia omogenea per livello all'assistenza neonatale.

## UNITA' FUNZIONALI PERINATALI DI 1° LIVELLO

Sono le unità funzionali che il P.S.R. 1997-1999 individua in tutti gli ospedali della rete regionale in cui è attivo il punto nascita.
Tali unità controllano la gravidanza a basso rischio, assistono parti con età gestionale ≥ 36 settimane e assistono neonati fisiologici.
Le funzioni previste dal punto nascita sono:

- garantire alla donna partoriente il diritto ad iniziare il rapporto con il suo bambino fin da subito, in ambiente che salvaguardi l'intimità del momento, nonchè la riservatezza, il riconoscimento della propria dignità, il diritto di vivere il parto come evento personale, potendo fruire della presenza di una persona di sua scelta e con l'assistenza delle moderne tecnologie;
- garantire la sorveglianza della progressione del travaglio, del parto e del benessere fetale mediante la continuità assistenziale ostetrica e l'utilizzo di strumenti idonei qualora necessari (ad es. partogramma, monitoraggio cardiotocografico);
- essere in grado di effettuare un parto cesareo di urgenza;
- garantire l'assistenza al neonato in sala parto. In tale sede deve essere possibile effettuare la rianimazione primaria e l'intubazione endotracheale per i neonati richiedente interventi immediati;
- garantire, in presenza di malformazioni congenite, l'esecuzione di accertamenti anamnestici, obiettivi diagnostico-strumentali e di laboratorio, compresa l'eventuale esecuzione di fotografie, nonché, in caso di nati-mortalità, l'esecuzione di autopsia oltre agli accertamenti anamnestici ed obiettivi e, qualora ritenuti necessari, l'esecuzione di esami diagnostico-strumentali e di laboratorio.
- garantire l'assistenza al neonato sano accanto alla madre (rooming in), riservando un locale del nido per l'accoglimento delle culle in momenti di indisponibilità della mamma.
- organizzazione dell'assistenza al nato sano (in presenza di normale adattamento alla vita extrauterina, 1^ visita neonatologica/pediatrica nelle prime 12 ore di vita, visita di dimissione, altre visite qualora necessarie) nel rispetto dei tempi propri della coppia madre-bambino e con il coinvolgimento diretto della mamma.
- garantire i necessari controlli neonatologici in un locale per visita al neonato con temperatura ambientale idonea, che permetta la presenza dei genitori garantendo ad un tempo la privacy e l'intimità.
- esecuzione degli screening previsti dai programmi nazionali e/o regionali e, ove indicato, esecuzione di alcuni esami di laboratorio (glicemia, bilirubinemia, ematocrito) effettuati su microcampioni di sangue;
- favorire, anche attraverso la consegna di materiale educativo ed incontri individuali e/o di gruppo, la pratica dell'allattamento al seno sia durante la degenza che dopo la dimissione;
- essere funzionalmente collegate con le unità accreditate ad erogare assistenza di II e/o III livello;
- provvedere al trasferimento della gravida laddove si verifichino condizioni o patologie materne e/o fetali che richiedano, in situazioni di non emergenza, l'invio ad una unità di II o III livello come previsto dalle linee guida per il trasferimento perinatale;
- garantire l'assistenza immediata e di urgenza a neonati con patologia anche grave in attesa di trasferimento presso un centro di II o III livello, utilizzando il sistema di trasporto neonatale.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

I requisiti vengono articolati rispetto a:

Spazi degenza:
Oltre agli spazi specifici già individuati per l'area di degenza indifferenziata, viene richiesta la seguente dotazione di ambienti:

- area di assistenza neonatale in continuità con l'area di degenza di Ostetricia privilegiando il rooming-in;
- di culle rapportato al volume di attività svolta (per ogni culla è richiesto uno spazio non inferiore a 2mq), ogni locale deve contenere un numero di culle non superiore a 20;
- area dotata di locale per le culle mobili che garantisca la recezione di un numero di culle del 25% superiore al numero di posti letto dell'Ostetricia;
- locale per visita neonati;
- locale per una culla per patologia neonatale lieve più una incubatrice;
- locale per allattamento;
- locale per preparazione biberon.

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

Il complesso parto deve essere funzionalmente collegato con le degenze di ostetricia, con il complesso operatorio, con le Unità Funzionali Perinatali di primo livello, nonché con le Unità Operative di Neonatologia e Terapia Intensiva neonatale, ove esistenti. Il complesso deve essere dotato di una o più areee travaglio-parto in relazione alla capacità delle degenze di ostetricia.
Ogni Unità di primo livello deve disporre di almeno di un'area travaglio-parto.

Ogni area travaglio-parto deve essere autosufficiente per arredamento ed attrezzatura, deve essere in collegamento con un impianto di supporto elettrico di emergenza, deve avere una linea telefonica dedicata e deve consentire l'accesso di una persona scelta dalla paziente.
L'area travaglio-parto deve consentire l'espletamento di almeno due parti in contemporanea.
Il travaglio può essere effettuato nell'ambito dell'area delle degenze all'interno di camere singole.

La dotazione minima di ambienti per il blocco parto è la seguente:

- zona filtro per le partorienti per l'accoglienza della donna in travaglio e della persona di sua fiducia;
- zona filtro personale addetto;
- locale travaglio;
- sale parto, di superficie minima pari a 20 $m^2$ con pareti lisce e raccordate tra loro, rivestimenti per pavimenti e pareti a tutt'altezza di tipo lavabile, disinfettabile e impermeabile agli agenti contaminanti - pavimenti e pareti con angoli arrotondati - garanzia di antistaticità del pavimento;
- isola neonatale, localizzata all'interno della sala parto o comunicante con questa;
- sala operatoria, in assenza di blocco operatorio; deve garantire le stesse prestazioni richieste per il gruppo operatorio;

- zona osservazione post-partum;
- deposito presidi e strumentario chirurgico;
- servizi igienici per le partorienti;
- locale lavoro infermieri;
- deposito materiale pulito e sporco, localizzato nei pressi delle sale travaglio;
- spazio attesa per accompagnatore.

E' prevista la seguente dotazione minima impiantistica:
- impianto di gas medicali e impianto di aspirazione gas anestetici direttamente collegati alle apparecchiature di anestesia, per la zona risveglio è indispensabile attuare l'aspirazione selettiva dei gas anestetici;
- stazioni di riduzione della pressione per il reparto operatorio. Devono essere doppie per ogni gas medicale/tecnico e tali da garantire un adeguato livello di affidabilità;
- impianto rilevazione incendi;
- impianto allarmi di segnalazione esaurimento gas medicali.

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

Sala travaglio-parto:
- testa letto con gas medicali;
- letto trasformabile per travaglio;
- lampada scialitica mobile;
- cardiotocografo (almeno n. 2 unità);
- n. 2 apparecchi di anestesia, completi di tutti gli accessori;
- n. 1 defibrillatore;
- collegamenti fissi per aspirazione;
- n. 1 apparecchio vacuum extractor con relativi accessori sterili;
- n. 1 forcipe con relativi accessori sterili;
- n. 5 set pronti sterili per l'assistenza al parto;
- n. 1 orologio contasecondi a muro;
- impianto di sterilizzazione, ovvero uno spazio di sub-sterilizzazione, nel caso di un impianto centralizzato di sterilizzazione esterno;
- n. 1 elettrocardiografo;
- n. 2 rilevatori di pressione arteriosa incruento per adulti;
- n. 2 pompe a siringa;
- n. 2 saturimetri pulsati.

Per l'unità di assistenza ostetrica devono essere disponibili:
- una sala operatoria attivabile in caso di emergenza;
- un ecografo nel reparto di ostetricia.

Isola neonatale:
- lettino di rianimazione con lampade radianti;
- erogatore di $O_2$;
- erogatore o compressore per aria;
- aspiratore;
- materiale necessario per la rianimazione neonatale.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Ogni struttura erogante prestazioni deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:
- la dotazione organica del personale medico ed infermieristico deve essere rapportata al volume dei parti e comunque, sull'arco delle 24 ore, l'articolazione dei turni del personale medico e infermieristico deve garantire la presenza di almeno un medico ostetrico e di una ostetrica;
- il medico deve essere specialista in ostetricia e ginecologia;
- deve essere garantita, nell'arco delle 24 ore:
  - la presenza di un pediatra;
  - la presenza di una infermiera professionale o vigilatrice d''infanzia;
  - la presenza nel presidio di un anestesista che garantisca un intervento immediato;
- i punti nascita devono assicurare un pronta disponibilita' pediatrica da attivarsi sulla base delle previsioni del partogramma;
- i punti nascita devono assicurare una pronta disponibilità anestesiologica;
- deve essere garantita comunque l'assistenza al neonato anche attraverso il trasporto protetto.

L'individuazione dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi delle Unita' Funzionali Perinatali di 2° e 3° livello sarà definita con successivo provvedimento regionale.

## RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA

Le attività di rianimazione e terapia intensiva sono dedicate al trattamento intensivo dei soggetti affetti da una o più insufficienza d'organo acute, potenzialmente reversibili, tali da comportare pericolo di vita ed insorgenza di complicanze maggiori.
La configurazione ambientale delle unità di rianimazione e terapia intensiva può essere a degenza singola o a degenze multiple.

Deve essere assicurata la possibilità di “assistenza affettiva” al letto del paziente, al di fuori dei momenti terapeutici critici.

### REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate. La superficie minima da prevedersi per ogni degenza singola è di 16 $m^2$, per degenze multiple è di 12 $m^2$ per posto letto.
La dotazione minima di ambienti per la rianimazione e terapia intensiva è la seguente:

- zona filtro per i degenti;
- zona filtro personale addetto;
- degenze;
- locale per pazienti infetti dotato di zona filtro;
- locale medici;
- locale lavoro infermieri;
- servizi igienici per il personale;
- deposito presidi sanitari ed altro materiale pulito;
- deposito materiale sporco;
- area attesa visitatori;
- disinfezione e lavaggio delle attrezzature e dei materiali.

In caso di presenza di posti letto di rianimazione e terapia intensiva, va prevista la presenza di posti letti di terapia subintensiva nella misura pari a un rapporto di 1/1.
L’attività di terapia subintensiva potrà essere esercitata nell’ambito delle unità di terapia intensiva, ovvero in degenze in grado di garantire il monitoraggio ed il mantenimento delle funzioni vitali, al fine di prevenire complicanze maggiori.
E’ necessario realizzare spazi di attesa e soggiorno per i parenti dei ricoverati.

### REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

- letto tecnico;
- apparecchio per anestesia con sistema di evacuazione dei gas dotato anche di spirometro e di monitoraggio della concentrazione di ossigeno erogato, respiratore automatico dotato anche di allarme per deconnessione paziente;
- monitor per la rilevazione dei parametri vitali;
- aspiratori per broncoaspirazione;
- lampada scialitica;
- diafanoscopio a parete;
- frigoriferi per la conservazione di farmaci e emoderivati;
- defibrillatore.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Ogni struttura erogante prestazioni deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:
la dotazione organica del personale medico ed infermieristico deve essere rapportata alla tipologia dell'attività svolta e al volume complessivo degli interventi chirurgici effettuati, e deve tenere conto della normativa vigente in materia a livello nazionale, regionale e relativi provvedimenti attuativi.

# MEDICINA NUCLEARE

La Medicina Nucleare consiste in attività diagnostica e/o terapeutica mediante l'impiego delle proprietà fisiche del nucleo atomico ed in particolare di radionuclidi artificiali. Questi ultimi sono impiegati per scopo diagnostico sia in vivo che in vitro.

Il Servizio di Medicina Nucleare è un complesso strutturale ed organizzativo ad alta tecnologia con scopi diagnostico-valutativi, prognostici e terapeutici, che a tal fine necessita dell'impiego dell proprietà fisiche del nucleo atomico ed in particolare di radionuclidi artificiali in forma "non sigillata".
Tali servizi garantiscono l'attività di diagnostica medico-nucleare nel rispetto integrale della normativa di radio protezione ai sensi della L. 230/1995.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.
Le unità minime delle strutture di diagnostica medico nucleare dovranno (in campo radioprotezionistico) prevedere:

- area dedicata all'accettazione ed attività amministrative;
- locale destinato all'attesa dei pazienti prima della somministrazione;
- locale somministrazione al paziente di radio farmaci;
- sala di attesa calda per pazienti iniettati;
- zona filtro, con locali spogliatoio differenziati;
- servizi igienici con scarichi controllati (vedi impiantistica);
- locale visita;
- un locale destinato ad ospitare la gamma camera;
- camera calda - locale a pressione negativa, per stoccaggio e manipolazione radio farmaci e altri prodotti radioattivi.

In caso di attività diagnostica in vitro, questa dovrà svolgersi in locali chiaramente separati dall'attività in vivo.

REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI

- sistema di raccolta e monitoraggio degli effluenti per lo scarico dei rifiuti liquidi radioattivi collegato con il servizio igienico destinato agli utenti iniettati con radiofarmaci e alla doccia zona filtro;
- impianto di condizionamento con adeguato ricambio aria e con gradienti di pressioni progressivamente decrescenti verso la camera calda dove si dovrà avere il valore più basso. Filtri assoluti in uscita, per le aree classificate come "zona controllata".

## REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

La dotazione minima tecnologica delle strutture di medicina nucleare deve prevedere:
Camera calda:

- sistema schermato per manipolazioni radioattive;
- un calibratore di dose;
- schemi per siringhe e contenitori schermati per flaconi;
- contenitori adeguatamente schermati per lo stoccaggio di rifiuti radioattivi solidi.

Sistemi monitoraggio:

- un monitor ambientale;
- un contatore portatile per la rilevazione delle contaminazioni di superficie;
- un monitor mani piedi per la zona filtro.

Sala diagnostica:

- La dotazione minima tecnologica comprende due gamma-camere, di cui almeno una dotata di accessorio tomografico per l'esecuzione di esami SPET, al fine di assicurare la necessaria continuità di funzionamento, per compensare non solo gli inevitabili tempi di fermo macchina per manutenzione, revisione ed esecuzione di controlli di qualità strumentale, ma anche per permettere l'esecuzione contemporanea di procedure diverse e di organizzazione del lavoro che risponda a criteri di efficienza ed accuratezza. Inoltre la presenza di due sale diagnostiche consente di minimizzare la possibilità di mancata esecuzione di una prestazione diagnostica su un paziente già iniettato e di garantire un volume minimo di attività che consenta l'erogazione di prestazioni di qualità;
- sistema di sviluppo su film o stampe immagini;
- dotazione minima di Pronto Soccorso.

In caso di attività diagnostica in vitro:

- strumentazione base di un laboratorio di analisi chimico-cliniche;
- gamma counter;
- contatore a pozzetto per misurazione di singoli campioni radioattivi.

## REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

E' indispensabile che per le attività di medicina nucleare in vivo il personale sanitario medico sia costituito da specialisti in Medicina Nucleare e che il personale tecnico sia tecnico sanitario di radiologia medica.

Il personale sanitario laureato e/o tecnico deve essere adeguato alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate.

L’attività deve rispettare i seguenti requisiti minimi organizzativi:

- durante lo svolgimento dell’attività diagnostica deve essere prevista la presenza di almeno un medico specialista;
- qualora vi fosse disponibilità di una sola gamma camera, si dovrà provvedere alla formalizzazione di un protocollo di collaborazione con un’altra unità operativa di medicina nucleare, in modo da garantire la continuità diagnostica in caso di guasto alle apparecchiature;
- attivazione di un sistema di controllo di qualità;

Presso ogni struttura di medicina nucleare è previsto l'obbligo di comunicare all'utente, al momento della prenotazione dell'indagine diagnostica, i tempi di consegna dei referti.

Le suddette strutture devono inoltre garantire le funzioni di segreteria, di accoglienza dell’utenza, di raccolta ed elaborazione di dati statistici richiesti dalle Amministrazioni competenti, nonché le condizioni igienico.sanitarie necessarie per un buon funzionamento della struttura stessa.

Ciascuna struttura di medicina nucleare deve individuare un direttore responsabile a rapporto di impiego o professionale con il compito di garantire l’organizzazione tecnico-sanitaria, l’applicazione del regolamento sull’ordinamento e sul funzionamento della struttura.

Il direttore responsabile non può dirigere altre strutture di medicina nucleare e deve garantire la propria presenza per almeno la metà delle ore di attività della struttura stessa.

## ATTIVITA' DI RADIOTERAPIA

L'attività di radioterapia è svolta mediante l'impiego di fonti radioattive e di sorgenti di radiazioni ionizzanti ed è diretta al trattamento della malattia neoplastica e, in casi selezionati, al trattamento di patologie non neoplastiche, a carattere malformativo e/o cronico degenerativo.

L'attivita' di radioterapia deve essere svolta in modo autonomo e sotto la piena responsabilita' dello specialista in radioterapia oncologica in un contesto clinico che consenta di assistere in modo adeguato tutte le fasi della malattia, sia in regime ambulatoriale, sia ove necessario, in regime di ricovero.
Deve essere collocata in una struttura che disponga degli altri presidi atti alla diagnostica, alla stadiazione ed alla terapia con altre metodiche, delle forme neoplastiche.

Lo svolgimento dell'attivita' di radioterapia deve prevedere il rispetto integrale della normativa di radioprotezione ai sensi della L. 230/1995.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.
La dotazione minima di ambienti per l'attività di radioterapia è la seguente:

- aree di attesa confortevole per i pazienti trattati;
- spazi adeguati per accettazione, attività amministrative, archivio, magazzino delle apparecchiature mobili e materiale di consumo;
- una sala di simulazione;
- un bunker di terapia;
- un'officina per la preparazione degli schermi e dei presidi di contenzione;
- uno studio medici;
- uno studio fisici;
- un locale visita;
- un locale per trattamenti farmacologici brevi;
- una camera oscura con impianto di raccolta dei liquidi di fissaggio e sviluppo;
- servizi igienici distinti per gli operatori e per il pubblico;
- uno o più spogliatoi per i pazienti in relazione alle sale di terapia e alle sale visite presenti e comunicanti con le stesse;

- per svolgere l'attivita' di curieterapia definita "a basso rateo di dose" (low dose-rate, LDR) o pulsata (pulsed dose-rate, PDR), la struttura deve disporre di un settore operativo costituito da locali schermati per il deposito e la manipolazione dei preparati radioattivi e per l'applicazione e per la rimozione degli stessi dal paziente; questi locali devono essere affiancati da camere schermate per la degenza del paziente durante la curieterapia, con possibilità di monitorizzazione radiologica del paziente;
- per svolgere l'attività di curieterapia definita "ad alto rateo di dose" (high dose-rate, HDR), non necessitante di ricovero, la struttura deve disporre di un locale schermato dedicato, in cui viene custodito il proiettore della sorgente radioattiva e in cui, sotto controllo radiologico, viene eseguita la seduta radioterapica in tutte le sue fasi.

(Quanto sopra ad integrazione e modifica dei requisiti minimi strutturali previsti per l'area di degenza).

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

- Una unità di alta energia (unità di telecobaltoterapia o accelleratore lineare);
- un TC simulatore o, in alternativa, accesso rutinario e codificato ad una apparecchiatura di tomografia computerizzata;
- un simulatore radiologico (opzionale qualora si disponga di TC simulatore);
- dispositivi personalizzati di immobilizzazione del paziente e di sagomatura dei campi;
- un sistema di verifica geometrica dei campi di irradiazione, mediante film o elettronico;
- attrezzature per la gestione delle immagini radiologiche (cassette radiografiche, sviluppatrice, diafanoscopi ecc.) e per la radioprotezione del personale e dei pazienti;
- un sistema per la misura della dose assoluta;
- un fantoccio ad acqua telecomandato per il rilievo delle curve e dei profili di dose (opzionale per la telecobaltoterapia),
- un computer per il calcolo e la rappresentazione grafica della distribuzione della dose assorbita su una o più sezioni corporee;
- apparecchiature per il controllo dosimetrico clinico;
- apparecchiature (in dotazione e/o in accesso codificato) per l'esperimento dei controlli di qualità di cui all'art. 113 del d.lgs. 230/1995 e successive norme di attuazione.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Ogni unità di radioterapia deve assicurare i seguenti requisiti minimi organizzativi:

- il personale sanitario laureato e/o tecnico deve essere adeguato alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate e comunque devono essere garantiti per l'intero orario di apertura della struttura:
  - 1 medico specialista in radioterapia;

- 2 tecnici di radiologia a rapporto collaborazione coordinata e continuativa per non meno di 28 ore settimanali.
- 1 infermiere.

  Indipendentemente dal numero dei pazienti trattabili deve essere previsto un fisico anche con rapporto di consulenza.

Ciascuna struttura di radioterapia deve individuare un direttore responsabile a rapporto di impiego o professionale, che non sia già responsabile di altra struttura.

Ad ogni unità di radioterapia deve essere garantita, in caso di necessità, la possibilità di accesso ad un settore di degenza, in cui il paziente venga assistito con modalità dipartimentale, che comporti la piena responsabilità del medico radioterapista sulla conduzione del trattamento radioterapico.

Ciascuna unità operativa di radioterapia, inoltre, deve:

- comunicare all'utente, al momento della prenotazione del trattamento, la data di inizio dello stesso e tutte le informazioni relative alle procedure di preparazione, alla conduzione della cura, alla sua durata prevista e agli effetti attesi;
- per ogni trattamento compilare conservare un diario clinico-tecnico, in cui vengano registrati, oltre ai dati anagrafici dell'utente:

  - i dati clinici significativi;
  - i parametri tecnici del trattamento radioterapico;
  - l'aggiornamento quotidiano delle dosi erogate, eseguito dal tecnico;
  - i referti dei controlli clinici espletati nel corso del trattamento, con la frequenza ritenuta opportuna dal radioterapista;
  - al termine di ogni trattamento deve essere consegnata all'utente una relazione, anche schematica, in cui siano esplicati il volume corporeo radiotrattato, le dosi erogate, la tecnica ed il frazionamento utilizzati.

Qualora vi fosse disponibilità di una sola unità di terapia, si dovrà provvedere alla formalizzazione di un protocollo di collaborazione con un'altra unità operativa di radioterapia, in modo da garantire la continuità terapeutica in caso di guasto alle apparecchiature.

Ogni unità operativa di radioterapia deve attivare un sistema di un controllo di qualità di cui all'art. 113 del d.lgs. 230/95 e successive norme di attuazione.

Le suddette strutture devono inoltre garantire le funzioni di segreteria, di accoglienza dell'utenza, di raccolta ed elaborazione di dati statistici richiesti dalle Amministrazioni competenti, nonchè le condizioni igienico-sanitarie necessarie per un buon funzionamento della struttura stessa.

# DAY - HOSPITAL

Il day-hospital, nell'ambito della struttura ospedaliera, deve disporre di spazi per il trattamento diagnostico-terapeutico e per il soggiorno dei pazienti in regime di ricovero a tempo parziale (di tipo diurno).

Nei limiti previsti dalla normativa vigente, sono da prevedersi ambienti dedicati all'assistenza ospedaliera diurna per i trattamenti suddetti che non comportino la necessità del ricovero ordinario e che, per loro natura o complessità di esecuzione, richiedano che sia garantito un regime di assistenza medica ed infermieristica continua, non attuabile in ambito ambulatoriale.

## REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.
Le attività di assistenza a ciclo diurno devono trovare attuazione in ambienti dedicati, facilmente accessibili dall'esterno, ove possibile attraverso percorsi indipendenti.

La collocazione degli ambienti dedicati deve rispondere a criteri di massima possibile integrazione operativa con l'unità di degenza, al fine di ottimizzare l'utilizzazione comune del personale e delle dotazioni strumentali.
In relazione alla tipologia ed al volume delle prestazioni da erogare, alle differenti modalità organizzative nonché ai possibili vincoli strutturali, sono possibili tre differenti localizzazioni degli ambienti destinati alle attività di ricovero diurno:

a) spazi adiacenti agli ambienti di ricovero ordinario delle singole unità operative, ma da essi separati ed autonomi in quanto a locali e percorsi;
b) spazi dedicati nell'ambito delle risorse assegnate a ciascun Dipartimento. In tal caso i posti letto equivalenti saranno definiti in funzione degli obiettivi del Dipartimento e dell'attività svolta da ciascuna delle unità operative a questo assegnate;
c) ambienti comuni, centralizzati, da utilizzare secondo turni ed orari prestabiliti, da parte di differenti unità operative.

Tale modello, prefigurabile soprattutto in ospedali di piccole e medie dimensioni, permette il massimo utilizzo degli ambienti a disposizione. Questi potranno infatti essere utilizzati, ove necessario e soprattutto in presenza di specifiche apparecchiature, anche per le attività di tipo ambulatoriale e libero-professionale.

La dotazione minima di ambienti per il day hospital è la seguente:

- spazio da dedicare alle attività di segreteria, registrazione, archivio;
- spazio attesa;
- locale visita;
- ambienti dedicati alla degenza;

- locale soggiorno/pranzo;
- locale lavoro infermieri;
- cucinetta;
- deposito pulito;
- deposito attrezzature;
- deposito sporco;
- servizi igienici distinti per utenti e per il personale.

Ad eccezione degli ambienti dedicati alla degenza in regime di ricovero diurno, qualora la funzione di day hospital si svolga all'interno di un'area di degenza, i servizi di supporto sopraindicati possono essere comuni.

L'ambiente dedicato alla degenza è uno spazio organizzato che deve consentire il riposo del paziente e l'eventuale continuità del piano di trattamento.
In casi specifici, può essere previsto un unico ambiente di degenza, soggiorno e pranzo.
Il numero di posti letto equivalenti da attivare va calcolato tenendo conto dei criteri indicati dal D.P.R. 20 ottobre 1992 ed in parte riportati tra i requisiti organizzativi.
Ogni ambiente non deve ospitare, di norma, più di 4 posti letto.
La superficie minima, al netto della superficie dei servizi igienici, non deve essere inferiore a 7 $m^2$/posto letto per camere di degenza multiple e 9 $m^2$ per camere di degenza singole.
Il locale visita/trattamento deve consentire lo svolgimento delle attività diagnostico-terapeutiche di carattere medico/chirurgico, relative alle differenti unità operative clinico-assistenziali.
Il numero dei locali visita/trattamento va calcolato in funzione del numero di posti letto equivalenti assegnati, tenendo in considerazione l'indice di rotazione dei pazienti, compreso tra 1 e 2. Requisito minimo è un locale visita ogni 6 pazienti ricoverati al giorno (un locale visita ogni 6 posti letto equivalenti con rotazione 1 - ogni 3 posti letto equivalenti con rotazione 2). La superficie minima non deve essere inferiore a 12 $m^2$.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Ogni struttura erogante prestazioni deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:
- la dotazione organica del personale medico ed infermieristico deve essere rapportata al volume delle attività e delle patologie trattate; nell'arco delle ore di attività di day hospital deve essere garantita la presenza di almeno un medico e un infermiere professionale anche non dedicati;
- l'adozione di un regolamento proprio della struttura, sulle modalità di erogazione e di accesso alle prestazioni a ciclo diurno-day hospital;
- la definizione del numero di posti letto equivalenti assegnato a ciascun Day Hospital.

Il numero di posti letto equivalenti è riconfermato o rideterminato ogni anno in base all'attività svolta dalle singole Unità Operative/Dipartimenti;
- la definizione delle modalità operative di ciascun Day Hospital;
- l'esistenza di raccordi funzionali con i servizi diagnostici, al fine di garantire l'esecuzione delle indagini programmate, nel periodo di apertura del Day Hospital;
- l'individuazione di modalità di attribuzione e di responsabilità del personale medico ed infermieristico;

- per ciascun paziente ricoverato in Day Hospital deve essere prevista una specifica cartella clinica, aggiornata ad ogni successivo ricovero, archiviata e facilmente disponibile;
- l’individuazione di parametri di attività in base ai quali verificare e valutare l'attività svolta nel corso dell'anno da ciascun Day Hospital, anche ai fini della rideterminazione del numero dei posti letto equivalenti;
- la determinazione di forme di controllo interno alla struttura, al fine di valutare:
    - ◊ l'appropriatezza del ricorso al ricovero diurno;
    - ◊ la qualità dei servizi erogati;
    - ◊ le liste di attesa, ecc.
- la destinazione di specifiche risorse per l'attività di ospedalizzazione a ciclo diurno e per il suo sviluppo;
- la determinazione di forme di incentivazione per lo sviluppo dell'attività di assistenza ospedaliera diurna.

Le attività sopra individuate devono essere correlate ai criteri ed alle indicazioni programmatiche definite a livello regionale e/o nazionale.

## DAY - SURGERY

Con il termine Chirurgia di giorno (day-surgery) si intende la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa delle strutture sanitarie pubbliche e private di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive in regime di ricovero limitato alle sole ore di giorno, o con eventuale pernottamento, in anestesia locale, loco-regionale, generale.

Le attività di day surgery possono essere effettuate secondo tre possibili modelli, e cioè:

a) Unità operativa di degenza monospecialistica o multidisciplinare all'interno di un ospedale o di una casa di cura, a carattere generale o chirurgico, esclusivamente dedicata ai casi di chirurgia di giorno; i pazienti possono usufruire delle sale operatorie centrali secondo orari o turni prestabiliti, oppure di sale operatorie dedicate, locali non in prossimità della degenza.
b) Posti letto dedicati all'interno dell'Unità di degenza ordinaria di un ospedale o di una casa di cura a carattere generale o chirurgico; è un modello che garantisce tale regime assistenziale anche in ospedali od in case di cura con un volume minore di attività: in questo modello organizzativo i pazienti usufruiscono delle sale operatorie centrali secondo giornate o turni prestabiliti.
c) Unità autonoma di day surgery, dotata di accettazione, degenza, sale operatorie, uffici amministrativi, ed altri eventuali servizi, indipendenti; tali unità sono dotate di propri locali, mezzi e personale, e quindi sono autonome dal punto di vista strutturale, amministrativo e gestionale.

Con provvedimento di Giunta regionale, sentita la Commissione consiliare competente, verranno definiti gli interventi chirurgici, le procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive effettuabili in regime di day surgery nelle strutture di cui alle precedenti lettere a), b), c).

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

Tali requisiti si riferiscono essenzialmente ai modelli a) e c) indicati nella precedente premessa.
I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.

Le strutture dovranno garantire, in funzione della dislocazione degli ambienti e della funzionalità dei servizi, un flusso razionale dei pazienti, del personale e dei mezzi.
In particolare, le Unità di degenza dedicate, di cui al punto a) della precedente premessa, dovranno curare la loro collocazione, quanto più possibile prossima al terreno, al fine di consentire il facile accesso dei pazienti e degli eventuali mezzi di soccorso.
Per le Unità autonome di cui al punto c) della precedente premessa, dovranno essere previste aree di sosta delle autovetture per il tempo necessario al prelievo del paziente dimesso.
Le Unità autonome di cui al punto c) della premessa, sono attrezzate in maniera da assicurare, in base al tipo ed al volume delle prestazioni fornite, un modello organizzativo che identifichi spazi distinti per le attività di accettazione/preospedalizzazione, di chirurgia, di degenza e di supporto per il personale.
In particolare, debbono essere assicurate:
- l'accoglienza del malato e di almeno un familiare accompagnatore;
- la preparazione del malato all'intervento chirurgico;
- la sorveglianza del malato nell'immediato post-operatorio e le procedure necessarie sia al recupero delle funzioni vitali sia al suo trasferimento presso una struttura di ricovero in caso di necessità;
- la tutela della riservatezza e del comfort dei pazienti;
- la preparazione del personale addetto alle sale operatorie.

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

- servizi igienici personale;
- deposito pulito;
- deposito sporco.

Ambienti integrativi:
- locale endoscopia, - diagnostica e/o interventistica;
- studi medici;
- deposito attrezzature;
- locale relax operatori.

Ad eccezione degli ambienti dedicati alla degenza in regime di ricovero diurno, qualora la funzione di day surgery si svolga all'interno di un'area di degenza, i servizi di supporto sopraindicati possono essere comuni.

Durante l'orario di funzionamento, i locali adibiti alle attività di day surgery non possono essere utilizzati per altre attività.
In particolare, si afferma la necessità dell'utilizzo esclusivo per tali attività dei posti letto dedicati all'interno delle Unità di degenza ordinaria.
I mezzi necessari al trattamento di un'eventuale complicanza e, in particolare, il materiale ed i farmaci idonei debbono essere disponibili ed utilizzabili immediatamente.
Il settore operatorio deve garantire le condizioni ottimali per la realizzazione delle prestazioni mediche e chirurgiche che vi sono praticate.
La sala operatoria deve possedere una superficie minima di 20 mq.
Il settore operatorio comprende una zona operatoria protetta, all'interno della quale si svolgono gli atti chirurgici e le procedure interventistiche. Tale settore deve essere delimitato ed evidenziato.

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

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

Tutte, o in parte, le funzioni relative ai punti a), c), d), f) possono essere svolte fuori dalla zona operatoria protetta.
Le funzioni relative al punto e) devono essere svolte obbligatoriamente fuori dalla zona operatoria protetta.
Il locale endoscopia deve garantire lo spazio per lo svolgimento degli esami endoscopici (broncoscopia, endoscopia digestiva, ecc.) e comunque non deve avere una superficie inferiore a 20 mq. Comprende il locale endoscopia ed uno spazio distinto per il lavaggio e la disinfezione degli strumenti.

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

REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI

Le caratteristiche igrometriche ed illuminotecniche per la sala operatoria coincidono con quelle del gruppo operatorio.

Deve essere prevista la seguente dotazione minima strumentale:

Sala operatoria:
- tavolo operatorio;
- apparecchio per anestesia con sistema di evacuazione dei gas, dotato anche di spirometro e di monitoraggio della concentrazione di ossigeno erogato;
- monitoraggio dei gas anestetici con ditta specializzata ogni 6 mesi;
- respiratore automatico dotato anche di allarme per deconnessione paziente;
- elettrobisturi;
- aspiratori distinti chirurgici e per broncoaspirazione;
- lampada scialitica;
- diafanoscopio a parete;
- carrelli distinti;
- strumentazione adeguata per gli interventi di chirurgia generale e delle specialità chirurgiche;
- cardiomonitor con defibrillatore;
- frigoriferi per la conservazione di farmaci ed emoderivati.

Locale sterilizzazione:
- autoclave per sterilizzazione rapida (preferibilmente in collegamento diretto con la sala operatoria).

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

Locale preparazione chirurghi:

- lavello con comando non manuale.

Locale endoscopia:
adeguatamente attrezzato in rapporto all’area specialistica interessata all’attività endoscopica.

Area radiologica:
Oltre alle attrezzature già previste per l'ambulatorio, debbono essere presenti le apparecchiature di seguito riportate nel caso di specifici interventi vascolari:
Apparecchiatura di radiologia vascolare ed interventistica costituita da:
- angiografo digitale;
- arterioflebografo;
- tavolo ribaltabile con seriografo digitale;
- iniettore automatico.

Dotazione minima di arredi: camere di degenza:
- impianto chiamata sanitari con segnalazione acustica e luminosa;
- utilities per attività alberghiera.

Dotazione minima di arredi: locale visita trattamento:
- attrezzature idonee in base alla specifiche attività;
- lettino tecnico.

In fase operatoria l'équipe deve avere a disposizione il materiale necessario ad assicurare le seguenti attività:
a) il supporto del paziente;
b) l'identificazione e l'illuminazione delle zone anatomiche;
c) la sorveglianza continua dei parametri fisiologici ed i mezzi per assicurare il loro mantenimento o il loro recupero;
d) la realizzazione degli interventi;
e) la realizzazione ed il controllo dell'anestesia;
f) l'eventuale rianimazione necessaria.

In fase post-operatoria l'équipe deve disporre del materiale necessario ad assicurare le seguenti attività:
a) il supporto del paziente;
b) la sorveglianza continua dei parametri fisiologici ed i mezzi per assicurare il loro mantenimento o il loro ripristino;
c) l'eventuale rianimazione necessaria.

E' inoltre prevista la seguente dotazione minima impiantistica:
- impianto gas medicali;
- impianto chiamata sanitari;

- aspirazione gas medicali direttamente collegata alle apparecchiature di anestesia; per la zona risveglio è indispensabile attuare l'aspirazione selettiva dei gas anestetici;
- stazioni di riduzione delle pressioni per il reparto operatorio. Devono essere doppie per ogni gas medicale/tecnico e tali da garantire un adeguato livello di affidabilità;
- impianto di raffreddamento ad acqua per apparecchi laser;
- impianto allarmi di segnalazione di esaurimento dei gas medicali;
- impianto rilevazione incendi.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Ogni struttura erogante prestazioni deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:

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

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

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

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

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

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

Con apposito provvedimento della Giunta Regionale verranno individuati i modelli organizzativi che tengano conto di:

- i principi generali dell'organizzazione del lavoro medico ed infermieristico;
- la qualifica del personale medico ed infermieristico, e le relative responsabilità;
- le modalità di reperibilità del personale;
- le modalità di raccolta della documentazione clinica dei pazienti;
- l'elaborazione dei protocolli di ammissione, cura e dimissione del paziente;

- la garanzia della continuità delle cure;
- i protocolli per la gestione delle complicanze e delle emergenze;
- le modalità di verifica della qualità dei servizi erogati.

Per le Unità di day-surgery private, dovranno essere previsti collegamenti funzionali ed organizzativi precisi con una struttura di ricovero di riferimento dotata di P.S. e rianimazione.
Con provvedimento di Giunta regionale, sentita la Commissione consiliare competente, verranno definite le modalità atte a garantire i collegamenti funzionali ed organizzativi, nonché contrattuali.

Le Unità di day-surgery private debbono:
- presentare alle Autorità competenti l'elenco delle procedure che intendono effettuare, indicando anche il presumibile numero mensile ed annuo;
- essere dotate di tutti gli altri requisiti e mezzi necessari per assistere tempestivamente ed adeguatamente i pazienti in caso di complicanze;
- formalizzare un "accordo" stilato con un ospedale nel quale sia specificata la possibilità di accogliere il paziente con eventuali complicazioni, in qualsiasi momento, che preveda:
    - la comunicazione all'ospedale della lista degli interventi più frequentemente eseguiti nell'Unità autonoma;
    - la definizione delle modalità organizzative relative ai ricoveri in emergenza dei pazienti;
    - l'obbligo di fornire all'ospedale le informazioni cliniche relative al paziente ricoverato per complicanze od emergenza;
    - la natura dei rapporti tra le strutture relativamente all'eventuale utilizzo di servizi dell'ospedale (laboratorio analisi, radiologia, cardiologia, ecc.).
- garantire prestazioni di emoteca;
- assicurare reperibilità medica nelle 24 ore.

Le strutture organizzate in modo autonomo di cui al punto c) della premessa, sono obbligate a garantire la continuità delle cure anche al di fuori dell'orario di attività, compresi i giorni prefestivi e festivi.

La reperibilità deve assicurare l’assistenza del paziente in caso di emergenza.

Un medico deve essere facilmente reperibile nelle branche specialistiche operanti secondo modalità definite e rese note al paziente verbalmente e per iscritto.
In caso di necessità il medico reperibile deve assicurare il ricovero del paziente nelle Unità di degenza ordinaria in rapporto funzionale con l’Unità autonoma o la degenza dedicata. Qualunque sia il modello organizzativo adottato, si deve provvedere alla formulazione di protocolli per le fasi di ammissione, cura e dimissione del paziente.

Con apposito provvedimento la Giunta Regionale, sentita la Commissione consiliare competente, definirà specifiche linee-guida in merito all’ammissione e selezione dei pazienti.

Deve essere previsto un regolamento interno formalizzato che individui le figure responsabili e i relativi compiti.

## GESTIONE FARMACI E MATERIALE SANITARIO

REQUISITI STRUTTURALI

Il Servizio di Farmacia, se presente nella struttura, deve disporre di spazi per il deposito dei medicinali, dei presidi medico chirurgici e sanitari, del materiale di medicazione e degli specifici materiali di competenza.
L'articolazione interna deve consentire percorsi distinti dei materiali in entrata e in uscita, con accessibilità dall'esterno autonoma rispetto al sistema dei percorsi generali del presidio.
Devono essere inoltre presenti:

- spazio ricezione materiale/registrazione;
- deposito per farmaci e presidi medico-chirurgici;
- vano blindato o armadio antiscasso per la conservazione degli stupefacenti;
- locale o spazio per preparazioni chimiche;
- studio del farmacista;
- arredi e attrezzature per il deposito e conservazione dei medicinali, dei presidi medico chirurgici, del materiale di medicazione e degli altri materiali di competenza;
- cappa di aspirazione forzata nel locale;
- pavimenti con superficie lavabile e disinfettabile;
- pareti con rivestimento impermeabile e lavabile fino all'altezza massima di mt 2 relativamente ai locali adibiti a laboratorio;
- frigoriferi atti alla conservazione dei medicinali da custodire a temperatura determinata, dotati di registratori di temperatura, di sistema di allarme, e possibilmente collegati a gruppi di continuità o a duna linea di alimentazione preferenziale;
- armadi chiusi a chiave per la custodia dei veleni;
- attrezzature ed utensili di laboratorio obbligatori, e ogni altra dotazione di strumenti atti ad una corretta preparazione galenica;
- deposito infiammabili debitamente autorizzato nel rispetto della normativa vigente;
- sostanze obbligatorie come previsto dalla F.U.;
- spazi adeguati per il movimento in uscita dei farmaci e altro materiale sanitario.

Ove non esista il servizio di farmacia, la struttura deve assicurare la funzione ed essere dotata di:

- spazio ricezione materiale/registrazione;
- deposito per farmaci e presidi medico-chirurgici;
- vano blindato o armadio antiscasso per la conservazione degli stupefacenti;

- arredi e attrezzature per il deposito e conservazione dei medicinali, dei presidi medico chirurgici, del materiale di medicazione e degli altri materiali di competenza;
- pavimenti con superficie lavabile e disinfettabile.

## SERVIZIO DI STERILIZZAZIONE

Il Servizio di sterilizzazione deve prevedere spazi articolati in zone nettamente separate di cui una destinata al ricevimento, lavaggio e confezionamento dei materiali, una alla sterilizzazione e, infine, una al deposito e alla distribuzione dei materiali sterilizzati.
Il percorso deve essere progressivo dalla zona sporca a quella pulita.
In ogni struttura, comunque deve essere garantita l'attività di sterilizzazione in rapporto alle esigenze specifiche delle attività svolte.

Le strutture che comprendono unità operative chirurgiche, ostetriche e servizi di endoscopia, devono disporre di idonei servizi di sterilizzazione centralizzata ovvero di servizi abbinati al complesso operatorio od alla unità di endoscopia.
Nelle altre strutture, il servizio di sterilizzazione deve essere adeguato alle esigenze connesse alle specifiche attività svolte.
Il servizio di sterilizzazione può essere convenzionato o gestito in forma associata da più strutture sanitarie di ricovero e cura, purché regolarmente autorizzate dalla autorità sanitaria competente, anche per quanto riguarda le condizioni di trasporto.

### REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.
La dotazione minima di ambienti per il servizio di sterilizzazione è la seguente:

- locali per ricezione, cernita, pulizia e preparazione;
- zona per la sterilizzazione;
- filtro per il personale, preliminare all'accesso al deposito dei materiali sterili;
- locale per il deposito di materiale sterile;
- locale deposito per materiale sporco;
- servizi igienici del personale.

### REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

Dotazione minima tecnologica del Servizio di Sterilizzazione:

- apparecchiatura di sterilizzazione;
- apparecchiatura per il lavaggio del materiale da sottoporre a sterilizzazione;
- bancone con lavello resistente agli acidi ed alcalini;
- pavimenti antisdrucciolo nelle zone sporche con adeguate pendenze in modo da garantire i necessari scarichi.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Ogni servizio di sterilizzazione deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:

- la dotazione organica del personale addetto deve essere rapportata al volume delle attività e, comunque, si deve prevedere all'interno dell'équipe almeno un infermiere professionale.

## SERVIZIO DI DISINFEZIONE

Il servizio di disinfezione deve garantire spazi per il trattamento degli effetti personali, letterecci, della biancheria, e in genere dei materiali infetti.
L'articolazione interna degli spazi deve consentire la netta separazione tra le zone sporche e pulite.
Il percorso deve essere progressivo dalla zona sporca alla zona pulita.
Il servizio di disinfezione può essere affidato in gestione all'esterno.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.
La dotazione minima di ambienti è la seguente:

- locale filtro del personale, con servizi igienici e spogliatoi;
- locale di pre-trattamento e disinfezione;
- deposito materiale da trattare;
- deposito pulito.

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

Il Servizio di disinfezione deve essere dotato di:

- apparecchiature idonee al trattamento del materiale;
- pavimenti antisdrucciolo nelle zone sporche con adeguate pendenze in modo da garantire i necessari scarichi.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Ogni servizio di disinfezione deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:

- la dotazione organica del personale addetto deve essere rapportata al volume delle attività e, comunque, si deve prevedere all'interno dell'équipe almeno un infermiere professionale.

## SERVIZIO MORTUARIO

Il Servizio mortuario deve disporre di spazi per la sosta e la preparazione delle salme e di una camera ardente.
In termini di accessibilità devono essere consentite l'entrata e l'uscita autonoma senza interferenze rispetto al sistema generale dei percorsi interni della struttura.
Deve essere previsto un accesso dall'esterno per i visitatori.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

Il servizio deve essere dotato di:
- locale osservazione/sosta salme;
- camera ardente;
- locale preparazione personale;
- servizi igienici per il personale;
- servizi igienici per i parenti;
- sala per onoranze funebri al feretro;
- deposito materiale.

La dotazione di ambienti è garantita esclusivamente con dotazione specifica di appositi locali.

Nel caso in cui la struttura disponga di un servizio anatomopatologico, il deposito delle salme deve essere fornito di celle frigorifere.

## SERVIZI VARI

### SERVIZIO LAVANDERIA

Il servizio di lavanderia può essere convenzionato o gestito in forma associata da più strutture sanitarie di ricovero e cura, purché regolarmente autorizzate dalla autorità sanitaria competente, anche per quanto riguarda le condizioni di trasporto.
Nel caso di appalto esterno, la biancheria infetta o sospetta, dovrà essere comunque bonificata all'interno della struttura.
Nel caso di servizio di lavanderia interno alla struttura dovranno essere previsti adeguati spazi per la raccolta e cernita della biancheria, per il lavaggio, l'asciugatura, il rammendo, la stiratura ed il deposito della biancheria pulita.

### SERVIZIO CUCINA

Il servizio di cucina può essere convenzionato o gestito in forma associata da più strutture sanitarie di ricovero e cura, purché regolarmente autorizzate dall'autorità sanitaria competente anche per quanto riguarda le condizioni di trasporto.
Nel caso di servizio di cucina interno alla struttura, dovranno essere previsti adeguati spazi per la ricezione derrate, dispensa, celle frigorifere, preparazione, cottura, distribuzione, cucina, dietetica, lavaggio e deposito per stoviglie e carrelli.
Il personale addetto al servizio di cucina dovrà disporre di idoneo spogliatoio con servizio igienico.
In caso di gestione affidata all'esterno, deve comunque essere prevista un'area per l'arrivo e lo smistamento del vitto.

## SERVIZI PER IL PUBBLICO E PER I PAZIENTI “ESTERNI”

In relazione alla complessità della struttura, dovranno essere previsti i seguenti spazi funzionali:

- ingresso, informazioni-accoglienza;
- attesa-soggiorno con servizi igienici e possibilità di vigilanza bambini;
- bar o macchine erogatrici di bevande calde o fredde;
- box vendita di generi vari;
- ambienti a disposizione dei servizi sociali e del volontariato.

Nelle strutture di elevata complessità che comporta un cospicuo flusso di visitatori e pazienti esterni devono essere altresì garantiti:

- bar, completo dei locali di supporto;
- guardaroba per i visitatori;
- sala giochi per bambini con personale addetto;
- ulteriori zone di attesa.

## SERVIZIO DI ASSISTENZA RELIGIOSA

In ogni struttura degenziale deve essere previsto un servizio di assistenza religiosa.

# REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI RICOVERO, A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO

Trattasi di presidi che erogano prestazioni sanitarie specialistiche e sanitario assistenziali, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative non erogabili in ambito ambulatoriale o domiciliare per situazioni che non richiedono ricovero ospedaliero.
Le prestazioni offerte sono rivolte:
1) alla riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali;
2) alla tutela della salute mentale;
3) alla riabilitazione e recupero dei soggetti tossicodipendenti.

Per quanto concerne le attività di cui al primo punto si rimanda al capitolo Strutture di Recupero e Rieducazione Funzionale di 1° livello - Attività Residenziali - ed al capitolo Strutture Socio-assistenziali a rilievo sanitario.

In ciascun settore le prestazioni di ricovero a ciclo diurno e continuativo, nonché le attività ambulatoriali, possono essere svolte nel medesimo presidio in modo coordinato ed integrato.

## PRESIDI DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE: CENTRO DIURNO PSICHIATRICO E DAY HOSPITAL PSICHIATRICO

Svolgono le funzioni: terapeutico-riabilitative, come indicate rispettivamente per il Centro diurno e per il DH psichiatrico dal D.P.R. 7/4/1994.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI DEL CENTRO DIURNO:

- locali per attività prevalentemente di gruppo, in relazione alle attività specifiche previste nel Centro Diurno, senza altre particolari connotazioni;
- locale per colloqui/visite psichiatriche;
- collocati in normale contesto residenziale urbano, per favorire i processi di socializzazione e l'utilizzo di spazi ed attività per il tempo libero esistenti nella comunità;
- numero complessivo di locali e spazi in relazione alla popolazione servita.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI DEL CENTRO DIURNO

- Presenza di personale medico specialistico e di psicologi programmata o per fasce orarie;
- apertura 8 ore al giorno, per 6 giorni la settimana;
- collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al D.P.R. 7/4/1994;
- presenza di educatori professionali, personale infermieristico, istruttori in relazione alle attività previste.

Il Dipartimento di Salute Mentale gestisce il Centro Diurno direttamente o avvalendosi di convenzioni con il privato sociale o imprenditoriale che garantiscono la continuità della presa in carico del paziente.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI DEL DAY HOSPITAL PSICHIATRICO

- La tipologia del Day Hospital deve essere adattata ed integrata in rapporto alle specifiche funzioni ed alle caratteristiche operative e strutturali di cui al DPR 7/4/1994;
- locali e spazi in relazione alla popolazione servita.

REQUISITI ORGANIZZATIVI DEL DAY HOSPITAL PSICHIATRICO

- Apertura 8 ore al giorno, per 6 giorni la settimana;
- può essere ubicato all'interno dell'ospedale con un collegamento funzionale - gestionale con il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura o in presidi territoriali extraospedalieri (preferibilmente Centri di Salute Mentale o Centri Diurni), garantendo comunque il riconoscimento formale dei posti letto equivalenti, l'esecuzione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative specifiche, ed il personale necessario;
- collegamento funzionale con una struttura di ricovero e con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7/4/1994;
- presenza di personale medico ed infermieristico;
- presenza di psicologi ed educatori professionali programmata o per fasce orarie.

Per la definizione puntuale dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi relativi ai centri diurni e ai day hospital psichiatrici, si rinvia a quanto previsto nel provvedimento di Consiglio Regionale D.C.R. n. 357-1370 del 28.1.1997.

## PRESIDI DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE: STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA

Esplica le funzioni terapeutico riabilitative e socio-riabilitative per utenti di esclusiva competenza psichiatrica, come indicato dal DPR 7/4/1994, per il trattamento di situazioni di acuzie o di emergenza per le quali non risulti utile il ricovero ospedaliero, per fasi di assistenza protratta successive al ricovero ospedaliero, per l'attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi di medio-lungo periodo comprese le funzioni riabilitative ospedaliere con il riconoscimento dei posti letto equivalenti.

Per l'attuazione di programmi terapeutici-riabilitativi è necessario che vengano predisposti con il coinvolgimento del paziente, la famiglia e gli operatori della struttura ricevente progetti personalizzati concordati con il Dipartimento di Salute Mentale inviante.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

- numero complessivo locali e spazi, in relazione alla popolazione servita;
- numero massimo dei posti 20;
- per strutture fino a 10 posti letto, caratteristiche delle civili abitazioni ed organizzazione interna che garantisca sia gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana, sia le specifiche attività sanitarie, con spazi dedicati per il personale, per i colloqui e per le riunioni; a condizione che tali strutture siano attivate e gestite direttamente dal Dipartimento di Salute Mentale che si può avvalere del supporto del privato sociale, così come previsto dalla l.r. 61/1997. *

* vedi NOTA al fondo dell'Allegato 2A.

- per strutture oltre i 10 posti letto, i requisiti di cui al DPCM 22/12/1989, allegato A, limitatamente ai criteri 5, 7, 9 (punti a. e b.; punto f. in relazione alle dimensioni della struttura), 10;
- collocate in normale contesto residenziale urbano, in modo da agevolare i processi di socializzazione.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

- Presenza di medici specialisti ed altre figure professionali di cui al DPR 7/4/1994, programmata o per fasce orarie;
- per strutture residenziali terapeutico-riabilitative per acuti e sub-acuti: presenza di personale di assistenza nelle 24 ore;
- per strutture residenziali socio-riabilitative a più elevata intensità assistenziale: presenza di personale di assistenza nelle 12 ore diurne;
- per strutture residenziali socio-riabilitative a minore intensità assistenziale: presenza di personale di assistenza per fasce orarie;
- collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7/4/1994.

Le dimissioni di ex degenti degli Ospedali Psichiatrici, dismessi ai sensi della L. 724/1994 art. 3 comma 5, con prevalenti bisogni di assistenza psichiatrica (in relazione ad una patologia in atto o al livello di istituzionalizzazione), sono effettuate nelle strutture residenziali psichiatriche; le dimissioni di ex degenti con prevalenti bisogni di assistenza socio-sanitaria derivanti dall'età elevata, da condizioni di non autosufficienza, di disabilità, sono effettuate in RSA.

Per la definizione puntuale dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi relativi alle strutture residenziali psichiatriche, si rinvia a quanto previsto nel provvedimento di Consiglio Regionale D.C.R. n. 357-1370 del 28.1.1997.

## STRUTTURE DI RIABILITAZIONE E STRUTTURE EDUCATIVO-ASSISTENZIALI PER I TOSSICODIPENDENTI

I requisiti organizzativi tecnologici e strutturali di presidi riabilitativi e educativo-assistenziali per tossicodipendenti sono definiti dall'Atto d'intesa Stato-Regioni del 9 febbraio 1993, in riferimento al modello assistenziale adottato dalla Regione per l'erogazione delle prestazioni assistenziali previste dai livelli uniformi di assistenza di cui al Piano sanitario nazionale approvato con DPR 1° marzo 1994, alla Deliberazione del C.R. n. 906-13938 del 18.10.1994 e dalla Deliberazione G.R. n. 258-45349 del 26.4.1995 e successivi atti di indirizzo nazionali e regionali.

# CASE ALLOGGIO PER MALATI DI AIDS (C.A.AIDS)

Le C.A.AIDS sono strutture socio sanitarie residenziali, idonee ad accogliere soggetti affetti da AIDS e patologie correlate, quando non sia possibile attivare un trattamento a domicilio e non sia necessario il ricorso a soluzioni residenziali particolarmente protette.
La casa alloggio è un ambiente di vita, organizzato, anche temporaneo, caratterizzato da un clima di interrelazioni che permettono alla persona di riacquistare una discreta condizione fisica e rielaborare i propri progetti e motivazioni al fine di condurre una esistenza responsabile, dignitosa ed il più possibile autogestita sia nel mondo del lavoro che presso la propria abitazione.

Le case alloggio sono destinate a malati di AIDS per i quali sia stata effettuata la notifica secondo le modalità in vigore, ed in caso di provata necessità, idoneamente certificata, anche a soggetti in fase avanzata d'infezione.

## REQUISITI MIMINI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

Tali strutture debbono possedere una capacità recettiva non inferiore a 5 posti e non superiore a 10; in via eccezionale, a 20 posti articolati in nuclei di 10.

L'area destinata alla residenzialità ed alla socializzazione deve garantire:

- camere da letto con massimo 2 posti;
- un servizio igienico ogni due posti letto, con un servizio attrezzato per non autosufficienti;
- ambulatorio - medicheria;
- locale per cucina attrezzata e locale per dispensa;
- sala da pranzo;
- locale per il personale con servizi igienici annessi;
- locale per attività socio-educative-culturali;
- aree generali di supporto;
- locale lavanderia;
- locale deposito biancheria sporca;
- magazzino.

## REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

La C.A.AIDS deve utilizzare un modello organizzativo che, anche attraverso l'integrazione con i servizi territoriali delle A.S.L. ed i reparti di Malattie infettive, garantisca:

- valutazione dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi e sociali dell’ospite all’ammissione e periodicamente;
- stesura di un progetto socio-educativo-sanitario corrispondente ai problemi/bisogni identificati, modificabile durante la permanenza presso la struttura;
- personale infermieristico- di assistenza alla persona - educativo in relazione alle dimensioni ed alla tipologia delle prestazioni erogate.

## RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (R.S.A.)

Le RSA sono presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie, fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello "alto" di assistenza tutelare ed alberghiera, modulate in base al modello assistenziale adottato dalle Regioni e Province autonome.

Le R.S.A. sono destinate a soggetti non-autosufficienti, non curabili a domicilio, portatori di patologie geriatriche, neurologiche e neuropsichiatriche stabilizzate. Sono da prevedere: ospitalità permanenti, di sollievo alla famiglia non superiori ai 30 giorni, di completamento di cicli riabilitativi eventualmente iniziati in altri presidi del S.S.N.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

Capacità recettiva non inferiore a 20 e non superiore, in via eccezionale, a 120 posti articolata in nuclei da 10-20 soggetti.

Area destinata alla residenzialità:

- camere da 1, 2, 3, 4 letti; all'interno di ogni camera deve essere garantita la privacy di ogni singolo ospite e l'accesso ed il movimento di carrozzine;
- servizi igienici attrezzati per la non-autosufficienza;
- ambulatorio-medicheria;
- locale controllo personale con servizi igienici annessi;
- cucina attrezzata;
- spazi soggiorno/gioco-TV/spazio collettivo;
- armadi per biancheria pulita;
- locale deposito biancheria sporca;
- locale per vuotatoio e lavapadelle;
- locale deposito per attrezzature, carrozzine e materiale di consumo, ecc.;
- attrezzature particolarmente adattate ad ospiti non deambulanti e non autosufficienti (letti, materassi e cuscini antidecubito, ecc.).

Area destinata alla valutazione e alle terapie:

- locali e attrezzature per prestazioni ambulatoriali e per valutazioni specifiche;
- area destinata all'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione;
- locali e palestra con attrezzature per le specifiche attività riabilitative previste.

Area di socializzazione:
- angolo bar;
- sale e soggiorni polivalenti;
- locale per servizi all'ospite;
- servizi igienici.

Aree generali di supporto:
- ingresso con portineria, posta e telefono;
- uffici amministrativi;
- cucina dispensa e locali accessori (se non appaltate all'esterno);
- lavanderia e stireria (se non appaltate all'esterno);
- magazzini;
- camera ardente;
- depositi pulito e sporco.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

La RSA deve utilizzare un modello organizzativo che, anche attraverso l'integrazione con i servizi territoriali delle Unità sanitarie locali, garantisca:
- valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente;
- stesura di un piano di assistenza individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati;
- lavoro degli operatori deputati all'assistenza secondo le modalità e le logiche dell'équipe interdisciplinare;
- raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività della RSA;
- coinvolgimento della famiglia dell'ospite;
- personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate.

Per la definizione puntuale dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi relativi alle Residenze Sanitarie Assistenziali, si rinvia a quanto previsto nei provvedimenti di Giunta Regionale: D.G.R. n. 38-16335 del 29.6.1992, D.G.R. n. 41-42433 del 9.1.1995, D.G.R. n. 203-14027 del 18.11.1996, D.G.R. n. 133-17379 del 10.3.1997.

## RESIDENZE ASSISTENZIALI FLESSIBILI (R.A.F.)

La R.A.F. è una residenza socio-assistenziale di “ospitalità permanente” che può realizzare un sufficiente livello di assistenza sanitaria (infermieristica e riabilitativa) integrato da un livello medio di assistenza tutelare ed alberghiera. Tale residenza collettiva è destinata ad anziani non autosufficienti, per i quali non sia possibile attivare un programma di A.D.I. e che non necessitano delle cure e prestazioni sanitarie tipiche della R.S.A..
I requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi sono definiti dai seguenti provvedimenti regionali:

D.G.R. n. 38-16335 del 29.06.1992
D.G.R. n. 41-42433 del 09.01.1995
D.G.R. n.129-10470 del 09.07.1996

## CENTRO DIURNO INTEGRATO

Il Centro diurno integrato è un servizio semi-residenziale destinato a soggetti parzialmente o totalmente non autosufficienti.

Svolge funzioni di tutela della salute, di recupero dell'autonomia e di sostegno all'autosufficienza in tutti gli aspetti di vita.

### REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

Il C.D.I. può essere collocato anche presso strutture residenziali e può avere una capienza massima di 20 posti. I requisiti strutturali e tecnologici più specifici sono contenuti delle DD.G.R. n. 38-16335 del 29.6.1992, n. 203-14027 del 18.11.1996 e successive modificazioni ed integrazioni.

### REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Il C.D.I. offre:

- servizi infermieristici, medici, riabilitativi di mantenimento, socio-assistenziali di assistenza diretta alla persona e di socializzazione, organizzati in equipe multidisciplinare;
- progetti individualizzati di recupero funzionale e mantenimento delle capacità residue;
- sostegno alle famiglie per il mantenimento al domicilio del soggetto;
- collegamento con la rete dei servizi.

Il C.D.I. deve essere aperto per 5 giorni alla settimana ed offrire ospitalità per 7-8 ore giornaliere.

Con successivo provvedimento la Giunta Regionale, sentita la Commissione consiliare competente, provvederà alla definizione dei requisiti organizzativi.

## HOSPICE

Per hospice si intende una struttura residenziale sanitaria che accoglie pazienti oncologici in fase avanzata della malattia.

Le funzioni assicurate da tale struttura concorrono a perseguire le seguenti finalità:

- realizzazione di un programma personalizzato di cure palliative orientato a migliorare la qualità della vita residua;
- offerta di una valida alternativa anche solo temporanea alla casa del paziente e/o al ricovero in ospedale;
- riduzione del numero e della durata dei ricoveri impropri in strutture sanitarie di degenza per acuti, (non professionalmente e logisticamente attrezzate per affrontare le problematiche di un paziente con malattia in fase terminale).

Per la definizione puntuale dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle “Strutture Sanitarie di accoglienza per pazienti oncologici in fase avanzata di malattia” si rinvia ad apposito provvedimento di Giunta Regionale, sentita la Commissione consiliare competente.

**ALLEGATO**

## REQUISITI TECNOLOGICI SPECIFICI

Si ritiene necessario che siano definiti valori di caratteristiche microclimatiche ed illuminotecniche riferite agli ambienti ed ai locali delle strutture per l'esercizio delle attività sanitarie.

L'adeguamento o la rispondenza ai valori sopra menzionati è garanzia di idoneità specifica.

Tali valori saranno periodicamente rivisti, aggiornati ed integrati in funzione dell'effettivo stato dell'arte e dell'evoluzione delle conoscenze tecniche; essi sono riportati nel presente Allegato unitamente alla indicazione di impianti la cui presenza nella specifica struttura è indispensabile garanzia di funzionalità e sicurezza.

I valori di illuminamento indicati rappresentano rispettivamente:

- il valore applicabile quando il compito visivo deve essere eseguito solo occasionalmente o la velocità e l'accuratezza non sono particolarmente importanti;
- il valore di illuminamento nei casi normali;
- il valore da applicare quando il compito visivo è critico o la velocità ed accuratezza della percezione visiva è di grande importanza.

**REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA IN REGIME AMBULATORIALE.**

## ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Caratteristiche microclimatiche :

- Temperatura invernale/estiva: 20°C - 28°C
- umidità relativa 40-60%
- numero ricambi aria/ora 2 v/h (anche non forzata per le strutture esistenti)

Nota particolare:
nel caso di aerazione naturale per le strutture esistenti, la superficie ventilata non deve essere inferiore a 1/8 della superficie del pavimento.

Caratteristiche illuminotecniche:

- Illuminamento di esercizio: 200 lx nelle zone comuni,
  300-750 lx nelle zone visita;

Impianti vari:
in tutti i locali devono essere di regola assicurate l'illuminazione e la ventilazione naturali;
impianto telefonico per utenti, a disposizione nello spazio attesa.
Prevedere estrattore d'aria con idonea filtrazione per il deposito sporco dell'ambulatorio se il locale non è servito da un impianto di condizionamento che garantisca una efficace estrazione forzata.

## SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO

Caratteristiche microclimatiche:

- Temperatura invernale/estiva: 20°C - 28°C
- umidità relativa: 40% - 60%

numero ricambi aria/ora: 5 v/h. Sono ammessi 2 v/h di aria esterna a condizione che le cappe nei locali dove si effettuano le analisi siano in numero e di tipo tale a garantire l'estrazione completa degli inquinanti o le operazioni siano effettuate in ciclo chiuso e comunque con l'esclusione dei laboratori dove si prevede la presenza di agenti biologici dei gruppi 3 o 4.

- velocità dell'aria: 0,05 - 0,15 m/s
- pressione in caso si preveda la presenza di agenti biologici dei gruppi 3 e 4 negativa
- classe di purezza: filtrazione ad alta efficienza con filtri aventi campo di efficienza 60-95%. In caso si preveda la presenza di agenti biologici dei gruppi 3 o 4 si applica quanto previsto dal l'allegato XII del d.lgs. 626/94 e successive modifiche ed integrazioni.

L'impianto di climatizzazione deve essere coordinato con le cappe di laboratorio.
Il valore del ricambio di aria deve essere compatibile con l'aria espulsa attraverso le cappe.

Caratteristiche illuminotecniche:

- Illuminamento di esercizio: 300 lx illuminazione generale e servizi, 500-750 lx illuminazione laboratori.

Impianto idrico sanitario
Gli scarichi di laboratorio devono fare capo a opportune vasche per eventuali pretrattamenti o periodi di decantazione prima dell'immissione nella fognatura esterna con pozzetto di prelievo campione.

Impianti speciali e vari

- Impianto rilevazione incendi.
- Impianto rilevazione fughe di gas.
- Impianto gas tecnici.

ATTIVITA' DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Caratteristiche microclimatiche :

- temperatura invernale/estiva 20°C - 28°C;
- umidità relativa 40-60%;
- numero ricambi aria/ora 5 v/h (sono ammessi 2 v/h di aria esterna a condizione che nei locali dove si effettuano attività di diagnostica per immagini vi sia la completa estrazione di eventuali inquinanti, in tempi tali da escludere eventuali danni alla salute degli operatori e pazienti);
- velocità dell'aria 0,05 - 0,15 m/s;
- classe di purezza filtrazione con filtri a media efficienza.

Caratteristiche illuminotecniche:

- illuminamento di esercizio: 200-300-500 lx illuminazione generale
  30-150 lx locali area controllo comandi.

Impianti speciali e vari :

- impianto di rilevazione incendi;
- impianto idrico sanitario con sistema indipendente di raccolta scarichi provenienti dal locale sviluppo pellicole (serbatoi esterni o contenitori interni);
- impianto controllo accessi con segnalazione di allarme;
- impianti di rilevazione radiazioni.

ATTIVITA' DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE

Caratteristiche microclimatiche.
Palestra

- temperatura invernale-estiva 20°C - 28°C
- umidità relativa 40% - 60%

numero ricambi aria/ora 3 vol/h (sono ammessi 2v/h di aria esterna a condizione che sia garantita l'estrazione completa degli inquinanti)

- velocità dell'aria non superiore a 0,15 m/s

- classe di purezza filtrazione con filtri a media efficienza

Osservazioni:
i requisiti degli altri locali e ambienti interessati dalla tipologia di intervento non devono differire da quelli previsti per i locali e ambienti delle altre strutture ove si svolgono uguali o equivalenti attività.

CENTRO DI SALUTE MENTALE

Osservazioni:
I requisiti dei locali e ambienti interessati dalla tipologia di intervento non devono differire da quelli previsti per i locali e ambienti delle altre strutture ove si svolgono uguali o equivalenti attività.

CONSULTORIO FAMILIARE

Osservazioni:
I requisiti dei locali e ambienti interessati dalla tipologia di intervento non devono differire da quelli previsti per i locali e ambienti delle altre strutture ove si svolgono uguali o equivalenti attività.

PRESIDI PER IL TRATTAMENTO DEI TOSSICODIPENDENTI: CENTRO AMBULATORIALE

Osservazioni:
I requisiti dei locali e ambienti interessati dalla tipologia di intervento non devono differire da quelli previsti per i locali e ambienti delle altre strutture ove si svolgono uguali o equivalenti attività.

**REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO PER ACUTI**

## SISTEMA DI EMERGENZA - URGENZA

**Pronto soccorso ospedaliero**

Caratteristiche microclimatiche :

- temperatura interna invernale: non inferiore a 20°C,
  non inferiore a 22°C per i locali visita, trattamenti e piccoli interventi
- temperatura interna estiva: non superiore a 28°C
- umidità relativa: 40% - 60%
- numero ricambi aria/ora: 2 v/h generale (anche non forzata per le strutture esistenti),
  5 v/h per piccoli interventi ed eventuali laboratori
- velocità dell'aria: 0,05 - 0,15 m/s
- pressione: positiva o neutra
- classe di purezza: filtrazione con filtri a media efficenza.

Note particolari:

nel caso di aerazione naturale per le strutture esistenti la superficie ventilata deve essere almeno pari ad 1/8 della superficie del pavimento.

Caratteristiche illuminotecniche:

- illuminamento di esercizio: 200-300 lx illuminazione generale,
  500-750 lx illuminazione per esami, ispezioni,
  750-1000-1500 lx zona piccoli interventi

Impianti speciali e vari:

- Impianto di rilevazione incendi.
- Impianto vuoto e di gas medicali.

Prevedere estrattore d'aria con idonea filtrazione per i servizi igienici ed il deposito sporco del Pronto Soccorso se i locali non sono serviti da un impianto di condizionamento che garantisca una efficace estrazione forzata.

## AREA DI DEGENZA

Caratteristiche microclimatiche:

- temperatura interna invernale: non inferiore a 20°C
  non inferiore a 22°C per la medicheria e degenze pediatriche
- temperatura interna estiva: non superiore a 28°C
- umidità relativa: 40% - 60%
- numero ricambi aria/ora: 2 v/h per camere di degenza normali (anche non forzata per le strutture esistenti);
  3 v/h per camere di degenza pediatriche (anche non forzata per le strutture esistenti);
  2 v/h per la medicheria e visita (anche non forzata per le strutture esistenti);
  12 v/h per servizi igienici.
- velocità dell'aria: 0,05 - 0,15 m/s
- pressione: positiva o neutra per le camere di degenza;
- classe di purezza: filtrazione con filtri a media efficienza.

Note particolari:
Nel caso di aerazione naturale per le strutture esistenti, la superficie ventilata non deve essere inferiore a 1/8 della superficie del pavimento.

Caratteristiche illuminotecniche:

- Illuminamento di esercizio: 200 lx illuminazione generale;
  300-750 lx medicheria e sala visita;

Impianti speciali e vari:

- impianto chiamata con segnalazione acustica e luminosa;
- impianto gas medicali: prese vuoti e ossigeno;
- impianto di rilevamento incendi.

Prevedere estrattore d'aria con idonea filtrazione per i servizi igienici ed il deposito sporco dell'aria di degenza se i locali non sono serviti da un impianto di condizionamento che garantisca una efficace estrazione forzata.

## REPARTO OPERATORIO

Caratteristiche microclimatiche:

**Sala operatoria**

- temperatura interna invernale e estiva: compresa tra 20 e 24°C
- umidità relativa estiva e invernale (ottenuta con vapore): 40-60%
- ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo): 15 v/h
- velocità dell'aria: 0,05 - 0,15 m/s
- pressione: positiva con gradiente minimo 10 Pascal (ambienti limitrofi), 15 Pascal (ambienti esterni)
- filtraggio aria 99,97%

**Locali annessi**

- temperatura interna invernale ed estiva: compresa tra 20 e 28°C
- umidità relativa estiva e invernale (ottenuta con vapore): 40-60%
- ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo): 6-10 v/h
- velocità dell'aria: 0,05 - 0,15 m/s
- pressione: positiva rispetto agli esterni, negativa rispetto alla sala operatoria.
- filtraggio aria: 60-95%.

Caratteristiche illuminotecniche:

- Illuminamento di esercizio: 500-750-1000 lx illuminazione generale
  10.000-30.000-100.000 lx illuminazione campo operatorio;
  10.000 lx illuminazione area limitrofa campo operatorio;

Impianti vari e speciali:

- Impianto di gas medicali e impianto di aspirazione gas anestetici direttamente collegato alle apparecchiature di anestesia; per la zona risveglio è indispensabile attuare l'aspirazione selettiva dei gas anestetici;
- stazioni di riduzione della pressione per il reparto operatorio. Devono essere doppie per ogni gas medicale/tecnico (ossigeno, aria compressa bassa pressione per respiratori, aria compressa alta pressione per apparecchi pneumatici, protossido di azoto) e tali da garantire un adeguato livello di affidabilità;
- impianto di raffreddamento ad acqua per apparecchi laser;
- impianto rilevazione incendi;
- impianto allarme di rilevazione gas medicali e segnalazione esaurimento;

- impianto controllo livello di pressione gas;
- sala operatoria e locali annessi devono essere dotati di condizionamento ambientale.

**PUNTO NASCITA - BLOCCO PARTO**

Caratteristiche microclimatiche:

**Sala parto :**

- temperatura interna invernale e estiva: compresa tra 22-26°C
- umidità relativa estiva e invernale: 30-60%
- ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo): 6 v/h
- velocità dell'aria: 0,05 - 0,15 m/s
- pressione: positiva con gradiente minimo di 10 Pascal con ambienti limitrofi; 15 Pascal con ambienti esterni;
- filtraggio aria: filtrazione assoluta con filtri aventi campo di efficienza 99,9- 99,99%.

**Locali annessi:**

- temperatura invernale/estiva: compresa tra 20 e 28°C
- umidità relativa invernale: 40% - 60%
- ricambi aria/ora: 4-6 v/h (di cui almeno 2 v/h di aria esterna)
- velocità dell'aria: 0,05 - 0,15 m/s
- pressione: positiva rispetto agli ambienti esterni, negativa rispetto alla sala operatoria
- filtraggio aria: filtrazione ad alta efficienza con filtri aventi campo di efficienza 60-95%.

**Isola neonatale :**

Caratteristiche microclimatiche:

- temperatura invernale/estiva: compresa tra 22 e 28°C
- umidità relativa: 50% - 60%
- ricambi aria/ora: 10 v/h (di cui almeno 5 v/h di aria esterna)
- velocità dell'aria: 0,05 - 0,15 m/s

Caratteristiche illuminotecniche:
Illuminamento di esercizio: 500 - 750 - 1000 lx illuminazione generale
10.000-30.000-100.000 lx
illuminazione campo operatorio;
10.000 lx illuminazione area limitrofa
campo operatorio.

Impianti speciali e vari:

- impianto di gas medicali e impianto di aspirazione gas anestetici direttamente collegati alle apparecchiature di anestesia, per la zona risveglio è indispensabile attuare l'aspirazione selettiva dei gas anestetici;
- stazioni di riduzione della pressione per il reparto operatorio. Devono essere doppie per ogni gas medicale/tecnico e tali da garantire un adeguato livello di affidabilità;
- impianto rilevazione incendi;
- impianto allarmi di rilevazione gas medicali e segnalazione esaurimento;
- i locali di travaglio e parto dovranno essere dotati di condizionamento ambientale.

## RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA

Caratteristiche microclimatiche:

- temperatura interna invernale e estiva: compresa tra 20-24°C
- umidità relativa estiva e invernale: 40-60%

ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo): 6 v/h

- velocità dell'aria: 0,05 - 0,15 m/s
- pressione: positiva con gradiente minimo di 10 Pascal (ambienti limitrofi) e 15 Pascal (ambiente esterno)
- filtraggio aria: filtrazione assoluta con filtri aventi campo di efficienza 99,9 . 99,99%.

**Terapia intensiva neonatale:**

Caratteristiche microclimatiche:

- temperatura interna invernale e estiva: compresa tra 24-26°C

- umidità relativa estiva e invernale: 40-60%
- ricambi aria/ora : 10 v/h di cui almeno 5 di aria esterna
- velocità dell'aria: 0,05 - 0,15 m/s
- pressione: positiva con gradiente minimo di 10 Pascal (ambienti limitrofi) e 15 Pascal (ambiente esterno)
- filtraggio aria: filtrazione assoluta con filtri aventi campo di efficienza 99,9 . 99,99%.

Impianti speciali e vari:
- impianto di gas medicali;
- impianto di rilevazione incendi;
- impianto allarmi di rilevazione gas medicali e segnalazione esaurimento;
- i locali dovranno essere dotati di condizionamento ambientale.

**MEDICINA NUCLEARE**

Caratteristiche microclimatiche:
- temperatura invernale/estiva: 20°C - 28°C
- umidità relativa: 40-60%
- ricambi aria/ora: 6 v/h (di cui almeno 2 v/h aria esterna)
- velocità dell'aria: non superiore a 0,15 m/s
- filtraggio aria: filtrazione con filtri ad alta efficienza

Caratteristiche illuminotecniche:
- illuminamento di esercizio: 200-300-500 lx illuminazione generale, 30-150 lx locali area controllo comandi

Impianti speciali e vari:

- impianto di rilevazione incendi;
- impianto di rilevazione radiazioni ionizzanti;
- impianto controllo accessi con segnalazione di allarme;
- sistema di raccolta e monitoraggio degli effluenti per lo scarico dei rifiuti liquidi radioattivi collegato con il servizio igienico destinato agli utenti iniettati con radiofarmaci e alla doccia zona filtro;
- impianto di condizionamento con adeguato ricambio aria e con gradienti di pressioni progressivamente decrescenti verso la camera calda dove si dovrà avere il valore più basso. Filtri assoluti in uscita, per le aree classificate come "zona controllata";
- nel caso sia in uso un sistema di riproduzione dell'immagine su lastra radiografica, è necessario idoneo impianto di raccolta dei liquidi di fissaggio e sviluppo.

## ATTIVITA' DI RADIOTERAPIA

Si deve fare riferimento ai requisiti previsti per le "Attività di diagnostica per immagine".

## DAY - HOSPITAL

Si deve fare riferimento ai requisiti previsti per la "Area di degenza".

## DAY - SURGERY

Osservazioni:
I requisiti dei locali e ambienti interessati dalla tipologia di intervento non devono differire da quelli previsti per i locali e ambienti delle altre strutture ove si svolgono uguali o equivalenti attività.

## GESTIONE FARMACI E MATERIALE SANITARIO

Caratteristiche microclimatiche:

- temperatura interna invernale ed estiva: 20-26°C
- umidità relativa: 50% +- 5%
- ricambi aria esterna/ora: 2 v/h
- classe di purezza: filtrazione con filtri a media efficienza
- velocità dell'aria: non superiore a 0,15 m/s

- pressione: positiva.

Caratteristiche illuminotecniche:
- Illuminamento di esercizio: 300-500-750 lx illuminazione generale, 500-750-1000 lx illuminazione localizzata.

**SERVIZIO DI STERILIZZAZIONE**

Caratteristiche microclimatiche:
- temperatura interna invernale e estiva: 20-27°C
- umidità relativa estiva e invernale: 40-60%
- n. ricambi aria/ora esterna: 15 v/h
- velocità dell'aria: 0,05 - 0,15 m/s
- pressione: zona sporca negativa rispetto alla pulita
  zona pulita negativa rispetto alla sterile
- classe di purezza: zona pulita: filtrazione ad alta efficienza con filtri aventi campo di efficienza 60-95%,
  zona sterile: filtrazione assoluta con filtri aventi campo di efficienza 99,9 - 99,99%.

Note particolari
In caso di sterilizzazione con ossido di etilene, vale quanto previsto dalla Circolare del Ministero della Sanità n. 56 del 23 giugno 1983.

Caratteristiche illuminotecniche
- Illuminamento di esercizio: 300-500 lx

Impianti speciali e vari:
- i locali dovranno essere dotati di condizionamento ambientale.

**SERVIZIO DI DISINFEZIONE**

Caratteristiche igrometriche:
- temperatura interna invernale ed estiva: 20-27°C
- umidità relativa estiva e invernale: 40-60%
- n° ricambi aria/ora esterna: 15 v/h

- pressione: zona pulita positiva rispetto alla sporca
- classe di purezza: filtrazione ad alta efficienza con filtri aventi campo di efficienza 60-95%

Caratteristiche illuminotecniche
- illuminamento di esercizio: 150-200 lx

Impianti speciali e vari:
- i locali dovranno essere dotati di condizionamento ambientale.

**SERVIZIO MORTUARIO**

Caratteristiche igrometriche:
- temperatura interna invernale ed estiva: non superiore a 18°C per i locali con presenza di salme
- umidità relativa: 60% ± 5
- n° ricambi aria/ora esterna: 15 v/h
- velocità dell'aria: non superiore a 0,15 m/s

Impianti speciali e vari:
- i locali dovranno essere dotati di condizionamento ambientale.

Prevedere estrattore d'aria con idonea filtrazione se i locali del servizio mortuario non sono serviti da un impianto di condizionamento che garantisca una efficace estrazione forzata.

**SERVIZIO LAVANDERIA**

Caratteristiche microclimatiche
- temperatura interna invernale: non inferiore a 18°C
- temperatura interna estiva: non controllata
- umidità relativa: non controllata
- numero ricambi aria/ora: 10 v/h
- velocità dell'aria: non superiore a 0,2 m/s
- classe di purezza: filtrazione con filtri a media efficienza

Caratteristiche illuminotecniche:

- illuminamento di esercizio: 200-300 lx

Prevedere estrattore d'aria con idonea filtrazione negli ambienti sporchi della lavanderia se i locali non sono serviti da un impianto di condizionamento che garantisca una efficace estrazione forzata.

## SERVIZIO CUCINA

Caratteristiche microclimatiche:

- temperatura interna invernale: non inferiore a 18°C
- temperatura interna estiva: non controllata
- umidità relativa: non controllata
- numero ricambi aria/ora: 5 v/h quale valore medio e comunque compatibile con i 30 v/h della zona cottura, 10 v/h nella zona deposito rifiuti
- velocità dell'aria: non superiore a 0,2 m/s
- classe di purezza: filtrazione con filtri a media efficienza

Caratteristiche illuminotecniche:

- illuminamento di esercizio: 200 - 300 lx

Prevedere estrattore d'aria con idonea filtrazione negli ambienti circostanti la cucina ove non sia in servizio un impianto di condizionamento che garantisca una efficace estrazione forzata; il sistema di estrazione non dovrà interferire con l'impianto di captazione dei fumi e vapori.

## SERVIZI PER IL PUBBLICO E PER I PAZIENTI "ESTERNI"

Caratteristiche microclimatiche:

- temperatura interna invernale/estiva: 20°C - 28°C
- umidità relativa: 40 - 60%
- numero ricambi aria/ora: 2 v/h
- velocità dell'aria: non superiore a 0,15 m/s
- classe di purezza: filtrazione con filtri a media efficienza.

Caratteristiche illuminotecniche:

- illuminazione generale media : 200 lx

Prevedere estrattore d’aria con idonea filtrazione nei locali non sono serviti da un impianto di condizionamento che garantisca una efficace estrazione forzata.

LOCALI PER RICOVERO E TERAPIA DI PAZIENTI CON PATOLOGIE POTENZIALMENTE CONTAGIOSE RIFERIBILI A AGENTI BIOLOGICI.

**** Si dà atto che le modalità operative dei ‘Presidi di tutela della salute mentale: ‘struttura residenziale psichiatrica’ devono corrispondere a quanto stabilito nell’Allegato 1.***

Allegato 2/B

# SCHEDE CONOSCITIVE AI FINI DELLA

# COSTRUZIONE DI UN SISTEMA

**INDICE**


- PREMESSA
- REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI

  Politica, obiettivi ed attività
  Struttura organizzativa
  Gestione delle risorse umane
  Gestione delle risorse tecnologiche
  Gestione, valutazione e miglioramento della qualità
  Sistema informativo
  Organizzazione e gestione della sicurezza

- REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

  requisiti strutturali
  requisiti tecnologici

- Ambulatori di assistenza specialista ambulatoriale
- Servizi di medicina di laboratorio
- Attività di diagnostica per immagine
- Attività di recupero e rieducazione funzionale
- Strutture socio-assistenziali a rilievo sanitario
- REQUISITI PER LE STRUTTURE DI RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO PER ACUTI
- Medicina nucleare
- Radioterapia

- Day Surgery
- REQUISITI PER LE STRUTTURE DI RICOVERO A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO

Presidi di tutela della salute mentale: strutture residenziali psichiatriche

## PREMESSA

Il presente documento individua i requisiti di qualità ritenuti necessari per l'accreditamento di strutture e/o servizi sanitari, secondo i tempi e le modalità previsti nell'atto di approvazione del Consiglio Regionale.

I requisiti individuati quali "ulteriori" rispetto a quelli minimi richiesti per l'autorizzazione all'esercizio delle singole attività sanitarie, che devono possedere tutte le strutture sanitarie accreditate, si riferiscono in particolare alle seguenti aree:

- Requisiti organizzativi generali:

    1- Politica, obiettivi ed attività

    2- Struttura organizzativa

    3- Gestione delle risorse umane

    4- Gestione delle risorse tecnologiche

    5- Gestione, valutazione e miglioramento della qualità

    6- Sistema informativo

    7- Organizzazione e gestione della sicurezza

■ Requisiti strutturali e tecnologici generali:

    1- Requisiti strutturali
    2- Requisiti tecnologici

- Requisiti che devono possedere le strutture/ servizi appartenenti alle singole tipologie individuate per la sperimentazione dell'istituto dell'accreditamento:

a- strutture che erogano assistenza specialistica in regime ambulatoriale (ambulatori specialistici, medicina di laboratorio, diagnostica per immagini, recupero e rieducazione funzionale);
b- strutture di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti (compresa medicina nucleare, radioterapia e day surgery);
c- strutture di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno.

## REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI

### 1- POLITICA, OBIETTIVI ED ATTIVITA'

La Direzione Aziendale provvede alla definizione delle politiche complessive dell'Azienda ed esplicita gli obiettivi da raggiungere, sia per la tipologia ed i volumi che per la qualità delle prestazioni e dei servizi che intende erogare.

N.B.: La Direzione Aziendale può non coincidere con la singola struttura, in quanto sovraordinata a più strutture.

1.1 La Direzione della struttura dispone di un "Documento" in cui sono esplicitate le politiche complessive e cioè gli indirizzi che definiscono i campi prioritari di azione e quali metodi adottare per raggiungere gli obiettivi?

1.2 Il "Documento" è coerente con i livelli sovraordinati e la normativa?

1.3 Nel "Documento" sono esplicitati gli obiettivi della struttura?

1.4 Gli obiettivi generali della struttura sono coerenti con i livelli organizzativi sovraordinati?

1.5 Il "Documento" è stato recepito dalla Direzione Generale dell'Azienda?

1.6 Il "Documento" è stato elaborato con il coinvolgimento del personale della struttura?

1.7 Il "Documento" è diffuso e spiegato a tutto il personale?

1.8 La struttura ha definito i propri “obiettivi per la qualità”?

1.9 Chi ha contribuito alla definizione degli “obiettivi per la qualità” della struttura:

il personale della struttura;
altri (specificare) ..... ?

1.10 Gli “obiettivi per la qualità” sono stati recepiti dalla Direzione Generale dell’Azienda?

1.11 Gli “obiettivi per la qualità” sono comunicati e spiegati:

a tutto il personale della struttura?

1.12 E’ nominato dalla Direzione della struttura un Responsabile per la Qualità oppure un gruppo riconosciuto che si occupa della qualita’ con un Responsabile individuato?

## 2 - STRUTTURA ORGANIZZATIVA

2.1 Sono programmati e documentati annualmente gli obiettivi specifici della struttura?

2.2 E’ definito e documentato annualmente il piano di attivita’ della struttura?

2.3 Il piano delle attività esplicita:

le attività esistenti;
il volume delle attivita’ previsto;
le modalità organizzative;
i tempi di realizzazione;
le risorse necessarie;
le risorse disponibili;
le dotazioni di attrezzature;
i risultati attesi;
indicatori per la valutazione?

2.4 Esiste un documento in cui sono identificate le caratteristiche dei servizi erogati?

2.5 La Direzione della struttura ha definito l'articolazione organizzativa interna?

## 3 - GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

3.1 Sono definiti i responsabili delle articolazioni operative?

3.2 Sono definiti momenti di coordinamento e di integrazione fra le varie articolazione operative?

3.3 Sono definiti il numero e le tipologie delle diverse figure professionali?

3.4 Il personale è rapportato ai volumi ed alle tipologie delle attività previste, secondo criteri specificati per le singole modalita' erogative o prestazioni?

3.5 Esiste un documento in cui viene definita la programmazione e le caratteristiche di impiego di personale in termini numerici (equivalenti a tempo pieno) per ciascuna professione o qualifica professionale, e per posizione funzionale?

3.6 E' stato individuato il responsabile delle attività di formazione e aggiornamento del personale?

3.7 Esiste uno specifico budget per la formazione e l'aggiornamento del personale?

3.8 E' predisposto un piano annuale di formazione e aggiornamento del personale, che comprende iniziative interne ed esterne?

3.9 Il piano di formazione contiene l'analisi dei problemi e dei bisogni formativi, la definizione degli obiettivi di apprendimento e le risorse necessarie?

3.10 Gli operatori partecipano alla programmazione delle attivita' di formazione e aggiornamento?

3.11 La partecipazione del personale ad attivita' di formazione e aggiornamento è registrata per ciascun operatore?

3.12 Vengono fatte verifiche sull'apprendimento degli interventi di addestramento, formazione e aggiornamento?

3.13 E' documentata l'esistenza di un programma di aggiornamento del personale medico e non medico sull'utilizzo delle apparecchiature biomediche?

3.14 Il programma di aggiornamento è funzionalmente integrato con il normale addestramento all'uso di nuove apparecchiature?

3.15 Il programma di aggiornamento è reso noto a tutti i livelli operativi?

## 4 - GESTIONE DELLE RISORSE TECNOLOGICHE

4.1 Sono individuate le responsabilità per la definizione dei bisogni di acquisto di attrezzature?

4.2 Il personale utilizzatore partecipa alla definizione delle specifiche tecniche, dei criteri di scelta e alla valutazione delle attrezzature fornite?

4.3 Esiste una programmazione formalizzata degli acquisti che preveda:

la verifica della coerenza delle richieste con il piano di attività aziendale;

la valutazione dei livelli di utilizzo delle apparecchiature esistenti;

la verifica della coerenza del piano acquisti con le segnalazioni del responsabile della sicurezza;

la verifica della disponibilità di adeguate risorse a livello infrastrutturale, di personale, di formazione del personale e del materiale di consumo connesso alle apparecchiature biomediche?

4.4 Sono individuati i responsabili della verifica dell'adeguatezza nelle condizioni d'uso delle attrezzature acquistate?

4.5 Le attrezzature a disposizione della struttura sono adeguate ai volumi e alle tipologie di attività e assicurano lo svolgimento sicuro, efficace ed affidabile delle loro funzioni?

4.6 Esiste un inventario delle attrezzature in dotazione alla struttura?

4.7 L'inventario viene aggiornato in modo costante e continuativo?

4.8 Le informazioni sono disponibili sia in forma aggregata che in forma disaggregata per singola tipologia di apparecchiatura, centro di costo, classe di età, produttore e periodo di ammortamento?

4.9 Esiste documentazione che le attrezzature sono a norma di legge?

4.10 Esiste un piano operativo per la manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature biomediche che tenga conto:

della programmazione della manutenzione per il raggiungimento degli obiettivi specifici della struttura;
delle caratteristiche tecniche della apparecchiatura;
delle disponibilità della documentazione tecnica presso le singole apparecchiature;
dei livelli di sicurezza richiesti dal d.lgs. 626/1994?

4.11 Il piano di manutenzione è reso noto ai diversi livelli operativi?

4.12 Per ogni apparecchiatura esiste una cartella che riporta i dati significativi di ogni intervento di:

manutenzione programmata;
manutenzione straordinaria o correttiva;
di taratura?

4.13 Sono stati elaborati i seguenti indicatori:

il tempo medio di fermo macchina;
la frequenza dei guasti;
la tipologia dei guasti e i costi di manutenzione?

## 5 - GESTIONE, VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' - LINEE GUIDA E REGOLAMENTI INTERNI -

La Direzione è responsabile della creazione delle condizioni organizzative che facilitino e consentano la promozione ed il supporto ad attività' valutative e di miglioramento dei processi di erogazione dei servizi e delle prestazioni, secondo le indicazioni contenute in questo stesso documento o nella normativa già emanata a livello nazionale o locale.

In tutti i presidi devono essere attivati programmi di valutazione e miglioramento delle attività. I programmi vengono selezionati in rapporto alle priorità individuate.

5.1 Esiste un documento in cui è delineato il sistema di verifica e controllo della qualità?

5.2 Gli obiettivi specifici del piano manuale della struttura sono sottoposti a valutazione periodica con la partecipazione degli addetti per verificarne il grado di raggiungimento?

5.3 La struttura verifica se le risorse umane e materiali assegnate permettono di raggiungere gli obiettivi specifici?

5.4 Viene fatta una verifica dei livelli di utilizzo delle apparecchiature esistenti?

5.5 La struttura prevede attivita' sistematiche atte a valutare e migliorare la qualita' dei servizi erogati all'utente?

5.6 Sono documentabili conseguenti cambiamento organizzativi, tecnici, ecc.?

5.7 Vengono effettuate indagini per valutare la soddisfazione degli utenti?

5.8 A seguito delle indagini effettuate sono documentati interventi per migliorare la soddisfazione degli utenti e degli operatori?

5.9 Ai fini del miglioramento esiste un sistema di rilevazione:

dei tempi di erogazione dei servizi?
delle anomalie dei processi programmati?

5.10 Si eseguono verifiche periodiche documentate sulla completezza ed adeguatezza della documentazione sanitaria?

5.11 Annualmente ogni articolazione organizzativa partecipa ad almeno un progetto di miglioramento coinvolgendo il personale?

5.12 Il piano delle attività e gli obiettivi specifici per la Qualità sono aggiornati periodicamente sulla base della valutazione dei bisogni dell'utenza e dei risultati delle attività di valutazione predisposte?

5.13 Esistono strumenti informativi sintetici sui servizi erogati contenenti:

prestazioni erogabili;
orari ed organizzazione fruibile;
modalità di prenotazione ed accesso;
modalità di comunicazione all'utente delle informazioni che lo riguardano;
facilities (telefono, fax, internet, ecc.)?

5.14 E’ stato definito un metodo per accogliere elementi sulla soddisfazione degli utenti (questionari, reclami, suggerimenti, ecc.)?

5.15 All’utente vengono fornite le informazioni necessarie al momento:

dell’ingresso;
durante il percorso assistenziale/amministrativo;
all’uscita?

## 6 - SISTEMA INFORMATIVO

Il sistema informativo è finalizzato alla raccolta, elaborazione ed archiviazione dei dati di struttura, processo ed esito, con gli obiettivi:

- sostanziare e ridefinire le politiche e gli obiettivi del del presidio e dell’azienda;
- fornire il ritorno informativo alle strutture organizzative, necessario per le valutazioni di loro competenza;
- rispondere al debito informativo nei confronti di livelli sovra-ordinati.

6.1 Sono state attribuite le responsabilità per la pianificazione e la gestione del sistema informativo, tali da consentire:

l’individuazione dei bisogni informativi della struttura?

la struttura del sistema informativo (tipologia dei documenti, rintracciabilità, aggiornamento, destinatari, modalità di diffusione, modalità di raccolta, validità del sistema nella sua interezza e del dato, archiviazione)?

la sicurezza del sistema informativo (modalità di accesso, riservatezza)?

6.2 E’ previsto ed è documentabile un sistema interno di circolazione delle informazioni in cui siano identificati:

i destinatari?

le modalità di diffusione?

6.3 Le modalità di raccolta delle informazioni sono chiaramente definite?

6.4 Sono state definite le istruzioni operative per la compilazione della documentazione?

6.5 Esiste una verifica periodica della validità del sistema informativo:

di qualità degli strumenti di raccolta dei dati?
di qualità dei dati e dei flussi informativi?

6.6 Sono previsti collegamenti funzionali tra gli archivi?

6.7 Sono definite e regolamentate le procedure di accesso agli archivi?

6.8 Viene garantita la riservatezza dei dati e delle informazioni?

## 7 - ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DELLA SICUREZZA

a) Requisiti di carattere generale

Premessa.

Tutte le strutture sanitarie devono essere in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi che tutelano la salute e la sicurezza degli addetti sui posti di lavoro, delle certificazioni ed autorizzazioni previste dalla vigente legislazione in materia di sicurezza e di tutela della salute.

7.1. In particolare in materia di d.lgs. 626/1994 e successive modifiche ed integrazioni:

- il datore di lavoro ha elaborato il documentodi cui all'art.4 - comma 2 - del d.lgs 626/1994 successive modificazioni;
- il datore di lavoro ha designato il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione dandone comunicazione a termini di legge ;
- il datore di lavoro ha designato gli addetti al Servizio in numero e con capacità adeguate;
- il datore di lavoro ha nominato il medico competente quando previsto;
- la struttura che collabora direttamente col Medico competente ai fini della vigilanza sanitaria e degli altri compiti di legge è dotata di addetti in numero e con capacità adeguato;
- il datore di lavoro ha designato preventivamente i lavoratori incaricati di gestione dell'emergenza:

dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi,
dell'attuazione delle misure di lotta antincendio,
dell'attuazione delle misure di evacuazione dei lavoratori e dei degenti in caso di pericolo grave ed immediato,
dell'attuazione delle misure di primo soccorso;

- il datore di lavoro ha provveduto alla formazione ed informazione dei lavoratori, ai sensi degli artt. 21 e 22 del Decreto succitato.

7.2. Risulta effettuata la sorveglianza sanitaria da parte del Medico Competente mediante accertamenti preventivi all'assunzione per verificare l'idoneità alla mansione specifica, nonchè accertamenti periodici per verificare il permanere dell'idoneità alla mansione, i cui esiti siano disponibili.

7.3. Risulta formalizzata la collaborazione a termini di legge del Medico competente con il Servizio di Prevenzione e Protezione, (individuazione dei fattori di rischio, proposta di misure per la sicurezza e per i programmi di formazione).

7.4. Il datore di lavoro custodisce le cartelle sanitarie di rischio di ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza, ex art. 4 - comma 8, a termini di legge.

7.5. Sono stati nominati i rappresentanti dei lavoratori.

7.6. Risulta formalizzata la loro:
- adeguata formazione;
- consultazione in ordine alla valutazione dei rischi e alla programmazione degli interventi;
- consultazione in ordine alla organizzazione della formazione;

7.7. Risulta formalizzata la riunione periodica di prevenzione.

7.8. In riferimento alla richiesta di autorizzazione all'esercizio sanitario:
- esiste una dichiarazione autenticata attestante in via generale che la struttura, gli impianti e le attrezzature possiedono i requisiti previsti dalla vigente legislazione in materia di sicurezza e salute a firma del responsabile legale;
- é conservata presso gli uffici direzionali la documentazione comprovante quanto sopra, corredata dai verbali delle verifiche, collaudi, certificazioni ed autorizzazioni di legge eseguite dagli Enti incaricati del servizio.

b**) Prevenzione e controllo di rischi biologici**

7.9. Fatto salvo il rispetto delle disposizioni del Titolo VIII del d.lgs 626/1994 e successive modificazioni, esiste una procedura formalizzata che:
- indichi le precauzioni da adottare per evitare, nel corso della attività lavorativa, in funzione delle operazioni, la possibile esposizione ad agenti biologici;
- sia adeguatamente pubblicizzata, per permettere ai lavoratori di sapere di dover notificare qualsiasi infortunio o incidente relativo all'uso di agenti biologici;
- preveda soluzioni organizzative che consentono la possibilità di accesso sicuro al servizio per il lavoratore anche durante le ore notturne o i giorni festivi, relativamente alle esposizioni ad agenti biologici dei gruppi 3 e 4 (allegato XII d.lgs. 626/1994).

7.10. E' formalizzata l'informazione al personale sanitario sulla possibilità di sottoporsi gratuitamente alla vaccinazione contro l'Epatite B.

7.11. Sono attivate le procedure per sottoporre a vaccinazione contro HBV il personale di nuova assunzione e quello impegnato in attività a maggior rischio, secondo la normativa vigente.

7.12. Se nella struttura esiste il rischio di malattia tubercolare si procede:

- all'assunzione con intradermoreazione ed eventuale vaccinazione dei suscettibili;
- a controlli, almeno annuali, della intradermoreazione per i cutinegativi.

7.13. Sono formalizzate con norme scritte le modalità di isolamento respiratorio stretto per i pazienti con diagnosi di infezione tubercolare.

7.14. Le stanze di degenza utilizzate sono idonee per un paziente affetto da tubercolosi in fase contagiosa.

7.15. Il personale indossa maschere a sicurezza (P2 o P3, valvolate), per la prevenzione del contagio nei casi debba provvedere ad erogare assistenza ad un paziente con infezione tubercolare in fase contagiosa.

7.16. E' fatta adeguata e periodica informazione del personale sul rischio di contagio tubercolare.

7.17. Contro il rischio da agenti biologici sono disponibili presidi adeguati alla necessità di ridurrne l'esposizione, quali:

- contenitori rigidi per aghi e taglienti;
- introduzione di sistemi di prelievo a vuoto;
- maschere di sicurezza (P2 o P3, valvolate) per evitare il contagio da patogeni a trasmissione aerea;
- contenitori per rifiuti solidi eliminati tempestivamente secondo il programma di smaltimento rifiuti;
- presidi "barriera" per i quali:

- siano stati formulati protocolli scritti che definiscano adeguatamente le procedure di utilizzo;
- siano realizzate verifiche sistematiche con indicatori che ne dimostrino un utilizzo congruo.

7.18. Per le strutture di ricovero, sono previsti appositi controlli di isolamento modulari per i pazienti con patologie potenzialmente contagiose:

- sono previsti protocolli scritti che definiscono le patologie soggette ad isolamento e le modalità per effettuarlo;
- nel sospetto, e comunque a conferma avvenuta, di patologie a trasmissione enterica, sono disponibili stanze dotate di propri servizi igienici nelle quali il degente può essere isolato;
- nel sospetto, e comunque a conferma avvenuta, di patologie a trasmissione aerea, sono disponibili stanze dotate di propri servizi igienici e con la possibilità di ottenere almeno 6 ricambi d'aria per ora nelel quali il degente può essere isolato;
- nei casi in cui sia richiesto isolamento stretto, sono disponibili stanze dotata di propri servizi igienici, e con la possibilità di ottenere almeno 6 ricambi d'aria per ora e la presenza di apposito filtro nelle quali il degente può essere isolato.

7.19. Nei casi in cui sia stato predisposto per i degenti isolamento enterico, respiratorio o stretto, è previsto:

- adeguata segnalazione fuori dalla camera di degenza;
- la fornitura di presidi protettivi anche per i visitatori;
- la limitazione del flusso di visitatori;

- la sorveglianza sanitaria in caso di esposizione a materiale biologico;
- adeguate istruzioni, preferibilmente scritte, per la gestione del paziente a domicilio.

7.20. Le procedure per la protezione dagli incidenti occupazionali per esposizione a materiali biologici sono state previste anche per i visitatori.

7.21. E' stata formalizzata l'informazione alle unità operative dell'azienda sanitaria in merito a:
- patologie infettive e contagiose che richiedono notifica alla Unità Sanitaria Locale;
- modalità di notifica e segnalazione dei casi.

7.22. L'Azienda Sanitaria dispone di:
- personale sanitario, anche in consulenza, con documentata esperienza per la diagnosi clinica delle patologie infettive e contagiose;
- adeguato supporto, anche in convenzione, da parte del servizio di microbiologia e del laboratorio di sierologia;
- personale sanitario, anche in consulenza, con documentata e adeguata esperienza per la terapia delle patologie infettive e contagiose, o, in alternativa, protocolli scritti.

c) **Requisiti per il controllo delle infezioni ospedaliere**

7.23. E' attivata nell'ambito del Servizio di Prevenzione e Protezione una unità operativa con le funzioni di coordinamento delle attività di prevenzione e protezione relative alle attività connesse al controllo delle infezione ospedaliere.

7.24. E' stata formalizzata la costituzione di un Comitato multidisciplinare che, di concerto con l'Unità Operativa specifica prevista all'interno del Servizio di Prevenzione e Protezione, partecipi alla elaborazione del programma per la sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni.

7.25. I membri del Comitato includono rappresentanti almeno dello staff medico, infermieristico, amministrativo e del Servizio di Prevenzione e Protezione.

7.26. E' prevista la partecipazione al comitato del servizio di sterilizzazione, del servizio dietetico, dell'ufficio tecnico, della farmacia e della sala operatoria, almeno su base consultiva.

7.27. Risulta da adeguata formalizzazione la riunione almeno trimestrale del Comitato.

7.28. Risultano formalizzate le modalità di utilizzo da parte della Unità Operativa dei componenti del Comitato per lo svolgimento delle attività di sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni.

7.29. Il Comitato include una figura con speciale conoscenza, interesse ed esperienza nel controllo delle infezioni.

7.30. Esiste una documentazione in grado di dimostrare che le figure addette hanno ricevuto educazione, formazione e tirocinio relativi alla sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni.

7.31. Esiste una valutazione da cui risulta che la quantità di tempo che le figure addette dedicano alla sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni è correlata alle necessità dell'ospedale, come stabilito dal Comitato.

7.32. Nell'ambito dell'attività del Servizio di Prevenzione e Protezione, avvalendosi del Comitato di cui sopra:

- è stato predisposto un programma efficace, esteso a tutto l'ospedale, per la sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere;
- sono stati organizzati i presupposti strutturali e procedurali che permettono di rendere efficace il programma;
- è stata definita la procedura per la raccolta e l'analisi dei dati sulle infezioni ospedaliere.

7.33. In particolare:

- è disponibile un adeguato supporto di laboratorio, soprattutto microbiologico e sierologico;
- è disponibile un adeguato sistema informativo e statistico che permette la raccolta continuativa dei dati sulle infezioni ospedaliere (utilizzando, quando necessario, tassi stratificati per rischio di infezione e studi ad hoc) con l'obiettivo di valutare l'effetto delle strategie di intervento;
- esiste la disponibilità di sufficienti strumenti e materiali per la prevenzione delle infezioni nei reparti di assistenza;
- è assicurata una attività di consulenza sulle metodiche per l'uso di tutte le attrezzature e materiali utilizzati per la sterilizzazione, disinfezione e decontaminazione;

7.34. Sono formalizzate le valutazioni e proposte del Comitato all'Unità Operativa competente in merito ad interventi atti a prevenire o controllare le infezioni, sulla base dei dati di sorveglianza e sul rischio di infezioni nei pazienti e nel personale.

**REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI**

0.1. Esiste documentazione predisposta dai servizi tecnici incaricati relativa alle procedure per gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria della struttura e degli impianti?

0.2. Esiste un responsabile per gli interventi di manutenzione della struttura e degli impianti?

0.3. Il personale è a conoscenza delle modalità di attivazione delle procedure per gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria delle struttura e degli impianti?

0.4. Esiste dichiarazione del rispetto dei requisiti in materia di barriere architettoniche?

0.5. La struttura dispone di una adeguata segnaletica di orientamento esterna ed interna?

## 1) REQUISITI STRUTTURALI

a) Indicazioni generali di localizzazione e progettazione

a.1. La struttura è inserita in contesto urbanistico con aree residenziali/commerciali al contorno e, tramite la rete viaria, è situata in zona baricentrica rispetto al bacino di utenza.

a.2. La struttura è raggiungibile dai mezzi di trasporto pubblico con percorsi di accesso privi di barriere architettoniche.

a.3. L'area nella quale la struttura sanitaria è localizzata contiene al suo interno, oltre agli edifici sanitari propriamente detti, tutte le strutture edilizie di supporto ad essi (servizi generali, magazzini, depositi, spogliatoi, locali tecnici, ecc.),

a.4. L'area nella quale la struttura sanitaria è localizzata presenta la rete viaria di collegamento e le zone di parcheggio differenziate per utenti esterni e per utenti interni;

a.5. Il numero di parcheggi disponibili di pertinenza, o in aree adiacenti, è pari ad almeno ½ posto auto per ogni utente/degente/ospite, contestualmente presente nella struttura;

a.6. I percorsi orizzontali e verticali interni alla struttura sono suddivisi in: percorsi di interesse generale e percorsi di interesse locale, individuati da idonea segnaletica di orientamento alle aree funzionali del presidio;

a.7. La vetustà media degli elementi strutturali sostituibili (pavimenti, rivestimenti, serramenti) è:

a.7.1 inferiore a 20 anni?
a.7.2 compresa tra 20 e 30 anni?
a.7.3 superiore a 30 anni?

a.8. La vetustà media delle attrezzature è:

a.8.1 inferiore a 5 anni?
a.8.2 inferiore a 8 anni ?
a.8.3 inferiore a 10 anni?

a.9. Esiste per la progettazione ed edificazione della struttura sanitaria, una dichiarazione attestante che si è fatto riferimento alle norme urbanistiche, edilizie e di sicurezza vigenti.

a.10. Esiste una dichiarazione attestante l'ottenimento di tutte le approvazioni da parte delle competenti autorità (Ente Regione, Comando dei VV.FF., Comuni, Azienda Sanitaria Locale, Ente Provincia, Sovrintendenza ai Beni Ambientali, Culturali, ecc.).

b) Protezione radiazioni ionizzanti

b.1. Esiste una dichiarazione attestante che per l'impiego di apparecchi o di sostanze che possono generare radiazioni ionizzanti sono osservate le prescrizioni di legge di cui al Decreto Legislativo 17.3.1995 n. 230 e successive norme attuative.

c) Tutela dall'inquinamento acustico

c.1. Esiste una dichiarazione attestante che la tutela dell'inquinamento acustico è assicurata secondo le modalità e le prescrizioni della Legge 26.10.1995 n. 447 e delle successive norme attuative.

d) Tutela dall'inquinamento elettromagnetico

d.1. Esiste una dichiarazione attestante che la tutela dall'inquinamento elettromagnetico è assicurata secondo quanto stabilito dal Decreto Legislativo 4.12.1992 n. 476 "Attuazione della Direttiva 89/336/CEE del Consiglio del 3 maggio 1989, in materia di riavvicinamento delle legislazioni degli Stati membri relative alla compatibilità elettromagnetica, modificata dalla direttiva 92/31/CEE del Consiglio del 29 aprile 1992.

e) Locali, vie di circolazione e di passaggio

e.1. Esiste una dichiarazione attestante:

e.1.1. che le dimensioni sono anche rispondenti a quanto indicato al Titolo II “Luoghi di lavoro” del d.lgs 626/1994 e successive modificazioni, nonchè alla legge n. 13 del 9/1/1989 “Disposizioni per favorire il superamento e l’eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati”, del Decreto attuativo DM 236 del 14.6.1989 nonchè del D.P.R. n. 503 “Regolamento recante norme per l’eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici, locali, e servizi publici.”;

e.1.2. che in ogni caso le vie di circolazione e di passaggio hanno larghezza adeguata al passaggio di ti e barelle senza creare intralci alla circolazione, con adeguati spazi di manovra in corrispondenza degli ingressi alle camere di degenza o ad altri locali di cura, trattamento e servizio.

f) Sicurezza antincendio.

f.1. Esiste una dichiarazione attestante che la sicurezza antincendio è assicurata ai sensi della normativa vigente e secondo le prescrizioni dei Comandi provinciali dei VVF e riguarda tutti gli ambienti della struttura.

g) Caratteristiche dei materiali

g.1. Esiste una dichiarazione attestante:

g.1.1 che tutti gli ambienti hanno pavimenti e pareti lavabili e disinfettabili in funzione della loro destinazione d’uso e che ove necessario sono realizzati angoli arrotondati tra parete e pavimento;

g.1.2 che le sale operatorie, le sale parto e qualunque altro ambiente dove si faccia uso di gas medicali, hanno pavimenti antistatici, e le aree di lavoro dei laboratori o del servizio farmaceutico hanno superfici resistenti agli acidi, agli alcali, ai solventi organici ed al calore;

g.1.3 che tutti i materiali, gli elementi di partizione interna e gli arredi garantiscono la conformità con le prescrizioni previste dalla legge in materia di protezione dalle radiazioni ionizzanti e di sicurezza antincendio.

**2) REQUISITI TECNOLOGICI**

a) Impianto idrico

Esiste una dichiarazione attestante che:

a.1 per le strutture sanitarie che provvedono all'assistenza in regime di ricovero /residenzialità socio-sanitaria, è assicurata una dotazione idrica giornaliera minima di acqua potabile non inferiore a 200 litri per posto-letto;

a.2 che tali strutture dovranno essere dotate di una riserva idrica corrispondente almeno al 50% del fabbisogno complessivo di 1 giorno e realizzata mediante serbatoio nei quali sia assicurato un sufficiente ricambio giornaliero.

**b)** Smaltimento dei rifiuti liquidi

b.1 Esiste una dichiarazione attestante che i rifiuti liquidi che non possono essere convogliati nella rete di fognatura cittadina sono sottoposti a trattamento completo, ivi compresa la disinfezione, secondo quanto disposto dalla Legge 10 maggio 1976 n. 319 "Norme per la tutela delle acque dall'inquinamento", tenuto conto della Legge 8 ottobre 1976 n. 690 "Conversione in legge, con modificazioni del decreto legge 10 agosto 1976 n. 544", concernente la proroga dei termini di cui agli articoli 15, 17 e 18 della Legge 10 maggio 1976 n. 319, recante norme per la tutela delle acque dall'inquinamento e della delibera 30 dicembre 1980 del Comitato Interministeriale "Direttive per la disciplina degli scarichi delle pubbliche fognature e degli insediamenti civili che non recapitano in pubbliche fognature", nonché della normativa integrativa regionale e locale.

c) Smaltimento rifiuti solidi

c.1 Esiste una dichiarazione attestante che per quanto riguarda lo smaltimento dei rifiuti solidi, si risponde all’obbligo di quanto indicato nel d.lgs n. 22 del 5.2.1997 e successive modifiche.

d) Smaltimento rifiuti radioattivi

d.1 Esiste una dichiarazione attestante che i rifiuti radioattivi sono smaltiti secondo quanto disposto dal DPR 14 gennaio 1972 n. 4 "Trasferimento alle Regioni a statuto ordinario delle funzioni amministrative statali di assistenza sanitaria ed ospedaliera e dei relativi personali ed uffici" ed in conformità al Decreto Legislativo 17 marzo 1995 n. 230 "Attuazione delle Direttive Euratom 80/836, 84/467, 84/466, 89/618, 90/641, 92/3 in materia di radiazioni ionizzanti".

e) Impianti elettrici

e.1 Esiste una dichiarazione attestante :

e.1.1 che gli impianti elettrici sono realizzati nel rispetto della vigente normativa di legge e conformi alle norme di buona tecnica sulla base della indicazione di principio della legge 1 marzo 1968, n. 186 "Disposizioni concernenti la produzione di materiali, apparecchiature, macchinari, installazioni ed impianti elettrici ed elettronici", principio ribadito dalla legge 5 marzo 1990, n. 46 "Norme per la sicurezza degli impianti";

e.1.2 che i componenti elettrici degli impianti sono conformi a quanto disposto dalla legge 18 ottobre 1977, n. 791 "Attuazione della direttiva del consiglio delle comunità europee (73/23 CEE) relativa alle garanzie di sicurezza che deve possedere il materiale elettrico destinato ad essere utilizzato entro taluni limiti di tensione";

e.1.3 che per quanto riguarda gli impianti il cui funzionamento è ritenuto strettamente indispensabile per l'incolumità del paziente (complesso operatorio, sale parto, unità di rianimazione e terapia intensiva, unità di dialisi, frigoemoteca, ecc.) e l'impianto di illuminazione di emergenza, è prevista la possibilità in caso di interruzione dell'alimentazione elettrica, dell'automatica ed immediata disponibilità di energia elettrica adeguata ad assicurare almeno il funzionamento delle attrezzature e servizi che non possono rimanere inattivi nemmeno per brevissimo tempo, in conformità alle disposizioni delle norme CEI 64-4 cap. 5.

f) Protezione scariche atmosferiche

f.1 Esiste una dichiarazione attestante :

f.1.1 che le strutture sanitarie sono protette dai fulmini nel rispetto delle disposizioni di legge;

f.1.2 che gli impianti di protezione dalle scariche atmosferiche sono realizzati secondo le norme di buona tecnica come ad esempio la Norma CEI 81-1: "Protezione di strutture contro i fulmini".

g) Apparecchi elettromedicali

g.1 Esiste una dichiarazione attestante che gli apparecchi elettromedicali, sulla base della indicazione di principio della legge 1 marzo 1968 devono sono rispondenti alla vigente normativa di legge e conformi alle norme di buona tecnica, come ad esempio le norme:
CEI 62.0 "Guida alle prove di accettazione, all'uso e alle verifiche periodiche di sicurezza di apparecchi elettromedicali in locali adibiti ad uso medico";
CEI 64.4 "Impianti elettrici in locali adibiti ad uso medico",
CEI 64.13 "Guida alle norme CEI 64.4".

h) Illuminazione artificiale

h.1 Esiste una dichiarazione attestante che l'illuminazione degli interni, con luce artificiale, risponde a criteri di buona tecnica (norma UNI 10380).

i) Impianti termici e di condizionamento

i.1 Esiste una dichiarazione attestante:

i.1.1 che gli impianti termici e di condizionamento sono realizzati nel rispetto della regola dell'arte e secondo quanto disposto dalla legge 9 gennaio 1991, n. 10 "Norme per l'attuazione del piano energetico nazionale in materia di uso razionale dell'energia" e successivi Decreti attuativi e assicurano idonee condizioni microclimatiche tenendo conto delle caratteristiche climatiche locali;

i.1.2 che la temperatura dell'aria non è inferiore a 20°C per le sale di degenza e di soggiorno e a 22°C per le sale di visita e medicazione;

i.1.3 che la purezza dell'aria immessa dagli impianti di condizionamento è assicurata con idonea filtrazione in conformità alle indicazioni delle Norme UNI 10339: "Impianti aeraulici ai fini di benessere - Generalità, classificazione e requisiti";

i.1.4 che nei settori funzionali destinati a specifiche attività sono assicurate proprietà termiche, igrometriche e di ventilazione in relazione alle particolari esigenze dei locali, in conformità alle indicazioni sulle condizioni microclimatiche riportate nei requisiti tecnologici specifici;

i.1.5 in relazione ai parametri di ricambio aria/ora, si precisa che il ricircolo totale o parziale di aria esterna è consentito ove non diversamente specificato nel presente documento.

j) Impianti di distribuzione dei gas

Gas medicali

j.1 Esiste una dichiarazione attestante :

j.1.1 che nelle strutture sanitarie che ricoverano malati in forma acuta, la distribuzione dei gas medicali deve essere effettuata con impianto centralizzato e le relative tubazioni devono essere ubicate in apposite e distinte sedi, facilmente ispezionabili e sezionabili realizzate con accorgimenti atti ad evitare erronei collegamenti e senza interferire con altre reti;

j.1.2 che nelle strutture esistenti, nelle more della realizzazione dell'impianto centralizzato e comunque in caso di emergenza, può essere consentita l'utilizzazione di dispositivi mobili con carrelli all'uopo predisposti, atti ad assicurare la stabilità dei recipienti di gas medicali compressi;

j.1.3 che vi è rispondenza piena ai dettati della Circolare Ministeriale n.5 del 14.3.89 che disciplina la materia della esposizione professionale ad anestetici in sala operatoria.

Si precisa che le bombole devono essere contenute in un apposito locale aerato, dotato di dispositivi di tenuta delle bombole, in ogni caso in conformità alle vigenti normative di sicurezza e prevenzione incendi.

Gas combustibili

j.2 Esiste una dichiarazione attestante che la distribuzione dei gas combustibili deve avvenire nel rispetto del disposto della legge 16 dicembre 1971 n. 1083 "Norme per la sicurezza di impiego del gas combustibile" e dei decreti aggiuntivi ed in conformità alle norme di prevenzioni incendi".

l) Impianti ed apparecchi a pressione

l.1 Esiste una dichiarazione attestante che gli impianti e gli apparecchi a pressione sono realizzati e mantenuti in esercizio secondo le norme di prevenzione infortuni desumibili dal Regio Decreto 12 maggio 1927, n. 824 "Approvazione del regolamento per l'esecuzione del R.D. 9 luglio 1926, n. 1331 che costituisce l'Associazione Nazionale per il Controllo della combustione" e dei successivi decreti modificativi ed integrativi con le specificazioni tecniche applicative.

m) Impianti elevatori

m.1 Esiste una dichiarazione attestante :

m.1.1 che negli edifici a più piani sono previsti elevatori in numero adeguato ai flussi di traffico e comunque separati per lettighe ed ammalati, per visitatori, per materiale pulito e vitto, per materiale sporco;

m.1.2 che, in relazione alla capacità ed alla tipologia della struttura, anche in situazioni di ridotto flusso di traffico, i collegamenti verticali sono funzionalmente organizzati con almeno 3 impianti elevatori di cui, nelle strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti, almeno 1 per lettighe;

m.1.3 per il solo trasferimento degli utenti/degenti/ospiti e visitatori il numero di ascensori presenti nel presidio corrisponde almeno a: ((numero potenziale massimo utenti/degenti/ospiti):100) + 1.
(arrotondato in difetto per decimali inferiori a 0,5)

m.1.4 che almeno un elevatore (ascensore o montalettighe in relazione all’utenza) possiede le caratteristiche per il trasporto di persone portatrici di handicap;

m.1.5 l’impianto per le strutture di ricovero e cura è idoneo anche al trasporto di lettighe.

n) Manutenzione degli impianti

n.1 Esiste una dichiarazione attestante:

n.1.1 che gli impianti, gli apparecchi, le attrezzature e le macchine, sono sottoposti a manutenzione ordinaria e straordinaria secondo le indicazioni dei costruttori, delle norme di buona tecnica e di legge;

n.1.2 che l’effettuazione degli interventi e le indicazioni che ne derivano sono riportati su apposito documento.

## AMBULATORI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Gli obiettivi dell'ambulatorio riflettono il suo ruolo ed identificano la "mission" dello stesso. Costituiscono la base per la pianificazione, la messa in atto e valutazione delle attività erogate.

A.1 Esiste un documento in cui il Servizio di assistenza specialistica definisce ed esplicita:
A.1.2 i propri obiettivi generali?
A.1.3 i propri obiettivi specifici?

A.2 Gli obiettivi del Servizio sono:

A.2.1 - basati su specifici bisogni (domanda) presente nella popolazione e/o su mandato istituzionale?
A.2.2 - collegati ad indicatori e standard?
A.2.3 - contengono la definizione di tempi e risorse necessarie al loro perseguimento?
A.2.4 - sono integrati nel piano generale dell'organizzazione di appartenenza ove essa esiste ?

A.3 Gli obiettivi sono orientati a garantire:

A.3.1 - la qualità tecnica delle prestazioni?
A.3.2 - la qualità organizzativa del servizio?
A.3.3 - il buon uso delle risorse?

A.4 Gli obiettivi sono misurabili mediante:

A.4.1 - indicatori di risorse
A.4.2 - indicatori di attività
A.4.3 - indicatori di efficienza
A.4.5 - indicatori di efficacia

A.5 Gli obiettivi sono stati definiti con il contributo di tutto il personale del Servizio?

A.6. Gli obiettivi sono riesaminati periodicamente?

A.7 L’attività di valutazione degli obiettivi è svolta con la partecipazione degli operatori interessati?

A.8 E’ definito e documentato annualmente il piano di attività del Servizio?

A.9 Il piano delle attività esplicita:

A.9.1 le attività esistenti
A.9.2 il volume delle attività previsto
A.9.3 le modalità organizzative
A.9.4 i tempi di realizzazione
A.9.5 le risorse necessarie
A.9.6 le risorse disponibili
A.9.7 la dotazione di attrezzature
A.9.8 i risultati attesi
A.9.9 indicatori per la valutazione delle attività?

A.10 Esistono strumenti informativi sintetici sui servizi erogati contenenti:

A.10.1 prestazioni erogabili;
A.10.2 orari ed organizzazione fruibile;
A.10.3 modalità di prenotazione ed accesso;
A.10.4 modalità di comunicazione all’utente delle informazioni che lo riguardano;
A.10.5 facilities (telefono, fax, internet, ecc.)?

A.11 E’ stato definito un metodo integrato con quello dell’Azienda per raccogliere elementi sulla soddisfazione degli utenti (questionari, reclami, suggerimenti, ecc.)?

A.12 All’utente vengono fornite le informazioni necessarie all’erogazione delle prestazioni?

A.13. L’organico del personale:

A.13.1. definisce il numero e le tipologie delle diverse figure professionali?
A.13.2. individua lo specialista responsabile di ciascuna attività clinica svolta?

A.14 Il personale è rapportato ai volumi ed alle tipologie delle attività previste, secondo criteri specificati per le singole modalità erogative o prestazioni?

A.15 Esiste un documento in cui viene definita la programmazione e le caratteristiche di impiego di personale in termini numerici (equivalenti a tempo pieno) per ciascuna professione o qualifica professionale, e per posizione funzionale?

A.16 E' stato predisposto un sistema di controllo di gestione con l'individuazione dei responsabili dei centri di costo?

**STRUTTURA**

A.17 Esiste documentazione che la struttura e gli impianti sono a norma di legge?

A.18 Esiste documentazione relativa alle procedure per gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria della struttura e degli impianti?

A.19 Esiste un responsabile per gli interventi di manutenzione della struttura e degli impianti?

A.20 Il personale è a conoscenza delle modalità di attivazione delle procedure per gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria della struttura e degli impianti?

A.21 Sono rispettati i requisiti in materia di barriere architettoniche, accessi e sicurezza?

A.22 La struttura dispone di una adeguata segnaletica di orientamento esterna ed interna?

**ATTREZZATURE**

A.23 La dotazione tecnologica del Servizio è correlata alla tipologia ed al volume delle attività erogate?

**FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO**

A.24 E' predisposto un piano di formazione ed aggiornamento del personale?

A.25 Esiste documentazione scritta di tutti i programmi di formazione attuati all'interno del Servizio?

A.26 Esistono dati sulla partecipazione alle riunioni interne e sulla frequenza all'aggiornamento esterno?

**VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO**

A.27 E’ definito e documentato un programma per il miglioramento continuo della qualità del servizio?

A.28 Il documento della qualità del servizio viene aggiornato periodicamente sulla base delle necessità dell’utente e dei risultati dell’attività di valutazione predisposte dal servizio?

A.29 Esistono attività di VRQ, di cui tutto il personale deve essere a conoscenza?

A.30 Esistono sistemi di monitoraggio delle attività con un adeguato sistema di indicatori relativi a:

A.30.1 Risorse (personale, strutture e attrezzature)?
A.30.2 Produttività di efficienza operativa?

A.31 Esiste documentazione sui cambiamenti derivati dalle attività di valutazione?

A.32 Esiste un sistema di raccolta degli elementi sulla soddisfazione degli utenti (questionari, reclami, ecc.)?

# SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO

## A. Direzione generale

L'attività di medicina di laboratorio fornisce informazioni ottenute con metodi chimici, fisici e biologici su tessuti o liquidi di origine umana o su materiali connessi alla patologia umana, ai fini della prevenzione, della diagnosi, del monitoraggio della terapia e del decorso della malattia e ai fini della ricerca. Può fornire consulenza su quesiti clinici ed epidemiologici in relazione alle specifiche problematiche di laboratorio.

Gli obiettivi del Servizio riflettono il suo ruolo e identificano la "mission" dello stesso. Costituiscono la base per la pianificazione, la messa in atto e valutazione di tutte le attività del Servizio.

A.1 Esiste un documento in cui il laboratorio definisce ed esplicita i propri obiettivi ?

A.2 Gli obiettivi sono:

A.2.1. - basati su specifici bisogni presenti nella popolazione e/o su mandato istituzionale ?
A.2.2. -collegati ad indicatori e standard?
A.2.3. -contengono la definizione di tempi e risorse necessarie al loro perseguimento?
A.2.4. - integrati nel piano generale dell'organizzazione di appartenenza ove esista?
A.2.5. - basati su indagini di soddisfazione dell'utente e dell'operatore anche in merito a misure di sicurezza?

A.3 Gli obiettivi sono volti a garantire:

A.3.1. - la soddisfazione e la sicurezza dell'utente e dell'operatore ?
A.3.2. - la qualità tecnica delle prestazioni intesa come qualità analitica e procedure di validazione dei risultati?
A.3.3. - la qualità dell'organizzazione?

A.4 Gli obiettivi del Servizio sono a conoscenza:

A.4.1. - di tutto il personale del Servizio e di tutti gli operatori dell'azienda in cui è inserito il Servizio?

A.4.2. - di tutti i potenziali utilizzatori del servizio?

A.5. Gli obiettivi del Servizio sono stati discussi in conferenza di Servizio con tutte le componenti del servizio stesso?

A.6 Per ogni obiettivo sono stati individuati opportuni indicatori quali:

A.6.1. indicatori di risorse?
A.6.2. indicatori di attività?
A.6.3. indicatori di efficienza?
A.6.4. indicatori di efficacia?

A.7 Gli obiettivi ed il loro grado di raggiungimento sono riesaminati:

A.7.1. ogni quanto tempo?
A.7.2. qualora se ne presenti la necessità?
A.7.3. apponendo interventi correttivi adeguati e documentati, in caso il riesame individui eventuali scostamenti?

A.8 Il laboratorio promuove iniziative in accordo con i clinici per la definizione di profili di esami per le specifiche esigenze cliniche ed epidemiologiche individuando percorsi diagnostici e di monitoraggio?

A.9 Ogni esame di laboratorio è periodicamente sottoposto ad uno studio tendente a valutarne i costi, l'aggiornamento della competenza necessaria e, là dove possibile, l'efficacia, l'efficienza?

A.10 Il laboratorio valuta e seleziona i metodi analitici più appropriati per le singole esigenze?

A.11 Il laboratorio garantisce la correttezza temporale, di finalità e di tecnica degli esami eseguiti?

A.12 Sono esplicitamente indicati quali esami il laboratorio decide di non eseguire direttamente e a quali laboratori richiedere tali prestazioni?

A.13. Esiste un documento, che chiarisce l'organizzazione generale della struttura, l'eventuale articolazione in dipartimenti, unità operative ecc., i relativi responsabili e le interrelazioni esistenti?

A.14. E' individuato l'organigramma del laboratorio con la sua articolazione ed i rispettivi responsabili?

A.15. Il laboratorio ha definito nel registro delle prestazioni di diagnostica di laboratorio le modalità di erogazione del servizio nonché le prestazioni e le altre attività erogate?

A.16. In che modo la Direzione del servizio assicura che gli obiettivi siano portati a conoscenza delle altre unità operative ove esistenti e delle organizzazioni esterne rappresentative degli utenti e della popolazione ?

A.17. Il laboratorio ha definito un piano di lavoro annuale congruente ed integrato, ove necessario, con quello generale dell'Azienda?

A.17.1. Il Piano di lavoro contiene:

A.17.1.1. la pianificazione delle attività volte a raggiungere gli obiettivi prefissati?
A.17.1.2. l'identificazione dei soggetti coinvolti nella pianificazione?
A.17.1.3 i responsabili delle suddette attività?
A.17.1.4. le risorse assegnate?

A.17.2. Sono previste, a scadenze programmate, attività di verifica dello svolgimento e della realizzazione del piano?

A.18. Esiste una procedura di gestione dei reclami, integrata con quella dell'azienda, che preveda indagini periodiche per verificare il grado di soddisfazione degli utenti?

A.19. Il laboratorio possiede e rende disponibili i seguenti documenti:

A.19.1. una raccolta aggiornata delle istruzioni particolari la preparazione del paziente e la corretta raccolta dei campioni biologici?
A.19.2. una raccolta aggiornata delle informazioni o precauzioni particolari da adottare destinate ai prelevatori o personale adibito all'accettazione dei campioni?

A.20. Per quanto concerne il pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria esistono:

A.20.1. informazioni sulle tariffe delle prestazioni?
A.20.2. informazioni e facilitazioni sulle modalità di pagamento?
A.20.3. informazioni dettagliate sul ritiro dei referti?

A.21. E' stato predisposto un sistema per il controllo di gestione con l'individuazione dei responsabili ed eventualmente dei centri di costo interni al laboratorio?

A.22. Sono indicati i responsabili della gestione dei reagenti, dei farmaci e delle sostanze pure?

**B. CAPACITA' OPERATIVE**

B.1. Quante prestazioni svolge annualmente il laboratorio complessivamente?

B.2. Quante prestazioni svolge annualmente il laboratorio per ogni settore specializzato autorizzato?

**C. STRUTTURE**

C.1. La struttura è adeguata al numero di utenti serviti in modo da consentire un razionale flusso di accesso e di uscita?

C.2 Le strutture e l'impiantistica (ambienti, alimentazione elettrica, scarichi ecc.) sono adeguate alle prestazioni erogate?

C.3 Sono rispettati i requisiti in materia di barriere architettoniche, accessibilità, sicurezza?

C.4 E' presente la relativa documentazione della messa a norma degli impianti?

C.5 Esiste la documentazione relativa alla manutenzione ordinaria e straordinaria degli impianti con indicazione dei responsabili ?

**D. ATTREZZATURE**

D.1. La dotazione tecnologica del servizio di medicina di laboratorio deve essere correlata alla tipologia e al volume delle attività erogate nonché corrispondere agli standard di qualità previsti dallo specifico provvedimento regionale.

**E. FORMAZIONE**

E.1. E' documentata l'attività di aggiornamento/formazione continua del personale?

E.1.1. E' predisposto un piano annuale di formazione del personale?
E.1.2. E' nominato un responsabile del coordinamento delle attività di formazione?
E.1.3 Il laboratorio possiede adeguati strumenti per la formazione e la ricerca (libri, riviste,ecc.).

E.2 Il laboratorio svolge e promuove attività di ricerca clinica?

## F. VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO

F.1. E' stilato un documento che delinea il piano per la qualità del Servizio, integrato in quello generale dell'azienda, ove esista?

F.2. E' individuato un Responsabile del coordinamento e della promozione della qualità del Servizio?

F.3. Sono documentate le iniziative di valutazione e miglioramento della qualità predisposte dal Servizio per le attività interne ed esterne di monitoraggio e prevenzione?

F.3.1. Tali iniziative sono rivolte sia alle fasi preanalitiche, che a quelle analitiche e post-analitiche?

F.4. Sono individuate e documentate le modalità e le responsabilità di validazione del referto?

F.5. Il controllo di qualità interno è svolto per tutti gli analiti il cui risultato viene espresso in termini quantitativi sotto forma di un valore numerico che rappresenti una variabile continua, e per i quali esista allo stato dell'arte un adeguato materiale di controllo?

F.6. Sono documentati le modalità di attuazione ed i criteri decisionali del controllo di qualità interno, nonché gli interventi correttivi messi in atto nei casi di non conformità?

F.7. L'archiviazione è relativa ai dati originali del controllo di qualità e alla relativa elaborazione?

F.8. Il laboratorio partecipa a programmi di Valutazione Esterna di Qualità promossi dalla Regione o, in assenza di questi a programmi validati a livello nazionale o internazionale?

F.9. Sono documentate le eventuali azioni correttive per quanto concerne i risultati dei suddetti programmi di valutazione esterna?

## G - PROCEDURE

G.1. Esistono procedure documentate generali di lavoro per:

G.1.1. il riconoscimento dei clienti?
G.1.2. l'identificazione dei campioni?
G.1.3. il trasferimento del materiale biologico dalle zone di prelievo al laboratorio?

G.1.4. i processi di sanificazione (pulizia ambiente, procedure di disinfezione e di sterilizzazione, decontaminazione ecc.)?

G.2. Esistono procedure analitiche documentate per:

G.2.1. la preparazione dell'utente agli esami?
G.2.2. la modalità di raccolta, trasporto e conservazione del campione?
G.2.3. la descrizione del metodo analitico impiegato, con l'indicazione della sua imprecisione (per gli analiti a cui è applicato il controllo di qualità interno)?
G.2.4. l'esecuzione degli esami?
G.2.5. la modalità di compilazione, trasmissione e consegna dei referti?

G.3. Le procedure garantiscono:

G.3.1. l'identificazione univoca e continuativa nel tempo del paziente?
G.3.2. l'anagrafica completa dei dati necessari anche alla gestione amministrativa?
G.3.3. l'identificazione univoca dei campioni?
G.3.4. l'archiviazione come da indicazioni del presente provvedimento?
G.3.5. la garanzia di riservatezza delle informazioni?

## ATTIVITA' DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Le strutture di diagnostica per immagini svolgono indagini strumentali ai fini diagnostici e/o di indirizzo terapeutico, utilizzando sorgenti esterne di radiazioni ionizzanti e altre tecniche di formazione dell'immagine.

Gli obiettivi del Servizio riflettono il suo ruolo e identificano la "mission" dello stesso.Costituiscono la base per la pianificazione, la messa in atto e valutazione di tutte le attività del Servizio.

D.0. Esiste un documento in cui il Servizio di diagnostica per immagini definisce ed esplicita:
D.0.1 i propri obiettivi generali?
D.0.2. i propri obiettivi specifici?

D.1. Il documento è stato recepito dalla Direzione Generale dell'Azienda?

D.2 Gli obiettivi del Servizio sono:

D.2.1. - basati su specifici bisogni (domanda) presente nella popolazione e/o su mandato istituzionale?
D.2.2. - collegati ad indicatori e standards?
D.2.3. - contengono la definizione di tempi e risorse necessarie al loro perseguimento?
D.2.4. - sono integrati nel piano generale dell'organizzazione di appartenenza?

D.3 Gli obiettivi sono volti a garantire:

D.3.1 - la soddisfazione e la sicurezza dell'utente e dell'operatore?
D.3.2 - la qualità tecnica delle prestazioni ?
D.3.3 - la qualità organizzativa del servizio?
D.3.4 - il buon uso delle risorse?

D.4 Gli obiettivi sono misurabili mediante:

D.4.1 - indicatori di risorse?
D.4.2 - indicatori di attività?
D.4.3 - indicatori di efficienza?
D.4.4 - indicatori di efficacia?

D.5 Gli obiettivi sono comunicati e spiegati:

D.5.1 - a tutto il personale del Servizio?
D.5.2 - al personale di altri Servizi coinvolti?

D.6 Gli obiettivi sono stati definiti:

D.6.1 con il contributo di tutto il personale del Servizio?
D.6.2 con il contributo di altri Servizi coinvolti?

D.7 Gli obiettivi generali e il loro grado di raggiungimento sono riesaminati:

D.7.1 ogni quanto tempo?
D.7.2 qualora se ne presenti la necessità?
D.7.3 apponendo interventi correttivi adeguati e documentati, in caso il riesame individui eventuali scostamenti?

D.8 Gli obiettivi specifici sono riesaminati annualmente e comunque quando necessario?

D.9 L'attività di valutazione degli obiettivi è svolta con la partecipazione degli operatori interessati?

D.10 E' definito e documentato annualmente il piano di attività del Servizio?

D.11 Il piano delle attività esplicita:

D.11.1 le attività esistenti?
D.11.2 il volume delle attività previsto?
D.11.3 le modalità organizzative?
D.11.4 i tempi di realizzazione?
D.11.5 le risorse necessarie?
D.11.6 le risorse disponibili?
D.11.7 la dotazione di attrezzature?

D.11.8 i risultati attesi?
D.11.9 indicatori per la valutazione delle attività?

D.12 Esistono strumenti informativi sintetici sui servizi erogati contenenti:

D.12.1 prestazioni erogabili?
D.12.2 orari ed organizzazione fruibile?
D.12.3 modalità di prenotazione ed accesso?
D.12.4 modalità di comunicazione all'utente delle informazioni che lo riguardano?
D.12.5 facilities (telefono, fax, internet, ecc.)?

D.13 E' stato definito un metodo integrato con quello dell'Azienda per raccogliere elementi sulla soddisfazione degli utenti (questionari, reclami, suggerimenti, ecc.)?

D.14 La Direzione della struttura ha definito l'articolazione organizzativa interna?

D.15 Sono definiti il numero e le tipologie delle diverse figure professionali?

D.16 Il personale è rapportato ai volumi ed alle tipologie delle attività previste, secondo criteri specificati per le singole modalità erogative o prestazioni?

D.17 Esiste un documento in cui viene definita la programmazione e le caratteristiche di impiego di personale in termini numerici (equivalenti a tempo pieno) per ciascuna professione o qualifica professionale, e per posizione funzionale?

D.18 Esistono protocolli o linee guida scritte per lo svolgimento delle principali attività del Servizio in rapporto alla generale operatività del Servizio?

D.19 E' stato predisposto un sistema di controllo di gestione con l'individuazione dei responsabili dei centri di costo?

D.20 Sono stabilite relazioni funzionali tra le varie articolazioni organizzative interne della Struttura?

D.21 Esiste un documento, in caso di effettuazione procedure invasive e/o cruente, che indichi adeguate modalità di approvvigionamento, disinfezione e/o sterilizzazione degli strumenti impiegati?

**STRUTTURA**

D.22 Esiste documentazione che la struttura e gli impianti sono a norma di legge relativamente a:

D.22.1 impianto elettrico?
D.22.2 sicurezza antincendio?
D.22.3 impianto termico?
D.22.4 impianto di condizionamento?

D.23 Esiste documentazione relativa alle procedure per gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria della struttura e degli impianti?

D.24 Esiste un responsabile per gli interventi di manutenzione della struttura e degli impianti?

D.25 Il personale è a conoscenza delle modalità di attivazione delle procedure per gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria della struttura e degli impianti?

D.26 Sono rispettati i requisiti in materia di barriere architettoniche, accessi e sicurezza?

D.27 La struttura dispone di una adeguata segnaletica di orientamento esterna ed interna?

D.28 I locali e gli spazi della struttura sono correlati alla tipologia e al volume di attività?

**ATTREZZATURE**

Il numero delle apparecchiature deve essere commisurato al volume di attività, in modo da garantire il rispetto dei tempi minimi della prestazione erogata a tutela della qualità .

D.29 Sono presenti in particolare:

D.29.1 generatore A.T. trifase di potenza non inferiore a 30 KW e tavolo di comando?
D.29.2 tavolo ribaltabile, preferibilmente telecomandato, con serigrafo, Potter Bucky, intensificatore di brillanza?
D.29.3 tubo radiogeno a doppio fuoco anodo rotante?
D.29.4 stativo a pavimento o pensile con tubo radiogeno a doppio fuoco e anodo rotante?
D.29.5 teleradiografo?
D.29.6 dotazione di attrezzature per lo sviluppo e il fissaggio delle pellicole?
D.29.7 opportuno corredo di cassette radiografiche con schermi ad elevato potere di rinforzo (es. terre rare)?
D.29.8 ortopantomografo?
D.29.9 dotazione minima di primo soccorso?

D.29.10 apparecchio radiologico portatile nelle strutture di ricovero?
D.29.11 due o più sale di radiodiagnostica integrate da apparecchiature o accessori che consentano l'esecuzione di indagini specialistiche diversificate per organo ed apparato?
D.29.12 ecografo?
D.29.13 color-doppler?
D.29.14 due sonde, una per uso internistico ed una per le parti superficiali?
D.29.15 una apparecchiatura di radiologia vascolare ed interventistica in presenza di attività di radiologia interventistica?
D.29.16 una apparecchiatura di Tomografia Computerizzata?
D.29.17 apparecchiatura di Tomografia Computerizzata a tecnologia volumetrica?
D.29.18 angiografo tradizionale o digitale?
D.29.19 risonanza magnetica?
D.29.20 una apparecchiatura di radiologia vascolare ed interventistica?

**FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO**

D.30 Il piano di formazione contiene l'analisi dei bisogni formativi e la definizione degli obiettivi?

D.31 Esiste un programma scritto di formazione del personale?

D.32 Esiste un responsabile del programma generale di formazione (ed eventuali responsabili di sottoprogetti), che si può avvalere della consulenza di un gruppo multiprofessionale per la formazione?

D.33 Il personale partecipa almeno una volta all'anno ad un corso di formazione sulla gestione delle emergenze, in particolare l'arresto cardio-respiratorio e le reazioni allergiche?

D.34 Gli operatori che acquisiscono conoscenza in sedi esterne la trasmettono agli altri operatori e di ciò ne rimane documentazione scritta?

D.35 Esiste documentazione scritta di tutti i programmi di formazione attuati all'interno del Servizio compreso il programma di inserimento per il personale di nuova acquisizione?

D.36 E' disponibile e facilmente accessibile a tutti gli operatori una dotazione adeguata di libri, riviste e altro materiale didattico/formativo attinente alle attività svolte?

D.37 Esistono dati sulla partecipazione alle riunioni interne e sulla frequenza all'aggiornamento esterno?

**VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO**

D.38 E’ definito e documentato un programma per il miglioramento continuo della qualità del servizio?

D.39 E’ individuato un responsabile del coordinamento e della promozione della qualità del servizio?

D.40 Il documento della qualità del servizio viene aggiornato periodicamente sulla base delle necessità dell’utente e dei risultati dell’attività di valutazione predisposte dal servizio?

D.41 Esiste un progetto di valutazione all’interno del Servizio focalizzato sulla corrispondenza ai bisogni e agli obiettivi del Servizio stesso?

D.42 Il progetto di valutazione è integrato con quello dell’azienda, laddove esso esista, e opportunamente documentato?

D.43 Esistono attività di VRQ, di cui tutto il personale deve essere a conoscenza?

D.44 Esistono sistemi di monitoraggio delle attività con un adeguato sistema di indicatori relativi a:

D.44.1 Risorse (personale, strutture e attrezzature)?
D.44.2 Produttività o di efficienza operativa?
D.44.3 Efficacia delle prestazioni offerte?
D.44.4 Accettabilità da parte dell’utente?

D.45 Esiste documentazione sui cambiamenti derivati dalle attività di valutazione?

D.46 Esiste un sistema di raccolta e registrazione di :

D.46.1 Lamentele degli utenti?
D.46.2 Disfunzioni delle attrezzature e strutture?
D.46.3 Eventi indesiderati?

# ATTIVITA' DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE

## PREMESSA

L'intervento nel settore di Recupero e Rieducazione funzionale riveste peculiarità in quanto è finalizzato a consentire il massimo recupero possibile delle funzioni lese in seguito ad eventi patogeni o lesionali, prevenendo le menomazioni secondarie e curando la disabilità, al di contenere o evitare l'handicap e consentire alla persona disabile la migliore qualità di vita e l'inserimento psico-sociale, attraverso un processo che rispetta tutti i passaggi/interventi necessari sia per un compiuto intervento sanitario che per il successivo passaggio alla fase sociale della riabilitazione.

Ambiti di competenza e tipologia di interventi

Le fasi del processo in riabilitazione possono essere così definite:

a) fase della prevenzione del danno secondario e conseguenti menomazioni nelle patologie ad alto rischio di sviluppo di disabilità: questa fase caratterizza gli interventi riabilitativi sui pazienti in fase acuta, per i quali si rende necessario inserire l'intervento riabilitativo preventivo nell'ambito del protocollo terapeutico;

b) fase della riabilitazione intensiva, caratterizzata da interventi valutativi e terapeutici intensivi. Viene abitualmente collocata nella cosiddetta fase dell'immediata post-acuzie della malattia, quando l'intervento riabilitativo può positivamente influenzare i processi biologici che sottendono il recupero, contenendo e riducendo l'entità della menomazione e quando la disabilità è maggiormente modificabile: tale fase può essere necessaria anche in situazioni di riacutizzazione e recidive dell'evento patologico;

c) fase di completamento del processo di recupero e del progetto di riabilitazione, che si caratterizza con modalità diverse in rapporto alla natura e tipologia della menomazione e della disabilità e comunque tale da non richiedere interventi intensivi;

d) fase di mantenimento e/o di prevenzione del degrado del recupero motorio e funzionale acquisito, che si caratterizza con diverse tipologie di interventi riabilitativi sanitari che, in presenza di problematiche assistenziali (familiari, economiche, abitative, ecc.) vanno integrati con l'attività di riabilitazione sociale (RSA, RAF, ecc.).

Peraltro le fasi di intervento rispondono peraltro a necessità differenziate relative alle varie categorie di disabilità, cui si trovano a rispondere:

1) disabilità che richiedono, per la gravità della non-autosufficienza, per intensità e tipologia degli interventi terapeutico-riabilitativi, il ricovero ordinario o day-hospital in ambiente ospedaliero specialistico riabilitativo;

2) disabilità complesse che non richiedono ricovero, ma un intervento, per competenza e/o attrezzature, altamente sofisticato;

3) disabilità di entità rilevante, croniche o in fase di stabilizzazione, che richiedono un intervento riabilitativo non complesso, né intensivo, ma protratto nel tempo;

4) disabilità di entità contenuta, di recente insorgenza e a rapida soluzione;

5) disabilità croniche stabilizzate di entità contenuta, per le quali possono essere necessari interventi riabilitativi "di mantenimento" o di "prevenzione del degrado motorio - funzionale acquisito" e/o una attività "didattico-informativa" ("back-schools", "osteoporosis schools", ecc.);

6) disabilità minimali croniche i cui interventi riabilitativi sono caratterizzati prevalentemente da prestazioni di massoterapia e fisioterapia strumentale.

Queste diverse tipologie di interventi riabilitativi comportano la necessità di progettare differenti "livelli" organizzativi ed operativi, come peraltro previsti dal Piano Sanitario Nazionale 1994/1996.

In particolare le funzioni espletate, le disabilità trattate, configurano livelli differenziati di intervento/trattamento e prefigurano una rete adeguata di strutture sanitarie che garantiscano il raggiungimento degli obiettivi in tutte le fasi del processo di riabilitazione:
trattamento in regime di ricovero per acuti;
trattamento in regime di day-hospital;
trattamento a domicilio;
trattamento in regime ambulatoriale;
trattamento in regime di ricovero su pazienti stabilizzati.

Gli interventi riabilitativi di 1° livello interessano le disabilità evidenziate ai precedenti punti 4, 5 e 6 e vengono effettuati in forma ambulatoriale.
Poiché gli interventi riabilitativi di 1° livello possono rispondere anche alla fase b) del processo riabilitativo (fase intensiva), essi possono essere utilizzati anche per le disabilità evidenziate al punto 2).

Le disabilità di cui al punto 3) necessitano altresì di interventi riabilitativi di 1° livello che possono essere svolti in regime ambulatoriale, domiciliare o residenziale.

Gli interventi riabilitativi di 2° e 3° livello interessano le disabilità evidenziate ai punti 1) e 2) e vengono effettuati presso strutture sanitarie con organizzazione ospedaliera.

Gli interventi di 2° livello riguardano la fase della riabilitazione intensiva e si collocano abitualmente nell'immediata post-acuzie della malattia (v. punto b) su pazienti la cui disabilità può richiedere un ricovero ordinario oppure un day-hospital riabilitativo.

Gli interventi di 3° livello interessano i pazienti in fase acuta, per i quali si rende necessario inserire l'intervento riabilitativo preventivo nell'ambito del protocollo terapeutico. In particolare tali interventi riguardano i pazienti afferenti alla Unità Spinali e alle Unità Cerebrolesioni acquisite.

***Strutture di recupero e rieducazione funzionale di 1° livello***

A) ATTIVITA' AMBULATORIALI

La struttura di recupero e rieducazione funzionale di 1° livello eroga gli interventi riabilitativi ambulatoriali ai pazienti portatori delle disabilità evidenziate ai punto 4) 5) e 6) della premessa.

Gli interventi ambulatoriali sulle disabilità di cui al punto 2) della premessa devono essere trattati in strutture che garantiscano la multidisciplinarietà e la integrazione con la fase ospedaliera.

R.1 Le attività di 1° livello integrano la rete delle attività di recupero e rieducazione funzionale assicurando a livello territoriale il completamento dell'iter riabilitativo di 2° livello, al fine di garantire e tutelare il percorso riabilitativo individualizzato?

R.2 Esiste un documento il cui il Servizio definisce ed esplicita:
- R.2.1 i propri obiettivi generali?
- R.2.2 i propri obiettivi specifici?

R.3 Il documento è stato recepito dalla Direzione Generale dell'Azienda?

R.4 Gli obiettivi del Servizio
- R.4.1 basati su specifici bisogni (domanda) espressi dalla popolazione e/o su mandato istituzionale?
- R.4.2 misurabili mediante indicatori (di risorse, di attività, di efficienza, di efficacia)?
- R.4.3 contengono la definizione di tempi e risorse necessarie al loro raggiungimento?
- R.4.4 integrati nel piano generale dell'organizzazione di appartenenza, nonché con gli obiettivi del livello organizzativo sovraordinato (Dipartimento)?
- R.4.5 congruenti con gli obiettivi del P.S.R.?

R.5 Gli obiettivi sono orientati a garantire:
- R.5.1 la soddisfazione e la sicurezza dell'utente e dell'operatore?
- R.5.2 la qualità tecnica delle prestazioni?
- R.5.3 la qualità organizzativa del servizio?
- R.5.4 il buon uso delle risorse.?

R.6 Gli obiettivi sono comunicati e spiegati:

R.6.1 a tutto il personale del Servizio?
R.6.2 al personale di altri Servizi coinvolti?

R.7 Gli obiettivi sono stati definiti:
R.7.1 con il contributo di tutto il personale del Servizio?
R.7.2 con il contributo di altri Servizi coinvolti?

R.8 Gli obiettivi sono riesaminati e comunque quanto necessario?

R.9 L'attività di valutazione degli obiettivi è svolta con la partecipazione degli operatori interessati?

R.10 E' definito e documentato il piano di attività del Servizio?

R.11 Il piano delle attività esplicita:
R.11.1 le attività esistenti?
R.11.2 il volume delle attività previsto?
R.11.3 le modalità organizzative?
R.11.4 i tempi di realizzazione ?
R.11.5 le risorse necessarie?
R.11.6 le risorse disponibili?
R.11.7 la dotazione di attrezzature?
R.11.8 i risultati attesi?
R.11.9 indicatori per la valutazione delle attività?

**REQUISITI STRUTTURALI**

La struttura deve essere progettata in funzione dei bisogni dell'utenza e delle diverse tipologie di attività assicurandone uno svolgimento sicuro, efficace ed efficiente.
La struttura garantisce sempre la completa fruibilità degli spazi da parte di tutti i possibili utenti affetti dalle diverse tipologie di disabilità; è indispensabile la completa assenza di barriere architettoniche che limitino l'accesso o gli spostamenti dentro la struttura e l'utilizzo sicuro dei vari spazi e servizi.

Deve essere garantita la privacy degli utenti.

R.12 La struttura è dotata dei seguenti ambienti:
R.12.1 ambulatorio medico per visite specialistiche e valutazione diagnostico-prognostiche cliniche attinenti le patologie trattate, di dimensioni non inferiore a mq 16?

R.12.2 tre locali dedicati ai trattamenti individuali delle disabilità motorie, adeguatamente illuminati e attrezzati di dimensioni, ciascuno, non inferiore a mq 10?
R.12.3 palestra multifunzionale dedicata sia ai trattamenti collettivi, sia ai trattamenti individuali che non richiedono la garanzia della privacy?
R.12.4 locale dedicato al trattamento individuale di massoterapia e manipolazioni articolari di dimensioni non inferiore a mq 7 con adeguata illuminazione ed areazione?
R.12.5 locali dedicati alla terapia fisica costituiti da box di dimensioni ciascuno, non inferiori a mq 5 con adeguata areazione ed illuminazione?
R.12.6 locale di norma insonorizzato dedicato al trattamento dei disturbi comunicativi-integrativi di dimensioni non inferiori a mq 10, con adeguata areazione ed illuminazione?
R.12.7 servizi igienici per disabili?
R.12.8 servizi igienici e spogliatoi per gli operatori?
R.12.9 spogliatoi per i pazienti?
R.12.10 spazi adeguati alla disabilità e quantità di utenza ed alla organizzazione della struttura per attesa, attività di segreteria ed archivio?

**REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI**

R.13 La struttura è dotata delle seguenti attrezzature:

R.13.1 attrezzature da inserire nei locali dedicati ai trattamenti individuali delle disabilità motorie (3 lettini regolabili in altezza ed articolati, materassino, specchio a parete, attrezzature per rieducazione propiocettiva/neuromotoria/ortopedica - pesi, pedane, ecc.)?

R.13.2 attrezzature da inserire nella palestra dedicata ai trattamenti collettivi - 6 pazienti per gruppo - delle disabilità motorie (6 materassini, specchio a parete, spalliera, scala di deambulazione, parallela per deambulazione, cyclette)?

R.13.3 attrezzature da inserire nel locale dedicato al trattamento individuale massoterapico (lettino regolabile, specchio a parete)?

R.13.4 attrezzature da inserire nei locali dedicati alla terapia fisica ( lettini legno a norma CEI, apparecchi (a norma CEI) di elettroterapia, termoterapia endogena, laserterapia, magnetoterapia, idroterapia, pressoterapia)?

R.14 Nel caso di trattamento delle disabilità che necessitano anche di interventi sui disturbi comunicativi/integrativi, la struttura, oltre alle dotazioni strumentali di cui sopra, è dotata anche delle seguenti attrezzature:
R.14.1 N Indicator?
R.14.2 S Indicator?
R.14.3 spirometro?
R.14.4 registratore?
R.14.5 materiale didattico?
R.14.6 materiale per test disturbi comunicativi?
R.14.7 materiale per test valutazione funzioni integrative?

R.14 8 computer con programmi specifici per valutazione e trattamento disturbi comunicativi?

R.15 La struttura è dotata di attrezzatura essenziale per un pronto soccorso di base e per la rianimazione cardio-polmonare?

R.16 Esiste documentazione relativa alla manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature in dotazione e dei requisiti di tali procedure?

R.17 Esiste inventario di tutti i materiali e attrezzature a disposizione della struttura?

R.18 Esiste attrezzatura adeguata per la raccolta differenziata dei rifiuti?

**REQUISITI ORGANIZZATIVI**

Un requisito inderogabile è che le strutture sanitarie ambulatoriali devono garantire interventi che comprendono la visita fisiatrica per diagnosi, prognosi e terapia del caso trattato ed un intervento completo riabilitativo, sia in termini di tipologia di prestazioni sia in termini di presa in carico complessiva per tutto l'iter terapeutico previsto e devono essere integrate al progetto riabilitativo attivato dal Servizio di RRF dell'Azienda Sanitaria.

Le attività sono espletate con le modalità del lavoro di èquipe.

R.19 L'organico del personale è composto da:
- R.19.1 un medico specialista in medicina fisica e riabilitazione o disciplina equipollente?
- R.19.2 5 tecnici della riabilitazione?
- R.19.3 un logopedista, (in presenza di trattamento dei disturbi comunicativi/integrativi)?

R.20 Il personale tecnico è in possesso dei titoli professionali?

R.21 E'documentata la correlazione tra le singole figure professionali e gli obiettivi di attività predeterminati dalla struttura sanitaria ambulatoriale?

R.22 La tipologia del personale tecnico ed il numero sia dei tecnici che dei medici è correlata alle caratteristiche della disabilità ed al numero dei casi trattati?

R.23 E' garantita la presenza del medico specialista in medicina fisica e riabilitazione per tutta la durata delle attività riabilitative, all'interno della struttura ?

**FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO**

R.24 Esiste un programma scritto di formazione del personale?
R.25 Il piano di formazione contiene l'analisi dei bisogni formativi e la definizione degli obiettivi?
R.26 Esiste documentazione scritta di tutti i programmi di formazione attuati all'interno del Servizio compreso il programma di inserimento per il personale di nuova acquisizione?
R.27 Esiste un programma scritto di aggiornamento professionale del personale?
R.28 Il programma di aggiornamento prevede la partecipazione a iniziative annuali gestite dalla struttura o da agenzie formative qualificate?

**VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO**

R.29 E' definito e documentato un programma per il miglioramento continuo della qualità del servizio?

R.30 E' individuato un responsabile del coordinamento e della promozione della qualità del servizio?

R.31 Il documento della qualità del servizio viene aggiornato periodicamente sulla base delle necessità dell'utente e dei risultati dell'attività di valutazione predisposte dal servizio?

R.32 Esiste un progetto di valutazione all'interno del Servizio focalizzato sulla corrispondenza ai bisogni e agli obiettivi del Servizio stesso?

R.33 Il progetto di valutazione è integrato con quello dell'azienda, laddove esso esista, e opportunamente documentato?

R.34 Esistono sistemi di monitoraggio delle attività con un adeguato sistema di indicatori relativi a:

R.34.1 Risorse (personale, strutture e attrezzature)?
R.34.2 Produttività o di efficienza operativa?
R.34.3 Efficacia delle prestazioni offerte?
R.34.4 Accettabilità da parte dell'utente?

R.35 Esiste documentazione sui cambiamenti derivati dalle attività di valutazione?

R.36 Esiste un sistema di raccolta e registrazione di :

R.36.1 Lamentele degli utenti?
R.36.2 Disfunzioni delle attrezzature e strutture?
R.36.3 Eventi indesiderati?

## B) ATTIVITA' RESIDENZIALI

La funzione svolta è quella di garantire un intervento riabilitativo finalizzato all'ulteriore recupero delle residue capacità funzionali del paziente attraverso un trattamento riabilitativo specializzato di minore intensità (non inferiore a 1 ora) e con una durata del ricovero definita (non superiore di norma a 90 giorni, salvo documentate indicazioni cliniche), in modo sequenziale all'interno dello specifico progetto riabilitativo nonché delle risorse complessive attivate dal Servizio di Recupero e Rieducazione Funzionale dell'Azienda Sanitaria.

### REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

R.37 Oltre ai requisiti previsti per le strutture di recupero e rieducazione funzionale di 1° livello, sono presenti:

- R.37.1 camere dotate, ciascuna, di 4 posti letto (massimo) con possibilita' di accesso e di movimento di carrozzine?
- R.37.2 locale soggiorno/pranzo?
- R.37.3 cucinetta?
- R 37.4 spogliatoio/guardaroba?
- R.37.5 servizi igienici annessi alle camere e non, conformi alla normativa sulle barriere architettoniche?

### REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

Si rinvia a quanto gia' previsto per le altre strutture di 1° livello.

### REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Le attività residenziali di 1° livello sono espletate con le modalità del lavoro di èquipe.

R.38 L'organico del personale (per un nucleo di 40 ospiti) è composto da:

- R.38.1 un medico specialista presente 24ore/24?
- R.38.2 30 ore settimanali di presenza del medico fisiatra?
- R.38.3 disponibilita' di specialisti che garantiscono l'intervento su chiamata e/o in convenzione?

R.38.4 10 tecnici della riabilitazione, di cui 1 coordinatore, che attuano il progetto riabilitativo sotto la responsabilita' dello specialista in medicina fisica e riabilitazione?
R.38.5 14 infermieri professionali a tempo pieno?
R.38.6 18 unita' di personale del ruolo tecnico a tempo pieno?

**FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO**

R.39 Esiste un programma scritto di formazione del personale?
R.40 Il piano di formazione contiene l'analisi dei bisogni formativi e la definizione degli obiettivi?
R.41 Esiste documentazione scritta di tutti i programmi di formazione attuati all'interno del Servizio compreso il programma di inserimento per il personale di nuova acquisizione?
R.42 Esiste un programma scritto di aggiornamento professionale del personale?
R.43 Il programma di aggiornamento prevede la partecipazione a iniziative annuali gestite dalla struttura o da agenzie formative qualificate?

**VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO**

R.44 E' definito e documentato un programma per il miglioramento continuo della qualità del servizio?

R.45 E' individuato un responsabile del coordinamento e della promozione della qualità del servizio?

R.46 Il documento della qualità del servizio viene aggiornato periodicamente sulla base delle necessità dell'utente e dei risultati dell'attività di valutazione predisposte dal servizio?

R.47 Esiste un progetto di valutazione all'interno del Servizio focalizzato sulla corrispondenza ai bisogni e agli obiettivi del Servizio stesso?

R.48 Il progetto di valutazione è integrato con quello dell'azienda, laddove esso esista, e opportunamente documentato?

R.49 Esistono sistemi di monitoraggio delle attività con un adeguato sistema di indicatori relativi a:

R.49.1 Risorse (personale, strutture e attrezzature)?
R.49.2 Produttività o di efficienza operativa?
R.49.3 Efficacia delle prestazioni offerte?
R.49.4 Accettabilità da parte dell'utente?

R.50 Esiste documentazione sui cambiamenti derivati dalle attività di valutazione?

R.51 Esiste un sistema di raccolta e registrazione di :

R.51.1 Lamentele degli utenti?
R.51.2 Disfunzioni delle attrezzature e strutture?
R.51.3 Eventi indesiderati?

***Strutture di Recupero e Rieducazione Funzionale di 2° livello***

La struttura di recupero e rieducazione funzionale di 2° livello assicura gli interventi riabilitativi a pazienti con disabilità di cui al punto 1) della premessa, intervenendo sia su pazienti ricoverati nelle diverse U.O.A. di degenza, sia in regime di ricovero in posti letto propri, oltre agli interventi riabilitativi già previsti per il 1° livello.
Le strutture sanitarie private che operano in regime di degenza devono essere integrate alle altre fasi del processo riabilitativo, mediante protocolli operativi con il Servizio di Recupero e Rieducazione Funzionale dell'Azienda Sanitaria.

Al fine di assicurare il pieno espletamento delle funzioni proprie del 2° livello, lo stesso interviene in tutte le fasi del processo di riabilitazione: degenza, day-hospital, ambulatoriale e domiciliare.
Conseguentemente gli interventi di 2° livello trovano collocazione in presidi ospedalieri ove siano già presenti funzioni di ricovero e cura ad alta intensità diagnostica ed assistenziale.

**REQUISITI MINIMI STRUTTURALI**

R.52 Oltre a quanto già previsto per il 1° livello, la struttura è dotata di :

R.52.1 un'area funzionale autonoma per la degenza, composta di camere di norma a due letti, con annesso bagno per disabili, con dotazione di specifici dispositivi di allarme e con pavimentazione antiscivolo?
R.52.2 all'interno delle camere sono garantiti l'accesso ed il movimento di barelle e carrozzine?
R.52.3 sono previsti spazi di soggiorno e svago ad uso esclusivo dei pazienti, proporzionati al loro numero?
R.52.4 E' previsto lo spazio per la presenza dell'accompagnatore?

**REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI**

Si rimanda a quanto già previsto per le strutture di 1° livello eroganti attività ambulatoriale.

R.53 Qualora il Servizio disponga di propri posti-letto, la struttura è dotata di:

R.53.1 materassini e cuscini antidecubito?
R.53.2 carrozzine ed ausili per la mobilità del paziente?
R.53.3 carrello per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore e unita' di ventilazione manuale?
R.53.4 carrello per la gestione terapia?
R.53.5 carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico?

**REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI**

R.54 Oltre ai requisiti previsti per il 1° livello l'organico è stato integrato ulteriormente per poter rispondere al maggior carico assistenziale conseguente alle disabilità trattate in questo livello?

R.55 In presenza di servizio dotato di propri posti letto (modulo di 20 p.l.) la dotazione organica prevede:

R.55.1 1 medico fisiatra o specialità equipollente responsabile dell'unità operativa?
R.55.2 1 medico fisiatra o specialità equipollente o affine?
R.55.3 10 infermieri (di cui 1 caposala)?
R.55.4 10 tecnici della riabilitazione (terapisti, massofisioterapisti, logopedisti, ecc.), di cui uno coordinatore?
R.55.5 4 ausiliari (di cui il 50% O.T.A.?)
R.55.6 un responsabile di raggruppamento (medico fisiatra o specialità equipollente) in presenza di più unità operative, fino a 100 posti letto?

**FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO**

R.56 Esiste un programma scritto di formazione del personale?
R.57 Il piano di formazione contiene l'analisi dei bisogni formativi e la definizione degli obiettivi?
R.58 Esiste documentazione scritta di tutti i programmi di formazione attuati all'interno del Servizio compreso il programma di inserimento per il personale di nuova acquisizione?
R.59 Esiste un programma scritto di aggiornamento professionale del personale?
R.60 Il programma di aggiornamento prevede la partecipazione a iniziative annuali gestite dalla struttura o da agenzie formative qualificate?

**VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO**

R.61 E’ definito e documentato un programma per il miglioramento continuo della qualità del servizio?

R.62 E’ individuato un responsabile del coordinamento e della promozione della qualità del servizio?

R.63 Il documento della qualità del servizio viene aggiornato periodicamente sulla base delle necessità dell’utente e dei risultati dell’attività di valutazione predisposte dal servizio?

R.64 Esiste un progetto di valutazione all’interno del Servizio focalizzato sulla corrispondenza ai bisogni e agli obiettivi del Servizio stesso?

R.65 Il progetto di valutazione è integrato con quello dell’azienda, laddove esso esista, e opportunamente documentato?

R.66 Esistono sistemi di monitoraggio delle attività con un adeguato sistema di indicatori relativi a:

- R.66.1 Risorse (personale, strutture e attrezzature)?
- R.66.2 Produttività o di efficienza operativa?
- R.66.3 Efficacia delle prestazioni offerte?
- R.66.4 Accettabilità da parte dell’utente?

R.67 Esiste documentazione sui cambiamenti derivati dalle attività di valutazione?

R.68 Esiste un sistema di raccolta e registrazione di:

- R.68.1 Lamentele degli utenti?
- R.68.2 Disfunzioni delle attrezzature e strutture?
- R.68.3 Eventi indesiderati?

***Strutture di Recupero e Rieducazione Funzionale di 3° livello***

Gli interventi riabilitativi riguardano pazienti con disabilità di cui al punto 1) della premessa, afferenti alle Unità Spinali ovvero alle Unità Gravi Cerebrolesioni Acquisite.
Conseguentemente tali interventi possono essere effettuati solo da servizi dotati di specifici posti letto e collocati in strutture ospedaliere in possesso dei requisiti di alta specialità di cui al DM 29/1/1992.

Le strutture eroganti attività di recupero e rieducazione funzionale di 3° livello svolgono anche le attività di 2° e 1° livello.

**REQUISITI STRUTTURALI**

R.69 Oltre ai requisiti individuati per il 2° livello per i servizi dotati di propri posti letto sono previsti:

R.69.1 almeno 2 posti letto dotati di sistema di monitoraggio intensivo delle funzioni vitali ed eventuale ventilazione meccanica?

R.69.2 un'area destinata alla terapia occupazionale non inferiore a mq 50?

**REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI**

R.70 Oltre ai requisiti previsti per il 1° e il 2° livello comprensivo della degenza sono previste le attrezzature specifiche per l'assistenza dei pazienti medullolesi o cerebrolesi?

**REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI**

R.71 Il Personale necessario a garantire l'espletamento delle funzioni del 3° livello (attività di degenza con modulo dotato di 20 posti letto), è composto dal seguente organico minimo:

R.71.1 7 medici specialisti?

R.71.2 32 infermieri professionali?

R.71.3 13 tecnici della riabilitazione?

R.71.4 4 unità di personale tecnico (OTA, ecc.)?

R.72 L’organico dei tecnici della riabilitazione comprende anche un numero adeguato di logopedisti?

R.73 L’attività medica è integrata in modo programmato con le altre specialità competenti?

**FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO**

R.74 Esiste un programma scritto di formazione del personale?
R.75 Il piano di formazione contiene l’analisi dei bisogni formativi e la definizione degli obiettivi?
R.76 Esiste documentazione scritta di tutti i programmi di formazione attuati all’interno del Servizio compreso il programma di inserimento per il personale di nuova acquisizione?
R.77 Esiste un programma scritto di aggiornamento professionale del personale?
R.78 Il programma di aggiornamento prevede la partecipazione a iniziative annuali gestite dalla struttura o da agenzie formative qualificate?

**VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO**

R.79 E’ definito e documentato un programma per il miglioramento continuo della qualità del servizio?

R.80 E’ individuato un responsabile del coordinamento e della promozione della qualità del servizio?

R.81 Il documento della qualità del servizio viene aggiornato periodicamente sulla base delle necessità dell’utente e dei risultati dell’attività di valutazione predisposte dal servizio?

R.82 Esiste un progetto di valutazione all’interno del Servizio focalizzato sulla corrispondenza ai bisogni e agli obiettivi del Servizio stesso?

R.83 Il progetto di valutazione è integrato con quello dell’azienda, laddove esso esista, e opportunamente documentato?

R.84 Esistono sistemi di monitoraggio delle attività con un adeguato sistema di indicatori relativi a:

- R.84.1 Risorse (personale, strutture e attrezzature)?
- R.84.2 Produttività o di efficienza operativa?
- R.84.3 Efficacia delle prestazioni offerte?
- R.84.4 Accettabilità da parte dell’utente?

R.85 Esiste documentazione sui cambiamenti derivati dalle attività di valutazione?

R.86 Esiste un sistema di raccolta e registrazione di:

R.86.1 Lamentele degli utenti?
R.86.2 Disfunzioni delle attrezzature e strutture?
R.86.3 Eventi indesiderati?

## STRUTTURE SOCIO-ASSISTENZIALI A RILIEVO SANITARIO

**A.** Il presidio possiede i requisiti strutturali e organizzativi-gestionali previsti dai seguenti provvedimenti regionali:

- D.G.R. n. 38-16335 del 29.06.1992
- D.G.R. n. 147-23154 del 22.02.1993
- D.G.R. n. 24-23032 del 22.02.1993
- D.G.R. n. 60-33850 del 18.04.1994
- D.G.R. n. 41-42433 del 09.01.1995
- D.G.R. n. 129-10470 del 09.07.1996
- D.G.R. n. 34-23400 del 09.12.1997
- D.G.R. n. 230-23699 del 22.12.1997
- D.G.R. n. 11-24370 del 15.4.1998

**B.** Il programma di recupero e risocializzazione è impostato secondo progetti socio-terapeutici riabilitativi individualizzati e monitorati costantemente?

C. La progettazione dell'intervento prevede il coinvolgimento dell'utente e della sua famiglia?

D. Esiste procedura definita per l'acquisizione di notizie cliniche da parte dei familiari?

E. Sono previste indagini di soddisfazione degli utenti e/o familiari?

F. Esistono forme e modalità di collaborazione e di raccordo con gli altri soggetti e altre risorse tra cui il privato sociale, esistente sul territorio?

G. Sono previste attività di aggregazione e relazione all'esterno della struttura?

H. Ogni posto letto ha a disposizione armadio guardaroba singolo o anta di armadio multiplo?

I. Tutti i posti letto hanno luce individuale funzionante?

J. Esiste un responsabile per gli interventi di manutenzione della struttura e degli impianti?

K. Esiste dichiarazione del rispetto dei requisiti in materia di barriere architettoniche?

**REQUISITI PER LE STRUTTURE DI RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO PER ACUTI**

**- INSERIMENTO PROGRAMMATICO E TERRITORIALE -**

A. Il rapporto tra la superficie coperta dell'edificazione e l'area di pertinenza è pari o inferiore all'unità?
B. L'area verde attrezzata di pertinenza, o adiacente alla struttura, è almeno pari alla superficie destinata a parcheggio, pari ad almeno ½ posto auto per ogni utente/degente/ospite, contestualmente presente nella struttura?
C. Esistono accesso e viabilità indipendenti per: 1) Visitatori/utenti - 2) Personale - 3) Merci?

- QUALITA' STRUTTURALE -

A. Utilizzando le superfici lorde (in metri quadrati), la verifica sulle aree di degenza di tutte le U.O. facenti parte delle strutture è coerente con i parametri del prospetto sotto indicato?

REQUISITI DEGENZE

| STRUTTURA DI RICOVERO | Superficie servizi di unità funzionale A | Superficie totale unità funzionale B | N° posti letto C | Distanza tra le estremità dell'unità funzionale D | Qualità servizi A/B | Abitabilità B/C | Compattezza C/D |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

| Valori minimi ammissibili per l'accreditamento | Nuovi interventi | Ristrutturazione volumi esistenti | Note |
|---|---|---|---|
| A/B | 0,25 | 0,20 | |
| B/C | 32,00 | 28,00 | |
| C/D | 0,80 | 0,35 | |

B. Sono verificati i tempi massimi di percorrenza della struttura secondo i parametri del prospetto sotto indicato?

INTERRELAZIONI PRIMARIE DEGENZE / SERVIZI

| | | DISTANZE | | TEMPI DI PERCORRENZA (secondi) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DA | A | ORIZZONTALI (metri) | VERTICALI (n° piani) | ORIZZONTALI (a piedi) | VERTICALI (ascensore) | TOTALI |
| Unità di ricovero | 1. Medicina di laboratorio<br>2. Sale operatorie (solo da U.R. chirurgiche)<br>3. Terapia intensiva<br>4. Diagnostica | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | d'immagine<br>5. Recupero e rieducazione funzionale<br>6. Gestione farmaci<br>7. Cucina<br>Lavanderia e guardaroba | | | | | |

| Valori massimi ammissibili per la fattibilità - PERCORSI - | Nuovi interventi (secondi) | Ristrutturazione volumi esistenti (secondi) | Note |
|---|---|---|---|
| 1 - 2 - 3 - 4 | 120 | 150 | |
| 5 - 6 - 7 - 8 | 180 | 220 | |

N.B. Effettuare la verifica sulle sole aree oggetto di intervento sciegliendo l'unità di ricovero più distante dai servizi a confronto. I tempi medi di percorrenza possono essere rilevati dalla seguente relazione:

$$\text{tempo di percorrenza (orizzontale a piedi)} = \frac{\text{distanza in metri}}{1{,}6} = \text{secondi}$$

I tempi medi di percorrenza possono essere rilevati dalla seguente tabella comparativa tra i percorsi verticali (in ascensore) e orizzontali (a piedi).

| tempo di percorrenza | n° piani | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| (verticale in ascensore) | secondi | 35 | 59 | 61 | 85 | 87 | 110 | 112 |

Per le distanze verticali indicare il numero di piani da superare. Per le distanze orizzontali misurare sul connettivo, dall'uscita più vicina dell'area funzionale a confronto con l'unità di ricovero o altra area funzionale.

C. è verificata la compatibilita’ dei percorsi all’interno della struttura in base alle seguenti interrelazioni?

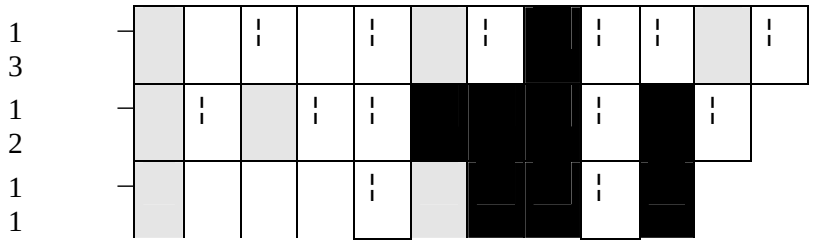
| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Urgenze | 8 | Visitatori |
| 2 | Personale sanitario | 9 | Materiali di laboratorio |
| 3 | Personale amministrativo | 10 | Materiale sporco + infetto |
| 4 | Personale ausiliario | 11 | Materiale pulito |
| 5 | Malato assistito | 12 | Vitto |
| 6 | Pazienti esterni | 13 | Letti lettighe |
| 7 | Contagiosi | | |

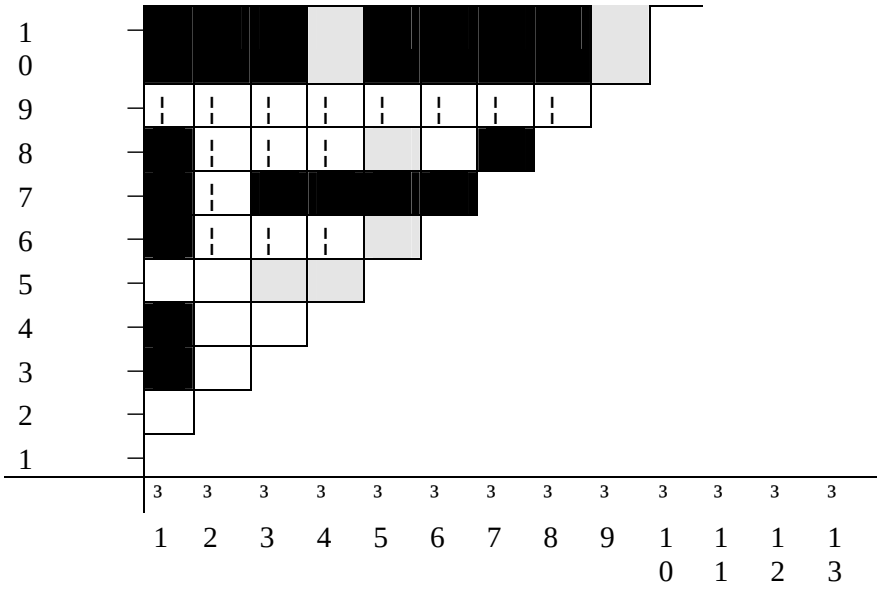
Promiscuità compatibile per compatibilità funzionale

Promiscuità compatibile per isolamento meccanico e orari differenziati

Promiscuità parzialmente compatibile (preferibili collegamenti differenziati)

Promiscuità totalmente incompatibile (necessari collegamenti differenziati)






D. All’interno dell’organizzazione dipartimentale ove esiste, vi sono ambienti dedicati ad attivita’ di studio, ricerca, didattica, audit?

E. Ogni unità di ricovero è sviluppata al piano e almeno il 50% dei servizi igienici sono direttamente collegati alle camere di degenza?

F. La struttura del presidio è dotata di idonei vani tecnici che consentono elevata flessibilità impiantistica, almeno nel complesso dei servizi di diagnostica, sale operatorie e terapie intensive?

G. Il rapporto tra servizi igienici e posti letto è minimo 0,4?

H. Ogni posto letto ha a disposizione armadio guardaroba singolo o anta di armadio multiplo?

I. Tutti i letti hanno schienale regolabile?

L. Tutti i posti letto hanno luce individuale funzionante?

M. Tutti i posti letto sono collegati a dispositivo di chiamata funzionante?

N. Il 90% delle camere ha capienza non superiore a due posti letto?

O. Il rapporto tra telefoni mobili per uso dei ricoverati e posti letto totali è minimo 0,1?

P. Il rapporto tra telefoni fissi per uso dei ricoverati e posti letto totali è minimo 0,05?

Q. Sono disponibili, presso la struttura:

Q.1 Bar (completo di ambienti di servizi quali spogliatoio per gli addetti, deposito, frigo, servizi per il personale)?
Q.2 Box vendita di generi vari (giornali, riviste ecc.)?
Q.3 Ambienti a disposizione dei servizi sociali e del volontariato?
Q.4 Sala giochi e spazi attrezzati (tavoli di lavoro, materiale per disegno e giochi di vario genere) per bambini con personale di controllo o animazione?
Q.5 Servizio parrucchiere/barbiere?

**- PERSONALIZZAZIONE/UMANIZZAZIONE -**

R.1 I pazienti dispongono della fornitura sistematica degli accessori completi per la consumazione dei pasti (posate, bicchiere, tovagliolo)?

R.2 I pazienti a dieta libera hanno possibilita' di scelta tra due o più opzioni, per ogni singolo componente del menù, al mattino o al giorno prima rispetto alla somministrazione del pasto?

R.3 In almeno il 50% delle U.O. la distribuzione del pranzo ai pazienti avviene dopo le ore 12,00?

R.4 In almeno il 50% delle U.O. la distribuzione della cena ai pazienti avviene dopo le ore 19,00?

R.5 Esiste procedura definita per l'acquisizione di notizie cliniche da parte dei familiari?

R.6 Esiste procedura sistematica di comunicazione al medico di base, che garantisce la continuità terapeutica dopo la dimissione?

R.7 E' documentabile il collegamento funzionale delle U.O di neuropsichiatria con il Dipartimento di Salute Mentale per il proseguimento degli interventi riabilitativi successivamente al ricovero?

R.8 Per almeno il 50% delle U.O. è permesso l'ingresso dei visitatori dopo le ore 18,00?

R.9 L’apertura ai visitatori, nei giorni feriali, è di almeno tre ore in due distinti periodi?

**- DIRITTO ALL’INFORMAZIONE -**

S.1 La consegna della cartella clinica al paziente avviene entro 7 giorni dalla richiesta?
S.2 Esistono procedure scritte relative al Consenso Informato del paziente?

## MEDICINA NUCLEARE

Il Servizio di Medicina Nucleare è un complesso strutturale ed organizzativo ad alta tecnologia con scopi diagnostico-valutativi, prognostici e terapeutici, che a tal fine necessita dell’impiego delle proprietà fisiche del nucleo atomico ed in particolare di radionuclidi artificiali in forma “non sigillata”.
Tali Servizi garantiscono l’attività di diagnostica medico-nucleare nel rispetto integrale della normativa di radioprotezione ai sensi della L. 230/1995.

Gli obiettivi del Servizio riflettono il suo ruolo e identificano la “mission” dello stesso. Costituiscono la base per la pianificazione, la messa in atto e valutazione di tutte le attività del Servizio.

D.0. Esiste un documento in cui il Servizio di Medicina Nucleare definisce ed esplicita:
D.0.1 i propri obiettivi generali?
D.0.2. i propri obiettivi specifici?

D.1. Il documento è stato recepito dalla Direzione Generale dell’Azienda?

D.2 Gli obiettivi del Servizio sono:

D.2.1 - basati su specifici bisogni (domanda) presente nella popolazione e/o su mandato istituzionale?
D.2.2 -collegati ad indicatori e standards?
D.2.3 - contengono la definizione di tempi e risorse necessarie al loro perseguimento?
D.2.4 - sono integrati nel piano generale dell'organizzazione di appartenenza?

D.3 Gli obiettivi sono volti a garantire:

D.3.1 - la soddisfazione e la sicurezza dell'utente e dell'operatore?
D.3.2 - la qualità tecnica delle prestazioni ?
D.3.3 - la qualità organizzativa del servizio?
D.3.4 - il buon uso delle risorse?

D.4 Gli obiettivi sono misurabili mediante:

D.4.1 - indicatori di risorse?
D.4.2 - indicatori di attività?
D.4.3 - indicatori di efficienza?
D.4.5 - indicatori di efficacia?

D.5 Gli obiettivi sono comunicati e spiegati:

D.5.1 - a tutto il personale del Servizio?
D.5.2 - al personale di altri Servizi coinvolti?

D.6 Gli obiettivi sono stati definiti:

D.6.1 con il contributo di tutto il personale del Servizio?
D.6.2 con il contributo di altri Servizi coinvolti?

D.7 Gli obiettivi generali e il loro grado di raggiungimento sono riesaminati:

D.7.1 Ogni quanto tempo?
D.7.2. Qualora se ne presenti la necessità?

D.7.3 Apponendo interventi correttivi adeguati e documentati, in caso il riesame individui eventuali scostamenti?

D.8 Gli obiettivi specifici sono riesaminati annualmente e comunque quando necessario?

D.9 L'attività di valutazione degli obiettivi è svolta con la partecipazione degli operatori interessati?

D.10 E' definito e documentato annualmente il piano di attività del Servizio?

D.11 Il piano delle attività esplicita:

D.11.1 le attività esistenti?
D.11.2 il volume delle attività previsto?
D.11.3 le modalità organizzative?
D.11.4 i tempi di realizzazione?
D.11.5 le risorse necessarie?
D.11.6 le risorse disponibili?
D.11.7 la dotazione di attrezzature?
D.11.8 i risultati attesi?
D.11.9 indicatori per la valutazione delle attività?

D.12 Esistono strumenti informativi sintetici sui servizi erogati contenenti:

D.12.1 prestazioni erogabili?
D.12.2 orari ed organizzazione fruibile?
D.12.3 modalità di prenotazione ed accesso?
D.12.4 modalità di comunicazione all'utente delle informazioni che lo riguardano?
D.12.5 facilities (telefono, fax, internet, ecc.)?

D.13 E' stato definito un metodo integrato con quello dell'Azienda per raccogliere elementi sulla soddisfazione degli utenti (questionari, reclami, suggerimenti, ecc.)?

D.14. La Direzione della struttura ha definito l'articolazione organizzativa interna?

D.15 Sono definiti il numero e le tipologie delle diverse figure professionali?

D.16 Il personale è rapportato ai volumi ed alle tipologie delle attività previste, secondo criteri specificati per le singole modalità erogative o prestazioni?

D.17 Esiste un documento in cui viene definita la programmazione e le caratteristiche di impiego di personale in termini numerici (equivalenti a tempo pieno) per ciascuna professione o qualifica professionale, e per posizione funzionale?

D.18 Esistono protocolli o linee guida scritte per lo svolgimento delle principali attività del Servizio in rapporto alla generale operatività del Servizio?

D.19 E' stato predisposto un sistema di controllo di gestione con l'individuazione del responsabile del centro di costo?

D.20 Sono stabilite relazioni funzionali tra le varie articolazioni organizzative interne della Struttura?

**STRUTTURA**

D.21 Esiste documentazione che la struttura e gli impianti sono a norma di legge relativamente a:

D.21.1 impianto elettrico?
D.21.2 sicurezza antincendio?
D.21.3 impianto termico e di condizionamento?

D.22 Esiste documentazione relativa alle procedure per gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria della struttura e degli impianti?

D.23 Esiste un responsabile per gli interventi di manutenzione della struttura e degli impianti?

D.24 Il personale è a conoscenza delle modalità di attivazione delle procedure per gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria della struttura e degli impianti?

D.25 Sono rispettati i requisiti in materia di barriere architettoniche, accessi e sicurezza?

D.26 La struttura dispone di una adeguata segnaletica di orientamento esterna ed interna?

D.27 I locali e gli spazi della struttura sono correlati alla tipologia e al volume di attività?

**ATTREZZATURE**

Il numero delle apparecchiature deve essere commisurato al volume di attività, in modo da garantire il rispetto dei tempi minimi della prestazione erogata a tutela della qualità .

D.28 Oltre alle attrezzature previste per l'autorizzazione:

D.28.1 Il Servizio è dotato di due sale di diagnostica in cui sono presenti 2 gamma-camere?
D.28.2 Una delle sale di diagnostica di cui al punto precedente è dotata di accessorio tomografico per l'esercizio di esami SPET?

**FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO**

D.29 Il piano di formazione contiene l'analisi dei bisogni formativi e la definizione degli obiettivi?

D.30 Esiste un programma scritto di formazione del personale?

D.31 Esiste un responsabile del programma generale di formazione (ed eventuali responsabili di sottoprogetti), che si può avvalere della consulenza di un gruppo multiprofessionale per la formazione?

D.32 Il personale partecipa almeno una volta all'anno ad un corso di formazione sulla gestione delle emergenze, in particolare l'arresto cardio-respiratorio e le reazioni allergiche?

D.33 Gli operatori che acquisiscono conoscenza in sedi esterne la trasmettono agli altri operatori e di ciò ne rimane documentazione scritta?

D.34 Esiste documentazione scritta di tutti i programmi di formazione attuati all'interno del Servizio compreso il programma di inserimento per il personale di nuova acquisizione?

D.35 E' disponibile e facilmente accessibile a tutti gli operatori una dotazione adeguata di libri, riviste e altro materiale didattico/formativo attinente alle attività svolte?

D.36 Esistono dati sulla partecipazione alle riunioni interne e sulla frequenza all'aggiornamento esterno?

**VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO**

D.37 E' definito e documentato un programma per il miglioramento continuo della qualità del servizio?

D.38 E' individuato un responsabile del coordinamento e della promozione della qualità del servizio?

D.39 Il documento della qualità del servizio viene aggiornato periodicamente sulla base delle necessità dell’utente e dei risultati dell’attività di valutazione predisposte dal servizio?

D.40 Esiste un progetto di valutazione all’interno del Servizio focalizzato sulla corrispondenza ai bisogni e agli obiettivi del Servizio stesso?

D.41 Il progetto di valutazione è integrato con quello dell’azienda, laddove esso esista, e opportunamente documentato?

D.42 Esistono sistemi di monitoraggio delle attività con un adeguato sistema di indicatori relativi a:

D.42.1 Risorse (personale, strutture e attrezzature)?
D.42.2 Produttività o di efficienza operativa?
D.42.3 Efficacia delle prestazioni offerte?
D.42.4 Accettabilità da parte dell’utente?

D.43 Esiste documentazione sui cambiamenti derivati dalle attività di valutazione?

D.44 Esiste un sistema di raccolta e registrazione di:

D.44.1 Lamentele degli utenti?
D.44.2 Disfunzioni delle attrezzature e strutture?
D.44.3 Eventi indesiderati?

## ATTIVITA' DI RADIOTERAPIA

Le strutture di Radioterapia svolgono attività mediante l'impiego di fonti radioattive e di sorgenti di radiazioni ionizzanti ed è diretta al trattamento della malattia neoplastica e, in casi selezionati, al trattamento di patologie non neoplastiche, a carattere malformativo e/o cronico degenerativo.

Lo svolgimento dell'attività di Radioterapia deve prevedere il rispetto integrale della normativa di radioprotezione ai sensi della L. 230/1995.

Gli obiettivi del Servizio riflettono il suo ruolo e identificano la "mission" dello stesso. Costituiscono la base per la pianificazione, la messa in atto e valutazione di tutte le attività del Servizio.

T.0. Esiste un documento in cui il Servizio di Radioterapia definisce ed esplicita:
T.0.1 i propri obiettivi generali?
T.0.2. i propri obiettivi specifici?

T.1. Il documento è stato recepito dalla Direzione Generale dell'Azienda?

T.2 Gli obiettivi del Servizio sono:

T.2.1 - basati su specifici bisogni (domanda) presente nella popolazione e/o su mandato istituzionale?
T.2.2 - collegati ad indicatori e standards?
T.2.3 - contengono la definizione di tempi e risorse necessarie al loro perseguimento?
T.2.4 - sono integrati nel piano generale dell'organizzazione di appartenenza?

T.3 Gli obiettivi sono volti a garantire:

T.3.1 - la soddisfazione e la sicurezza dell'utente e dell'operatore?
T.3.2 - la qualità tecnica delle prestazioni ?
T.3.3 - la qualità organizzativa del servizio?
T.3.4 - il buon uso delle risorse?

T.4 Gli obiettivi sono misurabili mediante:

T.4.1 - indicatori di risorse?
T.4.2 - indicatori di attività?
T.4.3 - indicatori di efficienza?
T.4.4 - indicatori di efficacia?

T.5 Gli obiettivi sono comunicati e spiegati:

T.5.1 - a tutto il personale del Servizio?
T.5.2 - al personale di altri Servizi coinvolti?

T.6 Gli obiettivi sono stati definiti:

T.6.1 con il contributo di tutto il personale del Servizio?
T.6.2 con il contributo di altri Servizi coinvolti?

T.7 Gli obiettivi generali e il loro grado di raggiungimento sono riesaminati:

T.7.1 Ogni quanto tempo?
T.7.2 Qualora se ne presenti la necessità?
T.7.3 Apponendo interventi correttivi adeguati e documentati, in caso il riesame individui eventuali scostamenti?

T.8 Gli obiettivi specifici sono riesaminati annualmente e comunque quando necessario?

T.9 L'attività di valutazione degli obiettivi è svolta con la partecipazione degli operatori interessati?

T.10 E' definito e documentato annualmente il piano di attività del Servizio?

T.11 Il piano delle attività esplicita:

T.11.1 le attività esistenti?
T.11.2 il volume delle attività previsto?
T.11.3 le modalità organizzative?
T.11.4 i tempi di realizzazione?
T.11.5 le risorse necessarie?
T.11.6 le risorse disponibili?
T.11.7 la dotazione di attrezzature?
T.11.8 i risultati attesi?

T.11.9 indicatori per la valutazione delle attività?

T.12 Esistono strumenti informativi sintetici sui servizi erogati contenenti:

T.12.1 prestazioni erogabili?
T.12.2 orari ed organizzazione fruibile?
T.12.3 modalità di prenotazione ed accesso?
T.12.4 modalità di comunicazione all'utente delle informazioni che lo riguardano?
T.12.5 facilities (telefono, fax, internet, ecc.)?

T.13 E' stato definito un metodo integrato con quello dell'Azienda per raccogliere elementi sulla soddisfazione degli utenti (questionari, reclami, suggerimenti, ecc.)?

T.14 La Direzione della struttura ha definito l'articolazione organizzativa interna?

T.15 Sono definiti il numero e le tipologie delle diverse figure professionali?

T.16 Il personale è rapportato ai volumi ed alle tipologie delle attività previste, secondo criteri specificati per le singole modalità erogative o prestazioni?

T.17 Esiste un documento in cui viene definita la programmazione e le caratteristiche di impiego di personale in termini numerici (equivalenti a tempo pieno) per ciascuna professione o qualifica professionale, e per posizione funzionale?

T.18 Esistono protocolli o linee guida scritte per lo svolgimento delle principali attività del Servizio in rapporto alla generale operatività del Servizio?

T.19 E' stato predisposto un sistema di controllo di gestione con l'individuazione del responsabile del centro di costo?

T.20 Sono stabilite relazioni funzionali tra le varie articolazioni organizzative interne della Struttura?

**STRUTTURA**

T.21 Esiste documentazione che la struttura e gli impianti sono a norma di legge relativamente a:

T.21.1 impianto elettrico?
T.21.2 sicurezza antincendio?
T.21.3 impianto termico e di condizionamento?

T.22 Esiste documentazione relativa alle procedure per gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria della struttura e degli impianti?

T.23 Esiste un responsabile per gli interventi di manutenzione della struttura e degli impianti?

T.24 Il personale è a conoscenza delle modalità di attivazione delle procedure per gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria della struttura e degli impianti?

T.25 Esiste un reparto con propri posti letto?

T.26 Per le attività di curieterapia "a basso rateo di dose" o pulsata esistono:

T.26.1 Locali schermati per il deposito e la manipolazione dei preparati radioattivi e per l'applicazione e la rimozione degli stessi dal paziente?
T.26.2 Camere schermate per la degenza con possibilità di monitorizzazione radiologica del paziente?

T.27 Per le attività di curieterapia "ad alto rateo di dose" esiste un locale schermato dedicato?

T.28 Sono rispettati i requisiti in materia di barriere architettoniche, accessi e sicurezza?

T.29 La struttura dispone di una adeguata segnaletica di orientamento esterna ed interna?

T.30 I locali e gli spazi della struttura sono correlati alla tipologia e al volume di attività?

**ATTREZZATURE**

Il numero delle apparecchiature deve essere commisurato al volume di attività, in modo da garantire il rispetto dei tempi minimi della prestazione erogata a tutela della qualità .

T.31 E' presente, in particolare, la seguente attrezzature?

T.31.1 una unità di alta energia (unità di telecobaltoterapia o acceleratore lineare)?
T.31.2 un TC simulatore o, in alternativa, accesso rutinario e codificato ad una apparecchiatura di TC ?

T.31.3 un simulatore radiologico?
T.31.4 dispositivi personalizzati di immobilizzazione del paziente e di sagomatura campi?
T.31.5 un sistema di verifica geometrica dei campi di irradiazione?
T.31.6 attrezzature per la gestione delle immagini radiologiche e per la radipprotezione del personale e dei pazienti?
T.31.7 un sistema per la misura della dose assoluta?
T.31.8 un fantoccio ad acqua telecomandato per il rilievo delle curve e dei profili di dose?
T.31.9 apparecchiature per il controllo dosimetrico clinico?
T.31.10 apparecchiature per i controlli di qualità di cui all'art.113 del d.lgs. 230/1995?

**FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO**

T.32 Il piano di formazione contiene l'analisi dei bisogni formativi e la definizione degli obiettivi?

T.33 Esiste un programma scritto di formazione del personale?

T.34 Esiste un responsabile del programma generale di formazione (ed eventuali responsabili di sottoprogetti), che si può avvalere della consulenza di un gruppo multiprofessionale per la formazione?

T.35 Il personale partecipa almeno una volta all'anno ad un corso di formazione sulla gestione delle emergenze, in particolare l'arresto cardio-respiratorio e le reazioni allergiche?

T.36 Gli operatori che acquisiscono conoscenza in sedi esterne la trasmettono agli altri operatori e di ciò ne rimane documentazione scritta?

T.37 Esiste documentazione scritta di tutti i programmi di formazione attuati all'interno del Servizio compreso il programma di inserimento per il personale di nuova acquisizione?

T.38 E' disponibile e facilmente accessibile a tutti gli operatori una dotazione adeguata di libri, riviste e altro materiale didattico/formativo attinente alle attività svolte?

T.39 Esistono dati sulla partecipazione alle riunioni interne e sulla frequenza all'aggiornamento esterno?

**VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO**

T.40 E' definito e documentato un programma per il miglioramento continuo della qualità del servizio?

T.41 E’ individuato un responsabile del coordinamento e della promozione della qualità del servizio?

T.42 Il documento della qualità del servizio viene aggiornato periodicamente sulla base delle necessità dell’utente e dei risultati dell’attività di valutazione predisposte dal servizio?

T.43 Esiste un progetto di valutazione all’interno del Servizio focalizzato sulla corrispondenza ai bisogni e agli obiettivi del Servizio stesso?

T.44. Il progetto di valutazione è integrato con quello dell’azienda, laddove esso esista, e opportunamente documentato?

T.45 Esistono sistemi di monitoraggio delle attività con un adeguato sistema di indicatori relativi a:

- T.45.1 Risorse (personale, strutture e attrezzature)?
- T.45.2 Produttività o di efficienza operativa?
- T.45.3 Efficacia delle prestazioni offerte?
- T.45.4 Accettabilità da parte dell’utente?

T.46 Esiste documentazione sui cambiamenti derivati dalle attività di valutazione?

T.47 Esiste un sistema di raccolta e registrazione di :

- T.47.1 Lamentele degli utenti?
- T.47.2 Disfunzioni delle attrezzature e strutture?
- T.47.3 Eventi indesiderati?

## DAY - SURGERY

Con il termine Chirurgia di giorno (day-surgery) si intende la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive in regime di ricovero limitato alle sole ore di giorno, o con eventuale pernottamento, in anestesia locale, loco-regionale, generale.

A.1 Oltre a quanto richiesto dal regime autorizzativo, le strutture che effettuano attività di day surgery posseggono i seguenti requisiti organizzativi:

A.1.1 Il personale infermieristico è in possesso dei requisiti di legge (diploma di infermiere professionale) ed il personale di sala operatoria è in possesso di esperienza specifica non inferiore ai tre anni?
A.1.2 Il/la caposala è in possesso dei requisiti di legge?
A.1.3 I chirurghi delle singole specialità ammesse nel programma di Day Surgery
posseggono dimostrata esperienza nella branca di loro competenza con documentata casistica di interventi eseguiti in qualità di primo operatore, praticati presso strutture di ricovero pubbliche o private?
A.1.4 Gli anestesisti rianimatori posseggono, oltre alla specializzazione,pratica di almeno tre anni presso strutture di ricovero pubbliche o private?

A.2 Il personale medico ed infermieristico ha un rapporto di lavoro dipendente o libero professionale?
A.3 I requisiti organizzativi prevedono, oltre alla descrizione dei modelli organizzativi, i seguenti punti:

A.3.1 i principi generali dell'organizzazione del lavoro medico ed infermieristico?
A.3.2 la qualifica del personale medico ed infermieristico, e le relative responsabilità?
A.3.3 le modalità di reperibilità del personale?
A.3.4 le modalità di raccolta della documentazione clinica dei pazienti?
A.3.5 l'elaborazione dei protocolli di ammissione, cura e dimissione del paziente?
A.3.6 la garanzia della continuità delle cure?
A.3.7 i protocolli per la gestione delle complicanze e delle emergenze?
A.3.8 le modalità di verifica della qualità dei servizi erogati?

A.4 L’attività è svolta in coerenza con le linee guida definite a livello regionale?

**FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO**

A.5 Esiste un programma scritto di formazione del personale?
A.6 Il piano di formazione contiene l'analisi dei bisogni formativi e la definizione degli obiettivi?
A.7 Esiste documentazione scritta di tutti i programmi di formazione attuati all'interno del Servizio compreso il programma di inserimento per il personale di nuova acquisizione?
A.8 Esiste un programma scritto di aggiornamento professionale del personale?
A.9 Il programma di aggiornamento prevede la partecipazione a iniziative annuali gestite dalla struttura o da agenzie formative qualificate?

**VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO**

A.10 E' definito e documentato un programma per il miglioramento continuo della qualità del servizio?

A.11 E' individuato un responsabile del coordinamento e della promozione della qualità del servizio?

A.12 Il documento della qualità del servizio viene aggiornato periodicamente sulla base delle necessità dell'utente e dei risultati dell'attività di valutazione predisposte dal servizio?

A.13 Esiste un progetto di valutazione all'interno del Servizio focalizzato sulla corrispondenza ai bisogni e agli obiettivi del Servizio stesso?

A.14 Il progetto di valutazione è integrato con quello dell'azienda, laddove esso esista, e opportunamente documentato?

A.15 Esistono attività di VRQ, di cui tutto il personale deve essere a conoscenza?

A.16 Esistono sistemi di monitoraggio delle attività con un adeguato sistema di indicatori relativi a:

A.16.1 Risorse (personale, strutture e attrezzature)?
A.16.2 Produttività o di efficienza operativa?
A.16.3 Efficacia delle prestazioni offerte?
A.16.4 Accettabilità da parte dell'utente?

A.17 Esiste documentazione sui cambiamenti derivati dalle attività di valutazione?

A.18 Esiste un sistema di raccolta e registrazione di:

A.18.1 Lamentele degli utenti?
A.18.2 Disfunzioni delle attrezzature e strutture?
A.18.3 Eventi indesiderati?

## - REQUISITI PER LE STRUTTURE DI RICOVERO A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO

### INSERIMENTO PROGRAMMATICO E TERRITORIALE

A. Il rapporto tra la superficie coperta dell'edificazione e l'area di pertinenza è pari o inferiore all'unità?

B. L'area verde attrezzata di pertinenza, o adiacente alla struttura, è almeno pari alla superficie destinata a parcheggio, pari ad almeno ½ posto auto per ogni utente/degente/ospite, contestualmente presente nella struttura?

C. Esistono accesso e viabilità indipendenti per: 1) Visitatori/utenti - 2) Personale - 3) Merci?

### QUALITA' STRUTTURALE, TECNOLOGICA E ORGANIZZATIVA

A. E' previsto che nel periodo temporale di anni 5 dal presente atto, il presidio possieda i requisiti strutturali previsti per il regime definitivo di cui alle DD.G.R. nn. 38-16335/1992 e s.m.i.?

B. Esiste percorso pedonale protetto che conduce a servizi esterni (alla struttura) di tipo ricreativo-commerciale?

C. Il rapporto tra servizi igienici e posti letto è minimo 0,3?

D. Ogni posto letto ha a disposizione armadio guardaroba singolo o anta di armadio multiplo?

E. Tutti i letti hanno schienale regolabile?

F. Tutti i posti letto hanno luce individuale funzionante?

G. Tutti i posti letto sono collegati a dispositivo di chiamata funzionante?

H. Il rapporto tra posti letto e camere di degenza è massimo 2?

I. Il 90% delle camere ha capienza non superiore a 2 posti letto?

J. Il rapporto tra telefoni mobili per uso degli ospiti e posti letto totali è minimo 0,05?

M. Il rapporto tra telefoni fissi per uso degli ospiti e posti letto totali è minimo 0,05?

N. Gli ospiti a dieta libera hanno possibilita' di scelta tra due o più opzioni, per ogni singolo componente del menù, al mattino o al giorno prima rispetto alla somministrazione del pasto?

O. In almeno il 50% dei nuclei la distribuzione del pranzo ai pazienti avviene dopo le ore 12,00?

P. In almeno il 50%dei nuclei la distribuzione della cena ai pazienti avviene dopo le ore 19,00?

**PERSONALIZZAZIONE/UMANIZZAZIONE**

A. Esiste procedura definita per l'acquisizione di notizie cliniche da parte dei familiari?

B. Sono previste indagini di soddisfazione degli utenti e/o dei familiari?

C. L'apertura ai visitatori, nei giorni feriali, è di almeno 3 ore in due distinti periodi?

D. Sono previste all'interno del presidio attività di animazione e socializzazione?

E. Sono previsti rapporti collaborativi e/o convenzionali con le risorse del privato sociale presenti sul territorio?

F. Sono previste attività di aggregazione e relazione all'esterno della struttura?

**PRESIDI DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE:**
**STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA**

Esplica le funzioni terapeutico riabilitative e socio-riabilitative per utenti di esclusiva competenza psichiatrica, come indicato dal D.P.R. 7.4.1994, per il trattamento di situazioni di acuzie o di emergenza per le quali non risulti utile il ricovero ospedaliero, per fasi di assistenza protratta successive al ricovero ospedaliero, per l'attuazione di programma terapeutico-riabilitativi di medio-lungo periodo comprese le funzioni riabilitative ospedaliere con il riconoscimento dei posti letto equivalenti.

Le strutture residenziali Psichiatriche denominate Comunità Protette Psichiatriche di tipo A o B erogano interventi terapeutici-riabilitativi:

A) elevata intensità terapeutica ed intervento riabilitativo; tempo di permanenza definito sulla base del progetto terapeutico e comunque non superiore a 36 mesi; rivolta di norma ad ospitare pazienti in fase sub-acuta o iniziale del progetto riabilitativo;

B) medio livello di protezione e di intervento riabilitativo; tempo di permanenza più prolungato in funzione del progetto terapeutico; di norma ospita pazienti in fase più avanzata del percorso riabilitativo.

L'obiettivo di queste strutture è di intervenire sul paziente al fine di evitare la cronicizzazione e quindi l'istituzionalizzazione, per ogni singolo paziente, sulla base del progetto terapeutico-riabilitativo praticato presso la struttura che predispone un programma terapeutico-riabilitativo personalizzato:

A.1 Il progetto terapeutico-riabilitativo:

A.1.1. è stato concordato con il D.S.M. inserente?
A.1.2. è stato concordato con il paziente?
A.1.3. è stato concordato con la famiglia?
A.1.4. è stato discusso con gli operatori?

A.2 Gli obiettivi del presidio:

A.2.1. misurabili mediante indicatori (di risorse, di attività, di efficienza, di efficacia)?
A.2.2. integrati con il Dipartimento di Salute Mentale inserente?

A.3 Gli obiettivi sono orientati a garantire:

A.3.1. la soddisfazione e la sicurezza dell'utente e dell'operatore?
A.3.2. la qualità professionale delle prestazioni?
A.3.3. la qualità organizzativa del servizio?
A.3.4. il buon uso delle risorse?

A.4 Gli obiettivi sono stati comunicati e spiegati:

A.4.1. a tutto il personale del presidio?
A.4.2. ai familiari?
A.4.3. agli operatori del D.S.M. inserente?

A.5 La valutazione degli obiettivi è svolta con la partecipazione di tutte le parti coinvolte?

A.6 Il programma del progetto terapeutico-riabilitativo esplicita:

A.6.1. la tipologia e delle attività previste?
A.6.2. le modalità organizzative?
A.6.3. i tempi di realizzazione?
A.6.4. i momenti di verifica?
A.6.5. le risorse necessarie?
A.6.6. le risorse disponibili?
A.6.7. la dotazione di strumenti?
A.6.8. i risultati attesi?
A.6.9. indicatori per la valutazione delle attività?

**REQUISITI MINIMI STRUTTURALI**

a.1 La struttura è collocata nel normale contesto dell'interland urbano, in centri cittadini o in zona agricola?

a.2 Le camere sono personalizzate?

a.3 Gli arredi sono di tipo non ospedaliero?

**REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI**

b.1 La struttura assicura la presenza di personale di assistenza nelle 24 ore?

b.2 Il regolamento della struttura comprende il progetto terapeutico-riabilitativo che viene praticato presso il presidio?

b.3 Nell’ambito della riabilitazione è previsto l’utilizzo delle infrastrutture presenti sul territorio (es. piscine, cinema, ecc.)?

Allegato 3

## 1) MODALITA' PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DI ATTIVITA' SANITARIE PRIVATE.

In materia di autorizzazione all'esercizio delle attività di spedalità privata trova immediata applicazione quanto previsto in D.P.R. 14 gennaio 1997, in quanto compatibile con le disposizioni di cui alla l.r. 5/1987 recante "Disciplina delle case di cura private", come da testo di cui all'Allegato 1 al presente provvedimento da applicare in forma coordinata con il testo della citata l.r. 5/1987 vigente e relativi atti di integrazione ed attuazione.
Il Consiglio regionale assegna il termine di anni due dalla data di pubblicazione del presente provvedimento consiliare per la emanazione di nuova legge regionale in materia per il recepimento delle disposizioni del D.P.R. 14.1.1997 non compatibili con quanto previsto in l.r. 5/1987 e la necessaria adozione di norme di adeguamento alla realtà specifica della Regione Piemonte. Sino all'emanazione della predetta legge regionale alle Case di Cura private, non sono applicabili le norme in materia di Pronto Soccorso ospedaliero.

In materia di autorizzazione all'esercizio delle attività di laboratorio di analisi cliniche, considerato l'integrale soddisfacimento dei requisiti minimi autorizzativi di cui all'atto di indirizzo e coordinamento del D.P.R. 14.1.1997 con le disposizioni di cui alla l.r. 55/1987 recante "Requisiti minimi dei laboratori di analisi di cui al D.P.C.M. 10 febbraio 1984", successivamente modificata con l.r. 24 luglio 1996 n. 50, continua a trovare piena applicazione la normativa regionale sopraindicata.

Il Consiglio regionale assegna il termine di due anni dalla data di pubblicazione del presente provvedimento consiliare per l'emanazione di nuova legge regionale in materia di laboratorio analisi per l'adozione di nuove norme di sviluppo e di dettaglio, considerata la necessità di adeguare la normativa vigente regionale alle innovazioni tecnologiche e scientifiche intercorse nell'ultimo periodo.

### 1.A CONFERMA AUTORIZZATIVA PER LE STRUTTURE SANITARIE PRIVATE.

Entro il termine di 240 giorni dalla pubblicazione del provvedimento consiliare, i rappresentanti legali delle strutture sanitarie private già autorizzate devono dichiarare il pieno recepimento e disposizioni di applicazione dei requisiti minimi organizzativi e gestionali di cui al D.P.R. 14.1.1997 come contenuti nell'Allegato 1 al presente provvedimento.

Entro il termine di 240 giorni dalla data di pubblicazione dello stesso provvedimento consiliare i rappresentanti legali delle strutture medesime devono presentare, dichiarazione ed eventuale progetto di adeguamento delle strutture, entro i termini massimi previsti dal D.P.R. 14.1.1997, ai requisiti strutturali ed impiantistici di cui all'Allegato 1 al presente provvedimento, con indicazione della relativa copertura finanziaria.

### 1.B NUOVE AUTORIZZAZIONI PER STRUTTURE SANITARIE PRIVATE.

L'applicazione della disciplina contenuta nel D.P.R. 14.1.1997, così come recepita nell'Allegato 1 al presente provvedimento, trova immediata ed integrale applicazione nel caso di realizzazione di nuove strutture e di ampliamento o trasformazione di strutture già esistenti, come stabilito all'art. 3 comma 2 dello stesso D.P.R.. Nel caso di ampliamento o trasformazione, l'applicazione della nuova disciplina riguarda la parte oggetto di ampliamento o di trasformazione.

Per ampliamento si intende un aumento del numero dei posti letto o l'attivazione di funzioni sanitarie aggiuntive rispetto a quelle precedentemente svolte; per trasformazione si intende la modifica delle funzioni sanitarie già autorizzate o il cambio d'uso, con o senza lavori, degli edifici o di parte di essi destinati a ospitare nuove funzioni sanitarie. Le funzioni sanitarie sono quelle previste nell'Allegato 1 al presente provvedimento.

1.C DISPOSIZIONI PER LA VERIFICA DEI REQUISITI AUTORIZZATIVI.

Il Consiglio regionale fissa il termine di 180 giorni dalla data di pubblicazione del provvedimento consiliare per l'adozione da parte della Giunta regionale, sentita la competente Commissione, di un protocollo di controllo e/o vigilanza contenente anche indicazioni sulla formazione degli addetti (anche ai fini dell'omogeneità di comportamento sul territorio regionale) e sulle modalità operative da parte delle Aziende Sanitarie Regionali per l'espletamento delle necessarie azioni di verifica sul possesso dei requisiti da parte delle strutture sanitarie private in relazione ai punti 1.A e 1.B, e sulla appropriatezza delle prestazioni in relazione alla loro efficacia e a logiche di ottimizzazione e contenimento della spesa.

## 2) MODALITA' DI ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE.

I requisiti ulteriori per l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private di cui all'Allegato 2/A al presente provvedimento "Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi ulteriori per l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private" sono applicabili in via sperimentale per il periodo di anni due a partire dalla data di pubblicazione del provvedimento stesso.

I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali sono tenuti a presentare richiesta di accreditamento entro il periodo di anni due a partire dalla data di pubblicazione della presente deliberazione.
Parimenti i rappresentanti legali delle strutture sanitarie private che intendono presentare istanza di accreditamento dovranno effettuarlo nel medesimo periodo.

I rappresentanti legali delle strutture sanitarie private provvisoriamente accreditate di cui alla D.G.R. 77-10766 del 22.7.1996 e D.G.R. 156-21885 del 6.8.1997 e successive integrazioni che, entro il termine suddetto di anni due non abbiano inoltrato richiesta di partecipazione alla sperimentazione, potranno continuare ad operare esclusivamente in regime privatistico, fermo restando l'obbligo di presentare istanza di conferma autorizzativa di cui al punto 1.A.

2.A ITER PROCEDURALE PER LA PRESENTAZIONE DELLA RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO.

STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE.

I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali entro il termine di anni 2 dovranno adottare specifico provvedimento che contenga sia il pieno recepimento dei requisiti "ulteriori" d'ordine organizzativo e tecnologico per l'accreditamento di cui al D.P.R. 14.1.1997 come contenuti nell'Allegato 2/A al presente provvedimento "Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi ulteriori per l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private", nonché la descrizione dello stato di fatto e individuazione delle azioni conseguenti per l'adeguamento delle strutture ai requisiti strutturali ed impiantistici di esercizio, come contenuti nel predetto Allegato 2/A, entro i termini massimi previsti in D.P.R. 14.1.1997 e tenendo conto dei finanziamenti già previsti dal programma straordinario di investimenti ex art. 20 della legge 11 marzo 1998, n. 97 e delle ulteriori risorse disponibili nel quinquennio.

STRUTTURE SANITARIE PRIVATE.

I rappresentanti legali delle strutture sanitarie private, entro il termine di anni due, dovranno presentare richiesta di accreditamento contenente il pieno recepimento e disposizioni di applicazione dei requisiti "ulteriori" di carattere organizzativo, gestionale e tecnologico di cui al D.P.R. 14.1.1997 come contenuti in Allegato 2/A al presente provvedimento "Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi ulteriori per l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private", nonché l'eventuale progetto preliminare di adeguamento della struttura ai requisiti strutturali ed impiantistici di cui al predetto Allegato 2/A, con indicazione della relativa copertura finanziaria.

## 3) MODALITA' DI ACCERTAMENTO DEI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO.

Con apposito provvedimento di Giunta regionale, sentita la Commissione consiliare competente, verranno individuati modalità, criteri ed i soggetti opportunamente ed adeguatamente formati per l'espletamento degli accertamenti finalizzati alla verifica sul possesso o sull'avvenuto adeguamento delle strutture sanitarie pubbliche e private ai requisiti di accreditamento di cui all'Allegato 2/A al presente provvedimento "Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi ulteriori per l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private".

L'accertamento, da espletarsi nel periodo definito di anni due per la sperimentazione, costituisce indispensabile riferimento per l'ingresso a regime del nuovo sistema di accreditamento, da disciplinare con legge regionale, recante l'istituzione dell'elenco regionale delle strutture sanitarie accreditate per la contrattazione, nel rispetto degli indirizzi di programmazione e delle disposizioni regionali, con le Aziende Sanitarie Regionali per l'erogazione delle prestazioni sanitarie contemplate dai livelli di assistenza, recante altresì livelli differenziati di classificazione delle aree accreditate con applicazione di parametri di valutazione ponderati, anche al fine di applicazione di tariffe differenziate.

Il possesso di tutti i requisiti d'ordine organizzativo, funzionale e strutturale, di cui all'allegato 2/A, corrisponde al livello massimo di accreditamento.
Con provvedimento di Giunta regionale, sentita la Commissione consiliare competente, saranno definiti i criteri di graduazione del livello di accreditamento, e relative tariffe, in relazione alla valutazione ponderale dei requisiti stessi posseduti.

Tali parametri ed i criteri di valutazione saranno determinati con provvedimento della Giunta regionale, da adottare entro 180 giorni dalla pubblicazione della presente deliberazione.