

ANNO XXXIX



NUMERO 27

REGIONE MOLISE

REPUBBLICA ITALIANA

# BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE MOLISE

Parte I

CAMPOBASSO, 1 DICEMBRE 2008

Si pubblica normalmente il  
1° e 16° giorno di ogni mese

DIREZIONE, REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE – VIA XXIV MAGGIO, 137 – CAMPOBASSO – TEL. 0874.429963/64/65 – FAX 0874.429966

**AVVERTENZE:** il Bollettino Ufficiale della Regione Molise si pubblica in Campobasso e contiene: nella PARTE PRIMA lo Statuto regionale, le sue modificazioni e le relative leggi di approvazione; le leggi ed i regolamenti regionali; le richieste di referendum e la proclamazione dei relativi risultati; i decreti e le ordinanze del Presidente della Giunta regionale; i decreti degli Assessori regionali; le deliberazioni della Giunta regionale limitatamente all'oggetto, alla data ed al numero, salvo richiesta di pubblicazione integrale e/o per estratto; le deliberazioni del Consiglio regionale; le deliberazioni dell'Ufficio di presidenza del Consiglio regionale limitatamente all'oggetto, alla data ed al numero, salvo richiesta di pubblicazione integrale e/o per estratto; le determinazioni dirigenziali aventi rilevanza esterna limitatamente all'oggetto, alla data ed al numero, salvo richiesta di pubblicazione integrale e/o per estratto; le circolari del Presidente della Giunta e degli Assessori in merito all'applicazione degli atti amministrativi, delle leggi e dei regolamenti regionali – nella PARTE SECONDA le leggi dello Stato per le quali si renda necessaria la pubblicazione; i dispositivi delle sentenze e delle ordinanze della Corte Costituzionale relativi a leggi della Regione Molise o a leggi statali o a conflitti di attribuzione coinvolgenti la Regione Molise, nonché le ordinanze di organi giurisdizionali che sollevino questioni di legittimità delle leggi regionali; gli atti di organi statali o di altri enti pubblici che rivestono particolare interesse per la Regione; i provvedimenti del Presidente della Giunta regionale in veste di Commissario delegato alla Protezione civile; gli avvisi, i comunicati ed ogni altra informazione sull'attività degli organi regionali e del Difensore civico regionale, la cui pubblicazione è prevista espressamente da norme regionali o disposta dal Presidente della Giunta regionale – nella PARTE TERZA avvisi o bandi di concorso a impieghi regionali o in altri enti pubblici o amministrazioni la cui pubblicazione è dagli stessi richiesta; bandi, avvisi di gara, aste pubbliche e appalti pubblici; esiti di gara; annunci legali; accordi di programma; conferenze di servizio; comunicazioni di avvio del procedimento; statuti di enti locali.

**VENDITA FASCICOLI:** i fascicoli del Bollettino Ufficiale della Regione Molise sono in consultazione e vendita al pubblico presso la redazione del Bollettino Ufficiale in Campobasso – Via XXIV Maggio n° 137 e presso le edicole di Campobasso e la Libreria Giuridica DIEM – Via Tommaso Mosca n° 4 – Campobasso. Prezzo di vendita di: un fascicolo € 2,00; una copia Supplementi e/o allegati € 2,00; una copia Bollettino Ufficiale oltre 220 pagine € 3,00; una copia Supplementi e/o allegati oltre 220 pagine € 3,00; copie arretrate riferite ad anni precedenti € 4,00.

**ABBONAMENTI** (decorrenza 16 gennaio/31 dicembre). Fascicoli ordinari e straordinari, compreso l'indice annuale ed eventuali supplementi € 60,00. L'importo dell'abbonamento deve essere versato esclusivamente sul c/c postale n° 67971630 intestato a: Regione Molise – Bollettino Ufficiale – Via XXIV Maggio n° 130 – 86100 Campobasso – codice tributo 09800.

**MODALITÀ PER LE INSERZIONI:** il testo da pubblicare deve pervenire, almeno otto giorni prima della data di uscita del fascicolo per il quale si richiede la pubblicazione, alla redazione del Bollettino. Il testo originale deve essere inviato dattiloscritto (non sono ammesse riduzioni al computer) in duplice copia, autenticata, di cui una in carta legale o in bollo, salvo le esenzioni di legge, e l'altra in carta uso bollo. La richiesta di pubblicazione deve essere corredata dall'attestazione di avvenuto pagamento dell'importo dovuto per l'inserzione, da determinare secondo la seguente tariffa: € 15,49 (indivisibili) per ogni facciata per cui è richiesta la pubblicazione. L'attestazione del versamento dovrà essere inviata contestualmente al testo da pubblicare. Il mancato invio dell'attestazione di pagamento, nonché l'inesattezza dell'importo pagato, comporterà la restituzione dell'avviso da pubblicare. Il versamento dell'importo per le spese di inserzione, deve essere effettuato esclusivamente tramite c/c postale n° 67971630 intestato a: Regione Molise – Bollettino Ufficiale – Via XXIV Maggio n° 130 – Campobasso – codice tributo 09800.

## S O M M A R I O

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 novembre 2008, n. 1135

Deliberazione di Giunta Regionale n. 361/2007:

*"Accordo tra il MINISTERO della Salute,*

*il MINISTERO dell'Economia e delle Finanze e la REGIONE MOLISE sottoscritto in data 27 marzo 2007 – Programma Operativo di Rientro*

*TRIENNIO 2007/2008/2009 - Obiettivo operativo 11.3*

*PROVVEDIMENTI" — Conferma "Manuale di disciplina*

*requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento*

*delle Strutture Sanitarie" — PROVVEDIMENTI*





DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 novembre 2008, n. **1135**

Deliberazione di Giunta Regionale n. 361/2007:

*"Accordo tra il MINISTERO della Salute,  
il MINISTERO dell'Economia e delle Finanze e la REGIONE MOLISE  
sottoscritto in data 27 marzo 2007 – Programma Operativo di Rientro  
TRIENNIO 2007/2008/2009 - Obiettivo operativo 11.3  
PROVVEDIMENTI" — Conferma "Manuale di disciplina  
requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento  
delle Strutture Sanitarie" — PROVVEDIMENTI*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE – Seduta del 4 novembre 2008, n. **1135**.

**Deliberazione di Giunta Regionale n. 361/2007: "Accordo tra il MINISTERO della Salute, il MINISTERO dell'Economia e delle Finanze e la REGIONE MOLISE sottoscritto in data 27 marzo 2007 – Programma Operativo di Rientro - TRIENNIO 2007/2008/2009 - Obiettivo operativo 11.3 – PROVVEDIMENTI" — CONFERMA "Manuale di disciplina requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle Strutture Sanitarie" — PROVVEDIMENTI.**

LA GIUNTA REGIONALE

(omissis)

**RICHIAMATO** l'Accordo sottoscritto il 27 marzo 2007 tra il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e la Regione Molise per l'approvazione del Piano di rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art. 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 ed allegato Piano di rientro;

**ATTESO** che con D.G.R. n. 362 del 30.3.2007 recante: "Accordo tra Ministero della Salute, Ministero dell'Economia e delle Finanze e Presidente della Regione Molise per l'approvazione del Piano di rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art. 1, comma 180 della l. 30/12/05, n. 311" la Giunta Regionale ha approvato l'Accordo su citato, con allegato Piano di rientro;

**VISTA** la legge 27 dicembre 2006, n. 296, recante le disposizioni della legge finanziaria per l'anno 2007 e, in particolare, l'art. 1, comma 796 lettere s), t) e u);

**RICHIAMATE** integralmente l'istruttoria tecnica e le determinazioni assunte con le seguenti deliberazioni di G.R., tutte emanate in adempimento di quanto prescritto nel P.O. di rientro:

- n. 102 del 09/02/07 recante: "Comma 796 legge 27 dicembre 2006 lettere t) e u). Comitato Regionale per l'Accreditamento delle Strutture Sanitarie - CRASS";
- n. 245 del 19/03/07 recante: "DGR n. 102 del 09/02/07. Presa d'atto risultanze incontri e riunioni del CRASS";
- n. 361 del 30/03/07 recante "Accordo tra il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e la Regione Molise sottoscritto in data 27/02/07. P.O. di rientro triennio 2007/2008/2009. Obiettivo operativo 11.3. Provvedimenti", con la quale, tra l'altro, è stato approvato il "Manuale dei requisiti per l'autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie";
- n. 717 del 25/06/07, recante «Deliberazione di Giunta regionale n. 362/2007. P.O. – Accordo tra Regione Molise, M.E.F. e Ministero della Salute, sottoscritto il 27/03/07. Deliberazione di G.R. n. 361/07 Obiettivo specifico n. 11. – Obiettivo operativo 11.3 e 11.4 – Provvedimenti» e relativi allegati;
- n. 905 del 30/07/07, recante «Deliberazione di Giunta regionale n. 717 in data 25/06/07, recante "Deliberazione di Giunta regionale n. 362/2007. P.O. – Accordo tra Regione Molise, M.E.F. e Ministero della Salute, sottoscritto il 27/03/07. Deliberazione di G.R. n. 361/07 Obiettivo specifico n. 11. – Obiettivo operativo 11.3 e 11.4 – Provvedimenti" – Rettifiche e integrazioni» e relativi allegati;
- n. 1056 del 17/09/07, recante "Deliberazione di G.R. n. 905 del 30/07/2007. Avviso pubblico per la riconferma degli accreditamenti provvisori in essere con il SSR. Riapertura dei termini per la presentazione delle istanze" e relativi allegati;
- n. 1265 del 5/11/07, avente ad oggetto «DGR n. 362/07. P.O. Accordo tra Regione Molise-MEF e Ministero della Salute del 27/03/07. Obiettivo specifico n. 11. Obiettivo Operativo 11.3: Proposta di L.R. recante "Norme regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private". Provvedimenti», recante apposita proposta di legge in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie;

**VISTA** la L.R. 18/08."Norme Regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione delle Strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, accreditamento istituzionale ed accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private", ed in particolare quanto previsto dall'art. 30 rubricato : "Disposizioni transitorie e finali";

**RICHIAMATA** da ultimo la deliberazione di G.R. n. 893 in data 01/08/08 recante: "P.O. di rientro 2007/2009. Obiettivo Specifico 11. Obiettivo Operativo 11.3. DGR n. 102 del 09/02/2008 e L.R. n. 18/20/06/2008: "Norme Regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione di Strutture ed all'esercizio di Attività sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private" – Provvedimenti di organizzazione.";

**DATO ATTO** di quanto disposto con la deliberazione di G.R. in parola in ordine alla costituzione del GRSA - Gruppo Regionale dei Supervisor per l'accreditamento, quale organismo tecnico di supporto al CRASS – giusta DGR n. 102/07 cit., per lo svolgimento delle attività procedurali finalizzate alla conferma degli

accreditamenti provvisori di cui all'art. 1, comma 796, lettera u) della legge Finanziarie 2007 ed all'attuazione della L.R. 18/08. "Norme Regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione delle Strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, accreditamento istituzionale ed accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private", ed in particolare quanto previsto dall'art. 30 rubricato: "Disposizioni transitorie e finali";

**RILEVATO** che la deliberazione di G.R. n. 361/07 cit., nel disporre di «(...) individuare nell'allegato manuale il documento tecnico utile ai fini della proposta di accreditamento istituzionale di cui all'obiettivo specifico 11: Riassetto della rete ospedaliera; obiettivo operativo 11.3: Autorizzazione e accreditamento delle strutture di ricovero; intervento: Definire i criteri di autorizzazione e di accreditamento delle strutture e attività ospedaliere; indicatore: a) Provvedimenti regionali sul sistema di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie; fonte di verifica: DGR contenente proposta di legge per il Consiglio regionale entro il 31/07/07', che questa Amministrazione anticipa nella tempistica istruttoria, rispetto alle verifiche del piano per consentire sin da ora, l'attuazione della procedura di cui agli artt. 8 e 9 della L. 241/90 come integrata e modificata dalla L. 15/05», demandava alla competente Direzione Generale V^ l'adozione del provvedimento finale di conferma del sopra citato Manuale;

**CONSIDERATO** che la deliberazione di G.R. n. 361/07 cit., a garanzia della normativa applicabile e vigente in materia di partecipazione al procedimento amministrativo (L. 241/90 s.m.i.) individuava, quale data di scadenza per la presentazione di eventuali memorie scritte e documenti, il termine di gg. 20 decorrenti dalla pubblicazione della deliberazione di G.R. in parola e dell'allegato Manuale sul B.U.R.M. (avvenuta sul Supplemento del 16/06/07, giusta nota dei Servizi al B.U.R.M., prot. n. 9475 del 4/6/07 e relativo riscontro del 13/6/07, e giusta D.G.R. n. 717/07 cit.);

**DATO ATTO** che il succitato termine, alla luce di quanto sopra esposto, è da ritenersi ampiamente scaduto;

**RILEVATO** che l'atto deliberativo in parola disponeva in ordine alla disamina, da parte del competente C.R.A.S.S., delle eventuali memorie scritte e documenti prodotti dai Soggetti interessati;

**ATTESO** che, ai sensi di quanto previsto dagli artt. 9 e 10 della L. 241/90 e s.m.i., sono pervenute le seguenti osservazioni al sopracitato Manuale, allegato alla D.G.R. 361/07 cit., ed in particolare:

- IRCCS Neuromed di Pozzilli: "Area della Medicina fisica e riabilitazione" con nota acquisita al n. 4318 in data 05/03/07;
- Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di CB: "Manuale Requisiti accreditamento": note acquisite al n. 5510 del 23/03/07; n. 10726 del 26/06/07; n. 11050 del 03/07/08;
- Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di IS: "Manuale Requisiti accreditamento" nota acquisita al n. 11220 del 05/07/07;
- Centro di Ricerca e Formazione ad Alta tecnologia nelle Scienze Biomediche dell'Università Cattolica del S.Cuore-CB, con note acquisite al n. 3988 in data 28/02/07, n. 5769 e n. 5770 in data 27/03/07: "Piano di accreditamento strutture sanitarie";
- Federlab-SBV, con nota acquisita al n. 5771 in data 27/03/07: "Requisiti per accreditamento strutture";
- Ordine dei Biologi, con nota acquisita al n. 5772 in data 27/03/07: "Invio emendamenti requisiti accreditamento laboratori analisi";
- Casa di Cura "Villa Maria", con nota prot. n. CDA n. 57/07 del 18/05/07, acquisita al n. 8644 in data 21/05/07, recante: "Deliberazione di G.R. n. 361 del 30/03/07 in BURM n. 10 del 30/04/0. Comunicazione";
- Casa di Cura "Villa Esther" con nota prot. n. 21/07 del 19/05/07, acquisita al n. 8645 in data 21/05/07, recante: "Deliberazione di G.R. n. 361 del 30/03/07. Partecipazione al procedimento amministrativo ex lege 241/90";
- Fisiomedica Loretana s.r.l. con nota del 19/05/07, recante: "Atto d'intervento nel procedimento promosso con delibera n. 361 del 30/03/07 ai sensi degli artt. 7, 8 e 9 della L. 241/90 così come modificata dalla l. n. 15 del 2005" acquisite al nostro prot. n.8616 e 8673 in data 21/05/07; n. 8734 del 22/05/07 e n. 11137 del 04/07/07;
- SNABI\_SDS - Sindacato Dirigenti Sanitari SSN e ARPA con nota del 27/09/07, acquisita al nostro prot. n. 15128 del 05/10/07 recante "Richiesta di modifica di quanto scritto nella deliberazione della Regione Molise n. 905 del 30/07/07, allegato C - parte C - Medicina di laboratorio requisiti organizzativi. Punto 3";

**DATO ATTO** delle risultanze degli incontri del C.R.A.S.S., in data 15/05/07, 31/05/07 e 25/07/07 come da relativi verbali, giuste deliberazioni di G.R. nn. 717/07 e 905/07 cit nel corso dei quali si è proceduto, tra l'altro, alla disamina delle osservazioni pervenute, come sopra individuate, ed al conseguente eventuale recepimento o rigetto delle stesse, previa opportuna motivazione ex art. 10 bis della L. 241/90 s.m.i.;

**RILEVATO** che nel corso dei succitati incontri, come da verbale del 25/07/07, giusta D.G.R. n. 905/07 cit., è stata rappresentata la necessità di inserire nella versione definitiva del Manuale per l'autorizzazione e l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie e socio-sanitarie «tra le *Strutture Socio Sanitarie (...)* anche i *Centri di Alzheimer, i Consulitori ed i Centri di Salute Mentale*»;

**DATO ATTO**, da ultimo, delle risultanze dell'incontro del C.R.A.S.S. tenutosi presso la Direzione Generale V° in data 24/10/07, nel corso del quale si è proceduto alla disamina delle osservazioni pervenute come sopra individuate, e ribadita altresì la necessità di recepire all'interno del manuale la normativa inerente le strutture a valenza socio-sanitaria, come da relativo verbale allegato quale parte integrale e sostanziale della delibera (All. B);

**DATO ATTO** che è attualmente in corso di istruttoria, ai sensi di quanto disposto dalla L.241/90 e s.m.i., la disamina della parte del manuale relativa alla disciplina dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi dei presidi di tutela della salute mentale (CRP) disciplinati nella parte del Manuale contraddistinta con la lettera F) *Requisiti generali e specifici per le strutture socio-sanitarie che erogano prestazioni a ciclo continuativo e/o diurno*;

**EVIDENZIATO** che, giuste deliberazioni di G.R. n. 717/07, n. 905/07 e n. 1056/07 cit. e relativi allegati, e come da verbale C.R.A.S.S. del 24/10/07 cit., parte integrante e sostanziale del presente atto deliberativo, sono attualmente in corso di espletamento le procedure relative alla riconferma degli accreditamenti provvisori e all'emanazione del provvedimento regionale di ricognizione di cui all'art. 1, comma 796, lett. u), della legge finanziaria 2007, cit.;

**VISTO** il D.lgs. n. 502/92 s.m.i., ed in particolare l'art. 2, rubricato "*Competenze regionali*", nella parte in cui prevede che «*spettano alle regioni e alle province autonome, nel rispetto dei principi stabiliti dalla legge nazionali, le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera*»;

**VISTO** il D.P.R. 14 gennaio 1997, recante: "*Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private*";

**CONSIDERATA** la necessità di dover tanto sottoporre alla Giunta Regionale, affinché nell'ambito dei poteri conferiti dalla legge, si determini in merito a quanto in premessa;

**VISTI**, altresì, gli artt. 8-ter e 8-quater del D.lgs. n. 502/92 s.m.i., cit. come modificato dal D.lgs 229/99;

**VISTA** la L.R. 9 del 1° aprile 2005 recante "*Riordino del Servizio Sanitario Regionale*", con particolare riferimento agli artt. 11 e 12;

**RITENUTO**, pertanto, per tutto quanto premesso e considerato e per le motivazioni riportate nell'istruttoria tecnica dei Servizi, che viene condivisa, dover procedere a sottoporre la presente proposta di deliberazione alla Giunta Regionale affinché, in attuazione degli adempimenti previsti dalla legge finanziaria 2007 nonché dal P.O. di rientro 2007/2008/2009 - obiettivo specifico 11.: Riassetto della rete ospedaliera; obiettivo operativo 11.3: Autorizzazione e accreditamento delle strutture di ricovero; intervento: Definire i criteri di autorizzazione e accreditamento delle strutture e attività ospedaliere; indicatore: b) Manuali di autorizzazione e di accreditamento:

- confermi in maniera definitiva e conseguentemente approvi l'allegato documento concernente: il "*Manuale dei requisiti per l'autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie* " (All. A), giusta D.G.R. n. 361/07, come modificato e/o integrato dalla osservazioni prodotte dai soggetti interessati ai sensi di quanto previsto dalla Legge 241/90 e s.m.i., accolte in quanto coerenti sotto il profilo tecnico-sanitario e giuridico-amministrativo con la normativa generale e di dettagli, nazionale e regionale, vigente ed applicabile in materia;
- prenda atto ed approvi le risultanze dell'incontro del CRASS avvenuto in data 24/10/08, giusto verbale, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento ( All.B);
- disponga di individuare nell'allegato Manuale la disciplina regionale di riferimento relativamente ai

requisiti per l'autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie, a far data dalla pubblicazione dello stesso sul BURM;

- rinvii a successivo provvedimento, a completamento della relativa attività istruttoria l'inserimento nel Manuale, giusta DGR 361/07 cit. della disciplina relativa ai requisiti per le Strutture a valenza socio-sanitaria individuati nella parte F) del citato Manuale recante: "*Requisiti generali e specifici per le strutture socio-sanitarie che erogano prestazioni in a ciclo continuativo e/o diurno*";

**VISTO, ESAMINATO e CONDIVISO** l'allegato "*Manuale dei requisiti per l'autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie*", quale documento tecnico di dettaglio, contenente le linee di indirizzo utili ai fini della proposta di accreditamento istituzionale, giusta DGR n. 361/07 cit., parte integrante e sostanziale del presente provvedimento integrato e modificato come sopra;

**VISTA** la L.R. 7/97 e s. m. nonché con le integrazioni di cui al D.lgs 165/01 e s. m. e i.;

**VISTA** la legge finanziaria regionale 2007, n. 14 del 19 maggio 2007;

**VISTO** il decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112 recante la manovra economico-finanziaria 2009/2011;

**VISTA** altresì la legge regionale n. 12 del 9 maggio 2008 " Legge finanziaria regionale 2008;

Su proposta del Presidente;

### **UNANIME      D E L I B E R A**

> quanto premesso costituisce parte integrante e sostanziale del presente dispositivo;

> per tutto quanto premesso e considerato e per le motivazioni, in attuazione degli adempimenti previsti dalla legge finanziaria 2007 nonché dal P.O. di rientro 2007/2008/2009 - obiettivo specifico 11.: Riassetto della rete ospedaliera; obiettivo operativo 11.3: Autorizzazione e accreditamento delle strutture di ricovero; intervento: Definire i criteri di autorizzazione e accreditamento delle strutture e attività ospedaliere; indicatore: b) Manuali di autorizzazione e di accreditamento, di procedere a:

- confermare in maniera definitiva l'allegato documento concernente "*Manuale dei requisiti per l'autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie*" (All.A), approvato giusta D.G.R. n. 361/07;
- prendere atto ed approvare le risultanze dell'incontro del CRASS avvenuto in data 24/10/08, giusto verbale, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento ( All.B);
- rinviare a successivo provvedimento, a completamento della relativa attività istruttoria, l'inserimento nel Manuale, giusta DGR 361/07 cit. della disciplina relativa ai requisiti per le Strutture a valenza socio-sanitaria individuati nella parte F )del citato Manuale recante: "*Requisiti generali e specifici per le strutture socio-sanitarie che erogano prestazioni in a ciclo continuativo e/o diurno*";
- disporre di individuare nell'allegato Manuale la disciplina regionale di riferimento relativamente ai requisiti per l'autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie;
- stabilire che tale disciplina entrerà in vigore alla data di pubblicazione del presente atto deliberativo sul BURM e sul sito web della Regione Molise;
- abrogare ogni altra disposizione regionale in contrasto con quanto previsto nel presente documento;
- demandare alla Direzione Generale V° il seguito della presente deliberazione.

---

ALLEGATO "A" ALLA DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE n. 1135 del 4 novembre 2008



**MANUALE DEI REQUISITI PER  
L'AUTORIZZAZIONE ED  
ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE  
SANITARIE  
(DGR 361/07)**

## STRUTTURA DEL MANUALE

Il manuale è composto dalle seguenti parti:

1. **Glossario** in cui sono riportate le definizioni di alcuni termini utilizzati nel manuale al fine di fornire una interpretazione uniforme.
2. **Introduzione** in cui vengono riportati: definizioni, obiettivi, durata e aree di applicazione dell'istituto dell'autorizzazione e dell'accreditamento.
3. **Procedure** in cui sono riportate le procedure necessarie ed utili per la richiesta dell'autorizzazione e dell'accreditamento, nonché l'iter procedurale (sotto forma di schemi che descrivono tempi e attori indicati) dell'intero processo di autorizzazione e accreditamento.
4. **Requisiti per l'Autorizzazione e l'Accreditamento** in cui sono specificati, per singola struttura, i requisiti necessari per ottenere l'autorizzazione e l'accreditamento.

## GLOSSARIO

### **Autorizzazione**

Per Autorizzazione si intendono i distinti provvedimenti che consentono la realizzazione e l'esercizio di attività sanitarie da parte di soggetti pubblici e privati.

### **Accreditamento Istituzionale**

Per Accreditamento Istituzionale si intende il provvedimento con il quale si riconosce alle strutture pubbliche e private già autorizzate lo status di potenziali erogatori di prestazioni nell'ambito e per conto del servizio sanitario nazionale.

### **Ambulatorio**

Per ambulatorio di assistenza specialistica si deve intendere la struttura o luogo fisico, intra od extraospedaliera, preposto alla erogazione di prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione, nelle situazioni che non richiedono ricovero neanche a ciclo diurno.

### **Azienda**

E' il soggetto giuridico, pubblico e privato, che offre attività o prestazioni sanitarie.

### **Dipartimento**

Con il termine dipartimento ci si riferisce allo strumento organizzativo attraverso il quale si realizza l'obiettivo di integrare funzioni tra loro affini o complementari anche se afferenti a contesti organizzativi diversi. E' costituito da unità operative autonome che a loro volta possono essere suddivise in moduli.

### **Documento e Documentazione**

Qualsiasi forma di attestazione: cartacea, informatica o altro, anche non strutturalmente codificata, comprovante un fatto avvenuto.

### **Indicatore**

Elemento (misuratore quanti o qualitativo) che quantifica un oggetto o un fenomeno che si intende misurare.



### **Linee guida**

Insieme di raccomandazioni procedurali, finalizzate ad assistere gli operatori in specifiche circostanze e con le seguenti caratteristiche:

- 1) sono basate sull'evidenza scientifica
- 2) sono sviluppate e supportate da gruppi di esperti
- 3) sono orientative
- 4) sono focalizzate sulla gestione di "casi" (mancano cioè di elementi di contestualizzazione e di personalizzazione)
- 5) sono di applicazione generale (oltre le condizioni locali).

### **Miglioramento continuo della qualità (MCQ)**

È un sistema di gestione della qualità, fondato sull'analisi dei processi di produzione-erogazione di beni e servizi. Esso si basa sul concetto di "tensione continua" degli operatori alla ricerca, allo sviluppo, al mantenimento ed al miglioramento dei livelli di qualità perseguibili nell'organizzazione. Lo scopo che si intende raggiungere con l'applicazione di tale sistema di gestione, nelle aziende sanitarie, è quello di organizzare l'intero processo assistenziale in modo da perseguire la massima soddisfazione dell'utente finale del servizio, garantendo, al tempo stesso, livelli elevati di efficienza gestionale, organizzativa e di economicità. In tale senso le iniziative di MCQ prevedono l'identificazione di un problema, la definizione dei criteri di buona qualità, la progettazione e l'effettuazione dell'intervento migliorativo, la valutazione di impatto dell'intervento migliorativo, la diffusione a tutti gli interessati, il monitoraggio nel tempo dei livelli di qualità raggiunti, la ricerca di nuovi elementi di miglioramento.

### **Mission**

Motivo per cui un'organizzazione esiste; è la ragion d'essere stessa dell'organizzazione; ciò che essa sceglie di fare per soddisfare i bisogni dell'utenza.

### **Presidio**

Entità fisica (ospedale, poliambulatorio, ambulatorio, studi professionali, etc.) dove si effettuano le prestazioni e/o le attività sanitarie.

### **Procedure - Protocolli operativi**

Come i protocolli diagnostico-terapeutici indicano una procedura di comportamento ben determinata, ma non sono applicati a processi di diagnosi e cura, bensì a contesti tecnico-gestionali (p. es. procedure per disinfezione, sanificazione, accoglienza paziente).

Sono:

- 1) basati quanto possibile sull'evidenza scientifica
- 2) sviluppati generalmente a livello locale
- 3) applicabili a situazioni bene identificabili
- 4) poco flessibili
- 5) prescrittivi.

### **Processo**

Organizzazione di persone, materiali, strumenti, metodi e tecnologie al fine di creare sequenze logiche di azioni capaci di produrre risultati significativi di valore per i clienti convertendo input misurabili in output altrettanto misurabili mediante una successione organizzata di passi.

### **Profili di assistenza**

Sono strumenti di miglioramento orientati alla presa in carico globale del bisogno del paziente oltre che solo alla diagnosi e cura, anche attraverso il ricorso a servizi e a strutture sanitarie diverse ma integrate all'interno del percorso. I profili di assistenza hanno le seguenti caratteristiche:

- 1) sono basati sulle evidenze scientifiche e su linee guida

- 2) vengono costruiti a partire dal contesto locale
- 3) possono avere una diversa estensione (c'è sempre comunque un punto di partenza ed un punto di arrivo)
- 4) possono essere costruiti anche attraverso la sommatoria di sub-profili con la partecipazione di diverse professionalità
- 5) sono rivolti ai "pazienti" e non soltanto ai "casi" prendendo in considerazione i diversi aspetti dell'assistenza, ivi inclusi i bisogni psico-sociali (educazione del paziente e dei familiari, pianificazione della post-dimissione, etc.).

#### **Protocolli diagnostico-terapeutici**

Indicano una procedura di comportamento, ben determinata.

Sono:

- 1) basati sull'evidenza scientifica
- 2) sviluppati e supportati da gruppi di esperti
- 3) di aiuto nella gestione di cure e interventi
- 4) applicabili a situazioni specifiche
- 5) poco flessibili
- 6) prescrittivi
- 7) di applicazione generale (oltre le condizioni locali).

#### **Rianimazione Cardio-Polmonare di base (attrezzature)**

Si intendono le seguenti attrezzature:

- 1) farmaci d'emergenza (check list disponibile)
- 2) aghi cannula
- 3) lacci emostatici
- 4) siringhe (varie misure)
- 5) deflussori (normali e microgoccia)
- 6) pallone Ambu (autoespansibile)
- 7) maschere
- 8) cannule orofaringee (Mayo, Guedel)
- 9) fonendoscopio
- 10) sfigmomanometro.

#### **Qualità**

L'insieme delle proprietà e delle caratteristiche di un prodotto o di un servizio che conferiscono ad esso la capacità di soddisfare le esigenze espresse o implicite di un cliente .

#### **Qualità organizzativa**

E' intesa come congruenza tra elementi costitutivi dell'organizzazione. Caratterizzata da un uso più efficace e produttivo delle risorse all'interno dei limiti e delle direttive stabiliti dalle autorità preposte/acquirenti.

#### **Qualità percepita**

E' intesa come scarto fra osservato ed atteso dall'operatore nel vissuto della organizzazione, dall'utente nel ricevere la prestazione.

#### **Qualità tecnica**

Capacità del professionista di soddisfare i bisogni degli utenti, così come da lui stesso definiti, utilizzando tecniche e procedure corrette ed appropriate.

**Regolamenti interni**

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

**Requisito**

Ciascuna delle caratteristiche necessarie e richieste affinché un prodotto/servizio risponda allo scopo (vedi qualità).

**Tecnologia**

Il concetto di tecnologia include non solo le attrezzature, ma anche le procedure, i farmaci ed i supporti organizzativi che sostengono gli interventi sanitari.

**Sistema qualità**

E' la struttura organizzata, riconosciuta e documentata della qualità, articolata in un sistema multidimensionale integrato, spesso orientato a migliorare non soltanto la "gestione della produzione" (prodotti, processi, risultati), ma anche la funzione di "governo" del sistema-organizzazione (e i processi decisionali connessi) ed i suoi macro-risultati.

**Struttura organizzativa**

Dimensione organizzativa complessiva della funzione svolta ad esempio: dipartimento, unità operativa, struttura complessa, struttura semplice, modulo.

**Studio medico**

Per studio si intende il luogo dove vengono erogate prestazioni sanitarie da parte di professionisti abilitati all'esercizio della professione, in regime fiscale di persona fisica e in forma singola o associata.

**Valutazione e miglioramento della qualità**

Sono attività che hanno lo scopo di garantire all'utente che le prestazioni o i servizi ricevuti siano di buona qualità. Tali iniziative possono riguardare processi/esiti di prestazioni dirette agli utenti o processi/esiti delle attività di supporto (gestionali, organizzative, amministrative, etc.).

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 di impatto a breve e medio termine dell'intervento migliorativo nei confronti del problema affrontato
- 7) la diffusione dei risultati a tutti gli interessati.



## PROCEDURE

### AUTORIZZAZIONE

I soggetti che intendono chiedere l'autorizzazione inoltrano:

1. domanda su apposito modulo allegando i documenti previsti dal modulo stesso
2. l'autocertificazione concernente la conformità al possesso dei requisiti minimi costituita da: una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà firmata dal Responsabile della struttura organizzativa con allegata copia fotostatica del Manuale autocompilata e firmate singolarmente dal Responsabile della singola struttura organizzativa, in numero corrispondente alle aree d'intervento oggetto di autorizzazione
3. documenti attestanti il possesso del requisito contrassegnato nel Manuale con un asterisco. Qualora in uno stesso documento siano corrisposti più requisiti, questi vanno segnalati in allegato al documento stesso
4. in aggiunta alla documentazione di cui ai commi precedenti, anche il piano delle attività di adeguamento che si intendono intraprendere per il raggiungimento della conformità al possesso del requisito.

I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie pubbliche e/o Aziende Ospedaliere entro tre mesi dal rilascio dell'Autorizzazione presentano alla Direzione Generale V° della Regione Molise il piano per l'adeguamento ai requisiti stabiliti nel provvedimento di autorizzazione medesimo.

### ACCREDITAMENTO

I soggetti che intendono chiedere l'accreditamento inoltrano:

- domanda su apposito modulo allegando i documenti previsti dal modulo stesso
- l'autocertificazione concernente la conformità al possesso dei requisiti minimi costituita da: una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà firmata dal Responsabile della struttura organizzativa con allegata copia fotostatica del Manuale autocompilato (secondo lo schema A) e firmate singolarmente dal Responsabile della singola struttura organizzativa, in numero corrispondente alle aree d'intervento oggetto di accreditamento

I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie pubbliche e/o Aziende Ospedaliere, nonché i tutti i soggetti che intendono chiedere l'accreditamento, entro tre mesi dal rilascio dell'accreditamento provvisorio presentano alla Direzione Generale V° della Regione Molise il piano per l'adeguamento ai requisiti stabiliti nel provvedimento di accreditamento medesimo.

## REQUISITI PER L'AUTORIZZAZIONE E PER L'ACCREDITAMENTO

I requisiti sono articolati in una cinque sezioni:

- A. REQUISITI GENERALI STRUTTURALI E ORGANIZZATIVI COMUNI A TUTTI I PRESIDI E STRUTTURE
- B. REQUISITI GENERALI E SPECIFICI DELLE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO PER ACUTI
- C. REQUISITI GENERALI E SPECIFICI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA IN REGIME AMBULATORIALE
- D. REQUISITI GENERALI E SPECIFICI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO
- E. STABILIMENTI TERMALI

All'interno di ciascuna sezione sono individuati i requisiti.

I requisiti sono di norma organizzati in quattro macro aggregati:

- requisiti minimi strutturali;
- requisiti minimi impiantistico-tecnologici;
- requisiti minimi organizzativi;
- requisiti minimi per l'accREDITAMENTO (valutazione e miglioramento della qualità).

La maschera standard dei requisiti è composta, procedendo da sinistra verso destra, dalle seguenti colonne:

1. requisito, contiene il testo;
2. tempo di adeguamento, indica il tempo massimo consentito, espresso in anni, per adeguarsi al requisito qualora questo non sia posseduto all'atto dell'autovalutazione. In questa colonna, per alcuni requisiti, compaiono degli asterischi (\*) che individuano i documenti da allegare alla domanda o esibire in copia alla richiesta. Il valore 0 indica che il requisito deve essere posseduto all'atto della presentazione della domanda. Per i soli requisiti per l'accreditamento, che dovranno essere posseduti alla data del 31/12/2009, sono indicate delle lettere A o B a significare che il requisito deve essere soddisfatto integralmente per l'accreditamento istituzionale (lettera A) o potrà essere soddisfatto successivamente per l'accreditamento di qualità (lettera B)
3. risposta, rappresenta lo spazio nel quale apporre la risposta utilizzando esclusivamente una delle seguenti opzioni:  
SI ( qualora il requisito sia posseduto ); NO (qualora non sia posseduto);  
N.A. (qualora il requisito non sia applicabile alla tipologia della struttura).

## PARTE A)

# REQUISITI GENERALI, STRUTTURALI E ORGANIZZATIVI COMUNI A TUTTI I PRESIDI E STRUTTURE

## REQUISITI GENERALI

Ai fini della applicazione dei requisiti generali e specifici 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 QUALITÀ:** 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 di 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, etc.).



**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 ed un obiettivo.

STRUTTURALI COMUNI A TUTTI I PRESIDI E STRUTTURE		Tempo di adeguamento	Risposta
1.	protezione antisismica;	3	
2.	protezione antincendio;	2	
3.	protezione acustica;	1	
4.	sicurezza elettrica e continuità elettrica;	3	
5.	sicurezza antinfortunistica;	1	
6.	igiene dei luoghi di lavoro;	0	
7.	protezione dalle radiazioni ionizzanti;	0	
8.	eliminazione delle barriere architettoniche;	3	
9.	smaltimento dei rifiuti;	0	
10.	condizioni microclimatiche;	2	
11.	impianti di distribuzione dei gas;	1	
12.	materiali esplosivi.	0	

In merito a tali problematiche si ritiene di fare riferimento alle specifiche norme nazionali, regionali, locali e, per la prevista parte di competenza, alle disposizioni internazionali. Per gli studi professionali e/o ambulatori privati, in possesso di nulla osta sanitario ovvero autorizzati e/o accreditati alla data di pubblicazione del presente Manuale, è sufficiente il solo certificato di agibilità o usabilità della struttura. Tale allegato dovrà essere autocertificato ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 recante "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" e s.m.i.

## REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI.

Il presente documento indica i requisiti relativi ai seguenti aspetti organizzativi:

1. - politica, obiettivi ed attività;
2. - diritti dei cittadini
3. - struttura organizzativa;
4. - gestione delle risorse umane;
5. - gestione delle risorse strutturali;
6. - gestione delle risorse tecnologiche;
7. - gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamenti interni;
8. - sistema informativo.

## POLITICA, OBIETTIVI, ATTIVITA'

01 Responsabilità della Direzione	Tempo di adeguamento	Risposta
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 Direzione deve esplicitare ai presidi, alle unità operative ed alle altre articolazioni organizzative, il ruolo, gli obiettivi e le funzioni assegnate agli stessi (mission).	0	

02 Documentazione della Organizzazione	Tempo di adeguamento	Risposta
E' adottato un documento in cui è esplicitata l'organizzazione interna generale, per singolo presidio e articolazione funzionale, con particolare riferimento a:		
1. la missione, e cioè la ragion d'essere dell'organizzazione ed i valori cui si ispira;	0	
2. 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;	0	
gli obiettivi, che devono soddisfare ai seguenti requisiti:		
1. devono essere articolati nel tempo;	0	
2. devono risultare congruenti con gli obiettivi dei livelli organizzativi sovraordinati;	0	
l'organizzazione interna con particolare riferimento a:		

1. l'organigramma con il quale vengono individuati i responsabili delle articolazioni operative e di supporto tecnico amministrativo e definite le loro funzioni;	2	
2. i livelli di responsabilità;	0	
3. le modalità di erogazione del servizio;	0	
4. le prestazioni e le attività erogate, specificando quelle eseguite direttamente all'interno del presidio e/o all'interno dell'azienda e quelle eseguite indirettamente;	0	
5. la determinazione della "tariffa" nella erogazione dei servizi.	1	
6. un sistema di controllo di gestione che prevede:		
1. individuazione dei centri di responsabilità;	0	
2. attività di monitoraggio dei costi e dei ricavi dell'azienda;	1	
3. procedure negoziali per la redazione dei budget.	1	



### 03 Documentazione del coordinamento

	Tempo di adeguamento	Risposta
E' adottato un documento (Piano Strategico Aziendale o equivalente per le Amministrazioni Private) in cui sono esplicitati i rapporti:		
1. fra i responsabili delle attività gestionali;	A	
2. fra presidi di ricovero e presidi ambulatoriali pubblici e privati e all'interno dei presidi fra strutture organizzative e professionali presenti, con i livelli istituzionali;	A	
3. con le associazioni rappresentative dell'utenza.	A	

### 04 Documentazione della Verifica

	Tempo di adeguamento	Risposta
E' adottato un documento da cui deriva che la «missione» e gli obiettivi sono sottoposti a verifica ed aggiornamento periodico. In particolare:		
1. la «missione» viene confermata o aggiornata ogni tre anni o qualora sia necessario, per sopravvenute esigenze di programmazione regionale;	A	
2. gli obiettivi di lungo periodo sono verificati ed aggiornati di norma ogni tre anni e, comunque, allorché si renda necessario;	A	
3. gli obiettivi di breve periodo sono verificati annualmente attraverso la redazione di un documento, da cui si rileva che la valutazione del raggiungimento degli obiettivi viene effettuata periodicamente con l'analisi valutativa degli scostamenti rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati, le cause, i motivi di tali scostamenti e le eventuali misure correttive adottate. Gli obiettivi di breve periodo devono essere coerenti con le direttrici di programmazione regionale emanate annualmente.	A	

05 Piano di lavoro della Direzione	Tempo di adeguamento	Risposta
La Direzione definisce annualmente, tenuto conto del diverso grado di complessità delle prestazioni erogate, il piano di lavoro che comprende:		
1. la tipologia ed il volume di attività previste, generale e specifico per singolo presidio;	A	
2. il piano organizzativo, generale e specifico per singolo presidio;	A	
3. i programmi da attuare con relative priorità;	A	
4. le direttive per l'azione amministrativa e gestionale;	A	
5. il bilancio preventivo.	A	



## DIRITTI DEI CITTADINI, INFORMAZIONE ALL'UTENZA E CARTA DEI SERVIZI PUBBLICI SANITARI

01 Finalità	Tempo di adeguamento	Risposta
La Direzione definisce politiche e strategie volte a garantire il rispetto dei diritti dei cittadini, in relazione all'umanizzazione dei servizi, alla personalizzazione delle cure, alla tutela della privacy ed alla produzione delle informazioni necessarie per l'accesso e la fruizione dei LEA, anche al fine di presentare una risultanza positiva rispetto agli indicatori previsti dall'art. 14 del D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. recante "Riordino per la disciplina della materia sanitaria, a norma dell'art. 1, l. 23 ottobre 1992, n. 421". Per queste finalità, viene favorita la partecipazione degli utenti e delle associazioni di volontariato e tutela al miglioramento della qualità dei servizi (Carta dei servizi).	1	

02 Accessibilità degli utenti	Tempo di adeguamento	Risposta
Ogni presidio deve essere dotato di idonea indicazione all'esterno o all'interno, tale da favorire l'accessibilità dell'utenza e l'individuazione dei percorsi, in particolare:	1	
la segnaletica deve essere leggibile anche a distanza, di facile comprensione e protetta da manomissioni	2	

03 Esplicitazione dei servizi disponibili e delle modalità di accesso ai servizi.	Tempo di adeguamento	Risposta

Ogni Azienda Sanitaria dispone di un Centro Unico di Prenotazione collegato con tutti i servizi territoriali ed ospedalieri che forniscono prestazioni diagnostiche e specialistiche ed ogni erogatore deve essere collegato con il CUP dell'Azienda di riferimento. L'Azienda definisce modalità per dare informazioni agli utenti e dichiara i propri impegni nei loro confronti (le strutture di Ricovero private attualmente non sono collegate a nessun CUP e non possono autonomamente decidere di collegarsi):	B	
1. <i>deve essere individuato un Ufficio o un Responsabile (in relazione alla complessità della struttura) addetto ai rapporti con il pubblico (informazioni e accettazione reclami, segnalazioni e suggerimenti);</i>	A	
2. <i>è predisposta, aggiornata periodicamente e pubblicizzata la Carta dei Servizi e, nelle strutture aziendali con particolare complessità organizzativa, vengono predisposte Guide all'uso di specifici servizi;</i>	A	
3. <i>la Carta dei Servizi è redatta con l'apporto dei responsabili dei servizi</i>	B	
per ogni presidio devono essere garantite informazioni relativamente a:		
1. <i>prestazioni erogabili con indicazione della spesa a carico dell'utente e delle modalità di pagamento;</i>	A	
2. <i>organizzazione interna ed operatori responsabili delle prestazioni; orari delle attività ambulatoriali, modalità di prenotazione e tempi di attesa;</i>	A	
3. <i>modalità per l'inserimento nelle liste d'attesa per il ricovero;</i>	A	
4. <i>procedure relative all'accesso (con particolare attenzione all'indicazione dell'eventuale preparazione per l'esecuzione delle indagini diagnostiche, della documentazione da presentare all'accesso da parte degli utenti, ecc.);</i>	A	
5. <i>modalità di comunicazione all'utente delle informazioni che lo riguardano anche ai fini della acquisizione del necessario consenso in ordine ai trattamenti sanitari;</i>	A	
6. <i>modalità di consegna dei referti anche ai fini della tutela dei dati personali;</i>	A	
7. <i>modalità per la presentazione di eventuali reclami, segnalazioni e suggerimenti da parte degli utenti.</i>	A	
8. <i>è garantita la tutela dei cittadini definendo le modalità di presentazione e gestione dei reclami, segnalazioni e suggerimenti da parte degli utenti e delle associazioni rappresentative di tutela e volontaria;</i>	A	
10. <i>i reclami devono essere accolti e trattati dalla struttura aziendale a cui sono rivolti e, nel caso di aziende private, e vengono trasmessi all'Azienda USL di riferimento con cui sono stati instaurati i rapporti;</i>	B	
11. <i>vengono effettuate indagini sulla soddisfazione degli utenti;</i>	B	
12. <i>vengono favoriti progetti di umanizzazione dell'assistenza, in particolare nei confronti delle categorie più deboli di utenti, anche attraverso convenzioni ed intese con associazioni di volontariato ed enti senza finalità di lucro.</i>	B	
Le Aziende definiscono procedure per la effettiva distribuzione del materiale informativo sul presidio e sui regolamenti che interessano gli utenti.		
Nelle strutture che erogano prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche, devono essere definite:		
1. <i>Procedure per l'acquisizione di notizie cliniche da parte dei familiari del degente;</i>	B	
2. <i>Procedure per l'acquisizione del consenso informato;</i>	A	

3. <i>Procedure per la consegna o invio della documentazione sanitaria (cartellino di dimissioni, lettera per il curante, referto, risultato, ecc.), anche ai fini della tutela dei dati personali;</i>	A	
4. <i>Protocolli di dimissioni protette, garantite dal Distretto di appartenenza) che prevedano il coinvolgimento del territorio.</i>	B	

04 Programma di attuazione della Carta dei Servizi	Tempo di adeguamento	Risposta
Esiste un programma di attuazione della Carta dei Servizi.	B	
E' predisposta, almeno con valenza annuale da parte dell'Azienda, una relazione di autovalutazione che espliciti i risultati conseguiti in rapporto agli impegni ed agli standard stabiliti e i livelli di soddisfazione degli utenti.	A	
Nelle Aziende Sanitarie viene convocata annualmente una Conferenza dei Servizi, per presentare i risultati delle attività rivolte alla tutela dei diritti. Tale requisiti non riguarda le strutture di ricovero private che non hanno titolarità a partecipare alla Conferenze di Servizi	B	
Viene distribuito un questionario per la raccolta del grado di soddisfazione dell'utente	A	
La qualità percepita dagli utenti (art. 14 del D.lgs. n. 502 del 1992, cit.) è oggetto di monitoraggio da parte della struttura almeno una volta all'anno	B	
Sono documentabili le modifiche apportate sull'organizzazione derivate dall'analisi dei risultati	B	
E' garantita la possibilità a parenti ed accompagnatori di usufruire, all'interno della struttura, di pasti caldi	B	



## STRUTTURA ORGANIZZATIVA

01 Definizione della struttura organizzativa	Tempo di adeguamento	Risposta
La Direzione definisce ed esplicita l'organizzazione e le politiche di gestione delle risorse umane ed economiche, <i>generali e per singolo presidio, articolate per:</i>	O*	
1. attività ambulatoriali;		
2. attività di ricovero a ciclo continuativo e diurno (acuti e postacuti).		

02 Accreditemento delle metodiche	Tempo di adeguamento	Risposta
Le strutture sia ambulatoriali che di ricovero devono seguire metodologie e tecniche riconosciute da Associazioni scientifiche.	B	

03 Accesso	Tempo di adeguamento	Risposta
La Direzione definisce le procedure per l'accesso alle prestazioni.		

In particolare, la Direzione definisce le procedure relative a:		
1. <i>prenotazione ed erogazione delle prestazioni, in relazione ai criteri di priorità e tempi massimi d'attesa definiti, con indicazione della responsabilità della gestione delle agende e dei Registri di prenotazione delle prestazioni;</i>	A*	
2. <i>modalità di misura dei tempi di attesa;</i>	B*	
3. <i>modalità di pagamento.</i>	A*	

	Tempo di adeguamento	Risposta
<b>04 Continuità</b>		
La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze, 24 ore su 24 per i presidi che operano in regime di ricovero a ciclo continuativo, nelle ore di apertura per quelli che erogano prestazioni a ciclo diurno o ambulatoriali, o di eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici).	O*	
In particolare, la Direzione aziendale deve specificare le procedure di gestione delle emergenze e deve provvedere alla loro diffusione nei confronti del personale degli ambulatori, delle medicherie, dei reparti di degenza, del pronto soccorso. Nei presidi che operano in regime programmato, sia di ricovero che ambulatoriale, si devono adottare specifici rapporti con altri presidi che operano all'interno del sistema di emergenza urgenza, per la gestione di eventuali emergenze cliniche.	A*	

	Tempo di adeguamento	Risposta
<b>05 Procedure amministrative.</b>		
La Direzione definisce le procedure amministrative generali, per singolo presidio e per struttura organizzativa, e le procedure di integrazione tra i servizi tecnico-amministrativi ed i servizi sanitari. Tali procedure sono portate a conoscenza degli utenti interni.	A	

	Tempo di adeguamento	Risposta
<b>06 Procedure per la gestione delle informazioni sanitarie.</b>		
<i>La Direzione definisce le procedure relative ai documenti comprovanti l'attività sanitaria con particolare riferimento a:</i>		
1. <i>modalità di compilazione e refertazione della cartella clinica (le modalità di refertazione devono consentire l'identificazione dell'operatore principale e/o del responsabile);</i>	1	
2. <i>modalità di conservazione;</i>	1	
3. <i>modalità di archiviazione.</i>	1	

	Tempo di adeguamento	Risposta
<b>07 Riconoscibilità degli operatori</b>		

Il personale deve essere munito di apposito cartellino di riconoscimento e di altri idonei mezzi, allo scopo di consentire all'utente l'identificazione dell'operatore rispetto alle sue generalità e qualifica.	0	
--	---	--

	Tempo di adeguamento	Risposta
<i>Il "Controllo di Gestione" (Solo per ASL e AO)</i>		
Nelle Aziende Sanitarie, l'intero circuito della programmazione e del controllo (soluzioni organizzative, contabilità analitica, processo di budgeting e di reporting, analisi degli scostamenti, etc.), può essere formalizzato tramite delibera del direttore generale o più semplicemente con regolamenti organizzativi interni.		
Sono stati definiti la struttura organizzativa del CdG ed il responsabile	A	
<i>Interpretazione:</i>		
<i>da verificare su organigramma, funzionigramma o delibere</i>		
È stata individuata la mappa dei Centri di Responsabilità (CdR) con l'individuazione del responsabile e dell'autonomia decisionale attribuitagli	A*	
<i>Interpretazione:</i>		
<i>da verificare su linee guida di budget e/o regolamento e/o delibere e/o documenti di lavoro del CdG</i>		
È stato formalizzato ed attivato il sistema di "budgeting"	B	
<i>Interpretazione:</i>		
<i>da verificare l'esistenza di linee guida di budget e/o delibere e/o documenti di lavoro della Direzione Generale</i>		
Sono state definite le modalità di negoziazione degli obiettivi, delle attività e delle risorse	B*	
<i>Interpretazione:</i>		
<i>da verificare le schede di budget sottoscritte</i>		
Esiste una procedura per la formalizzazione del budget per CdR	B*	
<i>Interpretazione:</i>		
<i>da verificare su regolamenti e/o linee guida e/o delibere</i>		
È stato formalizzato ed attivato il sistema di "reporting"	B*	
<i>Interpretazione:</i>		
<i>da verificare su regolamenti e/o linee guida e/o delibere</i>		
I report periodici vengono continuamente diffusi e discussi a tutti i livelli di responsabilità	B	
<i>Interpretazione:</i>		
<i>fino ai CdR di primo livello</i>		
Sono previste modalità di raccordo ed integrazione tra il CdG, gli altri organi di staff (Comitato di Budget, Gestione Risorse Umane, Qualità, etc.) e il Nucleo di Valutazione	B	
<i>Interpretazione:</i>		
<i>da verificare su documenti interni di lavoro</i>		
Sono previste modalità di raccordo ed integrazione tra il CdG e l'Ufficio Bilancio	B	
<i>Interpretazione:</i>		
<i>da verificare su documenti interni di lavoro</i>		

È stato attivato il Nucleo di Valutazione aziendale	A	
<i>Interpretazione:</i>		
<i>da verificare su delibera</i>		

## GESTIONE RISORSE UMANE

01 Fabbisogno	Tempo di adeguamento	Risposta
La Direzione definisce il fabbisogno di personale, in rapporto al volume e alla tipologia delle attività ed in rapporto alla organizzazione dei singoli presidi, in maniera tale da garantire il corretto svolgimento delle attività, secondo i criteri specificati.	0	
Il fabbisogno deve essere rapportato alle norme indicate nel manuale inerente i requisiti organizzativi per ciascuna attività, specificate nelle parti successive del manuale stesso.		
In particolare il fabbisogno di personale deve essere garantito:		
1. in termini numerici (equivalente a tempo pieno) per ciascuna professione o qualifica professionale;	1	
2. per posizione funzionale;	1	
3. per qualifica;	1	
4. in rapporto ai volumi ed alle tipologie delle attività, secondo criteri specificati dalle normativa regionali.	1	

02 Qualificazione (per le case di cura private si fa riferimento alla normativa di cui al D.P.C.M. 27 giugno 1986, recante "Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni in materia di requisiti delle case di cura private" in merito ai requisiti del personale)	Tempo di adeguamento	Risposta
E' indispensabile che tutti i ruoli e le posizioni funzionali siano ricoperti da personale in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente e che le prestazioni sanitarie siano erogate nel rispetto delle competenze riconosciute dalla normativa vigente.	2	
I medici devono essere in possesso della specializzazione o dei requisiti previsti dalla vigente normativa per l'esercizio nella branca specifica (d'ora in poi, questo requisito viene indicato come "specializzazione").	2	
Per l'accesso a ciascuna professione e posizione funzionale del personale sanitario delle aziende private il personale deve risultare in possesso degli stessi requisiti richiesti per l'accesso al rapporto di dipendenza con il S.S.N. Nel caso di Aziende private, inoltre:		
1. <i>deve essere documentato che nell'ambito dei propri presidi non opera personale dipendente del S.S.N., anche per prestazioni riferite a branche di attività erogate al di fuori del rapporto con il S.S.N.;</i>	0	
2. <i>deve essere garantito con pianta organica a regime l'erogazione delle proprie prestazioni nel rispetto delle incompatibilità di cui al punto precedente.</i>	0	

03 Formazione-aggiornamento.	Tempo di adeguamento	Risposta
------------------------------	----------------------	----------

NB: Per le strutture di ricovero private la Direzione aziendale dovrà verificare il conseguimento da parte del personale in servizio dei crediti formativi obbligatori ai sensi della normativa nazionale vigente e garantire al personale nel rispetto del C.C.N.L. il monte orario previsto da destinare alla formazione e all'aggiornamento.	A	
Deve essere individuata una struttura e/o un responsabile (in relazione alla complessità del presidio) per la formazione del personale. Deve essere predisposto un piano di formazione-aggiornamento del personale a valenza annuale.	B	
In particolare, il piano di formazione deve contenere l'analisi dei bisogni, la definizione degli obiettivi di apprendimento e la pianificazione della loro valutazione.	B	
Deve essere garantita per ciascuna categoria e qualifica una formazione coerente con gli specifici contenuti disciplinari e professionali	B	
Devono essere normalizzate le modalità per favorire l'inserimento operativo del personale di nuova acquisizione, attraverso anche la utilizzazione di piani di orientamento/inserimento del personale di nuova acquisizione specifici per ciascuna delle unità di destinazione.	B	
E' redatta una relazione annuale con l'individuazione dei soggetti coinvolti nell'attività di formazione.	A	
Nei presidi ove si svolgono attività didattiche e/o tirocinio deve esistere documentazione circa gli obiettivi didattici, la supervisione degli allievi, i metodi di valutazione e gli eventuali accordi con scuole/università. Il personale in formazione deve essere identificabile.	A	
E' documentabile l'attività di formazione/aggiornamento permanente del personale, attraverso fascicoli individuali comprovanti le competenze acquisite, anche al fine di una ottimale utilizzazione delle risorse umane.	A	
Di tutti i percorsi formativi o di aggiornamento realizzati in sede esterne all'azienda deve essere conservata tutta la documentazione per la consultazione/divulgazione.	A	
Nel caso di acquisizione di nuove tecnologie e/o di introduzione di metodiche innovative, deve essere documentato il preventivo aggiornamento rivolto al personale interessato al loro utilizzo/applicazione.	A	
E' stata formalizzata la funzione di staff alla Direzione Generale e l'individuazione di un responsabile o referente per il coordinamento delle attività di formazione a livello aziendale	B	
<i>Nota:</i>		
<i>la nomina è stata fatta con atto formale</i>		
Il PSA o equivalente contiene l'esplicitazione della strategia aziendale per la formazione e ne è stata data comunicazione alle organizzazioni sindacali	B	
E' stato prodotto ed è stato concertato con le organizzazioni sindacali un "Piano di Formazione" annuale o triennale	B	
Il "Piano di Formazione" annuale o triennale contiene:	B	
· il consuntivo delle attività di formazione svolte nell'anno precedente		
· l'analisi del fabbisogno formativo		
· l'individuazione degli obiettivi di apprendimento e di risultato		
· l'individuazione delle metodologie coerenti con gli obiettivi enunciati		

· il piano di valutazione di processo e di risultato (ricadute operative) delle azioni formative programmate		
Gli obiettivi del Piano di Formazione sono coerenti con gli obiettivi aziendali	B	
E' stato destinato un budget specifico per realizzare il Piano di Formazione annuale	B	
La formulazione del Piano di Formazione e del relativo budget è avvenuta a seguito della rilevazione dei bisogni formativi e con il coinvolgimento delle diverse componenti professionali dell'Azienda	B	
Esistono procedure/protocolli operativi sulle attività formative dell'Azienda	B	
<i>Nota: esiste un documento chiaro e sintetico che fornisce indicazioni utili e coerenti con la politica aziendale ed i CC.NN.LL. per l'attivazione di percorsi formativi individuali o collettivi, realizzati dall'Azienda o commissariati all'esterno</i>		
Esiste un documento che regola il piano di acquisto di testi e riviste scientifiche	B	
E' documentato l'utilizzo finalizzato del budget preventivato annualmente per l'attività di formazione	B	
Il documento sull'utilizzo finalizzato delle risorse destinate alla formazione contiene:	B	
· l'investimento realizzato nell'anno (espresso in percentuale sul costo globale del personale)		
· il n° di ore di formazione erogate per dipendente e per fasce professionali		
Esiste una biblioteca aziendale centralizzata con punti di consultazione in ogni presidio	B	
Esistono procedure per la valutazione periodica del clima aziendale interno	B	
<i>Nota:</i>		
<i>vengono utilizzati anche indicatori quali: il turnover del personale, il tasso di assenze, il tasso di partecipazione alle riunioni interne, il numero di reclami per comportamenti scorretti degli operatori e i dati sulla conflittualità interna</i>		
Vengono utilizzati strumenti standardizzati per valutare almeno le seguenti dimensioni:	B	
· la diffusione della conoscenza degli orientamenti strategici e degli obiettivi dell'Azienda		
· il livello di integrazione delle diverse unità organizzative dell'Azienda		
· il grado di soddisfazione degli operatori nel rapporto con i propri referenti gerarchici e con il sistema di gestione-controllo-verifica		
· il grado di soddisfazione degli operatori nel rapporto con il proprio lavoro		
· il rischio di Burn-out		
<i>Nota:</i>		
<i>tali valutazioni vengono effettuate almeno ogni due anni</i>		
I risultati dell'indagine sulla valutazione del clima aziendale vengono discussi e analizzati in apposite riunioni della direzione	B	
I risultati dell'indagine sulla valutazione del clima aziendale sono utilizzati per politiche conseguenti relative alla gestione del personale	B	
<i>Nota:</i>		
<i>esiste evidenza di ciò in atti ufficiali</i>		
Sono disponibili, per agevolare il reinserimento al lavoro dopo il periodo della	B	



gravidanza delle lavoratrici madri, servizi di accoglienza per il nuovo nato		
<i>Nota:</i>		
<i>requisito valido per le strutture con un numero di dipendenti maggiore di 1000</i>		

## GESTIONE RISORSE STRUTTURALI

	Tempo di adeguamento	Risposta
<b>01 Piano per la manutenzione delle opere civili e impiantistiche</b>		
Deve esistere un piano per la manutenzione programmata e correttiva riferito alle opere civili ed impiantistiche. Tale piano della manutenzione deve riguardare sia gli adeguamenti di tipo funzionale, sia le previdenze di sicurezza. Tale piano deve definire gli obiettivi, le modalità operative, le risorse necessarie e destinate, nonché i tempi di adeguamento.	1	
E' individuato un responsabile per gli interventi di manutenzione della struttura e degli impianti.	1	
Il piano di manutenzione, redatto in conformità a quanto previsto dall'art. 40 del D.P.R. 21 dicembre 1999, n. 554 recante " <i>Regolamento di attuazione della L. 11 febbraio 1994, n. 109 legge quadro in materia di lavori pubblici, e successive modificazioni</i> ", deve, comunque, individuare per ogni intervento programmato:		
1. <i>il tipo di intervento;</i>	1	
2. <i>le professionalità da impiegare;</i>	1	
3. <i>le risorse necessarie;</i>	1	
4. <i>la cadenza prevedibile per quell'intervento;</i>	1	
5. <i>le caratteristiche, le cautele, le correlazioni tipiche di quell'intervento.</i>	1	
Esiste un piano per la messa a norma degli impianti di gas medicinali, aspirazione endocavitaria, ed evacuazione gas medicinali secondo la norma UNI EN 737	B	
Esiste un piano per la manutenzione degli impianti di gas medicinali, aspirazione endocavitaria, ed evacuazione gas medicinali secondo la norma UNI EN 737	B	

## GESTIONE RISORSE TECNOLOGICHE

	Tempo di adeguamento	Risposta
<b>01 Programmazione degli acquisti delle apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici (Le strutture private non soggette a procedure di evidenza pubblica, devono poter procedere all'acquisto e alla definizione delle procedure secondo propria autonomia)</b>		

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.	3	
--	---	--

02 Procedure d'acquisto delle apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici (Le strutture private non soggette a procedure di evidenza pubblica, devono poter procedere all'acquisto e alla definizione delle procedure secondo propria autonomia)	Tempo di adeguamento	Risposta
Le procedure di acquisto delle apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici devono tenere conto delle relative attività di valutazione svolte a livello regionale, nazionale e internazionale. La decisione sull'acquisto deve essere condizionata dalla presenza di una precedente valutazione clinica, economica e tecnica. Il Responsabile della Struttura Organizzativa alla quale sono assegnate le apparecchiature, partecipa alla definizione delle specifiche tecniche dei prodotti ai fini della redazione del capitolato di gara, dei criteri per la scelta e della valutazione del materiale e delle forniture. A tali procedure dovrà partecipare anche il Responsabile della Sicurezza del Lavoro, che esprimerà parere sulla materia di competenza.	3	

03 Inventario delle apparecchiature biomediche	Tempo di adeguamento	Risposta
La Direzione adotta un inventario delle apparecchiature in dotazione.		
In particolare:		
1. <i>l'inventario deve contenere i dati riassuntivi che permettano di gestire il patrimonio tecnologico,</i>	1	
2. <i>le apparecchiature devono essere identificate secondo il sistema di codifica CIVAB;</i>	1	
3. <i>ogni apparecchiatura deve rispondere alle verifiche di cui alla norma 62.5 fascicolo 4745 C del 1998 e guida CEI 3783;</i>	1	
4. <i>per ogni apparecchiatura deve essere acquisito (o redatto) il manuale di uso e manutenzione solo per gli acquisti a partire del 01/01/2007.</i>	1	

04 Piano di manutenzione delle apparecchiature biomediche	Tempo di adeguamento	Risposta
Devono essere normalizzate le procedure di manutenzione sia ordinaria che straordinaria, secondo le seguenti definizioni: Manutenzione ordinaria (preventiva):	A	

uso, gestione ordinaria e quotidiana, regole base di sicurezza, pulizia, conservazione in efficienza, revisione periodica e programmata, sostituzione periodica e prevista di dispositivi o parti di essi.		
Manutenzione straordinaria (correttiva): gestione di situazioni imprevedibili o non programmabili, al fine di rendere realmente operativo in modo rapido e sicuro il servizio.	A	
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.	A	
a) Il piano della manutenzione preventiva e correttiva è predisposto dall'Azienda attraverso una pianificazione dettagliata dei metodi e dei mezzi (personale, strumentazione, eventuali contratti di manutenzione con ditte esterne), nonché degli strumenti di controllo dell'attività manutentiva;		
b) per la corretta gestione del piano della manutenzione deve essere identificato un responsabile per ciascuna struttura organizzativa e deve essere definita una guida ed una modulistica idonea per la richiesta degli interventi di manutenzione al servizio tecnico;		
c) il piano per la manutenzione preventiva e correttiva delle apparecchiature deve rispondere a protocolli definiti che tengano conto della specifica gerarchia funzionale e deve in particolare essere documentato:		
1. per le grandi apparecchiature di diagnosi e cura così come individuate nei flussi ministeriali "Sistema informativo di Governo del Ministero della Sanità" più recente;		
2. per gli apparecchi di supporto a funzioni vitali, indicati in apposito elenco come specificato in precedenza;		
3. per gli apparecchi accertati come "critici" in relazione alle caratteristiche di funzionamento della struttura ed individuati in apposito elenco.		
4. il piano di manutenzione preventiva, che deve essere realizzato al fine di garantire i necessari standard qualitativi delle prestazioni fornite e di sicurezza, deve essere definito per ciascuna apparecchiatura e reso noto ai diversi livelli operativi per lo svolgimento dei compiti attribuiti al singolo operatore, attraverso la predisposizione di documenti informativi ed apposite istruzioni operative, che tengano conto delle indicazioni contenute sia nelle normative tecniche che nei manuali di servizio e nei libretti di uso e manutenzione.	B	

05 Documentazione interventi di manutenzione straordinaria	Tempo di adeguamento	Risposta
la Direzione aziendale deve essere in possesso dei rapporti di intervento di manutenzione straordinaria per ogni apparecchiature e un registro nel quale annotare tali interventi	A	
La documentazione tecnica relativa alle singole apparecchiature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, deve essere a corredo dello strumento in maniera che sia facilmente rintracciabile dal responsabile della manutenzione.	A	

Tutti gli interventi di manutenzione sia essa preventiva che correttiva sulle apparecchiature biomediche in dotazione devono essere documentati da un rapporto tecnico dettagliato.	A	
Per ogni apparecchiatura deve esistere una cartella (cartacea o elettronica) la quale riporti tutti i dati significativi relativi ad ogni intervento di manutenzione subito. In particolare, le schede per la manutenzione preventiva devono documentare la programmazione e la regolarità degli interventi effettuati.	A	
Le schede per la manutenzione correttiva devono registrare i dati idonei all'elaborazione di alcuni indicatori (come minimo: il tempo medio di fermo macchina, la frequenza dei guasti, la distribuzione della tipologia di guasto, i costi di manutenzione, il tipo ed il costo delle parti di ricambio), attraverso i quali sia possibile analizzare la situazione del parco apparecchiature nel suo complesso e per singole tipologie di apparecchiature.	B	

<b>06 Programma di aggiornamento del personale medico e non medico sull'utilizzo delle apparecchiature biomediche</b>	Tempo di adeguamento	Risposta
Deve essere documentato un programma di aggiornamento del personale medico e non medico sull'utilizzo sicuro ed appropriato delle apparecchiature biomediche.	A	
Tale programma di aggiornamento deve fare riferimento sia a singole apparecchiature installate che a problematiche di carattere generale nel campo delle tecnologie biomediche.	B	
Il programma di aggiornamento deve essere funzionalmente integrato con il normale addestramento all'uso di nuove apparecchiature.	B	
Il programma di aggiornamento deve 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.	B	

<b>07 Esistenza di un responsabile per l'uso sicuro, appropriato ed economico delle apparecchiature biomediche</b>	Tempo di adeguamento	Risposta
NB: le strutture private hanno l'obbligo al proprio interno di nominare il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione	1	
La Direzione deve provvedere a nominare un responsabile, affinché in ogni presidio, anche non dotato di un Servizio di Ingegneria Clinica, sia garantito l'uso sicuro, appropriato ed economico delle apparecchiature biomediche.	1	
A tale responsabile deve essere assegnato il compito di sovrintendere a tutte le attività connesse alla gestione delle apparecchiature biomediche.	A	
La manutenzione delle apparecchiature può essere demandata ad un servizio esterno.	0	

08 Organizzazione e gestione della sicurezza	Tempo di adeguamento	Risposta
Tutte le strutture sanitarie devono ottemperare, assicurandone l'adempimento, a quanto disposto dal D.lgs. 19 settembre 1994, n. 626 recante "Attuazione delle direttive 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE, 89/656/CEE, 90/269/CEE, 90/270/CEE, 90/394/CEE, 90/679/CEE, 93/88/CEE, 95/63/CE, 97/42/CE, 98/24/CE, 99/38/CE, 99/92/CE, 2001/45/CE, 2003/10/CE e 2003/18/CE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro" e s.m.i.	1	
Al Servizio di Prevenzione e Protezione è riservato anche il compito di attuare le misure di prevenzione incendi, di organizzare la lotta antincendio, di gestire le emergenze antinfortunistiche, di mantenere in efficienza i presidi antincendio e di assolvere, per quanto di competenza alle indicazioni del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale e del Ministero dell'Interno.	1	
All'atto della richiesta di autorizzazione all'esercizio sanitario il responsabile legale deve produrre una dichiarazione attestante che la struttura possiede i requisiti relativi alla salute e sicurezza dei posti di lavoro e di aver ottemperato agli obblighi ed adempimenti previsti dal D.Lgs. n. 626 del 1994 e s.m.i., cit.	0	
Per le strutture cui corre l'obbligo del Certificato di Prevenzione Incendi, il responsabile legale, all'atto della richiesta di autorizzazione, deve esibire copia del suddetto Certificato in corso di validità o copia della D.I.A. con gli estremi dell'omologazione da parte del competente Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco.	2	

09 Servizio tecnico	Tempo di adeguamento	Risposta
Le strutture ospedaliere e le case di cura private che erogano prestazioni in regime di ricovero devono dotarsi di un Servizio Tecnico interno o esterno alla struttura.	2	

10 Dotazioni minime	Tempo di adeguamento	Risposta
Deve essere garantita la presenza, il funzionamento e l'utilizzazione degli apparecchi vitali (definiti come quelli al cui funzionamento è affidata la vita del paziente e indicati in apposito elenco in riferimento al livello organizzativo dell'azienda) anche in caso di guasto prolungato, mediante sostituzione con altro apparecchio o analoga procedura.	1	

11 Verifiche periodiche	Tempo di adeguamento	Risposta
Lo stato di sicurezza delle apparecchiature secondo le norme in vigore deve essere documentato.	2	

Dell'eventuale procedura deve essere prodotta una specifica documentazione.	A	
Devono essere periodicamente eseguite e documentate prove strumentali sul funzionamento dei principali apparecchi biomedicali utilizzati in condizioni critiche (ad esempio: ventilatori polmonari, apparecchi di anestesia, pompe d'infusione, defibrillatori, elettrobisturi, ecc.) e degli apparecchi che erogano radiazioni ionizzanti e che sono impiegati per la rilevazione di radiazioni ionizzanti al fine di verificarne la taratura delle principali funzioni.	A	

### 12 Collaudo di sicurezza

	Tempo di adeguamento	Risposta
Deve essere effettuato il collaudo tecnico di sicurezza ad ogni nuova acquisizione di apparecchi biomedicali.	0	

### 13 Verifiche di sicurezza degli impianti elettrici fissi

	Tempo di adeguamento	Risposta
Deve essere predisposto un piano per le verifiche periodiche di sicurezza degli impianti elettrici fissi a servizio delle strutture.	1	
Dette verifiche devono essere condotte e documentate secondo le modalità previste ed indicate dalle norme CEI 64-4 e 64-8 con l'obbligo di redazione e mantenimento dei relativi registri che dovranno essere tenuti a disposizione per le attività ispettive da parte degli organi competenti.	1	

### 14 Prevenzione dei rischi biologici.

	Tempo di adeguamento	Risposta
E' garantita la prevenzione dei rischi biologici:		
1. oltre l'applicazione delle disposizioni di cui al D.Lgs. 626 del 1994 e s.m.i. in ogni struttura sanitaria deve essere istituita una procedura scritta per la notifica e la sorveglianza delle esposizioni professionali materiale biologico che possano essere fonte di infezioni, allergie e intossicazioni, anche per quanto riguarda incidenti che si verificassero nelle ore notturne e nei giorni festivi, con particolare riferimento alla esposizione di fattori di rischio di cui ai gruppi 3 e 4 dell'Allegato 12 del D.Lgs. 626 del 1994 s.m.i.;	A	
2. le procedure per la protezione dagli incidenti per esposizione a materiali biologici devono essere previste anche per coloro che partecipano a vario titolo alla effettuazione di attività assistenziali o di supporto alla attività assistenziale (accompagnatori al parto, assistenza in ricovero pediatrico, trattamento in dialisi domiciliare, dialisi, ospedalizzazione a domicilio);	B	

### 15 Prevenzione degli altri rischi

	Tempo di adeguamento	Risposta
Saranno altresì descritti e rispettati i protocolli di sicurezza contro i rischi di tipo diverso (elettrico, radiazioni, urti, tagli ecc.).	A	

## GESTIONE, VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ

01 Requisiti	Tempo di adeguamento	Risposta
E' stato adottato un piano per il miglioramento della qualità	1	
Sono stati attivati programmi di valutazione e miglioramento della qualità	1	
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.	1	
La Direzione effettua studi di appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, con particolare riferimento agli episodi di ricovero	B	
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 e in particolare:		
1. <i>esiste un documento che delinea le politiche/strategie di qualità delle strutture organizzative presenti;</i>	B	
2. <i>le Aziende elaborano un piano, almeno triennale, per il miglioramento continuo della qualità che specifichi gli obiettivi, le strategie, l'impegno della dirigenza e la destinazione di risorse per la sua realizzazione;</i>	B	
3. <i>le Aziende individuano gli indicatori per la verifica delle attività svolte.</i>	B	

02 Programmi di Valutazione e Miglioramento delle Attività	Tempo di adeguamento	Risposta
In tutti i presidi devono essere attivati programmi di valutazione e miglioramento delle attività:		
1. <i>in tutti i presidi che erogano prestazioni a ciclo continuo e/o diurno devono essere attivati almeno i seguenti programmi di valutazione e di miglioramento nelle aree;</i>	A	
2. <i>buon uso del sangue, degli emocomponenti ed emoderivati;</i>	A	
3. <i>infezioni nosocomiali,</i>	B	
4. <i>razionale utilizzazione dei farmaci, monitoraggio degli eventi indesiderati, gestione del rischio;</i>	A	
5. <i>appropriatezza nell'uso delle risorse;</i>	B	
6. <i>prevenzione dei processi di cronicità delle patologie;</i>	B	
7. <i>integrazione dei servizi.</i>	B	
in tutti i presidi in cui vengono erogate prestazioni a livello ambulatoriale devono essere attivati almeno i seguenti programmi di valutazione e di miglioramento della qualità del processo di erogazione:		
1. <i>accessibilità alle prestazioni,</i>	A	
2. <i>appropriatezza delle indagini;</i>	A	
I programmi vengono selezionati in rapporto alle priorità individuate.	A	

03 Struttura Organizzativa (Le strutture private di dimensione ridotte non possono garantire una struttura organizzativa ad hoc)	Tempo di adeguamento	Risposta
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.	<b>B</b>	
04 Progetto di Valutazione e Verifica Annuo	Tempo di adeguamento	Risposta
Annualmente ogni struttura organizzativa e professionale effettua al proprio interno o partecipa ad almeno un progetto di valutazione e verifica di qualità favorendo il coinvolgimento di tutto il personale, adottando le metodologie proprie della VRQ (verifica e revisione della qualità) e MCQ (miglioramento continuo della qualità) e favorendo attività periodiche di Audit clinico, come strumento per la revisione sistematica e continuativa dell'assistenza prestata e dei risultati raggiunti dagli operatori.	<b>B</b>	
Tale attività sarà utilizzata anche per lo studio dell'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, con particolare riferimento agli episodi di ricovero ed all'utilizzo di tecnologie complesse (RMN, TAC, Angioplastiche, ecc.).	<b>B</b>	



05 Formazione	Tempo di adeguamento	Risposta
<i>Tutto il personale partecipa ad iniziative di formazione orientate al miglioramento della qualità del servizio e delle prestazioni.</i>	<b>B</b>	

06 Attività di controllo particolari	Tempo di adeguamento	Risposta
I laboratori di analisi, i servizi di anatomia-istologia-citologia patologica, i centri trasfusionali devono prevedere attività di controllo di qualità interno ed esterno e partecipare a programmi di miglioramento della qualità.		
Tutti i servizi di diagnostica strumentale devono:		
1. <i>prevedere attività di controllo interno ed esterno di qualità;</i>	<b>A</b>	
2. <i>partecipare a programmi di miglioramento di qualità con particolare riferimento all'appropriatezza.</i>	<b>A</b>	
In tutte le articolazioni organizzativo-funzionali è favorito l'utilizzo delle Linee guida e dei Protocolli predisposti dalle Società scientifiche o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica nelle varie branche specialistiche. Le Linee Guida ed i Protocolli adottati ed i regolamenti interni predisposti dagli operatori, devono essere utilizzati, in relazione alle specifiche condizioni organizzative della propria realtà operativa, per la gestione delle evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità e per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti (selezionate per rischio, frequenza, costo). Ogni struttura organizzativa ne predispone una raccolta ed il personale deve essere informato sull'esistenza di tali documenti, che devono essere facilmente accessibili. Le Linee Guida e Protocolli adottati devono esplicitare	<b>A</b>	

<p>la periodicità, almeno triennale, e le modalità di revisione e aggiornamento. Il personale è coinvolto nella applicazione delle Linee Guida, attraverso la diffusione delle conoscenze necessarie alla loro attuazione e la formazione specifica sui Protocolli di assistenza ad esse correlati. Per la verifica sul grado di adesione alle Linee Guida e Protocolli di assistenza devono essere predisposte apposite schede per la rilevazione degli indicatori di processo e di risultato, previsti per la valutazione di impatto, e questionari per la raccolta di informazioni e opinioni da parte del personale coinvolto.</p>		
<p><b>07 Documentazione delle attività di supporto</b></p>	<p>Tempo di adeguamento</p>	<p>Risposta</p>
<p>Devono essere predisposti documenti simili per lo svolgimento delle principali attività di supporto tecnico-amministrativo, in particolare:</p>		
<p>1. criteri e modalità di accesso dell'utente (programmazione liste di attesa, accoglimento e registrazione);</p>	<p>A</p>	
<p>2. modalità di prelievo, conservazione, trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento;</p>	<p>A</p>	
<p>3. modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori (pulizia e sanificazione degli ambienti);</p>	<p>A</p>	
<p>4. modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti una attività sanitaria.</p>	<p>A</p>	
<p>Il personale è coinvolto nello sviluppo di tali documenti di servizio. Tali documenti di servizio devono essere predisposti ponendo particolare attenzione alla semplificazione delle procedure. Nell'area dei servizi amministrativi devono essere definite le Procedure relative ai principali procedimenti, nelle quali siano esplicitate le norme di riferimento, le modalità di realizzazione, i tempi e le responsabilità.</p>	<p>A</p>	

## SISTEMA INFORMATIVO

01 Finalità	Tempo di adeguamento	Risposta
Il sistema informativo è finalizzato alla raccolta, elaborazione ed archiviazione dei dati di struttura. processo ed esito, con gli obiettivi di:		
1. Sostanziare e ridefinire le politiche e gli obiettivi del presidio e dell'azienda;		
2. Fornire il ritorno informativo alle strutture organizzative, necessario per le valutazioni di loro competenza, con particolare riferimento alla elaborazione dei dati necessari alla produzione degli indicatori previsti per le attività di verifica e miglioramento della qualità;		
rispondere al debito informativo nei confronti dei livelli sovraordinati, in particolare:		
1. <i>tutte le strutture sono tenute a rilevare e trasmettere alla regione i dati di base necessari alla costruzione degli indicatori finalizzati al monitoraggio dei L.E.A. nonché dei vincoli di bilancio, di cui al D.M. 12.12.01 e s.m.i;</i>	A	
2. <i>tutte le strutture sono tenute ad identificare le prestazioni effettuate con i corrispondenti codici dei relativi tariffari regionali;</i>	A	
3. <i>le strutture che erogano prestazioni di ricovero sono tenute ad adottare la scheda di dimissione ospedaliera;</i>	A	
4. <i>tutte le strutture sono tenute a disporre di un sistema di archiviazione che deve essere aggiornato con frequenza non inferiore a tre mesi, secondo standard definiti a livello regionale;</i>	A	
5. <i>tutte le strutture sono tenute a definire le procedure di accesso agli archivi.</i>	A	
02 Sistema di comunicazione interna ed esterna	Tempo di adeguamento	Risposta
<i>E' documentabile l'esistenza di un sistema di comunicazione interna ed esterna, su supporto cartaceo e/o elettronico; in particolare deve essere garantita la qualità e la riservatezza delle informazioni, anche ai fini della tutela dei dati personali.</i>	A	
La Direzione assicura:		
1. l'individuazione dei bisogni informativi dell'organizzazione e la formalizzazione delle procedure;	1	
2. la struttura del sistema informativo;	1	
3. le modalità di raccolta;	1	
4. la diffusione ed utilizzo delle informazioni; in particolare:	1	
5. <i>è redatta la relazione annuale sullo stato/attività per ogni struttura organizzativa e professionale;</i>	A	
6. <i>la relazione è portata a conoscenza dei livelli sovraordinati;</i>	A	
7. <i>la relazione è conosciuta dal personale della struttura organizzativa e professionale;</i>	A	
8. <i>la relazione della struttura organizzativa e professionale è resa disponibile ai soggetti interessati;</i>	A	

9. la valutazione della qualità del dato, attraverso la definizione di criteri di qualità per la compilazione della documentazione relativa all'utenza (cartelle cliniche ed infermieristiche, schede ambulatoriali ecc.), e in particolare:	A	
10. deve risultare identificabile l'operatore che redige, per la parte di competenza, le cartelle cliniche ed infermieristiche, i referti, le schede ambulatoriali, ecc.:	A	
11. è documentata l'attività di verifica periodica del rispetto di tali criteri, anche al fine di garantire la valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni erogate:	A	
12. l'integrazione delle informazioni prodotte nelle attività correnti delle singole unità operative, sezioni, uffici, ecc.	1	
E' documentabile l'esistenza di un sistema di comunicazione interna alla U.O., in particolare:		
Vengono effettuate riunioni di U.O. almeno mensili, documentate attraverso un Registro che riporti gli argomenti trattati con le eventuali decisioni assunte	A	



	Tempo di adeguamento	Risposta
<b>03 Responsabile delle Procedure</b>		
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.	1	

## **PARTE B)**

**REQUISITI GENERALI E SPECIFICI  
DELLE STRUTTURE CHE EROGANO  
PRESTAZIONI IN REGIME DI  
RICOVERO A CICLO CONTINUATIVO  
E/O DIURNO PER ACUTI**

## REQUISITI DI CARATTERE GENERALE

I presidi che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti sono classificati tenendo presente:

1. le modalità operative in funzione dello svolgimento delle attività in regime di elezione programmata o in regime di emergenza urgenza;
2. la tipologia organizzativa, in funzione della complessità delle attività svolte.

I Presidi, che possono articolarsi in più stabilimenti ospedalieri, sono organizzati in Unità Operative.

Per quanto riguarda i Presidi ospedalieri pubblici ed equiparati, il dimensionamento di posti letto delle U.O. viene indicato nel Piano Sanitario Regionale e nel collegato riordino ospedaliero.

Per quanto riguarda le Strutture Sanitarie private, la ricettività minima è fissata come segue:

- per le Strutture Sanitarie private medico-chirurgiche: n. 30 posti letto;
- per le Strutture Sanitarie private polispecialistiche rientranti nell'area medica o in quella chirurgica: n. 40 posti letto;
- per le Strutture Sanitarie private monospecialistiche: n. 20 posti letto.

Ogni struttura di ricovero può essere articolata in Unità Operative con un numero di posti letto non inferiore a 10 al cui interno possono essere presenti sezioni, moduli o unità semplici. Per le unità operative di terapia intensiva e sub-intensiva il numero minimo di posti letto su indicato può essere anche inferiore a 10.

I presidi pubblici e privati che partecipano al sistema di emergenza urgenza devono garantire il **pronto soccorso ospedaliero ed assicurare:**

1. la presenza di guardia attiva in medicina;
2. la presenza di guardia attiva in chirurgia;
3. la presenza di guardia attiva o reperibilità in anestesia-rianimazione, cardiologia, pediatria, ostetricia;
4. la presenza di personale infermieristico e tecnico assistenziale, realizzata attraverso la turnazione continua nelle 24 ore;
5. laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche;
6. servizio di radiologia;
7. frigo emoteca.

Deve essere garantita la funzione di triage, quale primo momento di accoglienza, valutazione ed indirizzo all'intervento diagnostico.

I presidi pubblici e privati che erogano ordinariamente prestazioni ospedaliere per acuti in regime di elezione programmata per attività di alta specialità o per altre attività, esercitate sia in area medica che chirurgica, assicurano che:

1. l'accettazione dei pazienti, sia organizzata in rapporto alla complessità della struttura;
2. sia garantita la continuità dell'assistenza, 24 ore su 24, almeno attraverso la presenza continuativa di personale medico e/o chirurgico nelle ore diurne e guardia medica interdivisionale nelle ore notturne e festive correlate alla complessità della struttura;
3. nei presidi ospedalieri in cui sono presenti reparti chirurgici deve essere assicurato un servizio di anestesia e rianimazione;
4. sia garantita la presenza continuativa dell'attività di assistenza alla persona per tutte le attività svolte, realizzata attraverso la turnazione continua di personale infermieristico e/o tecnico, in funzione della complessità dell'attività svolta;



5. siano presenti protocolli che garantiscano nell'ambito delle 24 ore, anche attraverso la pronta disponibilità, le indagini essenziali in funzione della casistica trattata, in particolare per le analisi chimico-cliniche e di diagnostica per immagini, queste ultime anche attraverso servizi di teleradiologia;
6. sia garantita la dotazione dei servizi generali e di supporto correlati alla complessità del presidio.

Per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali erogate all'interno dei presidi di ricovero sono applicabili i requisiti specifici definiti nella specifica sezione del manuale.

Sono individuati i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi specifici per le seguenti attività:

1. Pronto soccorso ospedaliero;
2. Area di Degenza;
3. Reparto Operatorio;
4. Punto nascita - Blocco parto;
5. Rianimazione con posti letto di terapia intensiva;
6. Radioterapia;
7. Day Hospital;
8. Day Surgery;
9. Medicina Trasfusionale e Frigoemoteca;
10. Anatomia Patologica. Unità operativa farmaceutica ospedaliera (gestione farmaci 361/07)
11. Farmacia (Unità operativa farmaceutica ospedaliera) - gestione farmaci 361/07 -
12. Servizio di Sterilizzazione
13. Servizio di Disinfezione e Disinfestazione
14. Servizio Cucina e Dispensa
15. Servizio Lavanderia e Guardaroba
16. Servizio Mortuario

**REQUISITI GENERALI ORGANIZZATIVI**

<i>Personale medico</i>	Tempo di adeguamento	Risposta
Per le case di cura private si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni del capo IV del D.P.C.M. 27/06/1986 con esclusione dell'art. 36.	0	
La struttura di ricovero per acuti ha un Dirigente medico di presidio ospedaliero responsabile di struttura in possesso della specializzazione in igiene e sanità pubblica o disciplina equipollente o titoli equivalenti	0	
<i>Nota: nella struttura con meno di 100 posti letto il Dirigente medico può essere uno specialista nella branca di attività svolta con almeno 10 anni di anzianità di laurea</i>		
Il Dirigente medico di presidio ospedaliero che superi i 100 posti letto, responsabile della struttura, non può svolgere, nella stessa, attività di diagnosi e cura	0	
Nelle Presidi Ospedalieri e nelle Strutture Sanitarie private che superino i 100 posti letto è garantita:		
· almeno di giorno la presenza di un medico specialista per ogni unità operativa	1	
· la continuità assistenziale nelle 24 ore nelle diverse forme previste dalla normativa vigente, articolata per area funzionale omogenea (AFO medica, chirurgica, materno infantile, emergenza e servizi) o per dipartimento	0	
Nei poli ospedalieri e nelle case di cura con meno di 100 posti letto è garantita:		
· almeno di giorno la presenza di un medico per unità operativa	1	
Sia presente un servizio di guardia medica interdivisionale e procedure che garantiscono la continuità assistenziale.	0	

<i>Personale di assistenza diretta</i>	Tempo di adeguamento	Risposta
E' presente un/una infermiere coordinatore (Capo Sala) per ogni Unità Operativa	1	
In presenza di Dipartimento, è assegnata ad un/una infermiere coordinatore (Capo Sala) delle Unità Operative la responsabilità di infermiere coordinatore del Dipartimento	1	
Nelle Unità Operative è presente personale addetto all'assistenza (OTA, OSA, OSS, ASS) che opera nell'ambito delle mansioni di cui al CCNL.	0	
Nei Dipartimenti o AFO materno infantili deve essere garantita la continuità assistenziale per l'attività ostetrica e pediatrica nelle varie forme (guardia attiva e reperibilità).	0	
Le unità di personale di assistenza diretta ai pazienti addetto alle articolazioni organizzative di degenza, sono determinate in funzione dei minuti di assistenza pro-die per paziente.		
Pertanto si avrà il seguente personale in organico:		
Tipologia		

A) specialità di base	110		
B) specialità di media assistenza	150		
C) specialità di elevata assistenza	280		
D) intensiva	500		
E) subintensiva	200		
F) riabilitazione	150		
G) lungodegenza	100		
A) <b>specialità di base:</b> astanteria, medicina generale, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, ostetricia (con almeno 400 parti/anno) e ginecologia, pneumologia, dermatologia, endocrinologia, diabetologia e malattie del ricambio, gastroenterologia, geriatria, medicina del lavoro, oculistica, otorinolaringoiatria, odontostomatologia, urologia, reumatologia, allergologia, angiologia.			
B) <b>specialità di media assistenza:</b> chirurgia maxillo-facciale, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, chirurgia pediatrica, chirurgia plastica, ematologia, neurologia, nefrologia, neuropsichiatria infantile, oncologia, pediatria, cardiologia, urologia pediatrica.			
C) <b>specialità di elevata assistenza:</b> cardiocirurgia, ematologia con trapianto, nefrologia con trapianto, neurochirurgia, neonatologia, malattie infettive, psichiatria, emodialisi, dialisi, DSM Dipartimento di salute mentale (CSM centro salute mentale, SPDC Servizio psichiatrico di diagnosi e cura, SRR).			
D) <b>intensiva:</b> UTIC, terapia intensiva neonatale, terapia intensiva post-trapianto, terapia intensiva, grandi ustionati.			
E) <b>subintensiva:</b> reparti di riabilitazione ad alta specializzazione (unità di risveglio, unità di riabilitazione per cranio-mielolesi, etc.).			



#### VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'

	Tempo di adeguamento	Risposta
<i>L'articolazione organizzativa (solo per ASL, AO)</i>		
Sono stati definiti in un documento l'organigramma del personale, la matrice di responsabilità e le attività corrispondenti della Direzione Medica Ospedaliera (DMO)	A	
Viene redatta e diffusa ai livelli sovraordinati una relazione di rendiconto della attività annuale della DMO	B	
E' stato predisposto un programma in cui sono individuati gli indirizzi e i criteri per l'accesso alla formazione del personale della DMO	B	
Sono definite le procedure:		
per l'ammissione e la definizione delle attività di tutto il personale volontario o frequentatore ed in formazione all'interno del presidio	A	
che regolamentano l'accesso e le funzioni delle associazioni di volontariato	A	

<i>La funzione organizzativa</i>	Tempo di adeguamento	Risposta
Esiste una procedura:		
che garantisca la continuità assistenziale attraverso la predisposizione dei turni di servizio, di guardia e di pronta disponibilità del personale sanitario, tecnico, amministrativo e professionale addetto ai servizi sanitari	A	
per l'espletamento dei provvedimenti disciplinari a carico del personale in accordo con la normativa vigente e per quanto di propria competenza	A	
con cui vengono individuate le modalità di intervento della DMO a supporto delle UU.OO. nella interpretazione ed applicazione delle norme e regolamenti, a garanzia di un'omogenea implementazione	B	
Sono definite le principali situazioni nelle quali il servizio è chiamato ad esprimere pareri, e sono formalizzate le procedure per la formulazione dei giudizi	B	
Sono stati definiti i criteri di allocazione e di gestione delle risorse umane e materiali per i servizi di propria competenza	A*	
<i>Nota: tale requisito si applica esclusivamente alle Strutture Pubbliche</i>		
La DMO ha definito il piano di emergenza per tutta la struttura	A	
La DMO ha definito un piano di massiccio accesso di utenti alla struttura (ad es. in caso di gravi incidenti, calamità etc.)	A	

<i>La funzione medico-legale</i>	Tempo di adeguamento	Risposta
La DMO ha regolamentato attraverso una procedura:		
la gestione dell'archivio sanitario, delle cartelle cliniche e del loro rilascio	A	
la gestione del flusso informativo in tutti i casi di denunce obbligatorie	A	
la gestione degli adempimenti di polizia mortuaria	A	
la gestione della cremazione	A	
l'applicazione della normativa in tema di sperimentazione	B	
la gestione degli espunti ed eventuali trapianti	A	
la normativa sulla privacy	A	

<i>La funzione di igiene e tecnica ospedaliera</i>	Tempo di adeguamento	Risposta
Sono stati definiti i criteri per la gestione degli spazi all'interno della struttura ospedaliera	A	
Esistono procedure per il controllo da parte della DMO dei servizi alberghieri della struttura	A	
La DMO cura la produzione ed il rispetto di procedure e regolamenti:		
per le pratiche di sanificazione, disinfezione, disinfestazione, sterilizzazione in tutta la struttura	A	
per la gestione dei rifiuti ospedalieri	A	

per la gestione sotto il profilo igienico della ristorazione collettiva	A	
La DMO esprime valutazione tecnico-sanitaria e organizzativa sull'acquisto di nuove tecnologie, a partire dalle specifiche tecniche e dalle valutazioni sul rapporto costo/beneficio	A	
La DMO ha attivato una procedura per la verifica della conoscenza da parte del personale utilizzatore delle modalità di manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature biomediche	A	

### *La funzione di prevenzione*

	Tempo di adeguamento	Risposta
E' attivo un sistema di sorveglianza epidemiologica delle infezioni ospedaliere	A	
Esistono documenti che definiscono i casi e le modalità per l'isolamento dei pazienti affetti da malattie contagiose o presunte tali	A	
Sono stati identificati i rischi e definite le procedure per garantire la sicurezza in ambito ospedaliero per gli utenti	A	
Esiste evidenza che la DMO collabora con il Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale per la valutazione e rimozione dei rischi	A	

### *La funzione di promozione della qualità*

	Tempo di adeguamento	Risposta
La DMO ha attivato una procedura, per quanto di competenza, per la gestione delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)	A	
Si eseguono verifiche periodiche documentate sulla completezza e correttezza della SDO	A	
La DMO promuove e partecipa a programmi di valutazione sull'appropriatezza dei ricoveri	B	
La DMO promuove e partecipa a programmi di valutazione e miglioramento nella gestione delle liste d'attesa	B	
Esiste un programma di audit medico basato sulla valutazione dei prelievi autoptici	B	
La DMO promuove e partecipa a programmi di valutazione e miglioramento relativi all'applicazione dei protocolli diagnostici a livello di UO cliniche e di ambulatorio	B	

**REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI DIREZIONE  
DIPARTIMENTI (solo per ASL e AO)**

	Tempo di adeguamento	Risposta
La Direzione Generale ha adottato un documento con il quale individua il Responsabile del Dipartimento	0*	
La Direzione del Dipartimento ha adottato un documento che ne regola l'attività	1	
Esiste evidenza documentale degli incontri periodici del Consiglio di Dipartimento	1	
La Direzione di Dipartimento ha adottato un documento in cui si evidenzia il perseguimento almeno dei seguenti obiettivi:	1	
· gestione comune degli spazi, delle attrezzature e del personale		
· miglioramento del livello di umanizzazione dell'assistenza		
· coordinamento e sviluppo delle attività cliniche, di ricerca, formazione e verifica di qualità delle prestazioni		
Sono stati definiti indicatori per il monitoraggio periodico dei seguenti aspetti:	A	
· attività		
· costi		
· qualità		
· soddisfazione degli utenti		
E' a disposizione dell'utenza materiale informativo, aggiornato almeno con cadenza semestrale, relativo a:	A	
· tipologie delle prestazioni erogate		
· operatori responsabili delle prestazioni		
· orari		
· tempi di attesa		
Sono predisposti protocolli relativi alle modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti attività sanitarie (cartelle cliniche, cartelle infermieristiche, cartelle ambulatoriali)	A	
Esistono e vengono seguiti protocolli dettagliati (secondo linee guida aggiornate) per:	A	
· la sanificazione degli ambienti		
· le modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori		

## PRONTO SOCCORSO OSPEDALIERO

La struttura organizzativa funzionale deputata all'emergenza deve assicurare:

1. l'accettazione ospedaliera;
2. gli interventi diagnostico-terapeutici di urgenza compatibili con le specialità di cui è dotata la struttura;
3. deve poter eseguire un primo accertamento diagnostico clinico strumentale e di laboratorio;
4. gli interventi necessari alla stabilizzazione dell'utente ed all'osservazione di norma limitata alle 24 ore;
5. il trasporto protetto.

### REQUISITI STRUTTURALI

	Tempo di adeguamento	Risposta
I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.		
L'unità minima dovrà prevedere:		
1. camera calda (area coperta e riscaldata di accesso diretto per mezzi e pedoni);	0	
2. locale per la gestione dell'emergenza;	0	
3. locale visita/trattamento attrezzato per lo svolgimento dell'assistenza di prima rianimazione, l'esecuzione del primo accertamento diagnostico e il trattamento terapeutico delle urgenze; nel caso di più locali visite/trattamento è sufficiente che almeno uno sia dotato di quanto sopra specificato;	0	
4. locale osservazione;	0	
5. locale attesa utenti deambulanti e accompagnatori;	0	
6. locale attesa utenti barellati;	0	
7. locale lavoro infermieri;	1	
8. servizi igienici del personale;	0	
9. servizi igienici per gli utenti;	0	
10. locale/spazio per barelle e sedie a rotelle;	0	
11. deposito pulito;	0	
12. deposito sporco;	0	
13. spazio registrazione/segreteria/archivio.	0	

### REQUISITI TECNOLOGICI

	Tempo di adeguamento	Risposta
La dotazione minima strumentale deve prevedere:		
1. elettrocardiografo;	0	
2. cardiomonitor e defibrillatore;	0	
3. attrezzature per rianimazione cardiopolmonare ed in particolare:		
a. un letto da rianimazione;	0	
b. un ventilatore polmonare;	0	
c. sistema monitoraggio respiratorio ed emodinamico;	0	
4. lampada scialitica	0	

Le strutture deputate all'emergenza-urgenza si articolano su più livelli operativi legati alla tipologia e complessità delle prestazioni erogate e devono possedere requisiti tecnologici e dotazione strumentale adeguati alla tipologia e complessità di tali prestazioni.

**REQUISITI ORGANIZZATIVI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Ogni struttura erogante prestazioni di Pronto Soccorso deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:		
1. la dotazione organica del personale medico ed infermieristico, nonché degli operatori tecnici dell'assistenza (OTA), 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 deve garantire la presenza di almeno un medico, un infermiere ed un OTA.	0	
2. deve essere attribuita nominativamente la responsabilità delle attività di pronto soccorso con contestuale definizione delle specifiche competenze e delle relative responsabilità.	1	
Deve essere garantita la funzione di triage, come primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorità di intervento. Tale funzione deve essere svolta da personale infermieristico dedicato, adeguatamente formato, che opera secondo protocolli prestabiliti. Nell'ambito dell'accettazione ospedaliera deve essere garantita la diversificazione organizzativa dell'attività di accettazione dei ricoveri programmati dall'attività di pronto soccorso.	1	
Deve essere garantita una tempestiva risposta alle situazioni di emergenza-urgenza attraverso la definizione dei collegamenti funzionali ed operativi con le varie strutture organizzative interessate.	0	
Devono essere presenti Linee Guida, Protocolli e Regolamenti interni per la gestione delle principali patologie e problematiche (es. trasporto protetto, segnalazioni obbligatorie ad autorità ed enti).	1	
Deve essere assicurata una valutazione dell'appropriatezza del ricovero ospedaliero attraverso un'attività di "filtro" delle richieste di interventi non necessari o altrimenti gestibili.	2	
Deve essere prevista la registrazione separata dei dati di attività riferiti ai ricoveri in E/U, ai ricoveri di elezione, alle prestazioni di P.S. non seguite da ricoveri, ai trasferimenti in altra struttura, ai decessi.	1	
Devono essere predisposti Piani di emergenza interna (antincendio, evacuazione, accettazione contemporanea di un elevato numero di pazienti).	2	
Devono essere definite le modalità organizzative in riferimento alle situazioni di emergenza/urgenza psichiatrica.	0	

**VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'**

	Tempo di adeguamento	Risposta
E' presente un sistema di archiviazione cartaceo su registro	A	
E' presente un sistema di archiviazione computerizzato	B	
<i>Nota:</i>		

<i>Può essere in aggiunta o alternativo al precedente.</i>		
Per tutti gli utenti è prevista la compilazione del verbale di pronto soccorso che prevede le seguenti specifiche informazioni:		
• codice di priorità e codice di patologia assegnati in sede di triage o ambulanza		
• data e ora di arrivo del paziente (trriage), inizio visita, medico accettante		
• dati anagrafici compreso sesso		
• numero tessera sanitaria o codice fiscale		
• problema principale (o attuale)		
• eventuale immunità al tetano		
• esame obiettivo		
• prestazioni erogate ed eventuali referti (consulenze, accertamenti diagnostici, interventi terapeutici), anche in fotocopie allegate	A	
• diagnosi		
• provvedimento finale (ricovero, dimissione, trasferimento, decesso, salma a disposizione dell'Autorità Giudiziaria o riscontro diagnostico)		
• data e ora provvedimento finale		
• firma del medico che provvede alla dimissione		
• segni vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura corporea, scala di Glasgow) su schema predisposto		
• evoluzione durante osservazione (anche attraverso l'utilizzo di una cartella a parte)		
• prognosi		
• eventuale rifiuto di prestazioni con possibilità di firma		
Sono disponibili i seguenti moduli per le denunce obbligatorie per legge:		
• infortunio sul lavoro o malattia professionale		
• malattie infettive e contagiose		
• rapporto all'Autorità Giudiziaria	A	
• constatazione di decesso e denuncia cause di morte (mod. ISTAT)		
• intossicazione da antiparassitari		
Sono disponibili moduli per:		
• primo certificato per infortunio sul lavoro nell'industria		
• consenso informato per la somministrazione di emoderivati e mezzi di contrasto iodati		
• richiesta trattamento sanitario obbligatorio	A	
• segnalazione di reazioni avverse a farmaci		
• segnalazione di morsi di animali possibili portatori di rabbia		
• certificato di assistenza al parto		
Vengono compilati report organizzativi che comprendono:	B	
• rinvii a domicilio		
• ricoveri nell'ospedale		
• trasferimenti ad altri ospedali		

• prestazioni erogate e fatturazione (divisa per soggetti di spesa: paziente, AUSL, INAIL etc.)		
• tempi di permanenza in pronto soccorso		
• consulenze richieste		
• andamento degli indicatori di qualità (valutazione almeno semestrale)		
Viene redatta una relazione annuale sulla attività svolta dal servizio che illustra il raggiungimento degli obiettivi e l'incidenza di eventi indesiderati.	A	
E' attivato un sistema di triage che assicura l'immediato accoglimento del paziente da parte di un infermiere adeguatamente formato che valuta la criticità e stabilisce la priorità di accesso assegnando un codice di gravità	A	
Esistono procedure operative scritte e firmate dal responsabile in base alle quali attribuire il codice di gravità	A*	
Esiste una scheda infermieristica di triage nella quale vengono registrati i dati salienti e le decisioni prese	A*	
La scheda infermieristica di triage viene archiviata ed è disponibile	A	
La scheda infermieristica di triage è integrata nel sistema informatizzato	B	
Viene fatta periodica verifica della congruità tra codice attribuito e reale gravità clinica	A	
Vengono raccolte informazioni su diagnosi finale e esito dei pazienti ricoverati con le seguenti patologie:		
• Arresto cardiaco		
• Politrauma		
• Shock		
• Dispnea severa	B	
Vengono raccolte informazioni sull'attività di accettazione/assegnazione del paziente alle UO attraverso studi campione o analisi dei trasferimenti intraospedalieri	B	
<b>Sono disponibili le seguenti procedure operative:</b>		
• Modalità di identificazione dei pazienti sconosciuti	B	
• Gestione oggetti di proprietà dei pazienti	B	
• Trasmissione di informazioni a parenti, forze dell'ordine, giornalisti, estranei	B	
• Denuncia all'Autorità Giudiziaria	B	
• Modalità di trasferimento dei pazienti critici	B	
<b>Sono disponibili i seguenti profili di assistenza:</b>		
• Arresto cardiaco	A	
• Rianimazione cardiopolmonare	A	
• Trauma cranico	B	
• Politrauma	B	
• Dolore addominale	B	
• Dolore toracico	B	
• Avvelenamenti	B	
• Edema polmonare acuto	B	
• Episodio acuto di COPD	B	

• Aritmie minacciose	<b>B</b>	
Sono disponibili le seguenti procedure operative per le modalità di profilassi di:		
• Tetano	<b>B</b>	
• Rabbia	<b>B</b>	
• Post-esposizione a sangue umano	<b>B</b>	
• Post-esposizione a meningite	<b>B</b>	
• Gestione dei pazienti violenti	<b>B</b>	
• Principali procedure invasive	<b>B</b>	

## AREA DI DEGENZA

Per area di degenza deve intendersi una zona omogenea, ubicata anche su più piani contigui, destinata al ricovero dei degenti in regime ordinario e/o di day hospital. 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 STRUTTURALI

	Tempo di adeguamento	Risposta
La dotazione strutturale per l'area di degenza è la seguente:		
1. Capienza della camera di degenza: 2 posti letto e, comunque, non più di 4 posti letto per camera (per le strutture di nuova realizzazione la capienza delle camere deve essere di non più di 2 posti letto e con accesso diretto al servizio igienico);	0	
2. Superficie della camera di degenza: 9 mq per posto letto;	0	
3. almeno il 10% delle stanze di degenza deve ospitare un solo letto con una superficie minima di mq 12;	1	
4. Dotazioni di supporto dell'area di degenza:		
5. almeno un servizio igienico ogni 4 posti letto;	0	
6. un locale per visita e medicazioni;	0	
7. un locale di lavoro, presente in ogni piano di degenza, per il personale di assistenza diretta;	0	
8. spazio per capo-sala;	0	
9. un locale per medici;	0	
10. un locale per soggiorno;	0	
11. un locale per il deposito del materiale pulito;	0	
12. un locale per deposito attrezzature;	0	
13. un locale, presente in ogni piano di degenza, per il materiale sporco e dotato di vuotatoio e lavapadelle;	1	
14. una cucina di reparto;	1	
15. servizi igienici per il personale;	0	
16. spazio attesa visitatori;	0	
17. un bagno assistito.	0	
Nell'ipotesi di area di degenza posizionata su più piani, i requisiti strutturali di cui ai punti 6-8-9-10-11-12-14-15-16-17 possono essere unici per area.		
Per le degenze pediatriche:		
devono essere previsti spazi di soggiorno e svago ad uso esclusivo dei bambini, proporzionati al loro numero.	0	
Deve essere previsto lo spazio per la presenza dell'accompagnatore.	0	
Per le degenze psichiatriche <i>devono essere previsti locali specifici per colloqui/visite specialistiche e soggiorno in relazione al numero dei posti letto.</i>	0	
Nei locali di degenza per malattie infettive va attuato l'adeguamento previsto dalla legge 5 giugno 1990 n. 135 s.m.i. "Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS".	1	

**REQUISITI IMPIANTISTICI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Dotazione minima impiantistica:		
1. impianto illuminazione di emergenza;	0	
2. impianto forza motrice nelle camere con almeno una presa per alimentazione normale (impianto elettrico d'emergenza);	0	
3. impianto chiamata con segnalazione acustica e luminosa;	0	
4. impianto gas medicali: prese vuoti e ossigeno.	1	

**REQUISITI TECNOLOGICI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
1. Carrello per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore e unità di ventilazione manuale;	1	
2. <i>in rapporto alla tipologia organizzativa e strutturale del presidio è consentito l'utilizzo di un carrello per la gestione dell'emergenza in comune fra più unità funzionali di degenza.</i>	1	
3. carrello per la gestione terapia;	0	
4. carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico.	0	

**REQUISITI ORGANIZZATIVI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Ogni reparto di degenza deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:		
1. la dotazione organica del personale addetto deve essere rapportata alla tipologia e al volume delle attività;	0	
2. <i>tutto il personale medico deve risultare in possesso della specializzazione (solo per i nuovi assunti);</i>	0	
Per le case di cura private di ricovero per acuti si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui al D.P.C.M. del 27 giugno 1986, Capo IV, relative al suddetto personale medico.		

**VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'**

	Tempo di adeguamento	Risposta
<b><i>La Guida ai Servizi</i></b>		
La Guida è fornita all'utente	A	
Nella Guida sono esplicitati i diritti ed i doveri dell'utente	A	
La Guida contiene informazioni riguardanti almeno:	A	
· nome e cognome del responsabile dell'Area di Degenza e dello staff		
· prestazioni erogabili		
· modalità di accesso		

· orari di ricevimento da parte dei sanitari dell'UO		
· orario per le visite (superiore alle 4 ore/giorno, se consentito dalla tipologia dell'UO)		
· orari di erogazione dei pasti		
· modalità per ritiro referti e/o documentazione clinica		
Nella Guida sono indicati i servizi di cui il cittadino può disporre durante il ricovero e le modalità di accesso agli stessi		
<b>Aspetti alberghieri</b>		
E' garantita per l'utenza la possibilità di effettuare comunicazioni telefoniche dal letto di degenza	B	
E' garantita per l'utenza la possibilità di scelta dei cibi preferiti tra quelli previsti nel menù giornaliero	B	
<b>Aspetti Assistenziali</b>		
Esistono e vengono seguite procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezione da operatore a paziente e da paziente a paziente durante le attività di visita/medicazione	A	
Esistono e vengono seguite procedure relative alla corretta conservazione, gestione, utilizzo dei dispositivi medici utilizzati nell'ambito delle attività di medicazione	A	
Vengono garantiti il comfort e il rispetto della privacy dell'utente durante le attività di visita e medicazione	A	
Esistono e vengono applicate procedure:		
che garantiscano una adeguata prevenzione e trattamento dei decubiti in tutti i casi di necessità	A	
che garantiscano una adeguata prevenzione delle infezioni ospedaliere	A	
che garantiscano una adeguata prevenzione delle cadute accidentali	A	
Sono previste procedure per la protezione da rischi legati a sollevamenti e posture nell'assistenza ai pazienti	A	
<b>La cartella clinica</b>		
Esistono e vengono applicate disposizioni per la compilazione della cartella clinica comprensive di:		
· modalità di compilazione	A	
· identificazione delle responsabilità per la compilazione	A	
· definizione dei tempi massimi consentiti per la compilazione e per il completamento	A	
Nella cartella clinica sono disponibili le informazioni sull'anamnesi generale e specifica relative al motivo del ricovero		
Nella cartella clinica sono disponibili le informazioni sull'esame obiettivo generale e specifico relativo al motivo del ricovero	A	
Nella cartella clinica è specificata la diagnosi o l'ipotesi diagnostica al momento del ricovero	A	
La cartella clinica contiene le relazioni dettagliate su tutti gli interventi diagnostici e terapeutici effettuati:		

· prescrizioni diagnostiche	A	
· prescrizioni terapeutiche	A	
· reazioni avverse	A	
· tutte le procedure operatorie e le altre invasive	A	
Nella cartella clinica c'è evidenza di consenso informato per procedure e trattamenti per i quali è richiesto	A	
Nella cartella clinica sono riportati tutti i referti e o rapporti di consulenza	A	
Nella cartella vengono riportate annotazioni sul decorso clinico del paziente ed eventuali rivalutazioni dello stesso	A	
Nella cartella vengono riportate tutte le diagnosi rilevanti stabilite durante il ricovero	A	
Nella cartella clinica, nel caso di pazienti sottoposti a procedure operatorie o altre invasive e/o ad anestesia, sono incluse le seguenti informazioni:		
· diagnosi preoperatoria	A	
· descrizione dell'intervento (rilievi, procedure tecniche usate, parti prelevate, eventuali complicanze intraoperatorie)	A	
· diagnosi post operatoria	A	
· nome dei componenti dell'intera équipe		
Nella cartella clinica, nel caso di pazienti sottoposti a procedure operatorie o altre invasive e/o ad anestesia, sono incluse le seguenti informazioni relative al periodo postoperatorio:		
· segni vitali e livello di coscienza	B	
· terapie effettuate	B	
· ogni evento inusuale e/o le complicazioni postoperatorie e la gestione di tali eventi	B	
· la dimissione del paziente dall'area di assistenza post-anestesia	B	
Nella cartella clinica è presente copia della lettera di dimissione, nella quale vengono riassunte in maniera concisa le seguenti informazioni:		
· la ragione dell'ospedalizzazione	A	
· i rilievi significativi	A	
· gli interventi diagnostico-terapeutici effettuati	A	
· la condizione del paziente alla dimissione	A	
· la chiara indicazione per il medico di famiglia della terapia da svolgere fuori dalla struttura ospedaliera e di eventuali controlli o follow up	A	
· ogni specifica istruzione data al paziente e/o familiari, qualora necessaria	B	
La lettera di dimissione contiene informazioni relative all'assistenza infermieristica post-ricovero	B	
In caso di trasferimento del paziente ad altra struttura, viene redatta una lettera di trasferimento e se ne conserva copia nella cartella clinica	A	
In caso di ricovero in situazioni di emergenza, nella cartella clinica sono acquisite le informazioni e/o i dati relativi alla fase prericovero necessari a garantire la continuità dell'assistenza	A	
Vengono compilate cartelle cliniche computerizzate per ogni paziente	B	
Una rete informatica collega tra di loro i vari servizi del reparto (degenza ordinaria, degenza diurna, ambulatori, laboratorio)	B	



La rete informatica del reparto è collegata al laboratorio analisi, alla diagnostica per immagini, ai servizi e agli altri reparti	B	
Quando un paziente è ammesso in ospedale, l'organizzazione dispone una procedura per assemblare tutte le informazioni relative agli accessi precedenti	B	
<b>La documentazione infermieristica (D.I.)</b>		
La D.I. è strutturata/formalizzata in base alle esigenze assistenziali della singola UO e contiene almeno la reportistica delle attività assistenziali e delle prestazioni eseguite	A	
La D.I. costituisce parte integrante della cartella clinica	A	
La D.I. contiene sezioni relative a:		
· registrazione di dati di tipo anagrafico	B	
· registrazione, all'ingresso e in itinere, di dati di tipo anamnestico-clinico	B	
· identificazione dei bisogni assistenziali (diagnosi infermieristica) e la relativa pianificazione degli interventi	B	
· descrizione quotidiana degli interventi di assistenza infermieristica (diario)	B	
· valutazione dei risultati degli interventi di assistenza infermieristica	B	
· registrazione di dati/informazioni diversi (relativi alla terapia, alla rilevazione di parametri vitali etc.)	B	
Le attività assistenziali sono realizzate anche attraverso procedure integrate con le altre professionalità	B	
Esistono e sono verificabili procedure di qualità e di adeguatezza per la compilazione e verifica periodica della D.I.	A	
<b>La dimissione: i bisogni dell'utente e la continuità assistenziale</b>		
La dimissione è comunicata all'utente con sufficiente anticipo (almeno il giorno precedente)	A	
Per i pazienti che necessitano di dimissioni protette è garantita la continuità assistenziale concordata con gli operatori del distretto di appartenenza e di questo percorso il paziente stesso viene informato	A	
Il paziente all'atto della dimissione viene informato sul programma assistenziale e sui controlli da eseguire	A	
All'atto della dimissione, il paziente che non viene dimesso a domicilio riceve informazioni sulle strutture in cui proseguire il trattamento post acuto	B	
Il Medico di Medicina Generale viene informato sugli obiettivi assistenziali raggiunti durante la degenza e sulle proposte relative agli obiettivi perseguibili dopo la dimissione, con il proseguo delle cure	B	
L'utente viene informato alla dimissione sulle modalità per ottenere la certificazione e la documentazione clinica	A	

## 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.

### REQUISITI STRUTTURALI

	Tempo di adeguamento	Risposta
I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.		
Il gruppo operatorio deve essere articolato in zone progressivamente meno contaminate dall'ingresso del complesso operatorio fino alle sale chirurgiche e devono essere garantite percorsi interni differenziati per "sporco" e "pulito" e zone filtro d'ingresso e, comunque, devono essere garantite almeno 2 sale operatorie fino a 50 posti letto chirurgici e un'altra sala operatoria per ogni ulteriori 50 posti letto chirurgici. La dotazione minima di ambienti per il gruppo operatorio è la seguente:		
1. spazio filtro di entrata degli operandi;	0	
2. zona filtro personale addetto;	0	
3. zona preparazione personale addetto;	0	
4. zona preparazione utenti;	0	
5. zona risveglio utenti;	0	
8. sala operatoria: deve avere una superficie non inferiore a mq. 36 per le branche chirurgiche di alta specialità; non inferiore a mq. 30 per interventi chirurgici di media assistenza; non inferiore a mq 25 per piccoli interventi chirurgici.	0	
9. Le superfici delle pareti, del soffitto e del pavimento devono risultare ignifughe, resistenti al lavaggio ed alla disinfezione, lisce e non scanalate, con raccordo arrotondato tra pareti e pavimento.	0	
10. Quest'ultimo deve essere resistente agli agenti chimici e fisici, levigato e antisdrucchiolo.	0	
11. deposito presidi e strumentario chirurgico;	0	
12. deposito materiale sporco;	0	
13. locale/spazio per il lavaggio e la sterilizzazione del materiale.	0	

### REQUISITI IMPIANTISTICI

	Tempo di adeguamento	Risposta
La sala operatoria deve essere dotata di condizionamento ambientale che assicuri le seguenti caratteristiche igrotermiche:		
1. temperatura interna compresa tra 20-24° C;	0	
2. umidità relativa estiva e invernale compresa tra 40-60%;	0	
3. ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo) 15 v/h;	0	
4. filtraggio aria 99.97%.	0	
Devono essere assicurate le seguenti dotazioni impiantistiche:		

1. impianto di gas medicali e impianto di aspirazione gas anestetici direttamente collegato alle apparecchiature di anestesia, ossigeno, aria compressa a bassa pressione per respiratori, aria compressa ad alta pressione per apparecchi pneumatici, protossido di azoto;	0	
2. stazioni di riduzione della pressione per il reparto operatorio;	0	
N.B. tali stazioni devono essere doppie per ogni gas medicale tecnico e tali da garantire un adeguato livello di affidabilità;	0	
4. impianto rilevazione incendi;	0	
5. impianto allarmi di segnalazione esaurimento gas medicali.	0	

## REQUISITI TECNOLOGICI

	Tempo di adeguamento	Risposta
Per ogni sala operatoria devono essere garantite le seguenti dotazioni tecnologiche:		
1. tavolo operatorio;	0	
2. 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;	0	
3. monitor per la rilevazione dei parametri vitali;	0	
4. elettrobisturi;	0	
5. aspiratori distinti chirurgici e per broncoaspirazione;	0	
6. lampada scialitica;	0	
7. diafanoscopio a parete;	0	
8. strumentazione adeguata per gli interventi di chirurgia generale e delle specialità chirurgiche;	0	
9. un autoclave a vapore per sala operatoria e/o per gruppo operatorio per la sterilizzazione di strumentario, teleria, in mancanza di servizio centralizzato e/o esterno di sterilizzazione.	0	
Per ogni gruppo operatorio devono essere garantite le seguenti dotazioni tecnologiche:		
1. frigoriferi per la conservazione di farmaci e emoderivati;	0	
2. amplificatori di brillantezza;	0	
3. defibrillatore.	0	
Per la zona risveglio devono essere garantite le seguenti dotazioni tecnologiche:		
1. gruppo per ossigenoterapia	0	
2. aspirazione selettiva dei gas anestetici;	0	
3. cardiomonitor e defibrillatore;	0	
4. aspiratore per broncoaspirazione.	0	

**REQUISITI ORGANIZZATIVI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Ogni struttura erogante prestazioni deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:		
1. la dotazione organica del personale medico ed infermieristico deve essere rapportata alla tipologia e al volume degli interventi chirurgici;	0	
2. l'attivazione di una sala operatoria deve comunque prevedere almeno un medico anestesista, due chirurghi e due infermieri professionali.	1	

**VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Sono definiti i criteri per la predisposizione del programma settimanale degli interventi elettivi per ogni sala	A	
Sono disponibili procedure che definiscono l'organizzazione in caso di urgenze	A	
Sono disponibili e ben in evidenza procedure di comportamento per il personale ed eventuali visitatori	A	
Sono disponibili procedure per l'accettazione/gestione del paziente in sala operatoria	A	
Esiste evidenza che in sala operatoria vengono effettuate indagini strumentali per valutare la presenza di gas anestetici almeno ogni 6 mesi	A	
Esiste evidenza che in sala operatoria vengono effettuate indagini strumentali per valutare la classificazione particellare e microbiologica in "at rest" e in "operation" almeno annualmente	B	
Esiste evidenza che in sala operatoria vengono effettuate indagini strumentali per valutare la classificazione microbiologica sulle superfici in "at rest" almeno annualmente	B	
Esiste una procedura:		
per il controllo periodico dei parametri microclimatici	A	
per il controllo periodico del gradiente pressorio della sala rispetto agli ambienti confinanti	A	
per il controllo periodico del "recovery time" (tempo per il ritorno in classe della sala)	B	
Registri per la manutenzione e sostituzione dei filtri assoluti.	B	
Esistono procedure per lo stoccaggio e la movimentazione del materiale sterile	B	

**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.

**REQUISITI STRUTTURALI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
I requisiti vengono articolati rispetto alle due aree principali di Spazi di Degenza e Blocco Parto.		
<b>Spazi di Degenza.</b>		
Oltre agli spazi specifici già individuati per l'area di degenza indifferenziata, viene richiesta la seguente dotazione di ambienti:		
1. area di assistenza neonatale in continuità con l'area di degenza di Ostetricia e Ginecologia, privilegiando il rooming-in;	1	
2. numero di culle rapportato al volume di attività svolta: devono essere garantite come minimo 8 culle per neonati sani;	0	
3. n. 1 culla per patologie neonatali lievi;	0	
4. n. 1 incubatrice.	0	
<b>Blocco Parto.</b>		
I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate. La dotazione minima di ambienti per il blocco parto è la seguente:		
1. zona filtro per le partorienti;	0	
2. zona filtro personale addetto;	0	
3. locale travaglio, con massimo due posti letto, in cui sia garantita la privacy della partorientente;	0	
4. sale parto;	0	
5. isola neonatale, localizzata all'interno della sala parto o comunicante con questa;	1	
6. sala operatoria, in assenza di blocco operatorio: deve garantire le stesse prestazioni richieste per il gruppo operatorio.	0	
La sala operatoria o il blocco operatorio devono essere ubicati nelle immediate vicinanze della sala parto.		
1. zona osservazione post-partum;	0	
2. deposito presidi e strumentario chirurgico;	0	
3. servizi igienici per le partorienti;	0	
4. locale lavoro infermieri;	0	
5. deposito materiale sporco;	0	
6. spazio attesa per accompagnatore;	0	

7. locale d'isolamento per malattie infettive presunte o in atto, sia per la donna che per il neonato.	0	
--	---	--

**REQUISITI IMPIANTISTICI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
I locali travaglio e parto devono essere dotati di condizionamento ambientale che assicuri le seguenti caratteristiche igrotermiche:		
1. temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20-24°C	0	
2. umidità relativa estiva e invernale 30-60%	0	
3. ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo) 6 v/h.	0	
E' inoltre prevista la seguente dotazione minima impiantistica:		
1. impianto di gas medicali e impianto di aspirazione gas anestetici direttamente collegato alle apparecchiature di anestesia;	0	
2. stazioni di riduzione della pressione per il reparto operatorio: devono essere doppie per ogni gas medicale/tecnico tali da garantire un adeguato livello di affidabilità;	0	
3. impianto rilevazione incendi;	0	
4. impianto allarmi di segnalazione esaurimento gas medicali.	0	

**REQUISITI TECNOLOGICI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Sala Travaglio-Parto:		
1. testa letto con gas medicali;	0	
2. letto trasformabile per travaglio;	0	
3. lampada scialitica mobile;	0	
4. cardiocografo;	0	
5. vacuum extractor;	0	
6. forcipe;	0	
7. possibilità permanente di accesso all'ecografia anche di urgenza;	1	
8. apparecchiature per anestesia;	0	
9. 2 laringoscopi con set di lame per adulti;	0	
10. 1 ventilatore per adulti;	0	
11. 2 pulsossimetricapnometri;	0	
12. 1 monitor defibrillatore dotato anche di cavo paziente;	0	
13. 1 monitor pressione arteriosa incruenta adulti;	0	
14. 2 pompe peristaltiche;	0	
15. 2 pompe a siringa;	0	
16. serie di tubi tracheali adulti;	0	
17. 1 orologio contasecondi;	0	
18. armamentario farmacologico per le necessità ostetriche e anestesiologicalo-internistiche.	0	
Isola Neonatale:		
1. lettino di rianimazione con lampade radianti;	0	
2. erogatore di O <sub>2</sub> , con umidificatore;	0	

3. erogatore o compressore per aria;	0	
4. aspiratore;	0	
5. cannule aspiramuco, sondini gastrici;	0	
6. clamps per cordone ombelicale e forbici;	0	
7. mascherine facciali (di diversa misura), meglio se trasparenti, a ridotto spazio morto;	0	
8. palloncini: n. 1 a parete autoespandibile con valvola limitatrice della pressione massima (30-35 cm H <sub>2</sub> O) n- 2. a parete flessa-espandibile, con volume del pallone superiore a 500 ml (questo tipo consente ai neonati il respiro spontaneo in CPAP con flusso continuo tra le insufflazioni manuali);	0	
9. laringoscopi a lama retta (di varie misure);	0	
10. tubi endotracheali, monouso, sterili, di diametro 2-2, 5-3, 5 mm;	0	
11. cannule oro-faringee, tipo Mayo;	0	
12. orologio contasecondi;	0	
13. pinze di Magill;	0	
14. cateteri per vasi ombelicali di 3, 5-5-8 Fr.	0	

## REQUISITI ORGANIZZATIVI

	Tempo di adeguamento	Risposta
Ogni struttura erogante prestazioni deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:		
la dotazione organica del personale medico, con specializzazione nella disciplina, ed infermieristico deve essere rapportata al volume dei parti e comunque, 24 ore su 24, l'articolazione dei turni del personale medico e infermieristico deve garantire la presenza di almeno un medico e di un ostetrica;	0	
Dotazione minima di personale:		
1. la presenza di una infermiera o vigilatrice d'infanzia e di un operatore tecnico dell'assistenza;	0	
2. la disponibilità di un pediatra e di un anestesista che garantiscano un intervento immediato.	0	
Deve essere garantita comunque l'assistenza al neonato anche attraverso il trasporto protetto.	0	

## VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'

	Tempo di adeguamento	Risposta
E' prevista la possibilità di assistere due parti in contemporanea	A	
E' garantita la possibilità di poter assistere contemporaneamente due neonati nell'isola neonatale	A	
La struttura dispone di una procedura per il monitoraggio del benessere materno/fetale durante il travaglio ed il parto	A	
E' garantita la possibilità alle partorienti di effettuare il parto demedicalizzato che prevede un'assistenza alla gestante fisiologica con uso ristrettissimo di farmaci e procedure infermieristiche	B	

Esistono delle procedure per la gestione delle partorienti affette da patologie infettive	A	
L'U.O. ha definito le procedure per l'assistenza materno-fetale durante il travaglio ed il parto	A	
E' garantita alla donna partoriente la possibilità di poter fruire della presenza di una persona di sua scelta	A	
E' garantito, formalmente e funzionalmente, il collegamento con i punti nascita di livello superiore	A	
E' garantita l'assistenza immediata d'urgenza ai soggetti che imprevedibilmente presentano condizioni cliniche richiedenti l'intervento dei servizi di trasporto, nell'attesa che il paziente possa essere preso in carico da questi ultimi	A	
Sono previste procedure per la raccolta dei dati, così come eventualmente concordato con il Distretto e il Dipartimento di Prevenzione, necessari per la sorveglianza epidemiologica dell'evento parto-nascita	B	

## RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA

Le attività di rianimazione e terapia intensiva sono dedicate al trattamento intensivo dei soggetti affetti da una o più insufficienze d'organo acute, potenzialmente reversibili, tali da comportare pericoli di vita ed insorgenze di complicanze maggiori.

La configurazione ambientale delle unità di rianimazione e terapia intensiva può essere a degenza singola o a degenze multiple.

### REQUISITI STRUTTURALI

REQUISITI STRUTTURALI	Tempo di adeguamento	Risposta
I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.		
La superficie minima per ogni degenza singola è di 16 mq	2	
La superficie minima per le degenze multiple è di 12 mq per posto letto	2	
La dotazione minima di ambienti per la rianimazione e terapia intensiva è la seguente:		
1. zona filtro per i degenti;	0	
2. zona filtro personale addetto	0	
3. degenze dotate di spazio tale da consentire agevoli manovre assistenziali sui quattro lati;	0	
4. locale per pazienti infetti dotato di zona filtro;	0	
5. locale medici;	0	
6. locale lavoro infermieri anche ai fini della preparazione delle terapie infusionali e presidi;	0	
7. locale per colloqui ed attesa destinato ai parenti dei ricoverati;	1	
8. servizi igienici per il personale;	0	
9. deposito presidi sanitari ed altro materiale pulito;	0	
10. deposito materiale sporco.	0	

### REQUISITI IMPIANTISTICI

REQUISITI IMPIANTISTICI	Tempo di adeguamento	Risposta
La terapia intensiva deve essere dotata di condizionamento ambientale che assicuri le seguenti caratteristiche igrotermiche:		
1. temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20-24° C	0	
2. umidità relativa estiva e invernale 40-60%	0	
3. ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo) 6 v/h	0	
E' inoltre prevista la seguente dotazione minima impiantistica:		
4. impianto di gas medicali;	0	
5. impianto rilevazione incendi;	0	
6. impianto allarmi di segnalazione esaurimento gas medicali;	0	
7. deve essere garantita la continuità elettrica.	0	

REQUISITI TECNOLOGICI	Tempo di adeguamento	Risposta
Devono essere garantite le seguenti dotazioni tecnologiche:		
1. letto tecnico attrezzato per la rianimazione;	0	
2. ventilatore automatico da rianimazione dotato di diversificate modalità di ventilazione sia per la ventilazione assistita che per il divezzamento, fornito di sistemi di allarme standardizzati per la sicurezza dell'utente;	0	
3. monitor per la rilevazione dei parametri vitali (respiratorio, cardiologico, pressorio sia incruento e/o cruento);	0	
4. aspiratori per broncoaspirazione;	0	
5. lampada scialitica o fonte di illuminazione anche per piccoli interventi;	0	
6. diafanoscopio a parete;	0	
7. frigoriferi per la conservazione dei farmaci e emoderivati;	0	
8. carrello di emergenza/urgenza dotato di defibrillatore, pace maker esterno e sincronizzatore;	0	
9. emogasanalizzatore ed emossimetro;	0	
10. fibrobroncoscopio.	0	

REQUISITI ORGANIZZATIVI	Tempo di adeguamento	Risposta
Ogni struttura erogante prestazioni deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:		
Devono esistere Regolamenti interni e Linee guida, ivi compresi i Protocolli di accesso alla degenza stessa, per lo svolgimento delle principali attività di routine e per la gestione delle urgenze intraospedaliere e di pronto soccorso/DEA, concordati con le strutture organizzative interessate.		
La dotazione organica del personale medico ed infermieristico deve essere rapportata alla tipologia ed al volume dell'attività svolta in terapia intensiva ed al numero di interventi chirurgici effettuati.		
Deve essere garantita la presenza di un anestesista rianimatore h 24, 7 giorni su 7.	0	
Deve essere previsto:		
1 infermiere ogni 2 p.l.	0	
Devono essere definiti a livello aziendale protocolli concordati e condivisi con le U.O. interessate per l'accesso e la dimissione dalla Terapia Intensiva.	0	
Durante il periodo di degenza in Terapia Intensiva il decorso clinico del paziente deve risultare adeguatamente documentato (set minimo cartella clinica).	0	
La cartella clinica deve contenere tutti gli esami diagnostici effettuati. Deve essere previsto un documento di trasferimento che descriva le procedure effettuate e la situazione clinica del paziente.	0	

VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Tempo di adeguamento	Risposta
Ogni Terapia Intensiva deve avvalersi di Procedure, Linee Guida, Protocolli per quanto riguarda i principali aspetti/settori dell'assistenza del paziente in Terapia Intensiva.		
- gestione materiale assistenza respiratoria	A	
- intubazione difficile	A	
- allergia al lattice	A	
- gestione del paziente in ventilazione meccanica	A	
- prevenzione delle infezioni occupazionali, delle ferite chirurgiche, derivanti dalla gestione dei presidi cardiovascolari, infezioni respiratorie e delle vie urinarie	A	
- utilizzo antibiotici	A	
- danno cerebrale severo	A	
- osservazione morte celebrale e donazione organi	A	
- prevenzione lesioni da decubito	A	
- analgesia e sedazione	A	
- ammissione/dimissione pazienti	A	
- valutazione e trattamento degli stati di malnutrizione	A	
- alimentazione artificiale, sia enterale che parenterale.	A	
<b>Set minimo della cartella Terapia Intensiva All'ingresso</b>		
· Dati anagrafici	A	
· Dati antropometrici	A	
· Provenienza	A	
· Diagnosi	A	
· Motivo del ricovero in Terapia Intensiva	A	
· Anamnesi	A	
· Obiettività	A	
· Inquadramento clinico all'ingresso con Indice di gravità e procedure intraprese	A	
· Trattamenti in atto	A	
<b>Foglio Giornaliero (Daily Planning)</b>		
· Pianificazione terapeutico diagnostico assistenziale	A	
· Registrazione dei trattamenti in atto e delle manovre assistenziali	A	
· Evoluzione clinica	A	
· Evoluzione di score di gravità generali e mirati	A	
· Grafica giornaliera, con possibilità di indicazione oraria dei parametri monitorizzati e clinici, della terapia programmata ed eseguita e delle modalità di supporto vitale	A	



## TERAPIA SEMINTENSIVA

Le Terapie semintensive sono caratterizzate dalla netta prevalenza di pazienti che necessitano di intensità di cure minore rispetto a quelle possibili in una terapia intensiva (monitoraggio intensivo, somministrazione di vasoattivi o emodialisi/emofiltrazione ecc.), ma la cui criticità non ne consente una adeguata gestione in una degenza ordinaria.

### REQUISITI STRUTTURALI

REQUISITI STRUTTURALI	Tempo di adeguamento	Risposta
Le Unità Operative devono essere costituite da moduli con un minimo di 6 posti letto, per le nuove attivazioni (4 per le esistenti).	1	
L'accesso alla Terapia semintensiva deve essere controllato (non deve esserci transito estraneo all'attività dell'U.O.).	0	
I collegamenti col dipartimento dell'Emergenza urgenza, con il blocco operatorio e con i servizi di supporto devono essere funzionali, ove presenti.	1	
La superficie totale dell'area dell'Unità Operativa deve essere almeno 2 volte il totale degli spazi previsti per posto letto, da articolarsi in:		
zona filtro per i degenti	0	
zona filtro per il personale addetto e visitatori	0	
locale di lavoro per il personale medico	0	
stanza per il medico di guardia	0	
locale di lavoro per il personale infermieristico	0	
deposito per presidi sanitari e altro materiale pulito di dimensioni adeguate al deposito delle apparecchiature	0	
deposito per il materiale sporco, dotato di vuotatoio	0	
servizi igienici per i pazienti in relazione alla tipologia prevalente dei pazienti	0	
servizi igienici per il personale	0	
spogliatoio per il personale	0	
ambiente per disinfezione/lavaggio attrezzature/materiali dotato di lavelli, prese gas medicali, prese vuoto, prese corrente.	0	
locale per caposala per le strutture di nuova progettazione	1	
segreteria o area amministrativa	1	
Cucinetta	1	
postazione di lavoro infermieristica, dotata di centrale di monitoraggio	0	
Devono inoltre essere previste:		
area attesa visitatori	0	
area ricevimento parenti	1	
Devono essere previsti almeno 15 m <sup>2</sup> /p.l.	1	
Devono essere previsti:		
superfici di pavimenti, pareti e soffitti continue, non scalfibili, lavabili e trattabili con disinfettanti, raccordate ad angoli smussi;	1	
ampiezza delle porte e dei percorsi all'interno dell'U.O. tale da consentire lo spostamento dei letti	0	
pensili e/o travi a soffitto per l'appoggio di apparecchiature e presidi per favorire l'accesso, le manovre e la pulizia	0	



Deve essere possibile una buona visione dei pazienti dalla postazione infermieristica	0	
Deve essere previsto un adeguato spazio dietro alla testata letto per garantire le manovre assistenziali	0	

## REQUISITI TECNOLOGICI

	Tempo di adeguamento	Risposta
L'impianto di climatizzazione deve garantire:		
una temperatura interna invernale ed estiva compresa tra i 20 e 24 °C	0	
una umidità relativa estiva e invernale compresa tra 40 e 60%	0	
un numero di ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo) pari a 6 v/h	0	
un numero di ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo) pari a 10 v/h nelle aree destinate allo stoccaggio temporaneo dei materiali sporchi	0	
Devono essere garantite:		
bonifica dell'aria attraverso filtri semiassoluti, in grado di trattenere le particelle del diametro di 5 micron	1	
velocità dell'aria nelle zone di degenza non superiore 0.8 m/sec.	1	
impianto di aspirazione centralizzato (vuoto) tale da garantire una pressione minima di aspirazione di 500mmHg (40l/min per ciascuna presa)	0	
impianto centralizzato di gas medicali	0	
impianto allarme di segnalazione esaurimento dei gas medicali	0	
Nella U.O. devono essere presenti:		
lampada scialitica anche portatile	0	
aspiratori per broncoaspirazione	0	
un defibrillatore possibilmente corredato di stimolazione cardiaca transcutanea	0	
un diafanoscopio a parete	0	
frigoriferi per la conservazione dei farmaci e emoderivati	0	
stimolatore cardiaco per stimolazione esterna	0	
sistemi per respirazione in CPAP	0	
respiratori automatici dotati anche di allarme per deconnessione dei pazienti	0	
bronco fibroscopio	0	
apparecchio radiologico	0	
attrezzatura per il trasporto su barella del paziente critico comprendente monitor/defibrillatore con ECG, NIBP; saturimetro, bombola di ossigeno, respiratore portatile	0	
una presa per apparecchio di radiologia per area di degenza.	0	
1 lavello ogni 4 p.l., con rubinetti ad apertura non manuale ed asciugatura usa e getta per le strutture esistenti	1	
1 ogni 2 p.l. per le strutture di nuova progettazione	1	
1 ogni p.l. per le degenze singole	1	
Per ogni posto letto devono essere presenti:		
1 sistema di allertamento	0	
1 per le degenza singola	0	

1 per area di degenza	0	
una sorgente luminosa	0	
6 prese di corrente per strutture esistenti	1	
10 per le strutture di nuova progettazione,	0	
Prese vuoto: 1 per p.l.	0	
Prese per O <sub>2</sub> : 1 per p.l.	0	
prese per aria compressa : 1 p.l. letto tecnico con possibilità di assunzione della posizione di trendelemburg e anti-trendelemburg, dotato di presidi antidecubito	0	
sistema di ventilazione manuale	0	
sistema di aspirazione	0	
pompe siringa e pompe volumetrica	0	
pompa per nutrizione enterale	0	
monitoraggio del paziente	0	
monitor per la rilevazione dei parametri vitali	0	
trend dei parametri	0	
allarmi sonori e visivi	0	

**REQUISITI ORGANIZZATIVI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Dotazione di personale		
La dotazione organica del personale è rapportata alla tipologia delle attività ed al volume degli interventi richiesti		
Deve essere garantita la presenza di un medico specialista dedicato 8-20, 7 giorni su 7. Nelle ore notturne il medico specialista può essere condiviso con altre degenze.	0	
1 infermiere ogni 4 p.l.	0	
La cartella clinica deve contenere tutti gli esami diagnostici effettuati. Deve essere previsto un documento di trasferimento che descriva le procedure effettuate e la situazione clinica del paziente.	0	

**VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Devono essere definiti a livello aziendale protocolli concordati e condivisi con le U.O. interessate per l'accesso e la dimissione dalla Terapia Semintensiva.	A	
Durante il periodo di degenza in Terapia Semintensiva il decorso clinico del paziente deve risultare adeguatamente documentato.	A	
Ogni Terapia Semintensiva deve avvalersi di Procedure, Linee Guida, Protocolli per quanto riguarda i principali aspetti/settori dell'assistenza del paziente in Terapia Semintensiva:		
- gestione materiale assistenza respiratoria	A	
- allergia al lattice	A	
- gestione del paziente in ventilazione	A	

- prevenzione delle infezioni occupazionali, delle ferite chirurgiche, derivanti dalla gestione dei presidi cardiovascolari, infezioni respiratorie e delle vie urinarie	A	
- utilizzo antibiotici	A	
- prevenzione lesioni da decubito	A	
- analgesia e sedazione	A	
- ammissione/dimissione pazienti	A	
- valutazione e trattamento degli stati di malnutrizione	A	
- alimentazione artificiale.	A	
<b>Set minimo della cartella Terapia Semintensiva</b>		
<b>All'ingresso</b>		
· Dati anagrafici	A	
· Dati antropometrici	A	
· Provenienza	A	
· Diagnosi	A	
· Motivo del ricovero in Terapia Semintensiva	A	
· Anamnesi	A	
· Obiettività	A	
· Inquadramento clinico all'ingresso con Indice di gravità e procedure intraprese	A	
· Trattamenti in atto	A	
<b>Foglio Giornaliero (Daily Planning)</b>	A	
· Pianificazione terapeutico diagnostico assistenziale	A	
· Registrazione dei trattamenti in atto e delle manovre assistenziali	A	
· Evoluzione clinica	A	
· Evoluzione di score di gravità generali e mirati	A	
· Grafica giornaliera, con possibilità di indicazione oraria dei parametri monitorizzati e clinici, della terapia programmata ed eseguita e delle modalità di supporto vitale	A	

## TERAPIA IPERBARICA

Le camere iperbariche devono essere progettate, costruite e collaudate in ottemperanza a quanto prescritto specificamente dal Regio Decreto 12 maggio 1927, n. 824, recante "Approvazione del regolamento per la esecuzione del R.D.L. 9 luglio 1926, n.1331, che costituisce l'Associazione nazionale per il controllo della combustione" s.m.i., dal D.M. 21 novembre 1972 "Norme per la costruzione degli apparecchi a pressione" e relative Raccolte VSR, M ed S (come modificate D.M. 15 gennaio 1998, n. 190 "Regolamento recante norme sulle specifiche tecniche applicative del D.M. 21 novembre 1972 per la costruzione e la riparazione degli apparecchi a pressione"), dal D.M. 21 maggio 1974 "Norme integrative del regolamento approvato con R.D. 12 maggio 1927, n. 824 e disposizioni per l'esonero da alcune verifiche e prove stabilite per gli apparecchi a pressione" e relativa Raccolta E, dalle Circolari tecniche di aggiornamento dei citati decreti emanate dall'ex ANCC e dall'ISPESL e dalle altre norme relative alla costruzione, uso ed impiego dei dispositivi medici (Direttiva Europea n. 93/42/CEE recepita in Italia con Decreto Legislativo 24 febbraio 1997 n. 46, "Attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici").

### REQUISITI STRUTTURALI

	Tempo di adeguamento	Risposta
Il locale che ospita una camera iperbarica deve essere ubicato al piano terra dell'edificio e rispondere ai requisiti previsti dalle vigenti norme relative alle "installazioni pericolose" all'interno degli Ospedali e/o Case di Cura e/o Strutture ambulatoriali.	0	
Le strutture devono essere resistenti al fuoco; all'interno delle camere non devono essere installati motori elettrici e non devono essere presenti prese a spina; non sono ammesse valvole a sfera.	0	
I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.		
La dotazione minima di ambienti per la rianimazione e terapia intensiva è la seguente:		
Sala per medicazioni	0	
Sala per urgenze e rianimazione	0	
Un locale per lavaggio e disinfezione-sterilizzazione del materiale	0	
Un locale "filtro" per materiale sporco, ove necessario	0	
zona deposito per materiale pulito e sterilizzato	0	
Un locale per personale tecnico ed infermieristico	0	
Un locale per personale medico	0	
spazio per lo stoccaggio delle attrezzature e dei gas	0	
spazio per i compressori e gli accumulatori	0	
spazio per il deposito di parti di ricambio	0	
spazio per la manutenzione e la riparazione delle attrezzature	0	
spazio per le pratiche amministrative ed i protocolli delle procedure di impiego e delle procedure di emergenza	0	
Il locale deve permettere la rimozione della camera per eventuali ispezioni totali per la sua manutenzione e per eventuali prove idrauliche		
La camera iperbarica deve essere posizionata in modo da poter consentire l'accessibilità da ogni lato per:		
· controlli ed ispezioni durante il funzionamento	0	

· permettere le necessarie operazioni di manovra	0	
· agevolare l'ingresso dei pazienti nel suo interno	0	
· posizionare strumentazioni di controllo (telecamere, sistemi per l'illuminazione etc.)	0	
Lo spazio fruibile all'interno della camera iperbarica deve tener conto sia delle dimensioni di ingombro delle attrezzature da introdurre, sia della introduzione e permanenza di eventuali barelle, sedie a rotelle, sedili		
La camera iperbarica, progettata per permettere l'entrata e l'uscita di persone durante il trattamento terapeutico, prevede una camera di decompressione di capacità sufficiente a contenere almeno due persone ed eventuale sedia a rotelle	1	
E' previsto un vano passa-oggetti per il trasferimento di medicine o altro materiale che debbano essere introdotti con urgenza nella camera stessa	0	
Il pavimento del locale è progettato e costruito in modo da poter sostenere il peso sia della camera iperbarica sia delle attrezzature di supporto e funzionamento	0	
Il pavimento (se si prevede la possibilità di effettuare nel locale prove idrauliche sulla camera iperbarica per eventuali future riparazioni o modifiche) sopporta il peso della quantità d'acqua necessaria per l'esecuzione della prova di pressione	0	
Le camere iperbariche sono equipaggiate con un pavimento che sia strutturalmente in grado di sostenere le persone e le attrezzature necessarie per l'effettuazione delle terapie e delle manutenzioni	0	
Il pavimento della camera è costruito con materiale non ferroso, non combustibile ed antistatico ed è dotato di messa a terra efficiente ed equipotenziale con fasciame	0	
In presenza di una intercapedine fra pavimento e fondo, il pavimento è dotato di aperture per permetterne l'accesso, l'ispezione e la pulizia	1	
Se non è possibile disporre di tali aperture, il pavimento è removibile	1	
Se il pavimento è costituito da elementi removibili, questi sono fermamente bloccati, con collegamenti non permanenti, alla struttura rigida e collegati ad essa in modo da ottenere una equipotenzialità elettrica	1	
Le tubazioni della camera iperbarica interne o passanti attraverso la parete sono costruite in rame, in bronzo o in acciaio	0	
Nel locale esiste un impianto di rivelazione ed estinzione degli incendi che interessi anche il quadro di controllo e manovra	0	
Sono disponibili per gli operatori idonei sistemi di respirazione in caso di incendio	1	
I sistemi di respirazione sono ubicati in maniera che gli operatori possano rimanere alla consolle di manovra della camera iperbarica in caso di emergenza	0	
Il locale adibito alla camera iperbarica è attrezzato con un sistema di illuminazione di emergenza che si attiva automaticamente qualora venga a mancare la sorgente principale di energia elettrica	0	
Per tale evenienza il quadro di manovra e di controllo è alimentato da un sistema di alimentazione elettrica di emergenza	0	
Il quadro di manovra e di controllo della camera iperbarica è posizionato in modo da non ostacolare la movimentazione di persone ed attrezzature	0	

Le sorgenti per l'illuminazione interna sono progettate e costruite per essere installate all'esterno della camera iperbarica e portare l'illuminazione all'interno mediante fibre ottiche o elementi simili oppure attraverso oblò trasparente	1	
In caso di sorgente per l'illuminazione interna, attraverso oblò trasparente, la sorgente di luce non causa l'innalzamento della temperatura del materiale trasparente oltre quella massima prevista per lo stesso materiale dalla norma di ammissione all'impiego per apparecchi a pressione	0	
Le valvole degli impianti di distribuzione dell'ossigeno (o altri gas respiratori) sono tutte del tipo a volantino per l'alta pressione	0	

**REQUISITI TECNOLOGICI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Le porte di accesso sono del tipo tagliafuoco	0	
E' presente un kit di rianimazione manuale (canule, maschere, etc.)	0	
un elettrocardiografo	0	
un sistema di misurazione della pressione arteriosa non invasivo	0	
un sistema di aspirazione interno alla camera iperbarica	0	
un sistema di aspirazione esterno alla camera iperbarica	0	
l'attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardiopolmonare di base di cui è controllata la funzionalità	0	
I sedili e le suppellettili da installare sono costruiti con materiale ignifugo (classe 0 o 1), antistatico, senza bordi taglienti o acuminati e sono dotati di messa a terra per essere equipotenziali col fasciame	0	
Le imbottiture dei sedili e dei materassi sono ottenute da materiali ignifughi (classe 0 o 1)	0	
Se viene usato materiale di rivestimento per attutire gli echi e i rumori, tale materiale è esso stesso ignifugo ed antistatico	0	

**REQUISITI ORGANIZZATIVI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Tutto il personale è informato e formato sulla prevenzione dei rischi in ambiente iperbarico	0	
Tutto il personale adotta misure atte a mantenere adeguati livelli di sicurezza, secondo quanto indicato dalle linee guida nazionali (ISPESL) e regionali	0	

**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'ambulatorio di radioterapia è classificato esclusivamente come struttura di Classe 2.*

**REQUISITI STRUTTURALI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
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:		
1. aree di attesa per gli utenti trattati;	0	
2. spazi adeguati per accettazione, attività amministrativa ed archivio;	0	
3. una sala di simulazione;	0	
4. due bunker di terapia;	0	
5. un locale per la conformazione dei campi di irradiazione, per la contenzione e la protezione dell'utente in corso di terapia, per la verifica dosimetrica;	0	
6. un locale visita;	0	
7. un locale per trattamenti farmacologici brevi;	0	
8. un locale per la conservazione e manipolazione delle sostanze radioattive, in caso di erogazione di trattamenti brachiterapici effettuati mediante l'utilizzo di sorgenti radiattive;	0	
9. servizi igienici distinti per gli operatori e per gli utenti;	0	
10. uno o più spogliatoi per gli utenti in relazione alle sale di terapia e alle sale visite presenti e comunicanti con le stesse o anche all'interno delle sale stesse	0	

**REQUISITI TECNOLOGICI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Devono essere garantiti i seguenti requisiti tecnologici:		
1. simulatore per radioterapia ovvero la piena disponibilità di una diagnostica radiologica (convenzionale o computerizzata) dedicata alla definizione tecnica e pianificazione dei trattamenti;	0	
2. due acceleratori lineari;	0	
3. attrezzatura per la valutazione della dose singola e dei relativi tempi di trattamento;	0	
4. apparecchiature per il controllo dosimetrico clinico.	0	

**REQUISITI ORGANIZZATIVI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Ogni unità di radioterapia deve assicurare i requisiti minimi organizzativi riportati nel seguito. Il personale sanitario laureato e/o tecnico deve essere adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate e, comunque, devono essere garantiti almeno:		

1. un medico specialista in radioterapia che deve essere presente durante l'esecuzione dei trattamenti radioterapici;	0	
2. due tecnici di radiologia che svolgono le operazioni di loro spettanza sotto la costante supervisione del medico" con "un organico di 3 tecnici sanitari di radiologia medica per turno, per acceleratore	0	
3. deve essere garantita la presenza di un'unità infermieristica per l'intero orario di accesso;	0	
4. indipendentemente dal numero dei pazienti trattabili deve essere previsto un rapporto di consulenza con un fisico.	1	

## VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'

	Tempo di adeguamento	Risposta
Deve essere garantita la attivazione di un sistema di controllo di qualità.		
Presso ogni struttura di radioterapia è previsto l'obbligo di comunicare all'utente, al momento della prenotazione dell'indagine diagnostica, i tempi di consegna dei referti.	A	
Ad ogni unità di radioterapia deve essere garantita, in caso di necessità, la possibilità di accesso ad un settore di degenza ove sia possibile l'assistenza dei pazienti trattati.	A	
Devono esistere (e documentate):		
procedure relative alle principali attività cliniche svolte	A	
procedure per la gestione delle attività di routine ed in emergenza/urgenza	A	
procedure specifiche per la conservazione e manipolazione delle sostanze radioattive	A	
procedure per le modalità di accesso alla struttura dei pazienti degenti presso altre UO ed esterni	A	
Devono essere definiti i criteri per la formulazione dei piani di trattamento dei pazienti	A	
Devono essere definite procedure per la gestione dell'attività informativa rivolta al paziente sulle eventuali complicanze da trattamento	B	
Deve essere attivo un flusso informativo finalizzato alla raccolta dati ad uso statistico-epidemiologico	B	
Deve essere previsto un percorso preferenziale per il trattamento di particolari patologie concordate con le Unità Operative di Oncologia	B	



**DAY HOSPITAL**

Il day-hospital deve disporre di spazi per il trattamento diagnosticoterapeutico e per il soggiorno dei pazienti in regime di ricovero a tempo parziale (di tipo diurno).

L'attività di ospedalizzazione a ciclo diurno è condizionata dall'esistenza della relativa struttura organizzativa che svolge attività in regime di ricovero ordinario.

**REQUISITI STRUTTURALI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate. La dotazione di ambienti per il day-hospital è la seguente:		
1. spazio da dedicare alle attività di segreteria, registrazione, archivio;	0	
2. spazio attesa;	0	
3. locale visita;	0	
4. ambienti dedicati alla degenza;	0	
5. locale lavoro infermieri;	0	
6. cucinetta;	0	
7. deposito pulito;	0	
8. deposito sporco;	0	
9. servizi igienici distinti per utenti e per il personale.	0	
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.		

**REQUISITI IMPIANTISTICI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
La dotazione impiantistica prevista è la seguente:		
1. impianto gas medicali;	0	
2. impianto rilevazione incendi.	0	
Dotazione di arredi per le camere di degenza:	0	
3. impianto chiamata sanitari con segnalazione acustica e luminosa;	0	
4. utilities per attività alberghiera.	0	
Dotazione di arredi per il locale visita trattamento:	0	
5. attrezzature idonee in base alle specifiche attività;	0	
6. lettino tecnico.	0	

**REQUISITI ORGANIZZATIVI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Ogni struttura erogante prestazioni deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:		
1. 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;	0	

2. tutto il personale medico deve risultare in possesso della specializzazione per la relativa disciplina (solo per i nuovi assunti)	0	
Per le case di cura private di ricovero per acuti si applicano le disposizioni di cui al D.P.C.M. del 27 Giugno 1986 relative al suddetto personale.		

## VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'

	Tempo di adeguamento	Risposta
Per ciascun paziente ricoverato in day hospital è compilata e continuamente aggiornata (ad ogni ricovero) la cartella clinica	A	
Esistono e vengono seguiti protocolli dettagliati (secondo linee guida aggiornate e basate sui risultati della ricerca scientifica) per:		
· la sanificazione degli ambienti	A	
· le modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione, confezionamento e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori	A	

## 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 del giorno, in anestesia locale, loco-regionale, generale.

Le attività di day-surgery sono condizionate dall'esistenza della relativa struttura organizzativa che svolge anche attività in regime di ricovero ordinario. Le attività di day-surgery possono essere effettuate secondo tre possibili modelli e cioè:

- a) 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 sono quindi autonome dal punto di vista strutturale, amministrativo e gestionale;
- b) Unità operativa di degenza monospecialistica o multidisciplinare all'interno di un ospedale o di una casa di cura, con attività a carattere 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;
- c) posti letto dedicati all'interno dell'Unità di degenza ordinaria di un ospedale o di una casa di cura, con attività a carattere chirurgico; è un modello che garantisce tale regime assistenziale anche in ospedali o case di cura con un volume minore di attività; in questo modello organizzativo i pazienti usufruiscono delle sale operatorie centrali secondo orari, turni o modalità prestabiliti.

## REQUISITI STRUTTURALI

	Tempo di adeguamento	Risposta
Per quanto riguarda i requisiti strutturali, questi devono essere subordinati alla scelta del modello organizzativo con riferimento alle Linee Guida, di cui all'Accordo Stato-Regioni del 1.8.2002. I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.		
La dotazione minima di ambienti per il day-surgery è la seguente:		
1. spazio attesa;	0	
2. spazio registrazione archivio;	0	
3. filtro sala operatoria;	0	
4. sala operatoria: deve possedere gli stessi requisiti indicati per il gruppo operatorio;	0	
5. zona preparazione personale addetto;	0	
6. zona preparazione paziente;	0	
7. zona risveglio;	0	
8. deposito materiali sterili e strumentario chirurgico;	0	
9. locale visita;	0	
10. camera degenza;	0	
11. cucinetta;	0	
12. servizi igienici pazienti;	0	
13. servizi igienici personale;	0	
14. deposito pulito;	0	
15. deposito sporco.	0	

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.		
--	--	--

REQUISITI IMPIANTISTICI	Tempo di adeguamento	Risposta
Le caratteristiche igrometriche per la sala operatoria coincidono con quelle del gruppo operatorio. Dotazione di arredi per le camere di degenza:		
1. impianto chiamata sanitari con segnalazione acustica luminosa;	0	
2. utilities per attività alberghiera.	0	
Dotazione di arredi per il locale visita/trattamento:	0	
3. attrezzature idonee in base alle specifiche attività;	0	
4. lettino tecnico.	0	
E' inoltre prevista la seguente dotazione impiantistica:	0	
5. impianto gas medicali;	0	
6. impianto chiamata sanitari;	0	
7. aspirazione gas medicali direttamente collegata alle apparecchiature di anestesia;	0	
8. stazioni di riduzione delle pressioni per il reparto operatorio.	0	
Devono essere doppie per ogni gas medicale/tecnico e tali da garantire un adeguato livello di affidabilità; impianto allarmi di segnalazione di esaurimento dei gas medicali.	0	

REQUISITI TECNOLOGICI	Tempo di adeguamento	Risposta
La sala operatoria deve possedere gli stessi requisiti tecnologici del gruppo operatorio	0	

REQUISITI ORGANIZZATIVI	Tempo di adeguamento	Risposta
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; in particolare, per l'intero orario di funzionamento della day-surgery deve essere garantita la presenza di almeno:		
1. un medico specialista, un infermiere professionale ed un OTA (o una unità di personale Ausiliario);	0	
2. per l'espletamento dell'attività anestesiológica, un medico specializzato in anestesia e rianimazione;	0	
3. il medico specialista in anestesia e rianimazione deve essere presente per tutta la durata dell'intervento, anche se condotto in sedazione endovenosa e fino al pieno recupero della coscienza dell'operato e della sua permanenza in Sala Operatoria;	0	
4. nel caso di prestazioni di radiologia interventistica deve essere garantita la presenza di un tecnico sanitario di radiologia;	0	

5. <i>deve essere garantita la reperibilità medica per le 24 ore giornaliere. Le modalità secondo le quali è organizzata la reperibilità devono essere definite per iscritto e rese note al paziente al momento della dimissione.</i>	1	
6. <i>In caso di necessità, il medico reperibile deve assicurare il ricovero del paziente nella struttura di ricovero di riferimento;</i>	0	
7. <i>Per il modello di erogazione delle prestazioni di Day Surgery di cui al punto c) su esposto, il personale potrà essere anche non dedicato;</i>	0	
<i>Per ogni paziente dovrà essere compilata una specifica cartella clinica all'interno della quale dovranno essere conservate la scheda anestesologica e la scheda di monitoraggio postoperatorio del paziente.</i>		
<i>Deve essere predisposta una relazione di dimissione, destinata al medico curante, contenente tutti gli elementi relativi all'intervento ed alla procedura eseguita, unitamente alle prescrizioni terapeutiche</i>	0	
<b>gli interventi effettuati devono essere riportati su apposito Registro, unitamente a:</b>		
12. <i>elementi identificativi del paziente,</i>		
13. <i>diagnosi,</i>		
14. <i>nominativi e qualifica degli operatori,</i>		
15. <i>procedura eseguita,</i>	0	
16. <i>ora di inizio e fine della procedura stessa,</i>		
17. <i>eventuali tecniche sedative del dolore utilizzate,</i>		
18. <i>tipo di anestesia,</i>		
19. <i>complicanze immediate.</i>		



**VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'**

	Tempo di adeguamento	Risposta
7. <i>dovranno essere definite le procedure di selezione del paziente in base alla valutazione clinica, alle condizioni logistiche e familiari secondo quanto eventualmente riportato nelle specifiche linee guida;</i>	A	
8. <i>la definizione del percorso assistenziale tramite l'elaborazione dei relativi protocolli di ammissione, cura e dimissione;</i>	A	
9. <i>l'informazione ed il consenso informato;</i>	A	
10. <i>la garanzia della continuità assistenziale, prevedendo in particolare le modalità di collegamento con la struttura, i rapporti con i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, la gestione delle complicanze e/o delle urgenze ed il follow-up.</i>	A	

## MEDICINA TRASFUSIONALE E FRIGOEMOTECA

Ogni Presidio di ricovero deve essere presente una frigoemoteca (F.E.) collegata con il servizio di immunoematologia e trasfusione o con il centro trasfusionale territorialmente competente (L. 21 ottobre 2005 n. 219, "Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati"; D.P.R. 7 aprile 1994 "Approvazione del piano per la razionalizzazione del sistema trasfusionale italiano per il triennio 1994-1996"; D.M.S. 1 settembre 1995 "Disciplina dei rapporti tra le strutture pubbliche provviste di servizi trasfusionali e quelle pubbliche e private, accreditate e non accreditate, dotate di frigoemoteche"). Il Servizio di Medicina trasfusionale, fatto salvo quanto di seguito stabilito, è regolato, per quanto riguarda i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi dal D.P.C.M. 1 settembre 2000 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie relative alla medicina trasfusionale". La frigoemoteca deve, in oltre, risultare in possesso delle caratteristiche definite dal D.M.S. del 1 settembre 1995, cit. In particolare, deve essere previsto un locale per frigoemoteca, con spazio per registrazione/segreteria.

### REQUISITI STRUTTURALI

	Tempo di adeguamento	Risposta
L'articolazione del Servizio di Medicina Trasfusionale deve prevedere:		
- area accettazione e prelievi donatori	0	
- area preparazione emocomponenti	0	
- area di laboratorio per la qualificazione biologica delle unità trasfusionali	0	
- area di conservazione, assegnazione e distribuzione degli emocomponenti	0	
- area delle prestazioni di medicina trasfusionale	0	
L'area accettazione e prelievi donatori deve essere dotata di:		
- almeno una sala visita, con le caratteristiche dell'ambulatorio medico		
- un locale prelievi che misuri almeno 12 mq per 2 letti o poltrone e 5 mq per ogni letto o poltrona aggiunti, dotato di lavabo con rubinetto attivato a pedale, cella fotoelettrica o a leva, attrezzato con dispenser di sapone detergente antisettico e con salviette monouso	1	
- la sala prelievi deve essere dotata di pavimenti, pareti e porte lavabili	0	
- una sala attesa, ristoro-riposo per i donatori, di dimensioni adeguate ai livelli di attività	0	
- locale/spazio per attività amministrative/segreteria/accettazione anche in comune con l'area delle prestazioni di medicina trasfusionale	0	
- servizio/i igienico/i per gli utenti	0	
L'area preparazione emocomponenti deve essere dotata di:		
- spazi ad uso esclusivo, dimensionati alla tipologia e al volume dell'attività svolta (spazi o totale non inferiore a 10 mq per operatore presente nel turno di massima attività)	1	
- un locale ad uso esclusivo, dedicato alla processazione e conservazione delle cellule staminali (da midollo, da cordone, ecc.), se prevista dalle attività di servizio	0	
L'area di laboratorio per la qualificazione biologica delle unità trasfusionali è articolata in settori specializzati per:		
- indagini sierologiche di infettività previste dalla normativa	0	
- indagini di biologia molecolare previste dalla normativa	0	

L'area di conservazione, assegnazione e distribuzione degli emocomponenti deve essere dotata di:		
- uno spazio ad uso esclusivo, per assegnazione emocomponenti e diagnostica immunoematologica	0	
- uno spazio per la conservazione degli emocomponenti	0	
- uno spazio per la distribuzione degli emocomponenti	0	
L'area delle prestazioni di medicina trasfusionale deve essere dotata di:		
- uno o più locali per la effettuazione delle prestazioni (trasfusioni, predepositi, salassi, aferesi, terapia infusiva), dotato di lavabo. La superficie disponibile deve essere tale da consentire l'operatività del personale in caso di emergenza	0	
- locale/spazio per attività amministrative/accettazione/archivio	0	
- locale/spazio attesa con numero di posti a sedere commisurato ai volumi di attività	0	
- servizio/i igienico/i per gli utenti	0	
- spazio/locale spogliatoio per utenti	0	
- servizio/i igienico/i per il personale	0	
- spazio/locale da adibire a spogliatoio del personale	0	
Se l'area di medicina trasfusionale è collocata nell'ambito di una più ampia struttura sanitaria le relative funzioni possono essere ricomprese tra quelle complessivamente presenti nella struttura		
- locale/spazio per deposito materiale pulito	0	
- locale/spazio per deposito materiale sporco e materiale di pulizia	0	
- locale con funzione di magazzino per la conservazione del materiale di uso corrente (presidi medico chirurgici, attrezzature, apparecchiature, soluzioni)	0	
Tale locale deve garantire condizioni termoigrometriche adeguate alle caratteristiche di conservazione del materiale secondo le indicazioni dei produttori		
- locale archivio per la conservazione a tempo illimitato delle registrazioni prescritte, in conformità alla normativa vigente	0	



**REQUISITI IMPIANTISTICI**

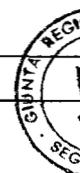
	Tempo di adeguamento	Risposta
Deve essere dotata di condizionamento ambientale tale da garantire adeguate condizioni termo-igrometriche:		
- n° dei ricambi aria esterna/ora adeguati	0	
- idonea temperatura invernale ed estiva	0	
- umidità relativa invernale ed estiva del 40-60%	0	
Deve essere garantita l'operatività delle apparecchiature ritenute indispensabili per l'attività del SMT in caso di caduta della alimentazione elettrica	0	

**REQUISITI TECNOLOGICI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
La dotazione tecnologica disponibile nelle diverse aree funzionali deve essere adeguata alla tipologia e quantità delle prestazioni erogate	0	
Devono essere previste cappe in numero adeguato e con caratteristiche tali da garantire il prodotto e la tutela del lavoratore	0	
Devono essere garantiti sistemi di conservazione del sangue e suoi componenti attraverso frigoriferi appositi dotati di sistemi di registrazione e di allarmi remoti	0	

**REQUISITI ORGANIZZATIVI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Il sistema informativo deve assicurare la tracciabilità dell'unità trasfusionale, nei diversi processi, registrando i seguenti dati minimi (come dati di base o come dati risultanti da elaborazioni):		
- dati anagrafici dei donatori	0	
- dati clinici donatori	0	
- esami infettivologici ed immunologici di legge delle unità trasfusionali	0	
- tipo di preparato trasfusionale	0	
- data di prelievo e scadenza delle unità trasfusionali	0	
- peso netto delle unità trasfusionali	0	
- codice identificativo delle unità trasfusionali	0	
- luogo e data di donazione	0	
- unità organizzative interessate alla raccolta	0	
- statistiche di utilizzo del sangue e dei suoi prodotti nei presidi ospedalieri afferenti al SMT	0	
- unità prodotte	0	
- gestione del fabbisogno e delle eccedenze	0	
- dati relativi ad attività di emovigilanza	0	
<b>La dotazione di personale deve essere adeguata alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate</b>		
Devono esistere procedure per:		
- criteri e modalità per la selezione, l'accettazione, i controlli periodici dei donatori e l'attività di raccolta	0	
- programmazione ed attuazione della raccolta del sangue ed aferesi produttiva	0	
- criteri e modalità della qualificazione biologica e della validazione degli emocomponenti	0	
- criteri e modalità per la produzione, conservazione ed il trasporto degli emocomponenti	0	
- per la vigilanza sulle emoteche dei centri pubblici e privati afferenti	0	
- criteri e modalità per assicurare la tracciabilità di ogni operazione relativa alla produzione delle unità trasfusionali	0	
- protocolli per la sicurezza biologica	0	



<b>VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'</b>	<b>Tempo di adeguamento</b>	<b>Risposta</b>
Il Servizio garantisce le prestazioni 24/24 h	<b>B</b>	
La Struttura possiede il servizio di guardia attiva 24h su 24h	<b>B</b>	
E' attivo il collegamento con il CRCC e CRCP	<b>A</b>	
E' attivo il collegamento con le strutture trasfusionali territoriali-provinciali	<b>B</b>	
Il Servizio ottempera alle norme UNI (10526/96) per lo scambio di informazioni tra le strutture del sistema trasfusionale	<b>B</b>	
Il Servizio ottempera alle raccomandazioni trasfusionali del Consiglio d'Europa-Comitato dei Ministri	<b>B</b>	
Il Servizio ha attivato il Sistema Qualità ISO 9000	<b>B</b>	
<b>ATTIVITA' SELEZIONE DEI DONATORI</b>		
E' definita l'organizzazione generale della sezione	<b>A</b>	
Sono state attivate procedure della Qualità	<b>B</b>	
E' stato attivato un sistema di protezione del donatore	<b>A</b>	
E' stato attivato un sistema di protezione del ricevente	<b>A</b>	
<b>ATTIVITA' RACCOLTA DELLA DONAZIONE</b>		
E' definita l'organizzazione generale della sezione	<b>A</b>	
Sono state attivate procedure della Qualità	<b>B</b>	
Sono stati attivati i controlli pre-donazione	<b>A</b>	
Sono state definite le modalità per l'esecuzione dei prelievi	<b>A</b>	
<b>ATTIVITA' PREPARAZIONE EMOCOMPONENTI</b>		
E' definita l'organizzazione generale della sezione	<b>A</b>	
Sono state attivate procedure della Qualità	<b>B</b>	
E' stata attivata la preparazione degli emocomponenti:		
· Sangue Intero		
· Concentrati eritrocitari		
· Concentrati eritrocitari buffy-coat depleti		
· Concentrati eritrocitari in soluzioni additive		
· Concentrati eritrocitari in soluzioni additive, buffy-coat depleti		
· Emazie lavate		
· Concentrati eritrocitari leucodepleti		
· Concentrati piastrinici random da PRP		
· Concentrati piastrinici random da buffy-coat		
· Concentrati piastrinici da aferesi		
· Concentrati piastrinici random da PRP leucodepleti		
· Concentrati piastrinici random da buffy-coat leucodepleti		
· Concentrati piastrinici da aferesi leucodepleti		
· Plasma fresco congelato da separazione		
· Plasma fresco congelato da aferesi		
· Concentrati granulocitari da aferesi		
<i>Nota:</i>		



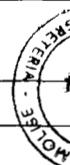
<i>la presenza delle diverse tipologie di emocomponente è da mettersi in relazione con il livello del presidio presso il quale viene effettuata la preparazione</i>		
E' stata attivata la preparazione degli emocomponenti:		
· Emazie irradiate	<b>B</b>	
· Emazie congelate		
· Concentrati piastrinici irradiati		
· Crioprecipitato		
· Concentrati granulocitari da aferesi irradiati		
· Concentrati di cellule staminali periferiche omologhe		
· Concentrati di cellule staminali periferiche autologhe		
<i>Nota:</i>		
<i>la presenza delle diverse tipologie di emocomponente è da mettersi in relazione con il livello del presidio presso il quale viene effettuata la preparazione</i>		
E' stata attivata la preparazione degli emocomponenti:		
· Piastrine congelate	<b>B</b>	
· Concentrati di cellule staminali midollari omologhe		
· Concentrati di cellule staminali midollari autologhe		
· Concentrati di cellule staminali da cordone ombelicale		
<i>Nota:</i>		
<i>la presenza delle diverse tipologie di emocomponente è da mettersi in relazione con il livello del presidio presso il quale viene effettuata la preparazione</i>		
<b>ATTIVITA' LABORATORIO IMMUNOEMATOLOGIA</b>		
E' definita l'organizzazione generale della sezione	<b>A</b>	
Sono state attivate procedure della Qualità	<b>B</b>	
Sono stati attivati i Controlli di Qualità interni Strumentazioni	<b>A</b>	
Sono stati attivati i Controlli di Qualità interni Reagenti immunoematologia	<b>A</b>	
Sono stati attivati i Controlli di Qualità interni Metodiche immunoematologiche	<b>B</b>	
Vengono espletate le attività del laboratorio di immunoematologia:	<b>A</b>	
· Tipizzazione standard del donatore		
· Tipizzazione pazienti adulti		
· Tipizzazioni pazienti prepuberi e femmine in età fertile		
· Abs antiplastrine		
<i>Nota:</i>		
<i>le attività espletate sono da mettersi in relazione con il livello del presidio</i>		
<b>ATTIVITA' LABORATORIO SIEROVIROLOGIA</b>		
E' definita l'organizzazione generale della sezione	<b>A</b>	
Sono state attivate procedure della Qualità	<b>B</b>	
Sono stati attivati i Controlli di Qualità interni Strumentazioni	<b>A</b>	

Sono stati attivati i Controlli di Qualità interni Tests di screening e conferma (obbligatorie e facoltative)	A	
<b>ATTIVITA' ETICHETTATURA</b>		
E' definita l'organizzazione generale della sezione	A	
Sono state attivate procedure della Qualità	B	
Viene espletata l'attività di etichettatura relativa a:	A	
· Prodotti/Materiali in accettazione		
· Prodotti/Materiali in uscita		
Viene espletata l'attività di etichettatura relativa alla produzione di emocomponenti:		
· Prelievo		
· Attesa validazione		
· Frazionamento	A	
· Validazione		
· Quarantena		
· Assegnazione		
<b>ATTIVITA' DI CONSERVAZIONE- TRASPORTO - SCADENZA</b>		
E' definita l'organizzazione generale della sezione	A	
Sono state attivate procedure della Qualità	B	
Per la sezione conservazione-trasporto-scadenza vengono espletate le attività specifiche relative a:		
· Emoteche differenziate		
· Incubatori piastrinici differenziati		
· Congelatori plasmatici differenziati	A	
· Controllo temperature emoteche		
· Controllo temperature congelatori plasmatici e cellulari		
· Trasporto emocomponenti		
<b>ATTIVITA' DI AFERESI</b>		
E' definita l'organizzazione generale della sezione	A	
Sono state attivate procedure della Qualità	B	
Vengono espletate le attività di aferesi:		
· Plasmacitoaferesi - Protezione del donatore		
· Plasmacitoaferesi - Protezione del ricevente		
· Prelievo donazione in aferesi	A	
· Aferesi Terapeutica - Protezione del Paziente		
· Aferesi terapeutica		
<b>ATTIVITA' PROVE DI COMPATIBILITA' - TYPE &amp; SCREEN</b>		
E' definita l'organizzazione generale della sezione	A	
Sono state attivate procedure della Qualità	B	
Vengono espletate le attività di Cross match	A	
Vengono espletate le attività di Type & Screen	A	

<b>ATTIVITA' ASSEGNAZIONE</b>		
E' definita l'organizzazione generale della sezione	<b>A</b>	
Sono state attivate procedure della Qualità	<b>B</b>	
Vengono espletate le attività di assegnazione:		
· Gestione assegnazioni "normali"	<b>A</b>	
· Gestione assegnazioni "urgenti"		
· Gestione assegnazioni "urgentissime"		
· Gestione "rientri"		
<b>ATTIVITA' PROFILASSI MEN</b>		
E' definita l'organizzazione generale della sezione	<b>A</b>	
Sono state attivate procedure della Qualità	<b>B</b>	
Vengono espletate le attività di Screening madre-neonato	<b>A</b>	
Vengono espletate le attività di profilassi con Ig anti-D	<b>B</b>	
<b>ATTIVITA' TERAPIE TRASFUSIONALI</b>		
E' definita l'organizzazione generale della sezione	<b>A</b>	
Sono state attivate procedure della Qualità	<b>B</b>	
Sono stati attivati i sistemi di sicura identificazione del Ricevente	<b>A</b>	
Sono stati identificati i contenuti del Modulo o Scheda trasfusionale	<b>A</b>	
Vengono espletate le attività relative al Buon Uso del Sangue	<b>A</b>	
<b>ATTIVITA' COMPLICANZE TRASFUSIONALI</b>		
E' definita l'organizzazione generale della sezione	<b>A</b>	
Sono state attivate procedure della Qualità	<b>B</b>	
Vengono effettuate indagini di controllo Immunologiche	<b>A</b>	
<b>ATTIVITA' TRASFUSIONI AUTOLOGHE</b>		
E' definita l'organizzazione generale della sezione	<b>A</b>	
Sono state attivate procedure della Qualità	<b>B</b>	
Vengono espletate le attività per la protezione del paziente-donatore	<b>A</b>	
Vengono effettuati i controlli pre-donazione autologa	<b>A</b>	
Viene effettuato il Predeposito	<b>A</b>	
Viene effettuato il recupero perioperatorio	<b>B</b>	
<b>ATTIVITA' TIPIZZAZIONE TISSUTALE</b>		
E' definita l'organizzazione generale della sezione	<b>A</b>	
Sono state attivate procedure della Qualità	<b>B</b>	
Viene effettuata la tipizzazione molecolare HLA di II Classe	<b>B</b>	
E' stato attivato il Sistema di sicurezza identificativa dei campioni	<b>A</b>	
<b>ATTIVITA' RACCOLTA E CONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI PERIFERICHE E CORDONALI</b>		
E' definita l'organizzazione generale della sezione	<b>A</b>	
Sono state attivate procedure della Qualità	<b>B</b>	
Vengono espletate le attività di raccolta e conservazione relativamente a:	<b>B</b>	
· Cellule Staminali Periferiche Omologhe		



· Cellule Staminali Periferiche Autologhe		
· Tipizzazione cellulare		
Vengono espletate le attività di raccolta e conservazione relativamente a:		
· Cellule Staminali da cordone ombelicale	<b>B</b>	
· Tipizzazione SC cordonali		
· Validazione SC cordonali		
<b>ATTIVITA' DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE AMBULATORIALI</b>		
E' definita l'organizzazione generale della sezione	<b>A</b>	
Sono state attivate procedure della Qualità	<b>B</b>	
<b>ATTIVITA' DIAGNOSTICA E TERAPIA DELLE MALATTIE EMORRAGICHE E TROMBOTICHE</b>		
E' definita l'organizzazione generale della sezione	<b>A</b>	
Sono state attivate procedure della Qualità	<b>B</b>	
Vengono espletate le attività relative alla TAO: monitoraggio e terapia	<b>B</b>	
Vengono espletate le attività di diagnostica di laboratorio	<b>B</b>	
Vengono espletate le attività per la diagnosi e trattamento delle coagulopatie congenite	<b>B</b>	
<b>ATTIVITA' CRIOCONSERVAZIONE E DISTRIBUZIONE DI TESSUTI</b>		
E' definita l'organizzazione generale della sezione	<b>A</b>	
Sono state attivate procedure della Qualità	<b>B</b>	
Vengono espletate le attività di crioconservazione e distribuzione dei tessuti relativamente a:	<b>B</b>	
· Selezione del Donatore		
· Modalità di conservazione		
· Modalità di distribuzione		



## ANATOMIA PATOLOGICA

L'anatomia patologica consiste in attività diagnostica su organi o campioni di organi (tessuti, cellule, liquidi biologici ecc.) in vivo o su cadavere.

### REQUISITI STRUTTURALI

	Tempo di adeguamento	Risposta
I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate. Devono essere assicurati i seguenti requisiti strutturali:		
1. locali separati per le attività operative, in particolare per accettazione campioni;	0	
2. riduzione pezzi e preparazione campioni;	0	
3. inclusione, colorazione e montaggio preparato; osservazione microscopica;	0	
4. locale per archivio (istoteca, gitoteca, blocchetti in paraffina, conservazione materiale autoptico);	0	
5. sala autoptica distinta dai depositi e dalle aree di osservazione.	0	
Il tavolo settorio e il suo posizionamento devono permettere un'agevole esecuzione delle tecniche autoptiche e una corretta eliminazione dei liquami. Le porte di accesso devono prevedere comando di apertura automatizzato.	0	

### REQUISITI TECNOLOGICI

	Tempo di adeguamento	Risposta
La dotazione di strumenti ed accessori deve essere correlata alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate, e comunque devono essere assicurati almeno i seguenti requisiti tecnologici:		
1. banchi da laboratori;	0	
2. cappe aspiranti, di numero e tipo adeguati alle esigenze operative;	0	
3. processatore automatico;	0	
4. coloratore automatico;	0	
5. dispensatore automatico di paraffina;	0	
6. microtomo;	0	
7. criostato;	0	
8. centrifuga/citocentrifuga;	0	
9. stufa e essiccatore;	0	
10. bagno stendifettine;	0	
11. frigorifero/congelatore, per la conservazione dei pezzi anatomici e campioni, dotato di registratori di temperatura, di sistema di allarme e possibilmente collegato a gruppi di continuità o ad una linea di alimentazione preferenziale: tali frigoriferi devono essere dotati di un sistema di registrazione dei parametri operativi, che conservi traccia dei malfunzionamenti avvenuti in assenza di personale;	0	
12. bilancia analitica e tecnica;	0	
13. microscopio.	0	

REQUISITI ORGANIZZATIVI	Tempo di adeguamento	Risposta
Il personale sanitario laureato e/o tecnico deve essere adeguato al volume ed alla tipologia delle prestazioni erogate. Deve esistere un regolamento interno o linee guida per lo svolgimento delle principali attività di gestione concordati con i servizi competenti; in particolare:		
1. deve essere previsto il collegamento funzionale in modo preferenziale con i blocchi operatori per le prestazioni istopatologiche e con l'area mortuaria per l'attività autoptica;	O	
2. deve esistere un documento con l'elenco di tutte le prestazioni effettuate;	O	
deve esistere il manuale delle procedure diagnostiche che riporti per ogni esame:		
3. modalità di richiesta;	O	
4. modalità di raccolta, trasporto e conservazione del campione;	O	
5. descrizione delle fasi preliminari, caratteristiche e descrizione del metodo,	O	
6. modalità di trasmissione e consegna referto;	O	
7. deve esistere documentazione scritta riguardante il controllo di qualità interno ed esterno, come specificato in A.01.06.	O	

VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Tempo di adeguamento	Risposta
Esiste documentazione che il servizio garantisce la disponibilità del 80% dei referti relativi a biopsie incisionali e a citologici non cervico vaginali entro 6 giorni lavorativi	B	
Esiste documentazione che il servizio garantisce la disponibilità del 80% dei referti relativi a pezzi chirurgici e citologici cervico vaginali entro 15 giorni lavorativi	B	
Esiste documentazione che il servizio garantisce la disponibilità del 80% dei referti relativi a autopsia entro 10 giorni lavorativi (referto provvisorio), 40 giorni lavorativi (referto definitivo)	B	
Il Servizio è collegato funzionalmente con i blocchi operatori per la diagnostica estemporanea intraoperatoria (esistenza di procedure)	A	
Il Servizio è collegato funzionalmente con l'area mortuaria per l'attività autoptica, qualora la sala non sia all'interno del servizio	A	
Esiste un sistema di archiviazione che consente un agevole reperimento di materiali e referti	A	
Il sistema di archiviazione contiene anche:	A	
· registro numerico di accettazione		
· archivio delle richieste di diagnosi (le richieste possono essere eliminate dopo 6 mesi)		
· archivio dei residui dei frammenti bioptici mantenuti in fissativo (i tessuti in formalina possono essere eliminati dopo 4 settimane dalla redazione e consegna del referto)		

<ul style="list-style-type: none"> <li>· archivio delle inclusioni e dei preparati isto/citologici (<i>i preparati citologici cervico vaginali negativi devono essere conservati per almeno 5 anni</i>)</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>· archivio cartaceo dei referti isto/citologici e protocolli autoptici aggiornato con le richieste di revisione e consulenza con relative risposte (<i>è opportuna la documentazione annuale di: n. di inclusioni, n. di preparati istologici, n. di preparati citologici cervicovaginali, n. di preparati immunoistochimici, n. di preparati citologici non cervicovaginali, n. di autopsie</i>)</li> </ul>		
Esiste una procedura che comprende:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>· l'identificazione del paziente e del medico che ha richiesto la diagnosi</li> </ul>	A	
<ul style="list-style-type: none"> <li>· l'acquisizione delle informazioni cliniche rilevanti</li> </ul>		
La procedura di esecuzione della fase analitica sul materiale biologico comprende:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>· la corretta e completa identificazione dei campioni biologici</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>· la completezza della descrizione macroscopica ove utile per una migliore definizione diagnostica e prognostica</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>· la completezza della descrizione microscopica</li> </ul>	A	
<ul style="list-style-type: none"> <li>· la completezza delle informazioni sulle tecniche ancillari eventualmente impiegate</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>· l'utilizzazione nella diagnosi della terminologia standardizzata e codificabile</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>· la chiara identificazione del medico anatomo/patologo responsabile della diagnosi</li> </ul>		
Qualora venga effettuata attività autoptica, esistono protocolli operativi dedicati	A	
Esistono protocolli operativi per la preparazione/campionamento/esame del materiale bioptico	A	
Esistono protocolli operativi per le attività di citologia	A	
Esistono protocolli operativi per l'archiviazione delle istocitoteche e dei blocchetti in paraffina	A	
Esistono protocolli operativi per la conservazione temporanea/indefinita del materiale bioptico chirurgico	A	
Esistono protocolli operativi per l'esecuzione di prelievi e agoaspirati	A	



## CARDIOCHIRURGIA

Le U.O. di cardiocirurgia sono deputate ad assistere i pazienti affetti da patologie cardiache e dei grossi vasi che necessitano di trattamento chirurgico.

Garantire assistenza chirurgica in elezione-urgenza-emergenza.

Assicurare appropriatezza, sicurezza, tempestività, efficacia, efficienza delle prestazioni erogate.

Documentare in termini oggettivi l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni.

Garantire il continuo miglioramento degli standard qualitativi delle prestazioni anche attraverso il confronto con altre realtà di eccellenza.

Rispondere alle esigenze di ricerca scientifica e formazione professionale.

Contribuire a promuovere e sviluppare l'educazione alla salute della popolazione in tema di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione delle malattie cardiocircolatorie

**In relazione alla tipologia e alla numerosità degli interventi praticati nell'anno (CEC/anno), le U.O. di Cardiocirurgia sono così classificate:**

**Tipo A** fino a 450 interventi in CEC/anno

**Tipo B** da 450 a 800 interventi in CEC/anno

**Tipo C** da 800 a 1200 interventi in CEC/anno

### Requisiti minimi di attività

Ogni struttura non potrà fare meno di 300 interventi l'anno in CEC e che dovrà essere dotata di strutture adeguate in relazione ai carichi di lavoro che sono stati ipotizzati per tre differenti tipologie descritte nella tabella seguente.

### REQUISITI STRUTTURALI

	Tempo di adeguamento	Risposta
<b>In relazione al numero di interventi CEC/anno la dotazione strutturale minima richiesta è la seguente:</b>		
<b>Tipo A</b>		
2 Sale Operatorie	0	
14 Letti Degenza Ordinaria	0	
4 Letti Terapia Intensiva	1	
<b>Tipo B</b>		
2 Sale Operatorie	1	
22 Letti Degenza Ordinaria	1	
8 Letti Terapia Intensiva	1	
<b>Tipo C</b>		
3 Sale Operatorie	1	
34 Letti Degenza Ordinaria	1	
10 Letti Terapia Intensiva	1	

### REQUISITI TECNOLOGICI

	Tempo di adeguamento	Risposta
<b>La dotazione minima di attrezzatura a disposizione della unità operativa Cardiocirurgica fino a 450 CEC/anno è la seguente:</b>		
n.2 Emogas-analizzatore con dosaggio elettroliti	0	
n.2 Apparecchio ematocrito-centrifuga	0	

n.2 Contropulsatore	1	
n.1 Apparecchio radiologico portatile	0	
n.1 Fibroscopio flessibile	0	
n.1 Apparecchio dialisi extracorporea	1	
n.1 Dializzatore per emofiltrazione	1	
n.1 Monitor da trasporto	1	
n.1 Lampada scialitica portatile	0	
n.1 defibrillatore per sala operatoria	0	
<b>Per livelli di attività intermedi, ma comunque superiori a 450 casi, l'incremento della dotazione di attrezzature a disposizione della unità operativa di Cardiocirurgia viene così calcolata:</b>		
<b>fino a 800 CEC/anno:</b>		
n.4 Apparecchi per fisioterapia respiratoria	1	
n.30 Pompe da infusione farmaci e/o peristaltiche	1	
n.2 Apparecchiatura per la determinazione del tempo di coagulazione attivato	1	
<b>oltre 800 e fino a 1200 CEC/anno:</b>		
n.5 Apparecchi per fisioterapia respiratoria	1	
n.40 Pompe da infusione farmaci e/o peristaltiche	1	
n.3 Apparecchiatura per la determinazione del tempo di coagulazione attivato	1	
<b>La dotazione minima di attrezzature a disposizione della Unità Operativa di Cardiocirurgia in Sala Operatoria è la seguente:</b>		
<b>fina a 450 CEC/anno</b>		
n.2 ECG con due derivazioni sempre visibili e analisi del tratto st	0	
n.2 Scambiatori di calore	0	
n.1 Pompa centrifuga	0	
n.3 Bisturi elettrici	0	
n.2 Respiratori automatici	0	
n.2 Recupero sangue	0	
n.2 Pace-Maker temporaneo più uno disponibile	1	
n.2 Carrello anestesia	0	
n.1 Lampade frontali (1 disponibile nella struttura)	0	
n.1 Scaldasangue (1 disponibile)	0	
n.1 Macchine per ghiaccio	0	
<b>fino a 800 CEC/anno:</b>		
n.2 ECG con due derivazioni sempre visibili e analisi del tratto st	0	
n.2 Scambiatori di calore	0	
n.1 Pompa centrifuga	0	
n.3 Bisturi elettrici	0	
n.3 Respiratori automatici	0	
n.2 Recupero sangue	0	
n.2 Pace-Maker temporaneo più uno disponibile	1	
n.2 Carrello anestesia	0	
n.1 Lampade frontali (1 disponibile nella struttura)	0	
n.1 Scaldasangue (1 disponibile)	0	
n.1 Macchine per ghiaccio	0	
<b>oltre 800 e fino a 1200 CEC/anno:</b>		

n.3 ECG con due derivazioni sempre visibili e analisi del tratto st	1	
n.3 Scambiatori di calore	1	
n.2 Pompa centrifuga	1	
n.3 Bisturi elettrici più uno disponibile	1	
n.3 Respiratori automatici più uno disponibile	1	
n.3 Recupero sangue	1	
n.3 Pace-Maker temporaneo più uno disponibile	1	
n.3 Carrello anestesia	1	
n.1 Lampade frontali (1 disponibile nella struttura)	1	
n.1 Scaldasangue (1 disponibile)	1	
n.1 Macchine per ghiaccio	1	
<b>La dotazione minima di attrezzature a disposizione della Unità Operativa di Cardiochirurgia in Degenza Ordinaria</b>		
Letti motorizzati e provvisti di Centralina per il monitoraggio in numero non inferiore al 50% dei letti montati	1	
Eco-color Doppler con sonda transesofagea	0	
Elettrocardiografo	0	
Aspiratore secrezioni	0	
<b>La dotazione minima di attrezzature a disposizione della Unità Operativa di Cardiochirurgia in Terapia Intensiva è la seguente:</b>		
Per ogni posto letto:		
n.1 Respiratori automatici	0	
n.1 Elettrocardiografo + 1 disponibile	0	
n.1 Pompe enterali	0	
n.1 Pace-Maker temporanei più bicamerale	0	
n.1 Set riapertura	0	
n.1 Scaldasangue	0	
Disponibilità di Materassi antidecubito	0	
n.1 Pompe da infusione	0	
Attrezzatura per il trasporto su barella del paziente critico comprendente monitor /defibrillatore con ecg, NIBP, saturimetro, bombola di ossigeno, respiratore portatile	0	

**REQUISITI ORGANIZZATIVI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
<b>Dotazione minima di personale</b>		
<b>Personale medico</b>		
<b>fino a 450 CEC/anno</b>		
n.3 cardiochirurghi	1	
n.2 anestesisti	0	
n.5 altri laureati (Cardiochirurghi, anestesisti cardiologi) a completamento dell'équipe	1	
<b>fino a 800 CEC/anno</b>		
n.5 cardiochirurghi	1	

n.4 anestesisti	1	
n.6 altri laureati (Cardiochirurghi, anestesisti cardiologi) a completamento dell'équipe	1	
oltre 800 e fino a 1200 CEC/anno		
n.7 cardiochirurghi	2	
n.6 anestesisti	1	
n.8 altri laureati (Cardiochirurghi, anestesisti cardiologi) a completamento dell'équipe	1	
NB: Per quanto riguarda le figure del Nefrologo, Angiologo, Neurologo, Pneumologo, Fisiatra, qualora non siano già in organico alla struttura, è previsto che questa se ne possa avvalere attraverso l'istituto della convenzione con Strutture esterne.		
Queste collaborazioni debbono essere codificate anticipatamente sia per quanto riguarda le persone che la struttura presso cui questa opera.		
<b>Personale non medico</b>		
<b>fino a 450 CEC/anno</b>		
n.3 Caposala	0	
n.29 Infermieri professionali	0	
n.2 Tecnici perfusionisti	0	
n.6 Ausiliari	0	
<b>fino a 800 CEC/anno</b>		
n.3 Caposala	0	
n.43 Infermieri professionali	1	
n.3 Tecnici perfusionisti	1	
n.7 Ausiliari	1	
<b>oltre 800 e fino a 1200 CEC/anno</b>		
n.3 Caposala	0	
n.59 Infermieri professionali	1	
n.4 Tecnici perfusionisti	1	
n.12 Ausiliari	1	
NB: Nella struttura deve essere presente 1 tecnico manutentore.		
Deve comunque esservi la possibilità di verifica della presenza, non limitatamente alla struttura (es. casa di cura) ma nella U.O. di Cardiochirurgia, del personale sufficiente in relazione ai carichi di lavoro:		
<u>Terapia intensiva</u>		
presenza minima di due unità infermieristiche per l'intero arco delle 24 ore	0	
rapporto presenza infermieri/pazienti nelle 24 ore: non inferiore a 1:2	0	
<u>Sala operatoria</u>		
durante le fasce orarie di attività chirurgica presenza minima di tre unità infermieristiche	0	
<u>Degenza ordinaria/postintensiva</u>		
presenza minima di due unità infermieristiche per l'intero arco delle 24 ore	0	
Adeguamento del personale, delle strutture e delle attrezzature in relazione a volumi di attività intermedi		
Per livelli di attività intermedi, ma comunque superiori a 450 casi, l'incremento della dotazione di personale laureato e non, dei letti di terapia intensiva e di degenza viene così calcolata:		



<b>fino a 800 CEC/anno:</b>		
1 cardiocirurgo ogni 200 CEC	0	
1 anestesista ogni 200 CEC	0	
1 altro personale laureato ogni 400 CEC	0	
4 infermieri professionali ogni 100 CEC	0	
1 letto UTI ogni 100 CEC	0	
3 letti di degenza ogni 100 CEC	0	
<b>oltre 800 CEC/anno:</b>		
1 cardiocirurgo ogni 200 CEC	0	
1 anestesista ogni 250 CEC	0	
1 altro personale laureato ogni 200 CEC	0	
6 infermieri professionali ogni 120 CEC	0	
1 letto UTI ogni 120 CEC	0	
4 letti di degenza ogni 120 CEC	0	
1 sala operatoria dedicata ogni 400 CEC	0	
Ferma restando la dotazione minima indicata, si ritiene che ogni Centro aumenterà la propria dotazione sulla base dell'aumentata attività e dei protocolli clinico/assistenziali adottati.		

**SERVIZI DI SUPPORTO ALL'U.O. DI CARDIOCHIRURGIA**

	Tempo di adeguamento	Risposta
<b>Laboratorio di Analisi chimico-cliniche</b>		
Devono essere concordati con il laboratorio analisi chimico-cliniche di riferimento protocolli per gli esami disponibili in urgenza nelle 24 ore 7giorni/7 e per quelli eseguibili in via ordinaria, tenuto conto del livello e delle attività presenti.	0	
Qualora sia previsto che gli esami siano eseguiti da laboratori esterni alla struttura devono essere presenti formali accordi sulle modalità di trasporto, consegna dei campioni e dei referti e tempi di risposta e devono essere garantiti i controlli di qualità e le caratteristiche organizzative previste per i laboratori interni.	0	
Deve essere garantita la possibilità di esecuzione dei seguenti esami:		
CPK, CPK-MB, Assetto lipidico completo, D.Dimero, Antitrombina III, Dosaggio dei livelli ematici degli antibiotici più diffusi per la determinazione delle concentrazioni di "picco" e "predose" (Amicacina, Netilmicina, Gentamicina, Vancomicina e/o altri), Ceruloplasmina, Digitaemia, Fenobarbitalemia, Transferrinemia.	0	
La U.O. di Cardiocirurgia deve potersi avvalere di un laboratorio che esegua indagini sierologiche per la valutazione della risposta anticorpale nei confronti dei più comuni agenti infettivi.	0	
<b>Laboratorio di Microbiologia</b>		
La U.O. di Cardiocirurgia deve potersi avvalere di un laboratorio di Microbiologia che esegua esami colturali per l'isolamento e la tipizzazione di germi aerobi ed anaerobi Gram-positivi e Gram-negativi, miceti e virus, da ogni materiale biologico e non.	0	
Deve essere possibile definire il profilo di sensibilità ai farmaci antibatterici e antimicotici.	0	

Il Laboratorio di Microbiologia deve essere in grado di assicurare la conservazione del ceppo batterico per l'eventuale successiva determinazione della Concentrazione Minima Inibente (MIC) di farmaci antibatterici, e anche per la valutazione del potere antibatterico del siero.	0	
Anche il laboratorio di Microbiologia deve garantire l'attività 7 giorni su 7.	0	
Qualora sia previsto che gli esami siano eseguiti da laboratori esterni alla struttura devono essere presenti formali accordi sulle modalità di trasporto, consegna dei campioni e dei referti e tempi di risposta e devono essere garantiti i controlli di qualità e le caratteristiche organizzative previste per i laboratori interni.	0	
<b>Radiologia convenzionale</b>		
È prevista obbligatoriamente la presenza all'interno della struttura di un servizio di Radiologia convenzionale a disposizione 7 giorni su 7, e 24 ore su 24.	0	
<b>TAC e RMN</b>		
Ogni U.O. Cardiocirurgica deve potersi servire di una TAC e/o RMN disponibile all'interno della struttura e/o presso la struttura di Riferimento.	0	
<b>Emodinamica</b>		
Ogni U.O. Cardiocirurgica deve potersi servire di un servizio di Emodinamica disponibile all'interno della struttura e/o presso la struttura di Riferimento.	0	

## VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'

	Tempo di adeguamento	Risposta
Devono essere definiti a livello aziendale protocolli concordati e condivisi con le U.O. interessate per l'accesso e la dimissione dalla U.O. di Cardiocirurgia	A	
Durante il periodo di degenza nella U.O. di Cardiocirurgia il decorso clinico del paziente deve risultare adeguatamente documentato.	A	
Ogni U.O. di Cardiocirurgia deve avvalersi di Procedure, Linee Guida, Protocolli per quanto riguarda i principali aspetti/settori dell'assistenza del paziente:		
- gestione materiale assistenza respiratoria	A	
- gestione del paziente in ventilazione	A	
- prevenzione delle infezioni occupazionali, delle ferite chirurgiche, derivanti dalla gestione dei presidi cardiovascolari, infezioni respiratorie e delle vie urinarie	A	
- utilizzo antibiotici	A	
- prevenzione lesioni da decubito	A	
- analgesia e sedazione	A	
- ammissione/dimissione pazienti	A	
<b>Set minimo della cartella clinica della U.O. di Cardiocirurgia</b>		
<b>All'ingresso</b>		
<b>Dati anamnestici</b>	A	
• Descrizione della cardiopatia in base alla diagnosi anatomica.	A	

• Riassunto dei sintomi più importanti, del decorso della patologia e delle complicanze.	A	
• Quantificazione dell'invalidità derivante dalla cardiopatia (riduzione della capacità lavorativa e/o cambiamento delle abitudini di vita).	A	
• Terapia farmacologica precedente, in atto e sua risposta.	A	
• Anestesia e interventi chirurgici precedenti.	A	
• Patologie associate.	A	
• Classificazione secondo i criteri della New York Heart Association (NYHA) e Canadian	A	
• Eventuali intolleranze a farmaci.	A	
<b>Esame obiettivo clinico</b>	A	
<b>Esame dell'obiettività cardio-polmonare e neurologica, con particolare riferimento a:</b>		
• presenza dei segni di cardiomegalia e di compromissione ventricolare, turgore delle vene giugulari,	A	
edemi declivi, epatomegalia, vasculopatia periferica;	A	
• caratterizzazione di una eventuale dispnea;	A	
• status mentale e i deficit neurologici.	A	
<b>Esami laboratoristici</b>		
• Routinari non specifici.	A	
Esami Ematologici Emocromo con formula, Conta Piastrine, Creatininemia.	A	
Esami Biochimici Glicemia, Azotemia, Uricemia, Protidemia Totale, Bilirubinemia	A	
Frazionata, Trigliceridemia, Colesterolemia Totale e HDL,	A	
GOT/GPT, Colinesterasi, Amilasi, Sodiemia, Potassiemia,	A	
Calcemia, Magnesemia, HIV, Antigene Au, HBsAg, VDRL.,	A	
Esame completo delle urine	A	
Esami Emocoagulativi PT - PTT, Fibrinogenemia.	A	
• Routinari specifici: CPK, CPK-MB, assetto lipidico completo.	A	
<b>Esami strumentali</b>		
• Comuni:	A	
radiografia del torace, in proiezione standard e laterale, se opportuno con esofago baritato,	A	
elettrocardiogramma.	A	
• Specifici:	A	
- patologie neoplastiche: TAC degli organi bersaglio (per escludere metastasi);	A	
Dopo l'intervento, all'atto della dimissione, il Centro Cardiochirurgico dovrà fornire alla Cardiologia/Cardiologo di riferimento e al Medico personale del paziente le seguenti informazioni:		
1) sintesi anamnestica-cardiologica con l'indicazione all'intervento;	A	



2) descrizione dettagliata della tecnica operatoria (numero e tipo dei graft e valvole impiegati, e relative procedure, ad esempio: singolo in arteria mammaria sul ramo discendente anteriore, sequenziale in vena safena su ramo circonflesso e primo marginale ottuso etc.1);	A	
3) motivazione di eventuali discordanze tra il tipo di intervento pianificato collegialmente dall'équipe cardiologica e cardiocirurgica ed il risultato chirurgico (ad esempio: quali sono stati i motivi di una rivascolarizzazione incompleta - limiti tecnici, problemi emodinamici intraoperatori, etc. - o di una mancata sostituzione valvolare in un paziente con valvulopatie multiple - valutazione intraoperatoria etc.);	A	
4) necessità o meno di trasfusione di sangue da donatore (o utilizzo di autotrasfusione). Nel caso sia stato trasfuso sangue da donatore è bene motivarne la necessità e specificare il numero di unità di sangue e/o di emoderivati;	A	
5) principali complicanze intraoperatorie e nella Sezione di Terapia Intensiva post-operatoria (sanguinamento, aritmie, turbe di conduzione, quadro di bassa portata, necessità di reintervento).	A	
Devono sempre essere segnalate, con particolare accento, la necrosi perioperatoria (sede, variazione dell'ECG pre e post-operatorio e liberazione enzimatica), la sepsi chirurgica, l'insufficienza respiratoria o renale, il sospetto di infezione post-operatoria. Nel caso sia necessaria un'assistenza	A	

**LABORATORIO DI EMODINAMICA**

Il laboratorio deve essere in contiguità o funzionalmente collegato alla Terapia Intensiva cardiologica o alla sala operatoria cardiocirurgica.

Esso deve essere disponibile per gli esami cardiologici urgenti.

**REQUISITI STRUTTURALI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
<b>La dotazione minima di ambienti o spazi per il laboratorio di emodinamica è la seguente:</b>		
<b>Dotazione minima di spazi e ambienti</b>		
sala di emodinamica dotata di pareti e porte con schermature piombate	0	
sala controllo o spazio di controllo protetto con parete o vetro piombato	0	
spazi per la preparazione e il lavaggio del materiale esterno alla sala di emodinamica	0	
spazio lavaggio - vestizione medici	0	
spazio per la 'compressione' vascolare	0	
spazio per lo stoccaggio di materiale	0	
spazio per il deposito della biancheria pulita anche in comune con altre funzioni	0	
spazio per il deposito della biancheria sporca anche in comune con altre funzioni (es. degenze)	0	
sala refertazione e archiviazione CD-ROM	0	
servizi igienici differenziati per il personale e i pazienti nelle vicinanze del laboratorio	0	
spazi per lo smaltimento dei rifiuti differenziati anche in comune con altre funzioni	0	
spazio/locale per le attività di segreteria anche in comune con altre funzioni	0	
Lo spazio deve essere adeguato per muoversi agevolmente attorno al tavolo e alla apparecchiatura radiologica durante le procedure e le eventuali manovre di assistenza o rianimazione in caso di complicanze (almeno mq 25 per le strutture esistenti, mq 35 per le strutture di nuova progettazione).	0	
Il pavimento deve essere antistatico, lavabile e disinfettabile.	0	

**REQUISITI TECNOLOGICI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
<b>Laboratorio di emodinamica</b>		
1 strumento per misurare la portata cardiaca anche inserito nel poligrafo	0	
1 set per la pericardiocentesi	1	
contropulsatore laddove si pratica cardiologia interventistica, anche nell'ambito della struttura cardiologica	1	
apparecchio per ACT o APTT laddove si pratica cardiologia interventistica, anche nell'ambito della struttura cardiologica	0	
apparecchio per emogasanalisi a disposizione	0	
1 elettrocardiografo (almeno tre canali)	0	
1 respiratore automatico anche di tipo pediatrico, qualora si pratici cardiologia pediatrica, anche eventualmente condiviso con strutture attigue	0	

1 ossimetro	0	
<b>Sala di emodinamica</b>		
letto radiologico	0	
cinematografia con film di 35 mm con la sola alternativa della digitalizzazione con archiviazione in CD-ROM (standard DICOM 3)	0	
digitalizzazione dell'immagine e veloce disponibilità di immagini memorizzate laddove si pratica interventistica	1	
lampada scialitica con alimentatore di sicurezza	1	
poligrafo con almeno due canali di pressione e 2 tracce ECG	0	
poligrafo con 12 derivazioni ECG, almeno 3 contemporanee laddove si pratica cardiologia interventistica	0	
carrello di rianimazione e defibrillatore	0	
1 pompa di infusione più una sonda nella struttura (di sicurezza)	0	
2 pompe di infusione laddove si pratica cardiologia interventistica	0	
1 pace-maker temporaneo	1	
attrezzature per la radioprotezione in numero corrispondenti agli operatori:		
camice piombato		
collare piombato	1	
occhiali e guanti anti raggi X		
paratia anti raggi X posta fra paziente e operatore		
dotazioni di materiale d'uso corrente per il mantenimento della sterilità (camici e guanti sterili per l'operatore, teli sterili per il campo) e le procedure diagnostiche	0	
Camera oscura		
<b>Sala di refertazione</b>		
1 moviola	0	
1 videoregistratore	0	
Deve essere presente un impianto gas medicale con 2 prese gruppi ossigeno/vuoto/aria compressa per sala.		

**REQUISITI ORGANIZZATIVI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Il laboratorio diagnostico dedicato, con una sola sala, che opera con un unico turno di personale deve eseguire ogni anno un numero ottimale di 800-1200 procedure all'anno di cui obbligatoriamente 600 coronarografie.		
Qualora il laboratorio non sia dedicato, rientrano nel numero indicato anche le procedure di aritmologia invasiva in esso praticate.		
Per l'interventistica il numero minimo di angioplastiche coronariche per centro è di 300 all'anno.		
Nel caso in cui il Laboratorio sia collocato in strutture dove non sia presente una UTIC deve comunque usufruire di una Terapia Intensiva in cui esistano competenze cardiologiche.		
Di regola, il laboratorio di emodinamica prevede la presenza, nella medesima struttura, dell'Unità di Terapia Intensiva Cardiologica.		
<b>Non sono previsti laboratori autonomi di emodinamica.</b>		

Il laboratorio di emodinamica può essere tuttavia aggregato a una Cardiochirurgia, purchè esso mantenga le caratteristiche di funzionalità previste nel presente documento.		
La Terapia Intensiva Cardiochirurgica che gli fa da appoggio non dovrà ricoverare pazienti di pertinenza di una Terapia Intensiva Cardiologica.		
<b>Personale medico, infermieristico e tecnico presente per sala attiva</b>		
<b>Attività diagnostica</b>		
n.1 Medici	0	
n.1 Infermieri	0	
n.1 Tecnici di radiologia (anche su due sale)	0	
<b>Attività interventistica</b>		
n.2 Medici	0	
n.1 Infermieri	0	
n.1 Tecnici di radiologia	0	

## UNITA' OPERATIVA DI RIABILITAZIONE

Le Unità Operative di Riabilitazione intensiva sono dirette alla presa in carico di persone affette da:

1. menomazioni e disabilità recuperabili di natura e gravità tali da rendere necessaria una tutela medica ed interventi di nursing ad elevata specificità nonché interventi valutativi e terapeutici non erogabili in altra forma;
2. menomazioni e disabilità complesse in grado di avvalersi di competenza medica specialistica fisiatrica e di programmi di riabilitazione che richiedano la possibilità di interazioni con altre discipline specialistiche;
3. disabilità tale da non poter essere trattata con modalità alternative al ricovero.

*A seconda delle necessità del paziente e/o delle caratteristiche delle U.O. devono essere garantite le funzioni corrispondenti alle seguenti aree, all'interno della struttura o mediante rapporti di consulenza:*

1. *valutazione delle diverse tipologie di menomazioni e disabilità;*
2. *rieducazione delle menomazioni motorie;*
3. *rieducazione funzionale delle disabilità motorie;*
4. *rieducazione respiratoria;*
5. *rieducazione cardiologica;*
6. *rieducazione vescico-sfinterica;*
7. *rieducazione gastroenterologica;*
8. *rieducazione vascolare;*
9. *terapia fisica strumentale;*
10. *rieducazione delle turbe neuropsicologiche nell'ambito della comunicazione;*
11. *rieducazione delle funzioni cognitive;*
12. *assistenza psicologica;*
13. *attività protesica ed ortesica;*
14. *terapia occupazionale;*
15. *gestione delle problematiche internistiche;*
16. *educazione ed addestramento del disabile e dei suoi familiari;*

Qualora siano presenti uno o più moduli riabilitativi, i requisiti strutturali e organizzativi sono considerati non come multipli interi ma in proporzione alla tipologia e al volume della casistica e in relazione ai protocolli assistenziali adottati dalle singole strutture.

Qualora si assemblino uno o più moduli gli spazi comuni possono essere considerati non come multipli interi ma in relazione alla tipologia e al volume della casistica.



### REQUISITI STRUTTURALI

	Tempo di adeguamento	Risposta
Oltre ai requisiti generali e specifici previsti per l'area di degenza, devono essere posseduti i seguenti requisiti (dimensionati in riferimento ad una articolazione organizzativa di 20 p.l.)		
<b>Caratteristiche dell'area destinata alla degenza</b>		
area attrezzata per colloquio ed addestramento familiari (possono essere rispettivamente sostituite dalla sala riunioni di utilizzo del reparto o dalla medicheria);	0	
un bagno assistito (almeno ogni 20 p.l.);	0	

deposito attrezzature, commisurato alle specifiche necessità del reparto (carrozze, deambulatori, etc.);	0	
deve essere possibile l'accesso al letto mediante barella, carrozzina, deambulatore o sollevatore;	0	
devono essere assunti tutti i provvedimenti che facilitino la fruibilità degli spazi;	0	
i sistemi di chiamata devono essere adatti alle diverse tipologie di disabilità;	0	
i tavoli devono avere altezza tale da consentire l'inserimento della carrozzina.	0	
<b>Caratteristiche dell'area destinata alla valutazione</b>		
un'area complessiva (ambulatori generali e per valutazioni specifiche) non inferiore a mq 36 e comunque collocata nella struttura.	1	
<b>Caratteristiche dell'area destinata all'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione</b>		
la superficie complessiva non può essere inferiore a mq 100, di cui almeno mq 45 da destinare ad ambiente palestra per l'esercizio terapeutico contemporaneo di 10 pazienti; per le strutture esistenti la superficie complessiva non deve essere inferiore a mq 90.	1	
Per ogni paziente contemporaneo in più la superficie della palestra dovrà presentare un incremento di mq 4.	0	
ambiente/spazio per il coordinamento dei terapisti e lo svolgimento delle funzioni connesse, preferibilmente nelle vicinanze della palestra.	0	

**REQUISITI TECNOLOGICI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
<b>Area destinata alla degenza</b>		
letti di degenza a tre segmenti regolabili, con spondine e relativi "trapezi" e "archetti alzacoperte" e con almeno il 20% della dotazione regolabile in altezza;	1	
impianto telefonico tradizionale per utenti, di cui almeno uno utilizzabile dalle diverse tipologie di disabili presi in carico;	0	
un sollevatore pazienti elettrico con diverse tipologie di imbragature;	0	
sistema pesapersona;	0	
ausili antidecubito;	0	
dotazione di carrozzine di tipologia e qualità adeguate alle patologie trattate, al numero di posti letto, complete di accessori.	0	
<b>Area destinata alla valutazione</b>		
Devono essere presenti attrezzature per la valutazione del disabile relativamente alle varie tipologie delle disabilità e delle menomazioni prese in carico.	0	
Devono essere disponibili dispositivi per la valutazione degli esiti.	0	
<b>Attrezzature per il trattamento</b>		
lettini per rieducazione motoria ad altezza variabile (cm 100x200x44/85h);	1	
letto di grandi dimensioni per rieducazione motoria ad altezza variabile (cm 200x200x44/85h) (Bobath);	1	
letti di verticalizzazione ad inclinazione variabile;	0	

sollevatore elettrico con diverse tipologie di imbragatura (fasce, amaca standard ed amaca con poggiatesta) in grado di sollevare il paziente dal piano-pavimento;	0	
standing ad altezza variabile;	1	
dispositivi per BioFeedBack;	1	
presidi e ausili per la deambulazione e la mobilità del paziente;	0	
attrezzature per l'area destinata alla socializzazione in modo da garantire un confortevole utilizzo del tempo libero.	0	

**REQUISITI ORGANIZZATIVI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Il team interprofessionale minimo deve essere composto almeno da:	0	
1. medico fisiatra;		
2. infermiere;		
3. fisioterapista;		
4. operatore socio sanitario.		
Devono essere disponibili l'assistente sociale e lo psicologo limitatamente alle patologie che richiedono tali tipi di competenze	1	
Deve essere garantita l'attività di terapia occupazionale.	0	
Deve essere individuato, adottato e monitorizzato l'utilizzo di un protocollo/linea guida per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito.	1	
Devono essere previsti momenti di formazione ed educazione nei confronti degli utenti e loro familiari, degli operatori dei servizi sociali.	1	
I pazienti devono essere informati delle procedure relative alla tutela dei diritti e all'utilizzo dei diversi benefici previsti dalla normativa.	0	
Devono esistere procedure che facilitino il contatto del paziente con i propri familiari.	0	
Devono esistere procedure di attivazione dei servizi sociali.	0	
La valutazione iniziale deve essere riportata sulla cartella clinica.	0	
<i>La cartella clinica, costruita tenendo conto delle indicazioni nazionali e regionali deve contenere, quale set minimo di dati:</i>	0*	
<i>1. l'individuazione e valutazione dello spettro di menomazioni e di disabilità;</i>		
<i>2. del relativo gradiente di modificabilità;</i>		
<i>3. gli obiettivi individuati e i risultati attesi;</i>		
<i>4. l'individuazione degli strumenti terapeutici più idonei (progetto/programma riabilitativo);</i>		
<i>5. gli obiettivi e i risultati raggiunti.</i>		
<i>La presa in carico deve realizzarsi attraverso la predisposizione di un progetto e uno o più programmi riabilitativi (secondo quanto previsto dalle Linee Guida Nazionali del 7/5/98 G.U. 124/98), documentati nella cartella clinica, alla cui redazione collaborano i componenti del team interprofessionale ciascuno per le proprie competenze.</i>		

<i>Deve essere prevista la misurazione dei miglioramenti degli utenti e quindi del raggiungimento degli obiettivi funzionali, attraverso l'utilizzo di scale di valutazione validate e/o riconosciute dalle società scientifiche di riferimento.</i>	<b>1*</b>	
Per ogni utente alla dimissione deve essere redatta una relazione scritta secondo protocolli definiti per la funzione di dimissione.	<b>1</b>	
<b>Devono essere rese disponibili le seguenti attività:</b>		
<b>Laboratorio di Analisi chimico-cliniche e Radiologia</b>		
Devono essere concordati con il Laboratorio e la Radiologia di riferimento protocolli per gli esami disponibili in urgenza nelle 24 ore 7giorni/7 e per quelli eseguibili in via ordinaria, tenuto conto del livello e delle attività presenti.	<b>0</b>	
Qualora sia previsto che gli esami siano eseguiti da laboratori esterni alla struttura devono essere presenti formali accordi sulle modalità di trasporto, consegna dei campioni e dei referti e tempi di risposta .	<b>0</b>	
<b>Cardiologia</b>		
Tra le consulenze disponibili, secondo le specifiche necessità in riferimento alle aree di attività, la consulenza cardiologica deve essere considerata requisito essenziale.	<b>0</b>	
<b>Personale</b>		
La dotazione di personale medico e tecnico-assistenziale deve essere idonea a garantire la realizzazione del progetto individuale e del progetto riabilitativo di struttura	<b>0</b>	
Un Direttore responsabile specialista in medicina fisica e riabilitazione o disciplina equipollente e/o affine o nella branca relativa all'attività esercitata, che concorre con gli altri medici alla dotazione minima richiesta;	<b>1</b>	
<i>Per garantire i livelli minimi di sicurezza, devono essere presenti nell'U.O. (commisurato ad un numero orientativo di 20 p.l.):</i>		
<i>1. 4 infermieri professionali</i>	<b>0</b>	
<i>2. 2 OTA OSA o OSS</i>	<b>0</b>	
<i>3. 4 Tecnici della riabilitazione</i>	<b>0</b>	
<i>4. 3 medici dirigenti in possesso della specializzazione correlata alla tipologia dell'utenza (fisiatra, neurologo o altro specialista)</i>	<b>0</b>	
<i>5. per le restanti ore deve essere garantita la guardia/pronta disponibilità medica, anche condivisa con altre U.O.</i>	<b>0</b>	

**VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'**

	Tempo di adeguamento	Risposta
E' garantita la possibilità logistica di effettuare riunioni di équipe	<b>A</b>	
Esistono procedure che garantiscono un metodo di integrazione multiprofessionale nella stesura e nella realizzazione del progetto riabilitativo individuale e dei singoli programmi riabilitativi che lo compongono	<b>A</b>	
E' garantita, attraverso procedure ed idonei strumenti organizzativi, la integrazione multiprofessionale nella progettazione e nella realizzazione delle attività assistenziali infermieristiche	<b>A</b>	

La dimissione del paziente è formalizzata attraverso una procedura integrata tra le diverse professionalità operanti nel reparto e sintetizzata da una idonea documentazione	B	
Sono previste procedure scritte per la protezione da rischi legati a sollevamenti e posture nell'assistenza degli ospiti	A*	
La stesura del progetto riabilitativo individuale e le verifiche periodiche sul grado di realizzazione sono basate su valutazioni funzionali condotte con strumenti validati	A	
Esiste una procedura per garantire la continuità assistenziale alla conclusione del progetto riabilitativo, che preveda la comunicazione al medico curante e, se necessario, l'addestramento dei familiari e l'acquisizione dei materiali necessari per il proseguimento delle cure a domicilio. Nel caso dei Centri Ospedalieri di Riabilitazione Privati la procedura prevede l'attivazione dei competenti organi degli Enti Pubblici per quanto concerne la fornitura dei materiali e la continuità assistenziale dopo la dimissione	A*	
La struttura dispone di procedure per il collegamento con l'alta specialità riabilitativa	B	
Sono disponibili e vengono applicati protocolli diagnostico-terapeutici per le principali patologie trattate, basati, ove disponibili, su evidenze scientifiche di efficacia	A*	
E' effettuata periodicamente la revisione del grado di applicazione dei protocolli diagnostico-terapeutici	B	
E' prevista la consulenza protesica	A	
E' disponibile una consulenza di tipo psicologico	B	
E' disponibile un servizio/funzione di assistenza sociale	B	
Sono adottate misure per facilitare l'orientamento dei pazienti (es. codice colore)	A	
Esistono procedure per garantire all'interno della struttura una agevole mobilitazione (attiva e passiva) degli utenti	A	
Vengono adottate tutte le necessarie misure per la prevenzione degli infortuni di utenti e operatori (eliminazione di piastrelle rotte, spigoli, manovelle sporgenti dei letti; uso di sostanze-dispositivi antisdrucchiolo, etc.)	A	
E' garantito il confezionamento di ausili ed ortesi	B	
Sono garantite la terapia occupazionale e l'ergoterapia	B	
E' garantito l'addestramento all'uso di modalità di comunicazione verbale e non verbale alternative	B	

**IN CASO DI PRESA IN CARICO DI PAZIENTI CON DISABILITA' DI ORIGINE CARDIOLOGICA E/O CARDIOCHIRURGICA**

Ad integrazione dei requisiti previsti per la degenza di tipo intensivo, deve essere garantita la disponibilità, correlata al bisogno, dei seguenti requisiti.

**REQUISITI STRUTTURALI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
<b>Attrezzature per la valutazione</b>	1	
sistema Holter;		
ECG e Holter pressione;		
ergometria;		
ecocardiografia (disponibile);		
ECG.		
<b>Attrezzature per il trattamento</b>	1	
Sistema telemetrico ECG;		
ossimetri;		
bracciale a pressione;		
frequenzimetri;		
cicloergometri e/o tapis roulant;		
pompe a infusione;		
attrezzature usuali della palestra di cinesiologia;		
letti per rieducazione funzionale respiratoria;		
attrezzatura per il drenaggio bronchiale.		



**REQUISITI ORGANIZZATIVI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
I pazienti devono essere identificati attraverso una corretta valutazione del rischio cardiologico (basata su Linee Guida nazionali ed internazionali), secondo criteri di provata efficacia.	0	
Per quanto riguarda il paziente infartuato, l'attività di riabilitazione andrà riservata a pazienti opportunamente selezionati e definiti da specifici protocolli.		
Durante l'attività riabilitativa deve esistere un sistema di monitoraggio delle possibili complicanze.	0	
Le professionalità necessarie sono:	0	
1. il cardiologo;		
2. il fisioterapista;		
3. l'infermiere;		
4. l'operatore socio sanitario.		
Il personale della struttura opera secondo le indicazioni congiunte del medico fisiatra e del cardiologo, secondo progetti e programmi condivisi.	0	

Il personale della riabilitazione opera all'interno del progetto riabilitativo, che è coordinato dal medico fisiatra.	0	
Devono essere documentate le prestazioni erogate e devono essere formulati programmi specifici per il paziente cardioperato e per il paziente affetto da infarto.	0	
Deve essere garantita la presa in carico tempestiva del cardioperato, programmando per tempo il percorso e facendo riferimento al giorno dell'intervento chirurgico.	0	
Devono esistere procedure specifiche per la presa in carico, la valutazione e la restituzione del paziente al proprio ambiente di vita.	0	
Si richiedono inoltre procedure di integrazione delle competenze cardiologiche e fisiatriche.	0	

### IN CASO DI PRESA IN CARICO DI PAZIENTI CON DISABILITA' DI ORIGINE POLMONARE E/O CHIRURGIA TORACICA

Ad integrazione dei requisiti previsti per la degenza di tipo intensivo, deve essere disponibile la funzione di terapia intensiva respiratoria all'interno della struttura di ricovero e la disponibilità correlata al bisogno di:

#### REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

	Tempo di adeguamento	Risposta
<b>Attrezzature per la valutazione</b>	1	
1. saturimetro		
2. spirometro-analizzatore gas espirati		
3. monitoraggio transcutaneo PtcO <sub>2</sub>		
4. PtcCO <sub>2</sub>		
5. ECG		
6. ergometria		
7. Emogasanalisi.	1	
<b>Attrezzature per il trattamento</b>		
1. sollevatore		
2. apparecchi per ventilazione meccanica non invasiva		
3. sistema di broncoaspirazione		
4. ossimetria dotata di frequenzimetro		
5. apparecchi portatili per O <sub>2</sub> terapia.		

#### REQUISITI ORGANIZZATIVI

	Tempo di adeguamento	Risposta
Le professionalità necessarie sono:	1	
1. il pneumologo;		
2. il fisioterapista;		
3. l'infermiere;		
4. l'operatore socio sanitario.		

Il personale della struttura opera secondo le indicazioni congiunte del medico fisiatra e del pneumologo, secondo progetti e programmi condivisi.		
Il personale della riabilitazione opera all'interno del progetto riabilitativo, che è coordinato dal medico fisiatra.		
Devono esistere procedure specifiche per una attenta selezione dei pazienti, per la presa in carico, la valutazione e la restituzione del paziente al proprio ambiente di vita.		

## UNITA' OPERATIVA PER GRAVI CEREBROLESIONI

L'Unità per la riabilitazione delle Gravi Cerebrolesioni (UGC), Riabilitazione ad Alta Intensità (RAI) e Alta Specialità Neuroriabilitativa (ASNE) sono deputate alla presa in carico dei pazienti affetti dagli esiti di gravi traumatismi cranioencefalici ed altre gravi cerebrolesioni acquisite come i comi post-anossici, gravi emorragie secondarie a malformazioni vascolari, ischemie cerebrali estese e/o a livello del tronco encefalico, esiti di interventi neurochirurgici caratterizzati nella loro evoluzione clinica da un periodo di coma più o meno protratto, gravi cerebrolesioni derivate da patologie oncologiche primarie e secondarie e dal coesistere di gravi menomazioni fisiche, cognitive e comportamentali, nonché gravi turbe psicologiche che determinano disabilità multiple e complesse, compresi gli esiti di cerebropatie degenerative (Sclerosi multipla, Parkinson, etc.) e sindrome di Guillain Barrè e similari

L'Unità per le Gravi Cerebrolesioni deve essere inserita in un percorso di connessione con strutture per emergenza-urgenza.

Sono erogate da presidi di alta specialità, secondo quanto stabilito dal D.M. 29 gennaio 1992 "Elenco delle alte specialità e fissazione dei requisiti necessari alle strutture sanitarie per l'esercizio delle attività di alta specialità" e dall'art. 1, comma 1 del Decreto Legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 recante "Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'art. 42, comma 1, della L. 16 gennaio 2003, n. 3".

### REQUISITI STRUTTURALI

	Tempo di adeguamento	Risposta
Oltre ai requisiti previsti per l'U.O. di Riabilitazione Intensiva devono essere previsti, per una unità operativa di 20 p.l.:		
<b>Area destinata alla degenza</b>		
almeno 2 posti letto dotati di monitoraggio intensivo delle funzioni vitali ed eventuale ventilazione meccanica;	0	
due bagni assistiti di cui almeno uno dotato di ampia vasca per immersione totale del paziente in posizione supina.	0	
area destinata all'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione	0	
almeno un ambiente per trattamento e valutazione dei pazienti con gravi disordini della responsività (coma) ubicato in modo tale da poter avere rapida disponibilità di assistenza delle funzioni vitali di base;	0	
ambiente predisponibile per l'accoglienza di pazienti con gravi disordini comportamentali.	0	

### REQUISITI TECNOLOGICI

	Tempo di adeguamento	Risposta
<b>Degenza</b>		
letti di degenza a tre segmenti regolabili, con spondine e relativi "trapezi" e "archetti alzacoperte" di cui almeno il 50% della dotazione deve essere regolabile in altezza;	0	
sistemi di broncoaspirazione, di cui almeno uno mobile;	0	
almeno 3 sollevatori elettrici per pazienti con diverse tipologie di imbragatura, di cui almeno uno con possibilità di raccolta e deposizione del paziente a livello del pavimento;	0	
attrezzature per la movimentazione sicura del paziente negli spazi di degenza e il trasporto nelle palestre di riabilitazione;	0	

1 carrozzina per p.l. ,in parte standard con ruote grandi posteriori e in parte a schienale alto reclinabile con appoggiatesta;	0	
almeno 2 carrozzine elettriche di differente foggia e comandi diversi;	0	
1 sistema pesapersona disabile;	0	
2 ventilatori a supporto della funzione respiratoria cronicamente compromessa.	0	
<b>Attrezzature per la valutazione</b>		
dispositivi per valutazioni dinamometriche;	1	
sussidi manuali ed elettronici per la valutazione delle abilità motorie;	0	
sussidi manuali ed elettronici per la valutazione delle funzioni cognitive;	0	
almeno 2 apparecchi per saturimetria transcutanea.	1	
<b>Attrezzature per il trattamento</b>		
lettini per rieducazione motoria a diversa altezza (cm 100 minimi x 200 x 44/85h), di cui almeno due ad altezza regolabile;	0	
almeno 2 letti di grandi dimensioni per rieducazione motoria ad altezza variabile (cm 200 x 200 x 44/85h) (Bobath);	0	
almeno 4 letti di verticalizzazione ad altezza ed inclinazione variabile;	0	
4 standing ad altezza variabile;	0	
1 pedana stabilometrica;	0	
dinamometri;	0	
dispositivi per BioFeedBack.	0	

**REQUISITI ORGANIZZATIVI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Le professionalità necessarie sono:		
1. il fisiatra;		
2. il fisioterapista;		
3. l'infermiere;		
4. il logopedista;		
5. l'operatore socio sanitario.	1	
Devono essere disponibili:		
1. lo psicologo;		
2. l'assistente sociale;		
3. l'educatore professionale.		
<b>Personale</b>		
La dotazione di personale medico e tecnico - assistenziale deve essere idonea a garantire la realizzazione del progetto individuale e del progetto riabilitativo di struttura, secondo quanto previsto dalla definizione di riabilitazione intensiva.		
Un Direttore responsabile specialista in medicina fisica e riabilitazione o in neurologia o neurochirurgia, che concorre con gli altri medici alla dotazione minima richiesta;	0	
Per garantire i livelli minimi di sicurezza, devono essere presenti nell'U.O. (commisurato ad un numero orientativo di 20 p.l.):		

1. infermieri professionali (rapporto 1 a 3 ) con copertura H24, 7 giorni su 7	0	
2. OTA o OSS (rapporto 1 a 5) con copertura H24, 7 giorni su 7	0	
3. Tecnici della riabilitazione (rapporto 1 a 3) nelle ore diurne dei giorni feriali	0	
4. medici dirigenti in possesso della specializzazione in fisioterapia, neurologia o altra specializzazione equipollente, ovvero una documentata attività di servizio per almeno cinque anni nel settore (rapporto 1 a 10) psicologo, neuropsicologo (part time)	0	
5. per le restanti ore deve essere garantita la guardia/pronta disponibilità medica, anche condivisa con altre U.O.	0	

### CRITERI DI INCLUSIONE E CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI

Presenza di almeno tre dei seguenti criteri:

- Per gli ictus, provenienza diretta dalla Stroke Unit, Terapia Intensiva, Neurochirurgia, Neurologia
- Per gli ictus, ischemia o emorragia cerebrale insorta da non oltre 30 giorni
- Provenienza diretta dalla Terapia Intensiva, Neurochirurgia e Neurologia
- Per i pazienti affetti da patologia oncologica, provenienza da reparti di Terapia intensiva, neurochirurgia, radio terapia, oncologia e neurologia
- Presenza di alimentazione entrale
- Presenza di stenosi tracheale, diagnosticata mediante esame fibroscopico;
- Presenza di alimentazione parenterale (accesso venoso centrale)
- Diagnosi di coma, stato vegetativo o stato di minima coscienza
- Emiplegia, emiparesi, tetraplegia o tetraparesi
- Sindrome disautonomica vegetativa (sudorazione profusa, tachicardia, tachipnea, crisi ipertoniche, ipertermie recidivanti)
- Sindrome psicorganica grave (agitazione psicomotoria o inerzia o atteggiamento oppositivo o mutismo e/o assenza di collaborazione)
- Sindrome da prolungato allettamento (ulcere da decubito, anchilosi articolari, retrazioni capsulo tendinee, ipotrofia muscolare diffusa, polineuropatica)
- Presenza di tracheotomia
- Spasticità invincibile resistente ai comuni trattamenti antispastici
- Barthel all'ingresso inferiore a 50 (dipendenza grave o completa)
- Disturbi cognitivi, afasia, eminettenzione spaziale ed aprassia
- Dipendenza totale per l'alimentazione, la cura, l'igiene personale e il controllo degli sfinteri

### VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'

	Tempo di adeguamento	Risposta
Deve essere garantita l'attività di terapia occupazionale.	A	
Deve essere individuato adottato e monitorizzato l'utilizzo di un protocollo/linea guida per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito.	A	
Devono esistere procedure che facilitino il contatto del paziente con i propri familiari.	A	
Devono essere definiti i criteri di accesso per l'accoglienza prioritaria in rapporto alla tipologia del bisogno (acuzie ed elezione).	A	

Devono esistere procedure specifiche di accoglimento condivise con le strutture dell'Emergenza-Urgenza e con la Terapia Intensiva, la Rianimazione, la Neurochirurgia.	A	
La valutazione iniziale deve essere riportata sulla cartella clinica.	A	
La cartella clinica, costruita tenendo conto delle indicazioni nazionali e regionali deve contenere, quale set minimo di dati: l'individuazione e valutazione dello spettro di menomazioni e di disabilità, del relativo gradiente di modificabilità, gli obiettivi individuati e i risultati attesi, l'individuazione degli strumenti terapeutici più idonei (progetto/programma riabilitativo), gli obiettivi e i risultati raggiunti.	A	
La presa in carico deve realizzarsi attraverso la predisposizione di un progetto e uno o più programmi riabilitativi (secondo quanto previsto dalle Linee Guida Nazionali del 7/5/98 G.U. 124/98), documentati nella cartella clinica.	A	
<b>Il Nursing infermieristico dedicato nell'arco delle 24 ore deve comprendere:</b>		
gestione dei programmi di nutrizione parenterale ed enterale;	A	
gestione delle tracheostomie e collaborazione ai programmi di rieducazione respiratoria;	A	
prevenzione e trattamento dei secondarismi;	A	
promozione dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana.	A	
Gli interventi educativi e formativi, svolti dall'équipe multiprofessionale, devono essere documentati e devono comprendere:	A	
colloqui informativi periodici con il paziente e/o i familiari;	A	
coinvolgimento del paziente e/o dei familiari nella elaborazione e aggiornamento del progetto e programma riabilitativo;	A	
addestramento del paziente e/o dei familiari alla gestione dei problemi disabilitanti e all'uso di protesi, ortesi ed ausili tecnici;	A	
informazione e consulenza al Medico di Medicina Generale e ad altri operatori sanitari che saranno coinvolti nella gestione del paziente alla dimissione;	A	
informazione e consulenza ad operatori sociali, insegnanti, colleghi di lavoro e a chiunque sia coinvolto nella gestione delle problematiche disabilitanti e dell'handicap del paziente;	A	
Deve essere prevista la misurazione dei miglioramenti degli utenti e quindi del raggiungimento degli obiettivi funzionali, attraverso l'utilizzo di scale di valutazione validate e/o riconosciute dalle società scientifiche di riferimento.	A	
Per ogni utente alla dimissione deve essere redatta una relazione scritta secondo protocolli definiti per la funzione di dimissione.	A	
La UGC deve dotarsi di un sistema informativo utile al monitoraggio delle attività, basato su indicatori relativi al processo e agli esiti degli interventi effettuati.	A	
<b>L'attività medica deve essere obbligatoriamente integrata con l'accesso costante e programmato delle seguenti specialità:</b>		



rianimazione e terapia intensiva, fisiatria, neurologia, neurochirurgia, otorinolaringoiatria, oculistica, chirurgia generale, medicina generale, endocrinologia, psichiatria,	A	
In particolare devono essere garantite, se non erogate dal personale medico all'interno del nucleo fisso, le seguenti attività: urologia, ortopedia e traumatologia, oncologia, pneumologia, chirurgia maxillofacciale, gastroenterologia.	A	
Deve essere disponibile di un sistema di valutazione neurofisiopatologica (es. Elettromiografia, Elettroencefalografia, Potenziali Evocati Somatosensoriali, valutazione spasticità, ecc.).	A	
Può essere garantita la funzione laboratorio ortopedico protesico/ortese per la progettazione, realizzazione, adattamento di ausili.	A	
Deve inoltre essere disponibile la consulenza infettivologica secondo le specifiche necessità.	A	
<b>Devono essere in oltre essere garantite le competenze specialistiche per le seguenti attività:</b>		
rianimazione e terapia intensiva, urodinamica, neurochirurgia, otorinolaringoiatria, oculistica, gastroenterologia (alla quale poter ricorrere anche per servizi di endoscopia gastroenterologica, ecc.), chirurgia generale, medicina generale, endocri nologia, psichiatria, chirurgia maxillofacciale, ortopedia e traumatologia.	A	
Deve essere disponibile di un sistema di valutazione neurofisiopatologica (es. Elettromiografia, Elettroencefalografia, Potenziali Evocati Somatosensoriali, valutazione spasticità, ecc.).	A	
Deve essere garantita la funzione laboratorio ortopedico protesico/ortese per la progettazione, realizzazione, adattamento di ausili.	A	
Deve inoltre essere disponibile la consulenza infettivologica secondo le specifiche necessità.	A	

## UNITA' OPERATIVE PER LA RIABILITAZIONE DELLE GRAVI DISABILITA' IN ETA' EVOLUTIVA (UDGEE)

L'UDGEE deve essere attivata in connessione con un presidio ospedaliero.

Oltre ai requisiti previsti per l'area di degenza dell'U.O. di Riabilitazione Intensiva devono essere previsti, in riferimento all'articolazione organizzativa di 10 p.l.:

### REQUISITI STRUTTURALI

REQUISITI STRUTTURALI	Tempo di adeguamento	Risposta
<b>Area destinata alla degenza:</b>		
camere a 2 posti letto, di cui uno per l'accompagnatore;	1	
almeno 2 posti letto dotati di monitoraggio intensivo delle funzioni vitali ed eventuale ventilazione meccanica;	1	
un bagno assistito dotato di ampia vasca per immersione totale del paziente in posizione supina;	0	
una sala medicazioni attrezzata anche per la piccola chirurgia (compresa lampada scialitica su stativo), dotata di gas medicali e sistema di aspirazione;	0	
sala gessi dotata di gas medicali e sistema di aspirazione;	1	
area/spazio per il montaggio audiovisivi.	0	
<b>Area destinata alla valutazione:</b>		
spazi dedicati all'espletamento delle funzioni elencate nelle aree di attività, comunque non inferiori a mq 36 e collocati nella struttura; almeno una stanza dovrà essere attrezzata con specchi unidirezionali.	0	
<b>Area destinata all'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione:</b>		
spazio multifunzionale per attività dinamiche e/o di gruppo di non meno di mq 36;	0	
spazi per attività statiche o individuali, attrezzate in rapporto alla tipologia dell'intervento, articolati in non meno di 3 locali distinti per non meno di mq 36;	0	
ambiente/spazio per il coordinamento dei terapisti e lo svolgimento delle funzioni connesse, preferibilmente nelle vicinanze della palestra;	0	
deve essere possibile l'accesso al letto mediante barella, carrozzina, deambulatore o sollevatore;	0	
oltre al rispetto dei requisiti inerenti al superamento delle barriere architettoniche all'interno delle U.O. devono essere assunti tutti i provvedimenti che consentano la fruibilità degli spazi.	0	

### REQUISITI TECNOLOGICI

REQUISITI TECNOLOGICI	Tempo di adeguamento	Risposta
<b>Degenza</b>		
letti di degenza a tre segmenti regolabili, con spondine e relativi "trapezi" e "archetti alzacoperte" di cui almeno il 20% della dotazione deve essere regolabile in altezza;	0	
disponibilità di materassi antidecubito di differenti tipologie, in rapporto alle necessità e comunque non inferiore al 50% dei posti letto;	0	
sistemi di broncoaspirazione, di cui almeno uno mobile;	1	

almeno 1 sollevatore elettrico per pazienti con diverse tipologie di imbragature, di cui almeno uno con possibilità di raccolta e deposizione del paziente a livello del pavimento;	1	
attrezzature per la movimentazione sicura del paziente negli spazi di degenza e il trasporto nelle palestre di riabilitazione;	0	
almeno 2 carrozzine con schienale alto regolabile e con sistema postura.	0	
<b>Attrezzature per la valutazione</b>		
1 podoscopio;	0	
dispositivi per valutazioni dinamometriche;	0	
sussidi manuali ed elettronici per la valutazione delle abilità motorie;	0	
sussidi manuali ed elettronici per la valutazione delle funzioni cognitive;	0	
almeno 2 apparecchi per saturimetria transcutanea.	0	
<b>Attrezzature per il trattamento</b>		
lettini per rieducazione motoria a diversa altezza (cm 100 minimi x 200 x 44/85h), di cui almeno due ad altezza regolabile;	1	
almeno 2 letti di grandi dimensioni per rieducazione motoria ad altezza variabile (cm 200 x 200 x 44/85h);	0	
piani di statica;	0	
3 standing ad altezza variabile;	0	
1 pedana stabilometrica;	0	
dinamometri;	0	
dispositivi per BioFeedBack.	1	

**REQUISITI ORGANIZZATIVI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Il team interprofessionale minimo richiesto è costituito:		
1. fisiatra;	1	
2. fisioterapista;		
3. infermiere;		
4. logopedista;		
5. operatore socio sanitario.		
<b>Personale</b>		
La dotazione di personale medico e tecnico-assistenziale deve essere idonea a garantire la realizzazione del progetto individuale e del progetto riabilitativo di struttura.	1	
Un Direttore responsabile specialista in medicina fisica e riabilitazione o in neurologia o neurochirurgia, che concorre con gli altri medici alla dotazione minima richiesta.	0	
Per garantire i livelli minimi di sicurezza, devono essere presenti nell'U.O. (commisurato ad un numero orientativo di 20 p.l.):		
1. 4 infermieri h 24, 7 giorni su 7;	0	
2. 3 OTA h 24, 7 giorni su 7	0	
3. 5 tecnici della riabilitazione nelle ore diurne dei giorni feriali;	0	

4. 4 fisiatri per almeno 10 ore nelle ore diurne dei giorni feriali;	0	
5. per le restanti ore deve essere garantita la guardia/pronta disponibilità medica, anche condivisa con altre U.O.		
<b>Devono essere garantite le competenze specialistiche per le seguenti attività:</b>		
anestesia, rianimazione e terapia intensiva, patologia neonatale, ortopedia con modulo specificamente orientato agli interventi correttivi nelle disabilità infantili, neurochirurgia, pediatria, neurologia (per la valutazione neurofisiopatologica), otorinolaringoiatria, oculistica, gastroenterologia (alla quale poter ricorrere anche per servizi di endoscopia gastroenterologica, ecc), otorinolaringoiatria, chirurgia generale, medicina generale, chirurgia infantile con funzione di urologia pediatrica, neuropsichiatria infantile.	1	
<b>I servizi di supporto necessari alla UGDEE sono i seguenti:</b>		
neurofisiologia clinica, elettroencefalografia, potenziali tronco encefalici, potenziali evocati acustici, visivi, somatosensoriali;	1	
attività di raccolta intraoperatoria del sangue;	1	
attività di laboratorio di istochimica e anatomia patologica specializzati nella valutazione delle patologia neuromuscolari.	1	
<b>Devono inoltre essere disponibili consulenze/servizi secondo le specifiche necessità, in riferimento alle aree di attività; in particolare:</b>		
traumatologia;	1	
pneumologia.	1	



#### VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'

	Tempo di adeguamento	Risposta
Devono essere disponibili l'assistente sociale e lo psicologo.	A	
Deve essere garantita l'attività di terapia occupazionale.	A	
Devono essere definiti i criteri di accesso per l'accoglienza prioritaria in rapporto alla tipologia del bisogno (acuzie ed elezione).	A	
Devono esistere procedure specifiche di accoglimento condivise con la rete de i servizi territoriali.	A	
La valutazione iniziale deve includere almeno:	A	
1. diagnosi della patologia e/o delle condizioni che richiedono l'intervento riabilitativo;	A	
2. valutazione delle menomazioni;	A	
3. valutazione delle abilità residue e delle limitazioni funzionali;	A	
4. valutazione obiettivi dall'intervento riabilitativo.	A	
Tale valutazione deve essere riportata sulla cartella clinica.	A	
La presa in carico deve realizzarsi attraverso la predisposizione di un progetto e uno o più programmi riabilitativi (secondo quanto previsto dalle Linee Guida Nazionali del 7/5/98 G.U. 124/98), documentati nella cartella clinica.	A	
<b>Il Nursing infermieristico dedicato nell'arco delle 24 ore deve comprendere:</b>		
gestione dei programmi di nutrizione parenterale ed enterale;	A	

gestione delle tracheostomie e collaborazione ai programmi di rieducazione respiratoria;	A	
gestione e trattamento dei secondarismi;	A	
promozione dell'autonomia nelle ADL primarie (attività della vita quotidiana).	A	
Deve essere individuato adottato e monitorizzato l'utilizzo di un protocollo/linea guida per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito	A	
Gli interventi educativi e formativi, svolti dall'équipe multiprofessionale, devono essere documentati e devono comprendere:	A	
colloqui informativi periodici con il paziente e/o i familiari;	A	
coinvolgimento del paziente e/o dei familiari nella elaborazione e aggiornamento del progetto e programma riabilitativo;	A	
addestramento del paziente e/o dei familiari alla gestione dei problemi disabilitanti e all'uso di protesi, ortesi ed ausili tecnici;	A	
informazione e consulenza al Pediatra di Base, al Medico di Medicina Generale, ai servizi di Medicina Riabilitativa di I e II livello che si prenderanno carico del paziente e ad altri operatori sanitari che saranno coinvolti nella gestione del paziente alla dimissione;	A	
informazione e consulenza a operatori sociali, insegnanti, colleghi di lavoro e a chiunque possa essere coinvolto nella gestione delle problematiche disabilitanti e dell'handicap del paziente.	A	
Deve essere prevista la misurazione dei miglioramenti degli utenti e quindi del raggiungimento degli obiettivi funzionali, attraverso l'utilizzo di scale di valutazione validate e/o riconosciute dalle società scientifiche di riferimento.	A	
Ai fini della valutazione dei risultati devono essere utilizzate scale che permettano un confronto nazionale ed internazionale.	A	
Per ogni utente alla dimissione deve essere redatta una relazione scritta secondo protocolli definiti per la funzione di dimissione.	A	
L'UGDEE deve dotarsi di un sistema informativo utile al monitoraggio delle attività, basato su indicatori relativi al processo e agli esiti degli interventi effettuati.	A	



## VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' UNITA' OPERATIVE OSPEDALIERE

### ALLERGOLOGIA

	Tempo di adeguamento	Risposta
Se effettuate, sono disponibili e vengono applicati:		
protocolli operativi per le spirometrie	A	
protocolli operativi per le rinoscopie	B	
protocolli operativi per la gestione delle emergenze e per la rianimazione cardio polmonare	A	
Le prestazioni vengono regolarmente registrate e la refertazione è corredata di:		
· dati anamnestici	A	
· risultati dell'esame		
· conclusioni diagnostico terapeutiche		
La struttura assicura le seguenti attività:		
· consulenza specialistica	A	
· raccolta dati epidemiologici		
· diagnostica delle dermatiti allergiche da contatto		
· diagnostica in vivo delle allergopatie respiratorie e alimentari		
· valutazione funzionale delle allergopatie respiratorie		
· esecuzione e monitoraggio clinico e strumentale dell'immunoterapia specifica per allergeni inalanti		
La struttura assicura le seguenti attività:		
· diagnostica delle allergopatie da farmaci e da insetti	B	
· esecuzione di protocolli di desensibilizzazione con farmaci (FANS antibiotici, etc.) e test di provocazione orale		
· esecuzione di protocolli di desensibilizzazione con veleni di imenotteri		
· test di provocazione in doppio cieco controllato con placebo per alimenti ed additivi alimentari		
· test di provocazione bronchiale specifico con allergene		
· diagnostica delle allergopatie professionali		



### ANALGESIA

	Tempo di adeguamento	Risposta
Sono stati prodotti e vengono seguiti profili di assistenza per il trattamento delle seguenti patologie:		
· Cefalee e dolore cranio-facciale	A	
· Dolore rachideo		
· Dolore vascolare		
· Dolore oncologico		
· Dolore neuropatico		
Sono presenti procedure documentate riferite alla diagnostica strumentale e farmacologica delle cefalee, con linee guida aggiornate	B	

Le prestazioni vengono regolarmente registrate e la refertazione è corredata di: dati anamnestici, risultati dell'esame, conclusioni diagnostico-terapeutiche	A	
Sono disponibili e vengono applicate procedure aggiornate per i test diagnostici e prognostici farmacologici e.v. ed intrarachidei, qualora effettuati	A	
Sono disponibili e vengono applicate procedure aggiornate per i blocchi anestetici periferici diagnostici, qualora effettuati	A	
Sono disponibili e vengono applicate procedure aggiornate per la teletermografia, qualora effettuata	A	
Sono disponibili e vengono applicate procedure aggiornate per i trattamenti antalgici-antinfiammatori loco-regionali centrali e periferici, qualora effettuati	A	
Sono disponibili e vengono applicate procedure aggiornate per i trattamenti antalgici-antinfiammatori e.v. regionali, qualora effettuati	A	
Sono disponibili e vengono applicate procedure aggiornate per l' impianto di neurostimolatore midollare, qualora effettuato	A	
Sono disponibili e vengono applicate procedure aggiornate per l' impianto di dispositivi per somministrazione continua perimidollare farmacologica, qualora effettuato	A	
Sono disponibili e vengono applicate procedure aggiornate per gli interventi di neurolesione, qualora effettuati	A	
Sono disponibili e vengono applicate procedure aggiornate per l' epiduroscopia, qualora effettuata	A	
Sono disponibili le procedure per la raccolta del consenso informato relativamente ai seguenti interventi terapeutici e diagnostici, qualora effettuati:	A	
· Impianto di dispositivi per somministrazione continua perimidollare farmacologica		
· Interventi di neurolesione		
· Esame di epiduroscopia		
Viene effettuato un controllo ambulatoriale su pazienti inviati a domicilio affetti da dolore da cancro in trattamento con infusione continua perimidollare di farmaci	B	
E' disponibile una procedura per il collegamento e le informazioni con i M.M.G. durante il percorso di cura	B	
La struttura garantisce un'assistenza sociale e psicologica dei pazienti affetti da dolore cronico	B	
Esiste un collegamento funzionale con il Centro Residenziale Cure Palliative (Hospice), quando presente	A	



## DIABETOLOGIA

	Tempo di adeguamento	Risposta
E' disponibile materiale educativo	A	
Esistono e vengono applicate procedure per le attività di informazione ed educazione sanitaria specifiche per il settore	A	
La cartella clinica diabetologica contiene oltre a quanto già richiesto nella parte dedicata all'Area di Degenza in generale:	A	

· stato delle complicanze oculari		
· stato delle complicanze cardiovascolari		
· stato delle complicanze neurologiche		
· stato delle complicanze renali		
· data dell'ultima valutazione delle complicanze		
· indici di controllo metabolico con la determinazione della emoglobina glicata		
Ogni Servizio di Diabetologia deve possedere dati per almeno il 50% dei seguenti temi:		
· il numero di diabetici assistiti ed il suo rapporto con il bacino di utenza espressi come numero totale		
· ...e come visitati nell'ultimo anno		
· il numero dei pazienti assistiti insulino-trattati		
· preferibilmente suddivisi in insulino-dipendenti e non		
· il numero dei pazienti trattati con ipoglicemizzanti orali		
· ed il numero dei trattati esclusivamente con regime dietetico		
· la prevalenza delle complicanze dei pazienti diabetici seguiti		
· il numero e tipologia delle prestazioni fornite giornalmente		
· il numero degli accessi non programmati		
Ogni Servizio di Diabetologia deve possedere dati per almeno il 50% dei seguenti temi:		
· incidenza di complicanze		
· incidenza di amputazioni		
· incidenza di cecità		
· incidenza di pazienti passati alla dialisi		
· incidenza cause di morte		
· incidenza crisi ipoglicemiche giunte al PS		
· HbA1c media		
· episodi di coma chetoacidotico		
· giornate di ricovero per diabete complicato e non		
· percentuale di pazienti in autocontrollo		
Sono presenti procedure per la valutazione delle complicanze di competenza (quando non demandate tramite accordi con altri servizi)	A	
Esiste un procedura per il collegamento con i Medici di Medicina Generale e gli specialisti d'organo, allo scopo di garantire la continuità assistenziale	A	
E' garantito un servizio/funzione di podologia	B	
E' disponibile materiale educativo	A	
Esistono e vengono applicate procedure per le attività di informazione ed educazione sanitaria specifiche per il settore	A	
Vengono consegnate al paziente informazioni scritte sulle modalità di esecuzione dei test eseguibili a domicilio	A	



<b>DERMATOLOGIA</b>	Tempo di adeguamento	Risposta
Sono disponibili e vengono applicati protocolli operativi, qualora vengano effettuate prestazioni utilizzando sorgenti artificiali di raggi UVA ed UVB	A	
In caso di attività ambulatoriale diversificata sono presenti schede o registri diversificati	B	
Esiste un programma finalizzato alla prevenzione e diagnosi precoce dei tumori della pelle che preveda anche un eventuale coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale (valido solo per le strutture pubbliche)	B	
Sono disponibili e vengono applicati:		
protocolli operativi per il controllo programmato dei pazienti trattati per patologie croniche ed oncologiche	B	
Sono stati predisposti profili di assistenza che comprendano anche l'organizzazione dei follow up periodici programmati almeno per le seguenti patologie (valido solo per le strutture pubbliche):	B	
· linfomi		
· melanomi		
Sono disponibili:	A	
protocolli operativi per le attività di crioterapia, qualora vengano effettuate		
protocolli operativi per le attività di laserterapia, qualora vengano effettuate		
protocolli operativi per lo stoccaggio del materiale		
procedure per la gestione del paziente nella fase successiva all'intervento		

<b>PNEUMOLOGIA</b>	Tempo di adeguamento	Risposta
Sono disponibili e vengono applicati protocolli operativi per la gestione delle emergenze e per la RCP di base e avanzata (comprese l'intubazione e la cardioversione)	A	
Sono disponibili, se effettuati, e vengono applicati:		
applicati protocolli operativi per le spirometrie	A	
protocolli operativi per le saturimetrie	A	
protocolli operativi per le prove da sforzo	A	
protocolli operativi per l'emogasanalisi	A	
protocolli operativi per i test di iperreattività bronchiale	A	
Sono disponibili e vengono applicate procedure per la broncoscopia e per la gestione delle eventuali complicanze	A	
Se effettuata, sono applicate procedure per la toracosopia e per la gestione delle eventuali complicanze, che comprenda l'intervento dell'equipe rianimatoria	A	
Sono disponibili e vengono applicate procedure codificate per la calibrazione dello spirometro che prevedono:	B	
· calibrazione giornaliera dei volumi mediante siringa di 3 litri (con foglio di registrazione) a differenti flussi		
· calibrazione mensile del volume residuo (con foglio di registrazione)		

Nei referti dei test di iperreattività bronchiale è indicata la metodica utilizzata (dosimetrica o continua)	A	
E' disponibile e viene applicata una procedura per la calibrazione dell'ampolla che eroga la soluzione, utilizzata nei test di iperreattività bronchiale, ogni 6 mesi con il metodo della doppia pesata	B	
Esiste una procedura per la calibrazione dello spirometro	B	
Il referto dell'esame spirografico è comprensivo di:	A	
· tracciato (report grafico)		
· valori rilevati		
· valori teorici di riferimento		
· % del valore rilevato rispetto al teorico		
· conclusioni diagnostiche		
Sono disponibili e vengono applicate procedure scritte per l'attività di prevenzione, diagnosi e terapia della tubercolosi	A	

**OCULISTICA**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Se effettuate, sono disponibili e vengono applicati:	A	
protocolli operativi per le fluoroangiografie		
protocolli operativi per le terapie con lo Yaglaser		
protocolli operativi per le terapie con Argon laser		
protocolli operativi per l'utilizzo del biometro		
protocolli operativi per gli esami del campo visivo		
protocolli operativi per le ecografie		
protocolli operativi per le topografie corneali	B	
protocolli operativi per attività di elettrofisiologia	B	

**UROLOGIA**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Se effettuate, sono disponibili e vengono applicate:		
procedure per la prevenzione e protezione del personale e dei pazienti dai rischi dell'utilizzo di sostanze potenzialmente nocive per la disinfezione di alto livello dello strumentario endoscopico	A	
protocolli operativi per le prestazioni di ecografia transrettale	A	
protocolli operativi per le prestazioni di ecografia addominale	A	
protocolli operativi per le prestazioni di ecografia testicolare	A	
protocolli operativi per le prestazioni di biopsia prostatica ecoguidata	A	
protocolli operativi per le prestazioni di ecocolor doppler penieno e testicolare	A	
protocolli operativi per le prestazioni di endoscopia	A	
protocolli operativi per le prestazioni di urodinamica	A	
protocolli operativi per l'attività di andrologia	B	
Esistono procedure per prelievo, conservazione, registrazione e trasporto dei campioni biologici da sottoporre ad accertamenti	B	

**MEDICINA NUCLEARE**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Sono disponibili e vengono applicate:		
procedure per la manipolazione del materiale radioattivo	A	
procedure per la gestione degli stravasi e delle contaminazioni	A	
protocolli organizzativi per la separazione tra aree "calde" e "fredde"	A	
procedure per l'invio ad altre strutture di pazienti "caldi" in caso di mancato funzionamento della gamma-camera disponibile	A	
Esiste una procedura per l'erogazione delle prestazioni routinarie e in emergenza/urgenza	A	

**ODONTOIATRIA**

	Tempo di adeguamento	Risposta
<b><i>Diritti degli utenti</i></b>		
La Guida ai Servizi è fornita all'utente	A	
Nella Guida ai Servizi sono esplicitati i diritti ed i doveri dell'utente	A	
La Guida contiene informazioni riguardanti almeno:	A	
· nome e cognome dei medici e odontoiatri operanti nella struttura		
· elenco delle prestazioni erogabili		
· modalità di accesso		
· orari di accesso		
· orari per il rilascio di eventuali referti		
La Guida ai Servizi contiene informazioni riguardanti costi, tempi e modalità di pagamento	B	
Vengono svolte attività per la valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza	B	
E' presente un sistema di segreteria telefonica che dia informazioni su orari di apertura e modalità di prenotazione	A	
Esiste l'evidenza di un sistema di prenotazioni trasparente e verificabile per il controllo delle liste di attesa	A	
<b><i>L'organizzazione</i></b>		
Esistono e vengono seguite procedure finalizzate a garantire il comfort e il rispetto della privacy dell'utente durante le attività ambulatoriali	A	
Esiste e viene seguita una procedura per fornire le informazioni al pubblico riguardanti eventuali suggerimenti o prescrizioni per il periodo successivo agli interventi	A	
E' presente un archivio informatizzato	B	
Esiste un programma di accoglienza e addestramento per i nuovi assunti	A	
<b><i>Nota:</i></b>		
<i>in tale programma sono previste informazioni relative a: principali funzioni e obiettivi della struttura, utilizzo delle risorse, applicazione di procedure e linee guida relative alla gestione dei rischi per salute e alla sicurezza sul lavoro, leggi e regolamenti pertinenti all'attività della struttura</i>		

E' documentata una attività di aggiornamento del personale sanitario medico attraverso la partecipazione a corsi e/o congressi accreditati	A	
E' documentata la partecipazione da parte del personale medico ed ausiliario ad un corso di rianimazione cardiopolmonare di base	A	
Esiste una procedura per la raccolta del consenso informato	A	
Il personale addetto ai sevizi è riconoscibile attraverso un cartellino di riconoscimento	A	
In caso di prestazioni ortognatodontiche fornite dalla struttura, è prevista la presenza di un professionista che autocertifichi il suo impegno lavorativo a tempo pieno in ortognatodonzia (esclusivista)	B	
<b>L'organizzazione igienico sanitaria</b>		
Esiste una procedura per lo smaltimento rifiuti	A	
Sono disponibili e vengono applicate procedure che garantiscano per ogni utente l'utilizzo di set sterili	A	
Il materiale disinfettato o sterile viene adeguatamente conservato secondo protocolli scritti	A	
Esistono e vengono seguite procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezione da operatore a paziente e da paziente a paziente durante le attività ambulatoriali	A	
Esistono e vengono seguite procedure relative alla corretta conservazione/gestione/utilizzo dei dispositivi medici utilizzati nell'ambito delle attività ambulatoriali	A	
<b>Interpretazione:</b>		
<b>dispositivo medico:</b> qualsiasi strumento o sostanza che viene a contatto con l'uomo		
Le strutture che usufruiscono, per le attività di disinfezione e sterilizzazione, di organismi esterni:	A	
· adottano protocolli operativi per le procedure di lavaggio, raccolta, invio del materiale		
· adottano protocolli operativi per le procedure di ricevimento ed immagazzinamento del materiale		
· acquisiscono e conservano i protocolli operativi utilizzati dalla struttura esterna (Centrale di sterilizzazione) per le procedure di sterilizzazione e disinfezione		
· acquisiscono e conservano la documentazione del rispetto da parte della Centrale di sterilizzazione esterna dei requisiti minimi di cui alla D.G.R. n. 2200 del 24/10/00 relativi al Cap. 6.13 "Servizio di sterilizzazione"		



UTIC	Tempo di adeguamento	Risposta
<i>Non è richiesto il possesso dei requisiti che, in relazione alla tipologia dell'Unità Operativa considerata, si configurano come non applicabili.</i>		
Sono stati prodotti e vengono seguiti profili di assistenza per il trattamento delle seguenti patologie:	A	
· Infarto miocardico acuto e complicanze		
· Angina instabile		

· Trattamento tamponamento cardiaco		
· Trattamento aritmie minacciose		
Esiste evidenza di codificati collegamenti funzionali con Pronto Soccorso, Sistema Territoriale di Soccorso, Servizio di Rianimazione, Servizio di Radiologia e Diagnostica per Immagini, Laboratorio di Analisi, Servizio di Cardiologia Interventistica e Divisione Cardiochirurgica dello stesso Ospedale o di quello di riferimento, Servizio di Riabilitazione.	A	
Esistono procedure per l'accesso a consulenze di tipo specialistico	A	
Sono disponibili le procedure per:	A	
· l'accesso dei pazienti		
· l'accesso del personale		
· l'accesso dei visitatori		
Sono disponibili le procedure per la prevenzione delle infezioni crociate	A	
Sono disponibili le procedure per la prevenzione delle sindromi da immobilizzazione	A	

### OSTETRICIA - GINECOLOGIA

	Tempo di adeguamento	Risposta
Sono promosse iniziative che mirano alla rimozione degli ostacoli organizzativo-funzionali che si frappongono alla pratica del rooming-in e alla promozione dell'allattamento al seno	B	
E' garantita la possibilità per la madre di usufruire di spazi e presidi (lettino, fasciatoio, lavandino, bilancia, materiale per pulizia neonati) per la cura e la pulizia del neonato	B	
La cartella clinica contiene, tra l'altro, le seguenti indicazioni:	A	
· scheda travaglio-parto (partogramma)		
· scheda neonato		
La struttura dispone di una procedura per il monitoraggio del benessere materno/fetale in gravidanza	A	
<i>Nota:</i>		
<i>si tratta di programmi inquadrabili nell'ambito del piano sanitario nazionale e valutazioni specifiche clinico strumentali e di laboratorio da effettuare in presenza di indicazioni specifiche (anomalie congenite, infezioni congenite, specifiche patologie)</i>		
Esistono procedure per la valutazione clinico-strumentale nella gestione di anomalie e infezioni congenite	A	
La struttura dispone ed attua protocolli diagnostici per il monitoraggio del benessere materno e del neonato nel post-partum e nel puerperio	B	
La struttura dispone di procedure per il collegamento funzionale con le strutture territoriali	A	
Sono garantiti, formalmente e funzionalmente, il collegamento e la possibilità di trasferimento ad unità assistenziali di livello superiore	A	

<b>TERAPIA INTENSIVA NEONATALE</b>	<b>Tempo di adeguamento</b>	<b>Risposta</b>
<i>Al riguardo, non è richiesto il possesso dei requisiti che, in relazione alla tipologia dell'Unità Operativa considerata, si configurano come non applicabili.</i>		
E' garantito il collegamento funzionale con:	<b>A</b>	
· Radiologia pediatrica		
· Cardiologia pediatrica		
· Chirurgia pediatrica		
· Neurologia pediatrica		
· Ortopedia pediatrica		
E' garantito il collegamento funzionale con:	<b>A</b>	
· Cardiochirurgia		
· Neurochirurgia		
· Oculistica		
· Chirurgia plastica		
· Otorinolaringoiatria		
Il Centro Emotrasfusionale e il Laboratorio Analisi garantiscono le urgenze	<b>A</b>	
Esiste una procedura per l'effettuazione di TAC e RMN	<b>A</b>	
E' disponibile il collegamento funzionale con l'Anatomia Patologica	<b>A</b>	
Esiste una scheda o libretto di dimissione per tutti i neonati, sani e patologici	<b>A</b>	
Esiste una relazione di dimissione per i neonati patologici che informi il curante sulla patologia e sul decorso	<b>A</b>	
Esiste una procedura per l'accesso del personale e dei visitatori	<b>A</b>	
Il reparto è aperto ad entrambi i genitori	<b>A</b>	
I genitori hanno la possibilità di accudire direttamente il loro neonato purché clinicamente stabile	<b>B</b>	
<i>Nota:</i>		
<i>almeno in alcune ore del giorno</i>		
Esiste all'interno del reparto o in sua vicinanza la possibilità di permanenza delle nutrici	<b>A</b>	
Esiste un collegamento funzionale tra UO e Strutture Territoriali	<b>A</b>	
Esiste una procedura per l'intervento plurispecialistico, quando necessario	<b>B</b>	
E' garantito, attraverso una procedura, il coordinamento del trasporto di emergenza neonatale	<b>B</b>	
Esistono procedure per la selezione delle donatrici, la raccolta, conservazione ed utilizzo del latte materno (Banca del latte)	<b>B</b>	

<b>NIDO</b>	<b>Tempo di adeguamento</b>	<b>Risposta</b>
<i>Al riguardo, non è richiesto il possesso dei requisiti che, in relazione alla tipologia dell'Unità Operativa considerata, si configurano come non applicabili.</i>		
E' garantita la possibilità di assistere in urgenza un neonato/a in incubatrice provvista di capote per la somministrazione di ossigeno	<b>A</b>	
Esistono e vengono seguite procedure per le manovre assistenziali	<b>A</b>	

d'emergenza		
E' garantita la possibilità di determinare ematocrito, bilirubina e glicemia su prelievi capillari	A	
L'attività analitica svolta è autorizzata dal Direttore Sanitario in accordo con il Responsabile del Laboratorio Analisi e aggiornata nel tempo	A	
E' garantita la possibilità di determinare la concentrazione di ossigeno nell'aria inspirata	A	
E' garantita la possibilità di misurare la pressione arteriosa	A	
Sono favorite le pratiche del rooming-in e l'allattamento al seno	B	
E' garantita la possibilità per la madre di usufruire di spazi e presidi per la cura, la pulizia e la nutrizione del neonato	B	
E' garantita la possibilità di usufruire di spazi e presidi per la visita medica del neonato, per il colloquio con i genitori e per la compilazione delle cartelle	A	
Esiste una procedura per l'effettuazione della fototerapia	A	
E' garantito, formalmente e funzionalmente, il collegamento con i punti di livello assistenziale superiore	A	
E' garantita l'assistenza immediata d'urgenza ai soggetti che imprevedibilmente presentano condizioni cliniche richiedenti l'intervento del servizio di trasporto, nell'attesa che il paziente possa essere preso in carico da questi ultimi	A	
Viene redatta la lettera di dimissione attestante la normalità del neonato e/o suggerente eventuali accertamenti o controlli da parte dei servizi territoriali (Distretto, Consultorio Familiare, Pediatra di Libera Scelta)	A	
Sono previste procedure per la raccolta dei dati, così come eventualmente concordato con il Distretto e il Dipartimento di Prevenzione, necessari per la sorveglianza epidemiologica dell'evento parto-nascita	B	
E' favorita la collaborazione con altre strutture (Distretto e Dipartimento di Prevenzione) nei progetti attinenti le vaccinazioni obbligatorie, la promozione dell'allattamento al seno etc.	B	
E' garantita l'applicazione di linee guida nazionali/regionali predisposte per il livello di appartenenza, con particolare riguardo a: esecuzione di screening, registro delle malformazioni, pratiche vaccinali etc.	A	
E' garantita la possibilità di effettuare attività ambulatoriali e di Day Hospital	A	

## PEDIATRIA

	Tempo di adeguamento	Risposta
Sono garantite l'assistenza pediatrica e l'attività di pronto soccorso pediatrico 24/24 ore	A	
Sono favorite le pratiche del rooming-in e l'allattamento al seno	B	
L'organizzazione della Degenza Pediatrica è articolata per fasce di età	A	
L'organizzazione della Degenza Pediatrica è articolata per presenza o meno di patologia e livelli di gravità della stessa	A	
Per le condizioni che lo richiedono sono state predisposte procedure concordate con l'Area di Emergenza e Rianimazione Pediatrica e Generale	A	
E' garantito, formalmente e funzionalmente, il collegamento con i livelli superiori di assistenza	A	

Esistono procedure che favoriscono i contatti genitore bambino e l'assistenza pediatrica	A	
Il reparto è aperto ad entrambi i genitori	A	
I genitori hanno possibilità di accudire direttamente il loro bambino purché clinicamente stabile	A	
Esistono procedure per il collegamento funzionale tra UO e Strutture Territoriali	B	
E' garantito il collegamento funzionale con i Servizi di Laboratorio Analisi e Radiologia 24/24 ore	A	
E' garantita la possibilità di attuare misure di isolamento	A	
Esiste una relazione di dimissione per i neonati patologici e per i pazienti pediatrici che informi il curante sulla patologia e sul decorso	A	

**ORTOPEDIA**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Si attuano protocolli diagnostico-terapeutici standardizzati di antibiotico-profilassi e/o terapia	A	
Si adottano misure di prevenzione della patologia trombo-embolica post-operatoria	A	
Si seguono protocolli diagnostico-terapeutici standardizzati di gastro-protezione	A	
Esiste una procedura per l'utilizzo della diagnostica portatile nell'Area di Degenza	A	
Esiste una procedura per il drenaggio venoso passivo assistito	A	
Esistono procedure per la mobilizzazione passiva degli arti	A	
Esiste un collegamento funzionale con una equipe di riabilitazione che formula il progetto riabilitativo per il disabile e provvede al suo trattamento già in fase acuta di malattia nell'UO di Ortopedia	A	
Sono disponibili protocolli diagnostico-terapeutici per la gestione delle urgenze in ortopedia	A	
Si adottano sistemi di misura dell'outcome specifici per patologia:		
Eventi tromboembolici	B	
Infezione della ferita chirurgica	B	
Osteomielite secondaria	B	
Esiti permanenti dopo fratture semplici degli arti superiori ed inferiori	B	

**CARDIOLOGIA**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Sono disponibili e vengono applicate procedure per l'elettrostimolazione d'urgenza	A	
Sono disponibili e vengono applicate procedure per l'elettrostimolazione definitiva, se effettuata	A	
Sono disponibili e vengono applicate procedure per il controllo telemetrico dei pazienti, se effettuato	A	
Sono disponibili e vengono applicate procedure per le attività diagnostiche non invasive effettuate	A	

Qualora si effettuino attività ecografica con sonda transesofagea e vascolare, è disponibile la procedura	A	
Sono utilizzati profili di assistenza aggiornati, validati, comprensivi di indicatori per il trattamento delle seguenti patologie:		
Infarto miocardico acuto	A	
Angina instabile	B	
Angina stabile	B	
Scompenso cardiaco refrattario	B	
Trattamento dei parossismi di fibrillazione atriale	B	
Sono disponibili procedure aggiornate per l'uso delle seguenti metodiche diagnostiche, qualora effettuate:		
Coronarografia	A	
Cateterismo cardiaco	A	
Ecocardiografia (di base)	A	
Eco-stress	A	
Scintigrafia miocardica	A	
Test ergometrico	A	
Sono disponibili linee guida aggiornate con le indicazioni per:	A	
· Profilassi anticoagulante		
· Impianto di pace-maker		
· Studio elettrofisiologico		

## GASTROENTEROLOGIA

	Tempo di adeguamento	Risposta
Sono disponibili protocolli diagnostico-terapeutici per la gestione delle urgenze in gastroenterologia	A	
Esistono procedure per la gestione ed il monitoraggio dei pazienti critici per:		
· emorragie digestive		
· pancreatiti acute	B	
· coma epatico		
· epatite fulminante		
Sono disponibili e vengono applicate procedure per la gestione del paziente sottoposto a sedazione per endoscopia digestiva	A	
Sono disponibili protocolli diagnostico-terapeutici per la gestione dei pazienti con malattie infettive o immunocompromessi	A	
E' stato definito e regolamentato, attraverso una procedura, il rapporto con i familiari dei degenti e col medico di famiglia	A	
Sono definite procedure per la conduzione di almeno due tecniche diagnostiche e terapeutiche effettuate (es. sondaggio gastrico, endoscopia gastrointestinale, paracentesi addominale)	A	

<b>NEFROLOGIA</b>	Tempo di adeguamento	Risposta
E' assicurata la consulenza nefrologica alle altre UO	A	
Esiste una procedura formalizzata per l'accettazione e la gestione delle acuzie	A	
L'équipe medica assicura l'effettuazione di agobiopsia renale percutanea sotto guida ecografica	A	
Sono previste procedure per la cura degli aspetti riabilitativi psico-fisici del paziente nefropatico	B	
Sono previste a necessità procedure per la dimissione protetta per l'assistenza domiciliare	B	
E' garantita l'integrazione tra l'assistenza nefrologica dell'Unità Operativa e il Centro Trapianti di riferimento (sia per il paziente in lista che per quello trapiantato)	A	
Sono disponibili procedure per la gestione dei farmaci antirigetto	A	
E' monitorato l'uso e il consumo di farmaci di costo elevato, almeno per l'Eritropoietina	A	
Esiste una procedura per il collegamento con i Medici di Medicina Generale	A	
Esistono attività ambulatoriali nefrologiche ad accesso facilitato (prenotazione telefonica, informazioni su orari, modalità di accesso e funzionamento dell'ambulatorio) per il paziente nefropatico cronico	A	
E' attivata una procedura per la gestione delle liste di attesa dell'ambulatorio	A	
Tutto il personale è coinvolto nella stesura e diffusione di protocolli, procedure e linee guida	A	

<b>MALATTIE INFETTIVE</b>	Tempo di adeguamento	Risposta
Esistono procedure per la prevenzione delle infezioni negli operatori	A	
Esiste evidenza dell'esistenza di un piano educativo rivolto al paziente ed alle figure relazionali più prossime per prevenire la trasmissione di malattie infettive	A	
Esiste una procedura per la presa in carico del paziente	A	
Esiste un documento sanitario (per es. la cartella clinica) che contempli il percorso assistenziale del paziente affetto da particolari patologie caratterizzate dall'utilizzo di differenti regimi assistenziali (degenza ordinaria, diurna, ambulatoriale, domiciliare)	A	
Esistono procedure per la prevenzione delle infezioni crociate	A	
Esiste una procedura per l'effettuazione dell'aerosol terapia	A	
Esistono protocolli diagnostico-terapeutici per:	A	
· epatiti		
· pazienti anti HIV+		
· pazienti con AIDS		
· febbri di NDD	A	
E' stato attivato il servizio di ospedalizzazione a domicilio di soggetti con AIDS		

Esiste una cartella clinica domiciliare che attesti gli accessi del personale sanitario	A	
Il personale, nell'attività domiciliare, rispetta le procedure previste per l'ambiente ospedaliero	A	
Sono disponibili procedure riguardanti lo smaltimento dei rifiuti a domicilio ed il trasporto dei materiali biologici	A	
Esistono protocolli diagnostico-terapeutici per il monitoraggio sierico e la tipizzazione antiretrovirale negli incidenti degli operatori sanitari	A	

**NEUROLOGIA**

	Tempo di adeguamento	Risposta
E' garantito, all'interno della struttura, un servizio/funzione di elettrofisiologia clinica	A	
E' garantito, all'interno della struttura, un servizio/funzione di neuropsicologia	A	
Sono state previste procedure per la salvaguardia dei pazienti a rischio di manovre autolesive (p.es. apertura limitata delle finestre, solo vasistas, serrature alle finestre, etc.)	A	
Esistono procedure per la sonografia dei plessi epiaortici e transcranica, qualora effettuate	A	
Esistono e vengono applicate procedure che garantiscono una adeguata prevenzione e terapia dei decubiti	A	
Esiste un collegamento funzionale con le U.O. di Neurochirurgia e Neuroradiologia (non necessariamente presenti nella stessa struttura)	A	
E' garantito il collegamento funzionale con l'equipe riabilitativa	A	
Esiste una procedura per il collegamento con l'Unità di Valutazione di Distretto (UVD)	A	

**PSICHIATRIA**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Esistono procedure scritte relative alla prevenzione di manovre autolesive	A	
Vengono adottate tutte le necessarie misure per la prevenzione degli infortuni di utenti e operatori (eliminazione degli spigoli vivi nelle strutture murarie e nei componenti di arredamento, vetri antisfondamento per porte e finestre etc.)	A	
Esistono procedure per l'accesso alle prestazioni di elettroencefalografia con analisi spettrale	B	
Esiste una procedura per il controllo diretto e/o indiretto dei pazienti all'interno della struttura	B	
Esistono procedure per i collegamenti funzionali con gli altri servizi del Dipartimento di Salute Mentale	A	
Per ciascun utente viene formulato un progetto terapeutico-riabilitativo	B	
Esistono procedure relative alla prevenzione e al controllo dei rischi specifici per il personale riguardo alle pratiche di sostegno sociale e psicologico necessarie per ridurre lo stress psicologico e il burn-out degli operatori nell'esercizio delle specifiche funzioni	A	

<b>EMATOLOGIA</b>	Tempo di adeguamento	Risposta
E' garantita la possibilità di ricoverare pazienti immunodepressi in camera sterile	A	
Sono presenti procedure per l'esecuzione delle seguenti manovre strumentali:	A	
· aspirati		
· biopsie ossee		
· rachicentesi etc.		
Sono disponibili e vengono applicate procedure per la gestione di cellule staminali ematopoietiche a scopo di trapianto autologo, qualora effettuato	A	
Sono disponibili e vengono applicate procedure per la gestione di cellule staminali ematopoietiche a scopo di trapianto eterologo, qualora effettuato	A	
Si effettuano meeting clinici e di ricerca bisettimanali per i medici	B	
Si effettuano meeting clinici e di ricerca mensili per gli infermieri	B	
Al momento dell'accettazione viene consegnato un opuscolo con tutte le informazioni e le norme di comportamento per il paziente ed i familiari	A	
Esistono protocolli scritti ben definiti e discussi fra medici e infermieri per tutte le attività più importanti fra cui almeno:	A	
· infusione di chemioterapia		
· trasfusioni di emoderivati		
· controlli microbiologici ed infettivologici		
Viene richiesto il consenso informato per tutte le manovre più importanti eseguite sul paziente compresi i protocolli sperimentali che vanno accuratamente specificati, le terapie trasfusionali ed i prelievi specifici per HIV	A	
Il paziente viene messo al corrente del risultato definitivo di tutti gli accertamenti e le cure	A	
Esiste una procedura per l'accesso diretto a visite specialistiche ematologiche	B	
Esiste una procedura per la gestione delle prenotazioni delle visite	A	
I controlli seguenti la prima visita vengono concordati direttamente col medico specialista che segue il paziente	B	

<b>ONCOLOGIA</b>	Tempo di adeguamento	Risposta
Sono disponibili procedure per gli aspetti protezionistici nella manipolazione dei farmaci antitumorali	A	
Sono disponibili protocolli diagnostico-terapeutici almeno per i tumori più frequenti:	A	
· mammella		
· polmone		
· stomaco		
· colon-retto		
Sono definiti protocolli diagnostico terapeutici per:	A	
· terapia antiemetica		

· uso dei fattori di crescita		
· trattamento degli stravasi		
Sono esplicitati i criteri per la scelta dei pazienti da sottoporre a trattamento	A	
Dopo ogni prestazione o breve ciclo terapeutico viene fatta pervenire una lettera/relazione al medico curante nella quale sono chiaramente indicati i trattamenti eseguiti ed i possibili effetti collaterali e le modalità di gestione degli stessi	A	
Esistono protocolli operativi per il sostegno psicologico al paziente e alla famiglia	A	
E' garantita ai familiari, anche dopo la dimissione, la possibilità di comunicare con il personale medico per problemi riguardanti la gestione degli effetti collaterali dovuti al trattamento chemioterapico	A	
Esistono protocolli operativi di accesso cadenzato dei pazienti per i trattamenti	A	
E' garantita la possibilità di effettuare l'isolamento dei pazienti che lo necessitano	A	

### LUNGODEGENZA POST-ACUZIE

	Tempo di adeguamento	Risposta
Esistono procedure per il collegamento con l'Unità di Valutazione Distrettuale (UVD) per garantire la continuità assistenziale	A	
Esistono procedure per il collegamento con le Unità Operative di degenza per Acuti	A	
Esistono procedure per il collegamento con le Unità Operative di Riabilitazione	A	
Vengono adottate tutte le necessarie misure per la prevenzione degli infortuni degli operatori da movimentazione dei carichi	A	
E' garantito un servizio/funzione di Assistenza Sociale	A	
Esistono e vengono applicate procedure che garantiscono una adeguata prevenzione e terapia dei decubiti	A	
Esistono e vengono applicate procedure per l'accesso alla Lungodegenza Post-Acuzie	A	

### GERIATRIA

	Tempo di adeguamento	Risposta
Viene eseguita la valutazione delle attività della vita quotidiana (ADL) all'ingresso ed alla dimissione	A	
Viene garantita la sicurezza dei pazienti (corrimano, spigoli smussati etc.)	A	
Viene favorito all'interno della struttura l'orientamento dei pazienti anche attraverso l'uso di codici colore	B	
Sono definite le procedure di assistenza per le principali patologie trattate	A	
E' disponibile una procedura per la consulenza di tipo psicologico	A	
Esistono procedure che regolano l'intervento riabilitativo precoce	A	
E' previsto un collegamento funzionale con l'equipe riabilitativa	A	
Esistono codificati protocolli che regolano l'attività di Day Hospital	A	

Esistono codificati protocolli che regolano l'attività di spediizzazione domiciliare	A	
Esistono codificati protocolli che regolano i rapporti con l'esterno tramite l'assistente sociale	B	
Il programma terapeutico ed il luogo di assistenza dopo il ricovero vengono concordati con il paziente o i parenti	A	
Esiste una procedura per il collegamento con l'Unità di Valutazione di Distretto (UVD)	A	
Vengono adottate tutte le necessarie misure per la prevenzione degli infortuni degli operatori da movimentazione dei carichi	A	
Esistono e vengono applicate procedure che garantiscono una adeguata prevenzione e terapia dei decubiti	A	

## UNITÀ OPERATIVA FARMACEUTICA OSPEDALIERA (GESTIONE FARMACI E MATERIALE SANITARIO DGR 361/07)

L'Unità operativa farmaceutica ospedaliera costituisce il centro di raccolta, gestione e distribuzione del materiale utilizzato dalle unità operative. A secondo della dimensione e/o delle caratteristiche operative della struttura sanitaria, l'Unità può o meno costituire una vera e propria entità operativa dotata di autonomia tecnico-gestionale.

REQUISITI STRUTTURALI	Tempo di adeguamento	Risposta
L'Unità, se presente nella struttura, deve disporre di spazi per il deposito dei medicinali, dei dispositivi medici, del materiale di medicazione e degli specifici materiali di competenza.		
L'articolazione interna deve consentire percorsi distinti del materiale in transito, con accessibilità dall'esterno autonoma rispetto ai percorsi generali del presidio.	0	
La superficie complessiva dei locali deve essere commisurata alle esigenze derivanti dalle specifiche attività esercitate.	0	
Devono essere inoltre presenti i seguenti ambienti:		
1. spazio per la ricezione del materiale e per la registrazione;	0	
2. deposito per farmaci e dispositivi medici;	0	
3. vano blindato o armadio antiscasso per la conservazione degli stupefacenti;	1	
4. locale o spazio per preparazioni chimiche;	0	
5. studio del farmacista.	0	
Devono essere presenti le seguenti dotazioni:		
6. arredi e attrezzature per il deposito e conservazione dei medicinali, dei dispositivi medici, del materiale di medicazione e degli altri materiali di competenza;	0	
7. cappa di aspirazione forzata nel locale;	0	
8. pavimenti con superficie lavabile e disinfettabile;	0	
9. pareti con rivestimento impermeabile e lavabile fino all'altezza massima di mt. 2 relativamente ai locali adibiti al laboratorio;	0	
10. 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 ad una linea di alimentazione preferenziale;	0	
11. tali frigoriferi devono essere dotati di un sistema di registrazione dei parametri operativi, che conservi traccia dei malfunzionamenti avvenuti in assenza di personale;	0	
12. armadi chiusi a chiave per la custodia dei veleni;	0	
13. attrezzature ed utensili di laboratorio obbligatori e ogni altra dotazione di strumenti atti ad una corretta preparazione galenica;	0	
14. deposito infiammabili debitamente autorizzato nel rispetto della normativa vigente;	0	
15. sostanze obbligatorie come previsto dalla F.U.;	0	

16. spazi adeguati per il movimento in uscita dei farmaci e altro materiale sanitario.	0	
Ove non esista l'U.O. di Farmacia Ospedaliera, la struttura deve assicurare, sotto la responsabilità della Direzione Sanitaria, la funzione ed essere dotata di:		
17. spazio ricezione materiale/registrazione;	0	
18. deposito per farmaci e presidi medico-chirurgici;	0	
19. vano blindato o armadio antiscasso per la conservazione degli stupefacenti;	0	
20. arredi e attrezzature per il deposito e conservazione dei medicinali, dei presidi medico chirurgici, del materiale di medicazione e degli altri materiali di competenza;	0	
21. pavimenti con superficie lavabile e disinfettabile.	0	

**REQUISITI TECNOLOGICI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Caratteristiche igrotermiche:		
1. Temperatura interna non superiore a 26 gradi °C	2	
2. Umidità relativa 50% ±5%	2	
<b>REQUISITI ORGANIZZATIVI</b>		
<i>Devono essere definite procedure per:</i>		
1. le modalità di accesso al servizio e di dispensazione di farmaci e dispositivi medici, garantendone la disponibilità per le urgenze nelle 24 ore;	1	
2. le modalità di raccolta delle segnalazioni di eventi avversi;	0	
3. le modalità di collaborazione con le unità operative per una razionale politica del farmaco, conforme ad obiettivi di appropriatezza, efficacia ed economicità;	1	
4. l'informazione e documentazione sul farmaco, da produrre in modo indipendente, per operatori ed utenti.	0	

**VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Solo ove esista l'U.O. di Farmacia Ospedaliera:		
Sono presenti procedure documentate riferite alle principali attività di produzione galenica e controlli di qualità	A	
Sono presenti procedure per la preparazione e conservazione di farmaci sterili e mescolanze infusionali, qualora effettuate	A	
Sono presenti procedure per la preparazione e conservazione dei nutrienti per la nutrizione artificiale, qualora effettuate	A	
Sono presenti procedure per il trasporto, lo stoccaggio e la movimentazione dei farmaci e del materiale sanitario, sterile e non sterile	A	
Sono presenti procedure riferite alle attività di approvvigionamento e conservazione (temperatura, umidità) di farmaci e del materiale sanitario di competenza	A	

Sono presenti procedure riferite alle attività di dispensazione dei farmaci e del restante materiale sanitario	A	
Sono presenti procedure riferite alle attività culturali d'informazione ed educazione sul farmaco (gestione del Prontuario Terapeutico e del Repertorio dei materiali sanitari)	A	
Sono presenti procedure riferite alle attività connesse alla sperimentazione clinica	B	
Sono presenti procedure riferite alle attività di Farmacovigilanza (raccolta delle segnalazioni di effetti indesiderati da farmaci e incidenti legati a dispositivi medici)	A	
Sono presenti procedure riferite alle attività di analisi della prescrizione farmaceutica (indagini statistiche dei consumi ed epidemiologiche)	A	
Sono presenti procedure riferite alle attività di controllo (controlli di qualità sulle preparazioni, sulle sostanze o sul materiale sanitario)	B	
Sono presenti procedure riferite alle attività di ispezione agli armadi farmaceutici di reparto	A	
Sono presenti procedure riferite alle attività per la gestione di prestazioni farmaceutiche d'urgenza	A	
Sono presenti procedure riferite alle attività per la gestione di farmaci non in commercio in Italia	A	
Esiste l'elenco dei prodotti gestiti, coerente con le esigenze terapeutiche e diagnostiche della struttura	A	
Esistono procedure relative ai tempi e alle modalità di accesso alle prestazioni da parte delle altre UU.OO. della struttura	A	
Esistono procedure relative all'intervallo di tempo tra l'inoltro della richiesta e l'erogazione della prestazione per le altre UU.OO. della struttura	A	
Esistono procedure relative alle modalità di certificazione dell'avvenuta prestazione per le altre UU.OO. della struttura	A	
Esiste una procedura per le preparazioni galeniche particolari contenente:	A	
· l'identificazione quali/quantitativa del prodotto		
· l'identificazione del richiedente		
· l'identificazione del paziente (richieste personalizzate)		
· la motivazione clinica per i prodotti per i quali è richiesta la procedura		
· l'eventuale sussistenza di criteri d'urgenza e priorità		
· la data di esecuzione della prestazione		
· l'identificazione dell'operatore preparatore		
· l'identificazione del farmacista responsabile della prestazione		
L'U.O. di Farmacia Ospedaliera è dotato di un punto informativo, opportunamente segnalato ed organizzato, al quale gli utenti, interni ed esterni, possono fare riferimento	B	
Sono disponibili procedure per la gestione di:	A	
· movimenti di magazzino in entrata ed in uscita anche ai fini dell'attività di controllo e vigilanza sui farmaci e materiali sanitari		
· gestione anagrafica dei centri di costo, dei fornitori e dei listini		
· emissione di ordini		
· attività di controllo (giacenza, scorta minima, scadenze, lotti di produzione)		
· reports mensili di consumo per centri di costo		



Sono disponibili procedure per la manipolazione di sostanze tossiche-nocive	A	
---	---	--

## 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.

Il servizio di sterilizzazione può essere affidato all'esterno.

### REQUISITI STRUTTURALI

	Tempo di adeguamento	Risposta
I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate. La dotazione di ambienti per il servizio di sterilizzazione è la seguente:		
1. locali per ricezione, cernita, pulizia e preparazione;	0	
2. zona per la sterilizzazione;	0	
3. filtro per il personale, preliminare all'accesso al deposito dei materiali sterili;	0	
4. locale per il deposito di materiale sterile;	0	
5. locale deposito per materiale sporco;	0	
6. servizi igienici del personale.	0	

### REQUISITI IMPIANTISTICI

	Tempo di adeguamento	Risposta
Il Servizio di sterilizzazione deve essere dotato di condizionamento ambientale che assicuri le seguenti caratteristiche igrometriche:		
1. temperatura interna invernale e estiva 20- 27° C	1	
2. umidità relativa estiva e invernale 40 - 60 %	1	
3. n. ricambi aria esterna/ora 15 v/h	1	
E' inoltre prevista la seguente dotazione impiantistica:		
4. impianto illuminazione di emergenza;	0	
5. impianto di aria compressa.	0	

### REQUISITI TECNOLOGICI

	Tempo di adeguamento	Risposta
Dotazione minima tecnologica del Servizio di Sterilizzazione:		
1. apparecchiatura di sterilizzazione;	0	
2. apparecchiatura per il lavaggio del materiale da sottoporre a sterilizzazione;	0	
3. bancone con lavello resistente agli acidi ed alcalini;	0	
4. pavimenti antiscivolo nelle zone sporche con adeguate pendenze in modo da garantire i necessari scarichi.	0	

**REQUISITI ORGANIZZATIVI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Ogni servizio di sterilizzazione deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:		
1. la dotazione organica del personale addetto deve essere rapportata al volume delle attività e, comunque, si deve prevedere all'interno dell'equipe almeno un infermiere professionale.	0	

**VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Esistono e vengono seguiti protocolli dettagliati (secondo lo sviluppo delle norme armonizzate inerenti l'attività e linee guida aggiornate e basate sui risultati della ricerca scientifica) per:	A	
· la sanificazione degli ambienti		
· le modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione, confezionamento e sterilizzazione di tutti gli strumenti, accessori e dispositivi medici		
· validazione apparecchiature e ambienti		
Esiste un sistema di tracciabilità del prodotto		

**REQUISITI PER LE ATTIVITA' DI STERILIZZAZIONE PRESSO IL BLOCCO OPERATORIO in assenza di servizio di sterilizzazione.**

	Tempo di adeguamento	Risposta
In ogni blocco operatorio devono essere presenti:		
- Locale con zone separate per la pulizia, il lavaggio, la disinfezione e la sterilizzazione del materiale;	0	
- Locale/spazio per il deposito materiale sterilizzato;	0	
- Locale/spazio per il deposito del materiale sterile;	0	
- Autoclave per ogni sala operatoria	0	

**SERVIZIO DI DISINFEZIONE E DISINFESTAZIONE**

Il servizio di disinfezione e disinfestazione deve essere dotato dei locali e delle attrezzature occorrenti per le operazioni di disinfezione e disinfestazione degli effetti personali e lettereschi, della biancheria ed in genere dei materiali infetti, nonché per il deposito dei disinfettanti e disinfestanti.

*I Presidi di ricovero possono consociarsi fra loro per la gestione di stazioni di disinfezione e disinfestazione, assicurando, comunque, idonee modalità di trasporto. I suddetti servizi possono essere affidati anche a ditte esterne.*

**REQUISITI STRUTTURALI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
L'articolazione interna degli spazi deve consentire la netta separazione tra le zone sporche e pulite.	0	
Il percorso deve essere progressivo dalla zona sporca alla zona pulita.	0	
I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.		
La dotazione di ambienti è la seguente:		

1. locale filtro del personale, con servizi igienici e spogliatoi;	0	
2. locale di pretrattamento e disinfezione;	0	
3. deposito materiale da trattare;	0	
4. deposito pulito.	0	

**REQUISITI IMPIANTISTICI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Il Servizio di disinfezione deve essere dotato di condizionamento ambientale che assicuri le seguenti caratteristiche [drometriche:		
1. temperatura interna invernale e estiva di 20 - 27 °C	1	
2. umidità relativa estiva e invernale di 40 - 60%	1	
3. n. ricambi aria esterna/ora 15 v/h	1	
E' inoltre prevista la seguente dotazione minima impiantistica:		
4. impianto illuminazione di emergenza;	0	
5. impianto di aria compressa.	0	

**REQUISITI TECNOLOGICI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Il servizio di disinfezione deve essere dotato di:		
1. apparecchiature idonee al trattamento del materiale;	0	
2. pavimenti antiscivolo nelle zone sporche con adeguate pendenze in modo da garantire i necessari scarichi.	0	

**REQUISITI ORGANIZZATIVI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Ogni servizio di disinfezione deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:		
1. la dotazione organica del personale addetto deve essere rapportata al volume delle attività e, comunque, si deve prevedere all'interno dell'equipe almeno un infermiere professionale.	0	

**VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Esistono e vengono seguiti protocolli dettagliati (secondo linee guida aggiornate e basate sui risultati della ricerca scientifica) per:		
· la sanificazione degli ambienti;	A	
· le modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori.	A	

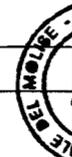
**SERVIZIO CUCINA - DISPENSA**

Può essere affidato all'esterno a ditte specializzate e/o gestito in forma associata da più strutture sanitarie di ricovero, purché regolarmente autorizzate dalle autorità sanitarie competente, anche per quanto riguarda la conduzione e il trasporto.

**REQUISITI STRUTTURALI**

Tempo di adeguamento	Risposta
----------------------	----------

Ove attivato all'interno del presidio, dovranno essere presenti adeguati spazi per:		
1. ricezione derrate	0	
2. dispensa	0	
3. celle frigorifere	0	
4. preparazione, cottura, distribuzione	0	
5. preparazione diete speciali	0	
6. lavaggio	0	
7. deposito per stoviglie e carrelli	0	
8. deposito per materiale per pulizia	0	
9. deposito rifiuti	0	
10. spogliatoi con servizio igienico, dotato di doccia, per personale addetto al servizio di cucina.	0	
Gli spazi per la preparazione, il lavaggio dei carrelli, stoviglie e portavivande devono disporre di pareti a tutta altezza con superfici lisce, impermeabili, lavabili e disinfettabili.	3	
In tali spazi i pavimenti devono essere antisdrucciolo, con superficie liscia lavabile e disinfettabile.	0	
I locali devono essere adeguatamente illuminati e ventilati.		
Nel caso di gestione affidata all'esterno, nella struttura sanitaria deve comunque essere presente la seguente dotazione strutturale:		
aree per l'arrivo e lo smistamento del vitto.	0	

**REQUISITI ORGANIZZATIVI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Deve essere garantita la preparazione delle diete speciali. Sia nel caso di servizio interno che di affidamento all'esterno, deve essere garantita l'elaborazione delle tabelle dietetiche, dei menù e delle diete speciali	0	

**VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'**

	Tempo di adeguamento	Risposta
E' adottato il sistema di autocontrollo HCCP	A*	

**SERVIZIO LAVANDERIA - GUARDAROBA**

Può essere affidato all'esterno a ditte specializzate e/o gestito in forma associata da più strutture sanitarie di ricovero, purché regolarmente autorizzate dalle autorità sanitarie competenti, anche per quanto riguarda le condizioni di trasporto. Nel caso di servizio interno al presidio dovranno comunque essere presenti adeguati spazi per:

**REQUISITI ORGANIZZATIVI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
1. raccolta, cernita e trasporto della biancheria sporca;	0	
2. linee separate ed esclusive consistenti in lavaggio, trattamento, asciugatura, stiratura, deposito biancheria pulita;	0	
3. spazi di deposito separati per pulito e sporco.	0	

Nel caso di appalto esterno la biancheria infetta o sospetta dovrà essere comunque bonificata all'interno della struttura.		
--	--	--

## SERVIZIO MORTUARIO

Il Servizio mortuario deve disporre di spazi per la sosta e la preparazione delle salme e di una camera ardente.

Deve essere *garantito* un accesso dall'esterno per i visitatori.

### REQUISITI STRUTTURALI

	Tempo di adeguamento	Risposta
Il servizio deve essere dotato di:		
1. locale osservazione/sosta salme dotato di idoneo impianto di refrigerazione;	0	
2. camera ardente;	0	
3. locale preparazione personale;	1	
4. servizi igienici per il personale;	0	
5. servizi igienici per i parenti;	0	
6. sala per onoranze funebri al feretro che garantisca la privacy dei familiari;	1	
7. deve essere garantito il condizionamento dell'aria ambiente;	2	
8. deposito materiale.	0	
9. locali per eventuali riscontri anatomico-patologici, ai sensi della legge 15 febbraio 1961, n. 83, "Norme per il riscontro diagnostico sui cadaveri", ove tali riscontri non siano affidabili all'esterno, tramite apposita convenzione.	1	



### REQUISITI IMPIANTISTICI

	Tempo di adeguamento	Risposta
Il Servizio mortuario deve essere dotato di condizionamento ambientale che assicuri le seguenti caratteristiche igrometriche:		
1. temperatura interna invernale ed estiva non superiore a 18°C per i locali con presenza di salme;	1	
2. umidità relativa 60% ±5%	1	
3. idonei sistemi di ventilazione delle bare tali da assicurare la salubrità dell'ambiente	1	
E' prevista la seguente dotazione minima impiantistica:		
4. impianto illuminazione di emergenza.	3	

## **PARTE C)**

# **REQUISITI GENERALI E SPECIFICI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA IN REGIME AMBULATORIALE**

## ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE POLIAMBULATORIALE

Per ambulatorio o poliambulatorio di assistenza specialistica si deve intendere la struttura o luogo fisico, intra od extraospedaliero, preposto alla erogazione di prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione, nelle situazioni che non richiedono ricovero neanche a ciclo diurno.

Le strutture che erogano prestazioni di attività specialistica in ambito ambulatoriale sono classificate in STRUTTURE DI CLASSE 1° e STRUTTURE DI CLASSE 2°.

*In particolare:*

1. *classe 1°- strutture ambulatoriali extraospedaliere collocate in presidi che non erogano prestazioni di ricovero. In tale classe sono erogabili tutte le prestazioni ambulatoriali individuate dal nomenclatore tariffario regionale, ad eccezione delle prestazioni contrassegnate dalla lettera "H".*

2. *classe 2°- strutture ambulatoriali intraospedaliere collocate in presidi che erogano prestazioni di ricovero per acuti. In tale classe sono erogabili tutte le prestazioni ambulatoriali individuate dal nomenclatore tariffario regionale, nessuna esclusa.*

### REQUISITI STRUTTURALI

	Tempo di adeguamento	Risposta
I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate. La dotazione di ambienti per l'attività ambulatoriale è la seguente:		
1. sala per l'esecuzione delle prestazioni, di superficie minima di 12 mq, che garantisca il rispetto della privacy dell'utente, in particolare con area separata per spogliarsi;	0	
2. la sala deve essere dotata di lavabo con comandi non manuali;	0	
3. spazi per l'attesa, accettazione ed attività amministrative;	1	
4. lo spazio per l'attesa deve essere dotato di un adeguato numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza degli accessi;	1	
5. servizi igienici distinti per utenti e personale;	1	
6. il servizio per gli utenti deve essere limitrofo alla sala d'attesa;	1	
7. spazio/locale per deposito di materiale pulito;	0	
8. spazio/locale per deposito di materiale sporco;	0	
9. spazio/armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni	0	
10. spazi distinti dedicati alle funzioni direzionali per il Tipo2	2	

### REQUISITI IMPIANTISTICI

	Tempo di adeguamento	Risposta
La dotazione minima impiantistica prevista deve essere adeguata alle esigenze operative e tale cioè da garantire la piena funzionalità di ogni ambiente. In particolare:		
1. in tutti i locali devono essere di regola assicurate l'illuminazione e la ventilazione naturali;	0	
2. impianto telefonico utilizzabile dagli utenti, ubicato nello spazio d'attesa.	1	

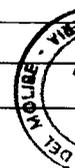
REQUISITI TECNOLOGICI	Tempo di adeguamento	Risposta
Il locale ambulatorio deve disporre di attrezzature e presidi medico chirurgici in relazione alla specificità dell'attività svolta. <i>Nel caso che siano presenti nel locale ambulatorio risorse tecnologiche destinate a prestazioni diverse, le stesse non possono essere usate in contemporanea su pazienti diversi.</i> Inoltre, deve essere prevista la seguente dotazione minima tecnologica:		
1. carrello per la gestione dell'emergenza;	0	
2. ove vengano eseguite procedure invasive e/o cruente, deve essere completo di attrezzatura per monitoraggio e supporto della funzione cardiovascolare e respiratoria.	1	
L'attrezzatura, se in comune tra più ambulatori o tra ambulatorio e area di degenza, è posizionata in area contigua ad entrambi.	1	

REQUISITI ORGANIZZATIVI	Tempo di adeguamento	Risposta
Ogni struttura erogante prestazioni ambulatoriali deve possedere i requisiti organizzativi di seguito descritti.		
<i>Le prestazioni erogabili in regime ambulatoriale sono quelle elencate nel nomenclatore tariffario regionale, secondo le specifiche indicazioni in esso riportate, e nel rispetto dei L.E.A. così come recepiti dalla regione.</i>	1	
Durante lo svolgimento della attività ambulatoriale deve essere prevista la presenza di almeno un medico indicato quale responsabile delle attività cliniche svolte nell'ambulatorio.	0	
Le prestazioni effettuate devono essere registrate e corredate dalle generalità riferite all'utente.	0	
Tutti i materiali, farmaci, confezioni soggetti a scadenza, devono portare in evidenza la data della scadenza stessa <i>ed essere conservati con modalità adeguate.</i>	0	
Il personale deve essere in numero proporzionale agli accessi ambulatoriali e alla tipologia dell'attività svolta.	0	
<i>Deve essere garantita almeno la presenza di una unità infermieristica durante l'orario di accesso degli utenti al presidio.</i>	A	
<i>Il medico deve avere la specializzazione nella branca a cui afferisce la prestazione o requisiti equipollenti.</i>	1	
<i>Ove vengano eseguite procedure invasive e/o cruente devono essere presenti, in relazione al tipo di attività, adeguate modalità di approvvigionamento, disinfezione e/o sterilizzazione dei materiali e/o strumenti impiegati.</i>	1	

VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Tempo di adeguamento	Risposta
<i>La Guida ai Servizi (per ambulatorio e poliambulatorio)</i>		
La Guida è fornita all'utente	A	
Nella Guida sono esplicitati i diritti ed i doveri dell'utente	A	
La Guida contiene informazioni riguardanti almeno:	A	
· nome e cognome del responsabile dell'ambulatorio		

· elenco delle prestazioni erogabili		
· modalità di accesso		
· orari di accesso		
· orari per il rilascio di eventuali referti		
La Guida contiene informazioni riguardanti costi, tempi e modalità di pagamento	B	
<i>L'organizzazione (per ambulatorio e poliambulatorio)</i>		
Esiste una procedura per lo smaltimento rifiuti	A	
Il materiale disinfettato o sterile viene adeguatamente conservato secondo protocolli scritti	A	
Esistono e vengono seguite procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezione da operatore a paziente e da paziente a paziente durante le attività ambulatoriali	A	
Esistono e vengono seguite procedure relative alla corretta conservazione/gestione/utilizzo dei dispositivi medici utilizzati nell'ambito delle attività ambulatoriali	A	
<i>N.B.: dispositivo medico: qualsiasi strumento o sostanza che viene a contatto con l'uomo</i>		
Esistono e vengono seguite procedure finalizzate a garantire il comfort e il rispetto della privacy dell'utente durante le attività ambulatoriali	A	
Esiste e viene seguita una procedura per fornire le informazioni al pubblico riguardanti almeno:	A	
· indicazioni per la preparazione del paziente agli esami/interventi · eventuali suggerimenti o prescrizioni per il periodo successivo agli esami/interventi		
Nel referto rilasciato al paziente sono contenuti:	A	
· ipotesi diagnostiche		
· terapie consigliate		
· ulteriori accertamenti previsti (con indicazioni del periodo ipotizzato)		
Esiste l'evidenza di un sistema di prenotazioni trasparente e verificabile per il controllo delle liste di attesa	A	
Esiste un sistema per la gestione delle code	A	
E' presente un archivio informatizzato per la gestione dei dati relativi ai pazienti	B	
E' documentata la partecipazione da parte del personale sanitario ad un corso di rianimazione cardiopolmonare di base	B	
<i>almeno il 75 % del personale sanitario</i>		
Vengono svolte attività per la valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza	B	
<i>L'attività di tipo invasivo e/o cruento (per ambulatorio e poliambulatorio)</i>		
I presidi ambulatoriali che usufruiscono, per le attività di disinfezione e sterilizzazione, di strutture esterne:	A	
· adottano protocolli operativi per le procedure di lavaggio, raccolta, invio del materiale		

· adottano protocolli operativi per le procedure di ricevimento ed immagazzinamento del materiale		
I presidi ambulatoriali che usufruiscono, per le attività di disinfezione e sterilizzazione, di strutture esterne:		
· acquisiscono e conservano i protocolli operativi utilizzati dalla struttura esterna (Centrale di sterilizzazione) per le procedure di sterilizzazione e disinfezione	<b>B</b>	
· acquisiscono e conservano la documentazione del rispetto da parte della Centrale di sterilizzazione esterna		
Esiste una procedura per la raccolta del consenso informato	<b>A</b>	
<b>La Struttura Organizzativa del Poliambulatorio (requisiti solo per il poliambulatorio)</b>		
E' definito l'organigramma del personale del poliambulatorio, che viene periodicamente aggiornato	<b>A</b>	
E' definita una matrice delle responsabilità e attività corrispondenti	<b>B</b>	
Sono chiaramente indicate le modalità di sostituzione dei responsabili in caso di assenza	<b>A</b>	
Esiste un programma di accoglienza e addestramento per i nuovi assunti	<b>A</b>	
<b>Nota:</b>		
<i>in tale programma sono previste informazioni relative a: principali funzioni e obiettivi della struttura, utilizzo delle risorse, applicazione di procedure e linee guida relative alla gestione dei rischi per salute e alla sicurezza sul lavoro, leggi e regolamenti pertinenti all'attività della struttura</i>		
Esiste un piano annuale di formazione del personale concordato con gli operatori	<b>B</b>	
<b>Le Attrezzature del Poliambulatorio (requisiti solo per il poliambulatorio)</b>		
Esiste l'inventario delle attrezzature presenti nel poliambulatorio comprendente:		
· il tipo di strumento	<b>B</b>	
· il fornitore		
· il riferimento al contratto di acquisizione		
· il codice identificativo (se l'attrezzatura è di proprietà della struttura)		
Sono stati individuati i referenti per l'attivazione delle procedure di manutenzione delle singole attrezzature	<b>A</b>	
<b>Il Sistema Informativo del Poliambulatorio (requisiti solo per il poliambulatorio)</b>		
Esiste evidenza che i flussi informativi avvengono in modi e tempi previsti dal sistema informativo attraverso una procedura specifica	<b>A</b>	
<b>Nota:</b>		
<i>tale requisito si applica esclusivamente alle Strutture Pubbliche</i>		
Viene garantita la riservatezza dei dati e delle informazioni	<b>A</b>	
<b>La Qualità del Poliambulatorio (requisiti solo per il poliambulatorio)</b>		



L'articolazione organizzativa partecipa annualmente almeno ad un progetto di miglioramento della qualità	<b>B</b>	
I dati dei risultati delle varie attività di miglioramento della qualità vengono periodicamente discussi in riunioni interne	<b>B</b>	

NOTA BENE: I REQUISITI DI CUI SOPRA SONO DI CARATTERE GENERALE E SI APPLICANO A TUTTE LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI AMBULATORIALI.

## CHIRURGIA AMBULATORIALE

Con il termine chirurgia ambulatoriale si intende la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare senza ricovero, in ambulatorio, interventi chirurgici ed anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive, che consentano al paziente autonomia motoria e piena vigilanza entro le due ore successive all'intervento e non necessitino di assistenza continuativa post-intervento.

Pertanto, nel corso di tali interventi devono essere utilizzate metodiche anestesilogiche tali da consentire all'utente di subire l'atto chirurgico e di deambulare al termine del medesimo. Nelle strutture di classe 2 può essere utilizzato il gruppo operatorio proprio della struttura e vi sarà necessita solo del locale visita.

E' fatto espresso divieto di uso della anestesia generale.

Le procedure chirurgiche che possono essere eseguite, rispettivamente negli ambulatori di classe 1 e classe 2, sono indicate in apposito atto Regolamentare.

### REQUISITI STRUTTURALI

	Tempo di adeguamento	Risposta
Gli ambulatori presso i quali sono svolti interventi chirurgici o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive debbono curare la loro collocazione quanto più prossima al terreno per consentire il facile accesso dei pazienti e dei mezzi di soccorso necessari per il trattamento di un'eventuale complicanza ( <i>es. planimetria per seguire il percorso</i> ).	0*	
Gli ambulatori non inclusi nel contesto di strutture sanitarie pubbliche o private, debbono essere dislocati in edifici, o parti di edificio, distinte da ogni altro uso per civile abitazione o altro.	0*	
Elenco ambienti:		
attesa;	0	
servizi igienici per il pubblico e per il personale;	1	
spazio registrazione/segreteria;	0	
spazio archivio;	0	
locale visita;	0	
locale ambulatorio chirurgico;	0	
locale assistenza postoperatoria (compatibilmente con il tipo di intervento o procedura praticata);	0	
deposito pulito;	1	
deposito sporco.	1	
Il locale ambulatorio:		
Deve possedere una superficie minima di 16 mq.	0	
La superficie dei pavimenti deve essere lavabile e disinfettabile.	0	
Le pareti del locale ambulatorio debbono essere dotate di rivestimenti impermeabili, lavabili e disinfettabili sino all'altezza di 2 metri.	0	
Il locale ambulatorio deve consentire lo svolgimento dell'attività diagnostico/terapeutica relazionata al tipo di specialità svolta.		
In particolare in fase preoperatoria e postoperatoria debbono essere assicurate le seguenti attività:		
1. il supporto al paziente;	0	
2. l'identificazione e l'illuminazione delle zone anatomiche;	0	

3. la sorveglianza continua dei parametri fisiologici ed i mezzi per assicurare il loro mantenimento o il loro recupero;	1	
4. la realizzazione degli interventi,	0	
5. la realizzazione e il controllo dell'anestesia locale;	0	
6. l'eventuale rianimazione necessaria.	1	

**REQUISITI IMPIANTISTICI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
In tutti i locali sono assicurate efficaci condizioni di illuminazione e ventilazione	1	
E' presente, qualora la struttura non usufruisca di un servizio esterno di sterilizzazione, un'autoclave per la sterilizzazione dello strumentario in regola con le disposizioni relative alla direttiva europea 93/42/CEE	1	
E' presente, qualora la struttura non usufruisca di un servizio esterno di sterilizzazione, una vasca ad ultrasuoni	1	
E' presente, qualora la struttura non usufruisca di un servizio esterno di sterilizzazione, una imbustatrice per ferri	1	
E' presente un'apparecchiatura per il lavaggio e la disinfezione di alto livello dello strumentario e delle attrezzature, qualora la struttura non usufruisca di un servizio esterno di sterilizzazione	3	
Il locale/spazio preparazione chirurghi è dotato di un livello con comando non manuale	1	
Nel locale visita trattamento sono in dotazione: attrezzature idonee in base alle specifiche attività e lettino tecnico	0	
E' presente l'attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardiopolmonare di base di cui è controllata la funzionalità	1	
L'attrezzatura, se in comune tra più ambulatori o tra ambulatorio e area di degenza, è posizionata in area contigua ad entrambi	1	
Sono utilizzate le seguenti misure barriera: guanti monouso, visiere per la protezione degli occhi, naso e bocca oppure occhiali a lenti larghe e mascherina	0	
<b>Caratteristiche igrotermiche:</b>		
1. Temp. interna invernale 20°C+1°C	A	
2. Temp. interna estiva Controllata	A	
3. Umidità relativa Controllata	A	
4. N. ricambi aria/ora 3v/h (non forzata)	A	
5. Caratteristiche illuminotecniche:		
6. Intensità luminosa 200 lux generale, 300 lux zone visita	A	
7. Fattore medio luce diurna 0.03	A	
<b>Dotazioni impiantistiche:</b>		
1. Impianto elettrico secondo norme CEE 64.8 e 64.4	A	
2. Impianto luce sicurezza secondo norme CEE 64.8 e 64.4 solo per gli ambienti sanitari.	A	



**REQUISITI TECNOLOGICI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Di seguito sono elencate le attrezzature, con particolare riferimento a quelle necessarie per fronteggiare le emergenze, ad integrazione di quanto già specificato per i requisiti tecnologici in Ambulatori specialistici		
<b>Elenco attrezzature:</b>		
1. dotazione minima per pronto soccorso medico-chirurgico;	0	
2. unità di ventilazione manuale, maschere facciali e cannule di Guedel;	0	
3. defibrillatore semi-automatico.	1	
<b>Altre attrezzature:</b>		
1. sterilizzazione (in mancanza di servizio esterno);	0	
2. tavolo operatorio idoneo;	0	
3. lampada scialitica;	1	
4. armadio farmaci, medicazioni, strumentario.	0	
L'equipe operatoria dispone del materiale necessario alle cure e alla sorveglianza dei pazienti, al quale può accedere in qualsiasi momento, in fase pre, intra e post-operatoria.	0	
Il materiale del tipo conforme allo stato dell'arte ed alle conoscenze scientifiche, è adatto per numero e tipo agli interventi eseguiti ed alle condizioni del paziente.	1	
Nelle strutture poliambulatoriali le dotazioni di attrezzature e farmaci devono essere adeguate al numero di locali ed al tipo di prestazioni erogate.	0	

**REQUISITI ORGANIZZATIVI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
<b>Utilizzo esclusivo:</b>		
Durante l'orario di funzionamento, il locale adibito ad attività di chirurgia ambulatoriale non può essere utilizzato per altre attività.	0	
<b>Consenso informato:</b>		
Il paziente deve essere correttamente informato del percorso assistenziale al quale viene sottoposto. Tali informazioni devono essere consegnate per iscritto al paziente, e una copia di esse, sottoscritta dal paziente stesso, deve essere conservata dal medico o depositata nell'archivio dell'ambulatorio chirurgico.	1	
<b>Documentazione:</b>		
Per ogni paziente deve essere approntata una scheda clinica ambulatoriale in cui siano riportate la diagnosi, gli esami e condizioni cliniche, le prestazioni effettuate e le prescrizioni terapeutiche.	0	
<b>Registro ambulatoriale:</b>		
Gli interventi e le procedure interventistiche eseguiti negli ambulatori debbono essere riportati su apposito registro, che deve contenere:	0	
1. gli elementi identificativi del paziente,		
2. la diagnosi,		
3. i nominativi ed il ruolo degli operatori,		
4. la procedura eseguita,		

5. la data, l'ora di inizio e fine della procedura stessa,		
6. le eventuali tecniche sedative del dolore utilizzate,		
7. le eventuali complicanze immediate.		
<i>Il registro deve essere sottoscritto dal medico responsabile dell'ambulatorio e ciascun intervento deve essere firmato dal chirurgo che lo ha effettuato.</i>	0	
<b>Relazione al medico curante:</b>		
In una relazione destinata al medico curante, consegnata al paziente, verranno riportati, gli elementi del registro ambulatoriale unitamente ai consigli terapeutici proposti.	0	
<b>Gestione delle complicanze e delle urgenze:</b>		
I mezzi necessari al trattamento di un'eventuale complicanza e, in particolare, il materiale ed i farmaci idonei, debbono essere disponibili ed utilizzabili immediatamente.	0	
E' stato predisposto un piano per le situazioni di emergenza e per il trasferimento del paziente in idonea struttura di ricovero, in caso di necessità.	1	
<b>Dotazione organica:</b>		
La dotazione organica del personale medico ed infermieristico deve essere rapportata al volume delle attività ed alla tipologia delle patologie trattate e comunque deve essere garantita:		
1. la presenza di un medico responsabile specializzato in una delle branche relative alle prestazioni erogate;	0	
2. la presenza di un'unità infermieristica per l'intero orario di accesso.	1	
<i>N.B.: qualora nel presidio ambulatoriale operino più medici, questi sono tenuti ad esercitare la propria attività esclusivamente nell'ambito delle loro specifiche competenze, secondo quanto stabilito dal responsabile dell'ambulatorio.</i>	0	

## VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'

	Tempo di adeguamento	Risposta
Per ogni procedura dovranno essere elaborati specifici protocolli di ammissione e cura.		
Esistono e vengono seguiti protocolli dettagliati (secondo linee guida aggiornate) per:		
· la sanificazione degli ambienti	A	
· le modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione, confezionamento e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori		
Esiste una procedura per la preparazione del paziente all'intervento	A	
Esiste una procedura per la sorveglianza del paziente nell'immediato post-operatorio	A	
Le prestazioni effettuate sono registrate e corredate dalle generalità riferite dall'utente nel documento sanitario	A	
Le registrazioni e le copie dei referti sono conservate secondo le modalità sancite dalla normativa vigente	A	
Esiste una procedura per la raccolta del consenso informato	A	

Esiste e viene seguito un protocollo dettagliato per le procedure di verifica del corretto funzionamento dell'autoclave	A	
---	---	--

## 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 servizi di medicina di laboratorio si distinguono a seconda delle loro caratteristiche in tre tipologie:

- 1. Laboratori generali di base:** sono laboratori ad organizzazione semplice ed unitaria che possono svolgere indagini nell'ambito della biochimica clinica, della tossicologia, dell'ematologia, dell'emocoagulazione, della immunoematologia, della microbiologia.
- 2. Laboratori specializzati:** esplicano indagini diagnostiche monospécialistiche ad elevato livello tecnologico e professionale nell'ambito della biochimica clinica, della tossicologia, dell'ematologia, della emocoagulazione, della immunoematologia, della microbiologia, della virologia, della citoistopatologia, della biologia molecolare e della genetica, della immunologia, della allergologia.
- 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.

### REQUISITI STRUTTURALI

	Tempo di adeguamento	Risposta
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:		
1. 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;	0	
2. locale o area per il prelievo (almeno 6 mq), che consenta il rispetto della privacy dell'utente;	0	
3. almeno un locale per l'esecuzione delle analisi di 16 mq, nonché almeno un locale per ogni settore specializzato di pari dimensioni;	0	
4. servizi igienici distinti per il personale;	1	
5. locale/spazi per le attività amministrative e di archivio;	1	
6. locale/spazi per il trattamento del materiale d'uso.	0	

### REQUISITI TECNOLOGICI IMPIANTISTICI

	Tempo di adeguamento	Risposta
<b>PER I LABORATORI GENERALI DI BASE</b>		

E' presente un sistema informatico gestionale	3	
E' presente un analizzatore automatico per esami emocromocitometrici ad almeno 8 parametri	1	
E' presente un fotometro	1	
E' presente un analizzatore automatico per chimica-clinica ed eventuale sistema distinto per l'esecuzione degli elettroliti (se non compreso in altra strumentazione)	1	
E' presente uno strumento, almeno semiautomatico, per elettroforesi	1	
E' presente un analizzatore almeno semiautomatico per coagulazione	0	
E' presente un analizzatore per immunoenzimatica	0	
E' presente un analizzatore, almeno semiautomatico, per esame urine	0	
Sono presenti delle centrifughe in numero adeguato	0	
E' presente un microscopio bioculare con possibilità contrasto di fase	0	
E' presente un agitatore	0	
E' presente un termostato	0	
<b>Nota: Si può identificare anche con l'incubatore</b>		
E' presente un incubatore	0	
<b>Nota: Si può identificare anche con il termostato</b>		
E' presente un frigorifero e un congelatore a -25°C	1	
Sono presenti attrezzature generali di base per effettuare misure di volume e di peso	0	
E' presente una cappa chimica	0	
E' presente l'attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardiopolmonare di base di cui è controllata la funzionalità	0	
Qualora vengano eseguiti esami microbiologici colturali sono presenti anche:		
· una cappa a flusso laminare verticale (classe II)	2	
· un dispositivo per la coltivazione dei germi in microaerofilia	1	
· un microscopio a fluorescenza (qualora si eseguano esami in fluorescenza)	1	
· una autoclave.	1	
<b>PER I LABORATORI GENERALI DI BASE CON SETTORI SPECIALIZZATI</b>		
Oltre alla dotazione prevista per i laboratori generali di base, per ogni settore specializzato devono essere previste le seguenti attrezzature.		
<b>Biochimica clinica e tossicologia</b>		
Qualora vengano effettuate analisi immunometriche con isotopi marcati sono presenti contatori gamma o beta manuali o automatici	1	
Qualora vengano effettuate analisi immunometriche, i locali possiedono i sistemi di protezione previsti dalla vigente legislazione, così come adeguati sistemi di raccolta e smaltimento di materiale radioattivo	1	
E' presente uno spettrofotometro UV-visibile	1	
E' presente un gas-cromatografo o HPLC (qualora si eseguano esami tossicologici)	2	
E' presente una bilancia analitica di precisione (almeno 0,1 mg)	0	

E' presente uno spettrofotometro ad assorbimento atomico (qualora si eseguano determinazioni di metalli pesanti)	2	
<b>Ematologia e Coagulazione</b>		
E' presente un analizzatore ematologico automatico multiparametrico con possibilità di esecuzione della formula leucocitaria a 5 popolazioni	2	
E' presente un coagulometro almeno semiautomatico che esegue anche tecniche cromogeniche	2	
E' presente un citofluorimetro (qualora si esegua la determinazione delle sottopopolazioni linfocitarie)	2	
<b>Microbiologia, Virologia e Sieroimmunologia</b>		
E' presente un termostato a CO2 (o idoneo sistema per la produzione di ambiente a CO2)	3	
E' presente un microscopio bioculare con accessori per fluorescenza e contrasto di fase	1	
E' presente un sistema, almeno semiautomatico, per identificazione germi ed antibiogrammi	1	
E' presente un sistema, almeno semiautomatico, per micropiastre per gli esami che richiedono una espressione quantitativa dei risultati	2	
E' presente un incubatore	0	
Qualora vengano effettuati esami colturali per micobatteri, utilizzando C14, i locali a ciò destinati sono in possesso dei sistemi di protezione previsti dalla vigente legislazione	3	
Qualora vengano effettuati esami colturali per micobatteri, utilizzando C14, i locali a ciò destinati sono in possesso di sistemi di raccolta e smaltimento del materiale radioattivo secondo quanto previsto dalla legge	3	
Qualora si eseguano test che prevedono l'amplificazione genica è presente un sistema per l'esecuzione di reazioni di amplificazione genica (termociclature, cappa per estrazione, gel elettroforesi)	3	
E' presente un sistema, almeno semiautomatico, per l'esecuzione di indagini di sierologia batteriologica, virologica e parassitologica	3	



### REQUISITI ORGANIZZATIVI

	Tempo di adeguamento	Risposta
Il personale sanitario laureato e/o tecnico deve essere adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate.		
<i>E comunque devono essere garantiti:</i>		
1. <i>un responsabile in possesso di una delle specializzazioni previste per la medicina di laboratorio;</i>	0	
2. <i>nel caso in cui la responsabilità del laboratorio sia affidata ad uno laureato in biologia o chimica, deve essere garantita la presenza di un medico con specializzazione durante lo svolgimento delle attività professionali di specifica competenza;</i>	0*	
NB: I biologi sono abilitati ad eseguire il prelievo venoso ed a prestare il primo soccorso in caso di necessità, purchè abbiano conseguito l'apposita attestazione da parte dell'Ordine Professionale, ovvero aver seguito il corso di formazione all'uopo previsto.		

3. un tecnico di laboratorio ovvero un biologo per tutto l'orario di apertura;	1	
4. un'unità infermieristica connessa con l'attività di prelievo. (requisito non necessario in presenza di biologo prelevatore).	1	
5. Per ogni settore specializzato deve essere garantito un responsabile in possesso dei requisiti previsti dalla normativa statale vigente per la direzione del corrispondente laboratorio specialistico.	1	
NB: Uno stesso laureato può sovrintendere a non più di due sezioni specialistiche in rapporto al carico di lavoro.		
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.	0	
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.	0	
Deve esistere un sistema di archiviazione che deve contenere almeno:		
1. i risultati degli esami sugli utenti (conservati per almeno un anno);	0	
2. i risultati dei controlli di qualità interni conservati per almeno un anno e quelli esterni per almeno tre anni e relativa documentazione.	3	

## VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'

	Tempo di adeguamento	Risposta
Il laboratorio deve svolgere programmi di Controllo Interno di Qualità, e partecipare a programmi di Valutazione Esterna di Qualità promossi dalle Regioni, o, in assenza di questi, a programmi validati a livello nazionale o internazionale.		
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, devono esistere almeno i documenti comprovanti l'avvenuto adempimento delle seguenti attività di servizio:		
1. riconoscimento degli utenti;	A	
2. identificazione dei campioni;	A	
3. trasferimento del materiale biologico dalle zone di prelievo al laboratorio;	A	
4. approvvigionamento e gestione dei reagenti e farmaci;	A	
5. processi di sanificazione (pulizia ambiente, procedure di disinfezione e di sterilizzazione, decontaminazione, ecc.);	A	
6. smaltimento dei rifiuti.	A	
Deve esistere un manuale delle procedure diagnostiche, contenente per ogni esame almeno:		
1. criteri di accesso e modalità di richiesta delle prestazioni;	A	
2. preparazione dell'utente agli esami;	A	

3. modalità di raccolta, trasporto e conservazione del campione;	A	
4. caratteristiche e descrizione del metodo analitico impiegato;	A	
5. modalità di compilazione, trasmissione e consegna dei referti.	A	
Vengono effettuate e documentate riunioni periodiche di servizio con riassunto delle conclusioni ed elenco firmato dei partecipanti	A	
Esiste una planimetria del Laboratorio esposta e ben visibile	A	
Esistono istruzioni scritte relative a:		
· preparazione del paziente e modalità di prelievo		
· conservazione e trasporto dei materiali biologici (anche in relazione alle misure di sicurezza) con indicazione specifica della facoltà di rifiuto dei campioni non idonei	A	
Esiste un sistema computerizzato per l'approvvigionamento dei reagenti	B	
Il SIL (Sistema Informatico di Laboratorio):		
· mantiene in linea gli esami di almeno un anno		
· consente la gestione del magazzino dei reagenti		
· consente la fatturazione ed il calcolo del ticket	B	
· fornisce statistiche relative agli esami effettuati in relazione alla loro provenienza (reparti , punti prelievo, etc.), tipologia, costi		
I risultati degli esami effettuati devono essere conservati per almeno tre anni	A	
Per la microbiologia esiste un sistema di gestione dei dati per il controllo delle infezioni ospedaliere, con possibilità di inviare report periodici per i reparti	B	
E' individuato un responsabile del coordinamento e della gestione della qualità (RGQ) all'interno del Laboratorio	A	
I risultati del controllo di qualità interno devono essere validati, al momento della determinazione, dal personale incaricato e conservati almeno un anno	A	
In microbiologia il QCI (VIC) relativo agli antibiogrammi viene eseguito con ceppi ATCC (E.Coli, S.Aureus, P.Aeruginosa, E.Fecalis) almeno una volta al mese, comunque ogni cambio lotto	B	
Il laboratorio partecipa al programma di valutazione esterna di qualità promosso dalla Regione, con esito positivo per i profili analitici concordati con la Regione stessa	B	
I risultati del QCI (VIC) e della VEQ devono essere discussi periodicamente con gli operatori coinvolti		
<i>Nota:</i>	A	
<i>i verbali di queste riunioni devono essere conservati</i>		
Nel referto devono essere riportati: gli intervalli di riferimento o, ove possibile, i valori decisionali	A	
Nel referto è riportato anche il metodo utilizzato	B	
Esiste una procedura scritta per la trasmissione orale dei risultati	A	
I Laboratori delle strutture dove operano reparti intensivi o semiintensivi e/o Dipartimenti di Emergenza assicurano l'attività analitica e regolamentano la consulenza diagnostico-specialistica 24 ore su 24	A	



Esiste una procedura scritta per l'organizzazione del lavoro nei giorni festivi e nelle ore notturne, sia come pannello di esami disponibili, che come modalità di erogazione del servizio, in cui viene indicato il personale addetto (numero, qualifica, funzioni e responsabilità delle varie figure professionali)	B	
Il tecnico di laboratorio può trasmettere direttamente i risultati degli esami richiesti in urgenza (validazione tecnica), purchè vengano rispettati i criteri sopra stabiliti	A	
<i>Nota:</i>		
<i>requisito valido per i Laboratori Pubblici.</i>		
<i>L'elenco degli esami andrà definito in sede locale fra il Responsabile del Laboratorio ed i reparti clinici in sintonia con quanto previsto negli obiettivi programmatici delle rispettive Direzioni Aziendali</i>		
Esiste l'elenco delle prestazioni erogate con l'indicazione di quelle effettuate all'interno del Laboratorio e di quelle demandate ad altri Laboratori	A	

### PUNTI PRELIEVO ESTERNI

REQUISITI STRUTTURALI	Tempo di adeguamento	Risposta
L'area di attesa è dotata di servizi igienici dedicati all'utenza ambulatoriale e di un numero di posti a sedere che rispetti i picchi di frequenza degli accessi	0	
Il locale per il prelievo (almeno 6 mq) consente il rispetto della privacy dell'utente	0	
I locali sono dotati di pareti lavabili fino all'altezza minima di due metri, di pavimentazione idonea ad una efficace decontaminazione da inquinanti biologici	0	
In tutti i locali sono assicurate efficaci condizioni di illuminazione e di ventilazione	0	

REQUISITI TECNOLOGICI	Tempo di adeguamento	Risposta
E' presente un lettino o una poltrona prelievo	0	
E' disponibile materiale monouso per i prelievi	0	
E' presente un frigorifero per la conservazione dei materiali biologici e del materiale diagnostico	0	
Sono presenti armadi per il contenimento dei materiali di consumo	0	
Sono presenti attrezzature e materiale idoneo alla preparazione, conservazione e trasporto dei campioni biologici	0	
E' presente l'attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardiopolmonare di base di cui è controllata la funzionalità	1	

VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Tempo di adeguamento	Risposta
Sono presenti procedure per la raccolta, il trasporto e la conservazione dei campioni	A	

Sono presenti protocolli scritti per i principali collegamenti funzionali ed organizzativi	A	
Esistono documenti di servizio (regolamenti interni) concordati con i servizi competenti per i processi di sanificazione (pulizia ambiente, procedure di disinfezione e di sterilizzazione, decontaminazione, etc.)	A	
Esistono documenti di servizio (regolamenti interni) concordati con i servizi competenti circa lo smaltimento dei rifiuti	A	

## ATTIVITÀ 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.

### REQUISITI STRUTTURALI

	Tempo di adeguamento	Risposta
I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate	0	
La dotazione minima di ambienti per l'attività di diagnostica per immagini è la seguente:		
1. area di attesa dotata di un adeguato numero di posti a sedere rapportata ai volumi di attività della struttura;	0	
2. spazi adeguati per accettazione, attività amministrative ed archivio;	0	
3. servizi igienici distinti per gli operatori e per gli utenti;	1	
NB: il locale spogliatoio ed i servizi igienici ad uso dei pazienti dovranno essere funzionali e proporzionati alla tipologia di attività della struttura		
4. una sala di radiodiagnostica;	0	
5. una sala per esami di diagnostica TC;	1	
7. una sala per esami di diagnostica RM, qualora previsti;	1	
9. un locale per l'esecuzione degli esami ecografici, qualora previsti;	1	
10. un locale per la conservazione e il trattamento del materiale sensibile (camera oscura per trattamento umido o spazio per trattamento dry);	0	
NB: tale locale non sarà necessario se la struttura si data di tecnologia digitale		
11. un locale per la refertazione;	0	
12. un'area tecnica, di stretta pertinenza degli operatori medici e tecnici;	1	
13. locale/spazio per deposito materiale pulito;	1	
14. locale/spazio per deposito materiale sporco;	1	
15. un locale/spazio ad accesso controllato per la raccolta e l'immagazzinamento dei rifiuti tossici nocivi, fino al loro allontanamento;	1	

NB: tale locale non sarà necessario se la struttura si data di tecnologia digitale		
16. spazio armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni.	0	
Le strutture che erogano prestazioni di diagnostica monospecialistica o di diagnostica plurispecialistica, devono possedere requisiti strutturali adeguati alla complessità delle prestazioni erogate.		

**REQUISITI TECNOLOGICI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
La dotazione strumentale minima delle strutture di radiologia diagnostica tradizionale che utilizzano radiazioni ionizzanti prevede le seguenti presenze:		
1. generatore A.T. trifase di potenza non inferiore a 30 KW e tavolo di comando;	1	
2. tavolo ribaltabile, preferibilmente telecomandato, con serigrafo, Potter Bucky, intensificatore di brillantezza con catena televisiva;	1	
NB: tale apparecchiatura è necessaria solo qualora vengano eseguiti esami radiologici contrastografici		
3. tubo radiogeno a doppio fuoco anodo rotante;	1	
4. dotazione di primo soccorso;	1	
5. apparecchio radiologico portatile nelle strutture di ricovero;	1	
6. nelle strutture di ricovero di area medica è sufficiente un apparecchio radiologico portatile monoblocco;	1	
7. nelle strutture di ricovero di area chirurgica è necessario l'apparecchio radiologico portatile ad anodo rotante;	1	
8. un apparecchio ecografico nelle strutture di ricovero.	1	
Le prestazioni di radiologia tradizionale specialistica devono essere eseguite con apparecchiature dedicate.	0	
La dotazione strumentale minima per erogare prestazioni ecografiche è costituita da:		
1. un ecografo dotato di almeno due sonde dedicate allo studio delle parti profonde e delle parti superficiali.	0	
Le strutture che erogano prestazioni di diagnostica monospecialistica o di diagnostica plurispecialistica devono possedere requisiti tecnologici adeguati alla complessità delle prestazioni erogate.		
Le apparecchiature TAC devono essere di recente generazione con sistema spirale di rilevazione dei dati.	2	

**REQUISITI ORGANIZZATIVI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Ogni struttura erogante prestazioni di diagnostica per immagini deve possedere i seguenti requisiti organizzativi:		
Il personale sanitario laureato e/o tecnico deve essere adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate nel rispetto delle competenze professionali proprie e comunque devono essere garantiti:		
1. un medico specialista in radiodiagnostica presente per l'intero orario di apertura;	0	

<i>2. un numero di tecnici di radiologia proporzionati alla tipologia e al volume delle prestazioni;</i>	0	
<i>3. la presenza di almeno una unità infermieristica durante l'esecuzione di esami con mezzo di contrasto;</i>	0	
<i>L'attività ecografica può essere praticata in assenza del personale tecnico, oltre che dal medico radiologo, anche da un medico specialista limitatamente alla branca di appartenenza.</i>	0	
<i>Per le attività caratterizzate da complessità o specificità (in particolare per la diagnostica RM e senologica), il medico specialista deve possedere competenze specifiche, comprovate da un adeguato curriculum formativo e professionale.</i>	0	
<i>Nel caso vengano effettuati esami contrastografici con somministrazione per via parenterale di mezzi di contrasto e/o di altri farmaci, deve essere garantita la presenza di un medico specialista in anestesia e rianimazione.</i>	0	

## VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'

	Tempo di adeguamento	Risposta
Deve essere garantita la attivazione di un sistema di controllo di qualità; <i>il controllo di qualità deve essere documentato.</i>	A	
Le apparecchiature TAC ed RM devono avere una manutenzione garantita da un controllo annuale.	B	
Presso ogni struttura di diagnostica per immagini è previsto l'obbligo di comunicare all'utente, al momento della prenotazione dell'indagine diagnostica, i tempi di consegna dei referti.	A	
<i>Il referto deve essere accompagnato da adeguate documentazione iconografica per ciascuna tipologia di indagine. Prima della effettuazione delle procedure diagnostiche devono essere espletate le verifiche in particolare nel modulo di consenso informato devono chiaramente risultare espletate le seguenti procedure:</i>	A	
<i>1. la verifica dell'appropriatezza o giustificazione clinica della proposta medica;</i>		
<i>2. la impossibilità di soddisfare il quesito clinico con procedure che non erogano dose radiante al paziente;</i>		
<i>3. la impossibilità di fornire il supporto diagnostico richiesto mediante utilizzo di una stessa procedura eseguita in tempi precedenti;</i>		
<i>4. la verificata assenza di condizioni fisiologiche controindicanti l'impiego di radiazioni ionizzanti.</i>		
Esiste una procedura per la registrazione dei materiali di consumo	B	
Nel caso di una richiesta di prestazione per la quale non sia necessaria una prevalutazione della documentazione radiologica e/o clinica precedentemente eseguita, è possibile la prenotazione telefonica dell'indagine richiesta	A	
Nel caso in cui vengano eseguite attività di radiologia interventistica esiste una procedura per garantire un intervento chirurgico d'urgenza in caso di necessità	A	

Sono documentati la conoscenza e l'aggiornamento continuativo da parte di tutto il personale delle norme di protezione sanitaria da applicare anche nei confronti dei pazienti	A	
Esiste una procedura per l'informazione rivolta alla popolazione femminile di età fertile affinché dichiarino il suo possibile stato di gravidanza	A	
Esistono procedure per l'archiviazione della documentazione fotografica o digitale o su altro supporto	A	
Esiste una procedura per la valutazione dell'appropriatezza degli esami effettuati	B	
Esiste una procedura per il collegamento con i Medici di Medicina Generale per la gestione degli esami urgenti	B	
E' garantita la possibilità di ritiro dei referti oltre le ore 18 per almeno due giorni alla settimana	B	
E' garantita la possibilità di ritiro dei referti in uno sportello unico per diversi servizi diagnostici (es. servizio di radiologia, laboratorio analisi, etc.)	B	
<i>Nota:</i>		
<i>tale requisito è valido solo per le Strutture Pubbliche.</i>		

## 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. Sono inoltre impiegati, in forma "non sigillata" come tali o legati a specifiche molecole di supporto, per scopi terapeutici.

### REQUISITI STRUTTURALI

	Tempo di adeguamento	Risposta
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 nucleare è la seguente:		
1. area dedicata all'accettazione ed attività amministrative;	0	
2. è questa un'area non classificata e di libero accesso al pubblico;		
3. locale destinato all'attesa degli utenti prima della somministrazione;	1	
4. servizi igienici per gli utenti all'esterno della zona controllata;	1	
5. locale somministrazione all'utente di radio farmaci; in questo locale sono disponibili tutti i sistemi di radioprotezione e di monitoraggio previsti dall'esperto qualificato e riportati nel Regolamento Interno e tutti i sistemi di primo intervento per l'emergenza;	0	
6. sala di attesa calda per gli utenti iniettati; il modello organizzativo e le condizioni strutturali sono tali da garantire il mantenimento della dose ambientale entro i limiti di legge;	0	
7. zona filtro con locali spogliatoio differenziati;	0	
8. servizi igienici per il personale;	1	
9. servizi igienici per pazienti che hanno ricevuto somministrazione di radiofarmaci con scarichi controllati;	0	

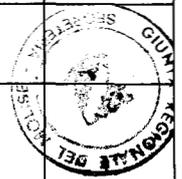
10. un locale destinato ad ospitare la gamma camera;	0	
11. camera calda - locale a pressione negativa, per stoccaggio e manipolazione radio farmaci e altri prodotti radioattivi.	1	
In caso di attività diagnostica in vitro, questa dovrà svolgersi in locali chiaramente separati dall'attività in vivo.	0	

**REQUISITI IMPIANTISTICI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
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.	0	
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.	1	
Filtri assoluti in uscita, per le aree classificate come "zona controllata".	0	

**REQUISITI TECNOLOGICI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
La dotazione tecnologica delle strutture di medicina nucleare deve prevedere:		
• adeguati sistemi di monitoraggio;	0	
• <i>i sistemi di monitoraggio e di misura delle sorgenti radioattive devono essere adeguati alle dimensioni delle risorse impiegate (area di lavoro, personale, tipo e quantità giornaliera di materiali radioattivi impiegati e/o manipolati) e della attività svolta.</i>	0	
• una gamma camera connessa con un sistema digitalizzato di acquisizione-elaborazione dati ed immagini e dotata di accessori per "scintigrafia totale corporea" e "tomografia a fotone singolo (SPET)";	1	
• dotazione minima di Pronto Soccorso;	0	
• strumentazione base di un laboratorio di analisi chimico-cliniche, in caso di attività diagnostica in vitro;	1	
• <i>la strumentazione deve comprendere anche un sistema di misura di radiazioni ionizzanti per campioni biologici;</i>	1	
• <i>strumentazioni accessoria per specifiche prestazioni dichiarate nel repertorio (sistema di erogazione di indicatori di ventilazione polmonare, cicloergometro per esami cardiologici, etc.).</i>	1	

**REQUISITI ORGANIZZATIVI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Il personale sanitario laureato e/o tecnico adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate e comunque devono essere garantite le seguenti dotazioni minime:		
• un medico specialista in medicina nucleare presente per l'intero orario di apertura;	0	

• un tecnico per postazione di lavoro attiva durante tutto l'orario di apertura;	0	
• un infermiere professionale per l'intero orario di accesso.	1	
Il personale medico operante deve possedere la specializzazione in medicina nucleare.	0	
Il personale tecnico operante su pazienti è quello regolamentato dalla Legge 31 gennaio 1983, n. 25, "Modifiche ed integrazioni alla L. 4 agosto 1965, n. 1103, e al D.P.R. 6 marzo 1968, n. 680, sulla regolamentazione giuridica dell'esercizio dell'attività di tecnico sanitario di radiologia medica" e D.M.S. 26 giugno 1994 n. 746, "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale del tecnico sanitario di radiologia medica".		
Nelle strutture con "apparecchiature complesse" deve essere disponibile il fisico sanitario.	1	

## VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'

	Tempo di adeguamento	Risposta
Deve essere garantita la attivazione di un sistema di controllo di qualità.		
Deve essere disponibile documentazione in cui è dichiarata la metodologia, la frequenza, la responsabilità del Controllo di Qualità delle risorse (strumenti, radiofarmaci, radiodiagnostici, risorse umane), dei risultati (intra- ed inter-laboratori), dei processi.	A	
I risultati ed i relativi indicatori sono conservati in apposito registro.	A	
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.	A	
Prima della effettuazione della procedura diagnostica o terapeutica devono essere espletate le verifiche (art. 111 ABROGATO) così come specificato in Requisiti Organizzativi Generali.	A	
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 terapeutica in caso di guasto alle apparecchiature.	A	
La continuità del servizio deve essere in particolare garantita per tutti gli esami diagnostici eseguiti in tempo differito rispetto alla somministrazione del radiofarmaco.	A	
Devono in oltre essere documentate le seguenti procedure:		
• per la manipolazione del materiale radioattivo	A	
• per la gestione degli stravasi e delle contaminazioni	A	
• per l'invio ad altre strutture di pazienti "caldi" in caso di mancato funzionamento della gamma-camera disponibile	A	
• per l'erogazione delle prestazioni routinarie e in emergenza/urgenza	A	
Essere disponibili protocolli organizzativi per la separazione tra aree "calde" e "fredde".	A	



## DIALISI

La dialisi è un trattamento terapeutico ambulatoriale per pazienti affetti da insufficienza renale in fase uremica, che può essere effettuato in ambito extraospedaliero e intraospedaliero.

L'attività dialitica viene erogata secondo tre livelli:

1. ad elevato impegno assistenziale, presso U.O. di Nefrologia e Dialisi in grado di garantire per tutti i giorni dell'anno, 24 ore su 24, assistenza dialitica;
2. a medio impegno assistenziale, presso centri dialisi ad assistenza decentrata;
3. a basso livello assistenziale, presso centri dialisi ad assistenza limitata.

### REQUISITI STRUTTURALI

	Tempo di adeguamento	Risposta
I centri ad elevata assistenza devono essere ubicati in presidi ospedalieri. I centri ambulatoriali a medio e basso livello assistenziale, oltre che nei presidi ospedalieri, possono essere ubicati in edifici esclusivamente dedicati alla specifica attività sanitaria, o in parti di edificio distinte da ogni altro uso per civile abitazione o altro, e devono essere dislocati in modo tale da consentire un facile accesso dei pazienti e dei mezzi di soccorso necessari per il trattamento di eventuali complicanze.	0	
I locali e gli spazi devono essere correlati al volume delle attività erogate, in numero e dimensioni tali da garantire l'adeguatezza delle prestazioni in rapporto all'utenza, e in ogni caso sono costituiti almeno da:		
• area Amministrativa - Area di accettazione ed attività amministrativa -	1	
• spazio o armadio per archivio - Area clinica -	0	
• una zona capace di consentire l'attesa seduta a tutti i pazienti di un turno;	0	
• sala dialisi con annessi spogliatoi e servizi igienici per i pazienti: la sala deve essere di dimensioni tali da permettere, sulla base dei posti dialisi contenuti (letti o poltrone-bilancia reclinabili, preparatori automatici), la mobilità del personale e, in caso di emergenza, l'accesso agevole su tre lati al paziente.	0	
E' pertanto necessario che l'area tecnica di ogni posto dialisi non sia inferiore a sette metri quadrati con uno spazio minimo di 1,5 metri tra i letti.	1	
La disposizione dei letti deve permettere un continuo controllo visivo da parte del personale addetto da un apposito spazio opportunamente attrezzato;	0	
• sala ed attrezzature dedicate al trattamento dialitico di pazienti portatori di patologie trasmissibili per via parenterale con servizi igienici annessi (tale definizione si applica a pazienti portatori dell'Antigene dell'epatite B e del virus HIV);	1	



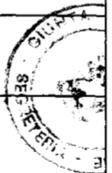
### REQUISITI TECNOLOGICI

	Tempo di adeguamento	Risposta
I requisiti tecnologici minimi sono i seguenti:		
1. sistema pesa paziente per ogni posto dialisi;	0	
2. apparecchi per dialisi singoli, predisposti per le diverse modalità depurative (uno per ogni posto dialisi, con un apparecchio di riserva ogni cinque posti dialisi);	0	
3. carrello per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore;	0	

4. frigorifero a temperatura controllata per la conservazione di farmaci;	0	
5. apparecchiature per esami di laboratorio semplici (emocromo, emogasanalisi, elettroliti).	1	

**REQUISITI ORGANIZZATIVI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Per ciascun paziente è predisposto un piano di trattamento con le indicazioni delle modalità di presa in carico, della strategia dialitica e terapeutica.	0	
I centri a media ed elevata assistenza attivano programmi per l'addestramento ed il monitoraggio clinico dei pazienti in dialisi domiciliare, per garantire uno standard minimo pari almeno al 10%, tendenziale al 20%, dei pazienti trattati.	1	
Deve essere previsto un protocollo per la gestione delle emergenze cliniche, incluso, per i centri a medio e basso livello assistenziale, il trasferimento del paziente in struttura di ricovero in caso di necessità.	1	
Devono essere stabiliti accordi, sulla base di protocolli preordinati, tra centri dialisi a basso livello assistenziale e la struttura nefrologica ospedaliera più accessibile nell'ambito territoriale.	1	
Alla immissione del paziente nel programma di terapia dialitica periodica viene raccolto il consenso informato dell'interessato, che deve essere riconfermato in caso di trasferimento ad altro centro.	1	
Per ciascun paziente, ad ogni trattamento è redatta una scheda dialitica in cui sono riportati:		
1. I dati anagrafici del paziente;	0	
2. Tipo di emofiltro utilizzato;	0	
3. Tipo di liquidi e concentrati utilizzati ;	0	
4. Farmaci somministrati;	0	
5. Trasfusioni di sangue o emoderivati eventualmente praticate;	0	
6. Variazioni di peso corporeo e parametri vitali (frequenza cardiaca e pressione arteriosa).	0	
Le schede vanno conservate per un periodo minimo di cinque anni, anche in formato elettronico qualora l'intervento dell'operatore sia sicuramente identificabile.	0	
Tutti i materiali, farmaci, confezioni soggetti a scadenza devono portare in evidenza la data della scadenza stessa.	0	
E' redatto un registro di carico e scarico di tutto il materiale sanitario in uso.	1	
Deve essere garantita una tempestiva assistenza tecnica.	0	
Il responsabile sanitario è un medico con specializzazione in nefrologia.	0	
Durante i turni di dialisi di routine è garantita la presenza di personale medico, infermieristico ed ausiliario.	0	
In particolare ogni struttura che eroga prestazioni di emodialisi deve garantire:		
1. almeno un medico con specializzazione ogni 16 pazienti, presente durante le ore di trattamento nei centri ad elevato e medio impegno assistenziale	1	



2. un medico con specializzazione, disponibile durante le ore di trattamento nei centri a basso livello assistenziale;	1	
3. almeno un infermiere professionale ogni 3 pazienti;	2	
4. almeno un OTA ogni 13 pazienti;	2	
5. disponibilità di assistenza tecnica.	1	
Nei centri ad elevato e medio impegno assistenziale, un medico con specializzazione ogni 25 pazienti in trattamento di dialisi peritoneale ed un infermiere ogni 15.	1	

## VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'

	Tempo di adeguamento	Risposta
<b>CENTRO DIALISI AMBULATORIALE</b>		
Esiste una procedura formalizzata per l'accesso alla terapia dialitica sia programmata che in urgenza	A	
Vengono prodotte informazioni scritte sulla tipologia di prestazioni del servizio	A	
Esiste una attività ambulatoriale ad accesso diretto per la presa in carico del paziente affetto da insufficienza renale cronica	A	
Esistono precisi protocolli per l'inizio del trattamento dialitico secondo linee guida validate nazionali o internazionali	A	
Esistono procedure per il controllo dei rischi ed un piano di prevenzione	A	
Viene effettuata una valutazione periodica dell'uso delle risorse materiali (es. farmaci)	A	
Esiste un protocollo di vaccinazione per l'epatite	A	
Esistono procedure per il monitoraggio degli accessi vascolari, anche in collegamento con il Centro Regionale di riferimento secondo linee guida validate nazionali o internazionali	A	
Viene valutata periodicamente la condizione psico-sociale del paziente da figure professionali specializzate	B	
Sono adottati indicatori di adeguatezza dialitica secondo linee guida validate nazionali o internazionali	A	
Esiste un protocollo di trattamento dell'anemia	A	
Vengono monitorizzati i seguenti indicatori:		
· sieroconversioni HBV e HCV/anno		
· n° trasfusioni/paziente/anno		
· n° giorni di ricovero/paziente dializzato/anno		
· n° episodi di edema polmonare/paziente/anno		
· n° colture positive dell'acqua e bagno dialisi/totale colture		
· dose eritropoietina/paziente/anno (in base a target validati secondo linee guida nazionali o internazionali)	A	
Esiste un'attività ambulatoriale dedicata e ad accesso diretto per i pazienti in dialisi domiciliare	A	
Esiste un collegamento funzionale tra nefrologo del centro e medici di medicina generale (scheda paziente, riunioni periodiche)	B	
Tutto il personale è coinvolto nella stesura e diffusione di protocolli, procedure e linee guida	A	

<b>CENTRO DIALISI OSPEDALIERO</b>		
Esiste una procedura formalizzata per l'accesso alla terapia dialitica sia programmata che in urgenza nel Centro, nel CAL e nel CAD di competenza	<b>A</b>	
Nel Centro, nel CAL e nel CAD di competenza vengono prodotte informazioni scritte, sulla tipologia di prestazioni del servizio e le modalità di erogazione per le Unità Operative dell'Ospedale e per i Servizi Territoriali	<b>A</b>	
Nel Centro, nel CAL e nel CAD di competenza esiste una attività ambulatoriale ad accesso diretto per la presa in carico del paziente affetto da insufficienza renale cronica	<b>A</b>	
Nel Centro, nel CAL e nel CAD di competenza esistono precisi protocolli per l'inizio del trattamento dialitico secondo linee guida validate nazionali o internazionali	<b>A</b>	
Esiste un percorso agevolato per l'accesso del paziente dializzato/trapiantato ai servizi diagnostici	<b>B</b>	
Esistono procedure per il controllo dei rischi ed un piano di prevenzione	<b>A</b>	
Viene effettuata una valutazione periodica dell'uso delle risorse materiali (es. farmaci)	<b>A</b>	
Esiste un protocollo di vaccinazione per l'epatite B	<b>A</b>	
Esistono procedure per la creazione ed il monitoraggio degli accessi vascolari, anche in collegamento con il Centro Regionale di riferimento secondo linee guida validate nazionali o internazionali	<b>A</b>	
Esistono procedure per il posizionamento e la gestione del catetere peritoneale	<b>A</b>	
Viene valutata periodicamente la condizione psico-sociale del paziente da figure professionali specializzate	<b>B</b>	
Sono adottati indicatori di adeguatezza dialitica	<b>A</b>	
Viene garantito il posizionamento di cateteri venosi centrali	<b>A</b>	
Esiste un protocollo di trattamento dell'anemia	<b>A</b>	
Vengono monitorizzati i seguenti indicatori:		
· sieroconversioni HBV e HCV/anno		
· n° trasfusioni/paziente/anno		
· n° giorni di ricovero/paziente dializzato/anno		
· n° episodi di edema polmonare/paziente/anno		
· n° colture positive dell'acqua e bagno dialisi/totale colture		
· dose eritropoietina/paziente/anno (in base a target validati secondo linee guida nazionali o internazionali)	<b>A</b>	
Esiste un'attività ambulatoriale dedicata e ad accesso diretto per i pazienti con trapianto renale	<b>A</b>	
Esiste un'attività ambulatoriale dedicata e ad accesso diretto per i pazienti in dialisi domiciliare	<b>A</b>	
Esiste un collegamento funzionale tra nefrologo del Centro e Medici di Medicina Generale (es.: scheda paziente, riunioni periodiche, etc.)	<b>B</b>	



Il nefrologo dedicato alla dialisi domiciliare coordina gli interventi assistenziali, assicura un piano assistenziale individuale e periodici incontri tra le figure professionali e le altre strutture coinvolte (Medici di Medicina Generale, infermiere, psicologo, assistente sociale, ADI, RSA) e con i familiari	A	
Tutto il personale è coinvolto nella stesura e diffusione di protocolli, procedure e linee guida	A	
Vengono rispettati i criteri di attribuzione dei pazienti al Centro Dialisi più vicino alla residenza	A	
Esiste l'elenco degli esami periodici di controllo effettuati ai pazienti	A	
Esiste un prospetto riepilogativo mensile delle tipologie di trattamento dialitico eseguite	A	
<b>CENTRO DIALISI ASSISTENZA LIMITATA E CENTRO DIALISI ASSISTENZA DECENTRATA</b>		
Esiste un percorso organizzativo facilitato per l'accesso del paziente dializzato ai servizi diagnostici	A	
Esistono procedure per il controllo dei rischi ed un piano di prevenzione	A	
Viene effettuata una valutazione periodica dell'uso delle risorse (materiali e farmaci)	A	
Esiste un protocollo di vaccinazione per l'epatite B	A	
Esistono procedure codificate per la creazione ed il monitoraggio degli accessi vascolari, anche in collegamento con il Centro Regionale di riferimento secondo linee guida validate nazionali o internazionali	A	
Esistono procedure codificate per il posizionamento e la gestione del catetere peritoneale secondo linee guida validate nazionali o internazionali	A	
Viene valutata periodicamente la condizione psico-sociale del paziente da figure professionali specializzate	B	
Sono adottati indicatori di adeguatezza dialitica secondo linee guida validate nazionali o internazionali	A	
Esiste un protocollo di trattamento dell'anemia	A	
Vengono monitorizzati i seguenti indicatori:	B	
· Sieroconversione HBV e HCV/anno		
· n° trasfusioni/paziente/anno		
· n° giorni di ricovero/paziente dializzato/anno		
· n° episodi di edema polmonare/paziente/anno		
· n° colture positive dell'acqua e bagno dialisi/totale colture		
· dose eritropoietina/paziente/anno		

## CARDIOLOGIA

Le strutture organizzative che erogano prestazioni di cardiologia svolgono indagini cliniche e strumentali ai fini diagnostici e/o di indirizzo terapeutico, utilizzando metodi fisici, per lo studio della struttura e della funzione del cuore e dell'albero circolatorio.

### REQUISITI STRUTTURALI

Tempo di adeguamento	Risposta
----------------------	----------

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.		
Deve comunque essere garantita la presenza delle seguenti dotazioni minime:		
• un locale/spazio per la conservazione e il trattamento del materiale sensibile;	0	
• un'area tecnica, di stretta pertinenza del personale.	0	
Nel caso in cui vengano erogate prestazioni di ecocardiografia e di ergometria devono essere garantiti, inoltre, i requisiti di seguito riportati.		
<b>ECOCARDIOGRAFIA</b>		
Per le strutture organizzative che effettuano Ecocardiografia Transesofagea ed Ecostress, la sala per l'esecuzione della prestazioni deve essere di dimensioni adeguate a consentire facile accesso ad almeno due operatori, a facilitarne il movimento in caso di manovre rianimatorie e ad ospitare le ulteriori attrezzature specifiche.	0	
<b>ERGOMETRIA</b>		
La sala per l'esecuzione della prestazioni deve essere di dimensioni adeguate a consentire facile accesso ad almeno due operatori, a facilitarne il movimento in caso di manovre rianimatorie e ad ospitare le ulteriori attrezzature specifiche.	0	

**REQUISITI TECNOLOGICI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
La dotazione strumentale minima degli ambulatori specialistici di cardiologia prevede diverse tipologie a seconda dei settori diagnostici. Si riportano nel seguito le dotazioni proprie dei settori di Ecocardiografia, Ergometria, Elettrocardiografia dinamica.		
<b>ECOCARDIOGRAFIA:</b>		
Ecocardiografo Monodimensionale e Bidimensionale, con sistema Doppler pulsato, continuo ed a codice di colore, dotato di almeno due sonde, una a bassa ed una ad alta frequenza, con sistema automatico interno di misurazioni e con monitoraggio elettrocardiografico.	0	
Per le strutture che effettuano Ecocardiografia Transesofagea ed Ecostress deve essere presente un elettrocardiografo a 3 canali e devono essere disponibili tutti i dispositivi atti alla rianimazione cardiopolmonare.	1	
Per le strutture che effettuano Ecostress, inoltre, deve essere disponibile uno sfigmomanometro a mercurio montato su colonna, mobile, con bracciali di varie dimensioni.	1	
<b>ERGOMETRIA</b>		
Poligrafo con monitor minimo 3 canali monitorati in continuo e 12 derivazioni visualizzabili;	0	
possibilità di stampa immediata di ecg 12 derivazioni;	0	
Sfigmomanometro a mercurio montato su colonna, mobile, con bracciali di varie dimensioni;	0	

Pedana scorrevole (elevazione fino al 20%, velocità incrementabili, pedana > 127x40 cm, posapiedi laterali, ringhiera frontale e laterale, bottone per arresto d'emergenza, presa d'alimentazione dedicata) e/o cicloergometro a freno elettromagnetico (almeno 300 Watt di potenza). Devono essere disponibili tutti i dispositivi atti alla rianimazione cardiopolmonare.	0	
<b>ELETTROCARDIOGRAFIA DINAMICA:</b>		
Analizzatore per ecg dinamico - 4 registratori per ecg dinamico	1	
Elettrocardiografo a 3 canali (in dotazione alla struttura cardiologica e disponibile per il tempo necessario per l'esecuzione delle prestazioni di elettrocardiografia dinamica).	0	

**REQUISITI ORGANIZZATIVI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Il personale sanitario deve essere adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate a seconda dei vari settori ed in particolare devono essere garantite, per ogni settore di attività, le seguenti presenze.		
<b>ECOCARDIOGRAFIA</b>		
Deve essere garantita:		
la presenza di un cardiologo per l'intero orario di attività;	0	
la presenza di una unità infermieristica per l'intero orario di apertura.	A	
<b>ERGOMETRIA</b>		
Deve essere garantita:		
la presenza di un cardiologo per l'intero orario di attività;	0	
la presenza contemporanea di un'unità infermieristica.	A	
<b>ELETTROCARDIOGRAFIA DINAMICA</b>		
Durante il montaggio dell'apparecchiatura deve essere garantita:		
la presenza di un'unità infermieristica;	1	
la disponibilità di un cardiologo.	0	

**VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Esiste una planimetria del Laboratorio esposta e ben visibile	A	
Sono disponibili procedure aggiornate per l'uso delle metodiche diagnostiche effettuate:	A	
Sono disponibili e vengono applicate procedure per le attività diagnostiche non invasive effettuate	A	
Qualora si effettui attività ecografica con sonda transesofagea e vascolare, è disponibile la procedura	A	
Le registrazioni e le copie dei referti sono conservate secondo le modalità sancite dalla normativa vigente	A	

## ENDOSCOPIA

Le attività di endoscopia si caratterizzano per l'accesso alla cavità da esplorare che può essere o un orifizio naturale o un accesso chirurgico percutaneo. Nel caso di endoscopia tramite accesso chirurgico percutaneo valgono i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi definiti per la chirurgia ambulatoriale e/o per la day surgery, in riferimento alla complessità delle procedure.

Le attività di endoscopia che utilizzano gli orifizi naturali (endoscopia digestiva, ginecologica, otorinolaringoiatrica, tracheobronchiale, urologica) sono eseguibili sia in ambito ambulatoriale intra- ed extraospedaliero, che di ricovero.

Le strutture organizzative che erogano prestazioni di endoscopia svolgono indagini strumentali a fini diagnostici e/o terapeutici mediante strumentazione specificatamente dedicata a cui possono essere associate altre strumentazioni a scopo diagnostico (radiazioni ionizzanti o ultrasuoni) o terapeutico (sorgenti diatermiche, laser o altre).

In ambito ambulatoriale sono erogabili, valutate le condizioni cliniche del paziente da parte del medico competente, tutte le prestazioni individuate nel nomenclatore tariffario regionale connesse all'attività diagnostica e terapeutica di base.

Nello specifico vengono individuati i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi necessari per l'erogazione di prestazioni di endoscopia che utilizzano orifizi naturali.

### REQUISITI STRUTTURALI

	Tempo di adeguamento	Risposta
I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate.		
Devono comunque essere assicurate le seguenti dotazioni minime:		
1. una sala per endoscopia, con spogliatoio e servizio igienico dedicato;	0	
2. un locale/spazio dedicato per il risveglio/osservazione;	0	
3. un locale/spazio adeguato per lavaggio ed alta disinfezione degli strumenti;	1	
4. un locale/spazio per la sterilizzazione ovvero deve essere garantito l'accesso regolamentato al Servizio di sterilizzazione per gli strumenti ed accessori sterilizzabili;	1	
5. accesso regolamentato, se richiesto dalla specifica procedura, ad una sala radiologica idonea o disponibilità nella sala endoscopica delle risorse tecnologiche e professionali di diagnostica radiologica, secondo la normativa vigente.	1	

### REQUISITI IMPIANTISTICI

	Tempo di adeguamento	Risposta
Oltre i requisiti generali di sicurezza e protezione, devono essere previsti i seguenti requisiti impiantistici.		
1. la sala per endoscopia deve essere dotata di condizionamento ad aria avente gli stessi requisiti previsti per il condizionamento della sala operatoria di chirurgia ambulatoriale;	2	
2. il locale/spazio per lavaggio ed alta disinfezione deve essere dotato di lavello in acciaio inox fornito di acqua calda e fredda con rubinetteria non manuale;	1	

3. una cappa aspirante nell'ambiente di pulizia-disinfezione degli endoscopi per la protezione dai vapori (es. glutaraldeide), qualora non si disponga di sistemi di lavaggio-disinfezione a circuito chiuso.	1	
---	---	--

**REQUISITI TECNOLOGICI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
La dotazione di strumenti ed accessori deve essere correlata alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate e, comunque, devono essere assicurate, nei settori di Endoscopia Digestiva e Tracheobronchiale, le seguenti dotazioni strumentali e tecnologiche:		
1. un numero di endoscopi, fonti di luce, accessori tale da permettere il completamento delle indagini terapeutiche anche in caso di guasti o rotture improvvisi;	0	
2. un saturimetro digitale per sala endoscopica;	1	
3. un lavaendoscopi o idonea attrezzatura per alta disinfezione;	1	
4. un carrello per la gestione delle emergenze completo di attrezzatura per monitoraggio cardiovascolare e respiratorio.	0	

**REQUISITI ORGANIZZATIVI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Il personale sanitario deve essere adeguato al volume ed alla tipologia delle prestazioni erogate e, comunque, devono essere garantite le seguenti presenze minime:		
1. un medico con specializzazione presente per l'intero orario di attività;	0	
2. due unità infermieristiche per l'intero orario di apertura.;	1	
3. la disponibilità di un medico anestesista in caso di emergenze.	1	

**VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Deve essere garantita la alta disinfezione della strumentazione.	A	
Il raggiungimento dell'alta disinfezione degli endoscopi e degli accessori deve essere periodicamente verificata ed i risultati registrati	A	
Deve essere garantita l'esistenza di procedure che affrontino il possibile verificarsi di malfunzionamenti della strumentazione durante le operazioni.	A	
Deve essere prevista la presenza di un documento che preveda i processi da attivare in caso di guasti o rotture improvvisi delle apparecchiature durante l'esecuzione di indagini diagnostiche.	A	

**MEDICINA DELLO SPORT**

Per attività di medicina dello sport si intende l'erogazione, a livello ambulatoriale, di prestazioni di natura sanitaria dirette alla prevenzione nei confronti di chi pratica l'attività sportiva agonistica dell'età evolutiva.

REQUISITI STRUTTURALI	Tempo di adeguamento	Risposta
I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate. Il loro numero e la loro dimensione devono garantire la adeguatezza delle prestazioni in rapporto al bacino di utenza. Restano validi e considerati limiti inderogabili i minimi indicati dalle vigenti norme in materia di sicurezza e igiene del lavoro.		
Devono comunque essere previsti i seguenti requisiti:		
• locale/i per visite mediche,	0	
• appositi spazi per attività diagnostiche e strumentali.	0	

REQUISITI TECNOLOGICI	Tempo di adeguamento	Risposta
La dotazione di strumenti ed accessori deve essere correlata alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate, e comunque devono essere assicurati almeno i seguenti requisiti minimi:		
1. Elettrocardiografo con monitor;	1	
2. <i>Ecocardiografo;</i>	2	
3. <i>Cicloergometro almeno a freno elettromagnetico; Registratore per ECG dinamico, con indicazione dell'ambulatorio che effettua la lettura;</i>	2	
4. Ergometro a manovella o a rullo;	1	
5. Spirografo;	0	
6. Metronomo;	1	
7. Bilancia;	0	
8. Altimetro;	0	
9. Scalino graduabile (30-40-50 cm);	0	
10. Ottotipo luminoso;	0	
11. Tavole di Hishihara;	0	
12. <i>Audiometro;</i>	1	
13. <i>Elettroencefalografo: in caso di assenza è ammesso l'utilizzo di altra struttura sanitaria;</i>	1	
14. <i>Apparecchiatura per esame standard delle urine e per emocromo e glicemia: in caso di assenza è ammesso l'utilizzo di altra struttura sanitaria;</i>	1	
15. <i>Oftalmoscopio;</i>	0	
16. <i>Otoscopio;</i>	0	
17. Carrello per l'emergenza, completo di attrezzatura per monitoraggio e supporto della funzione cardiovascolare e respiratoria.	0	

REQUISITI ORGANIZZATIVI	Tempo di adeguamento	Risposta
Il personale sanitario laureato e/o tecnico deve essere adeguato al volume ed alla tipologia delle prestazioni erogate, e comunque devono essere garantiti:	0	
1. un medico con specializzazione;	0	
2. assistenza infermieristica durante le ore di accesso alle prestazioni.	0	

VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Tempo di adeguamento	Risposta
Sono disponibili procedure aggiornate per l'uso delle metodiche diagnostiche effettuate;	A	
Le registrazioni e le copie dei referti sono conservate secondo le modalità sancite dalla normativa vigente.	A	

## ODONTOIATRIA

*Tali requisiti, per quanto non specificamente indicato, vanno ad integrarsi con i requisiti di accreditamento di cui al punto Ambulatori specialistici*

### REQUISITI STRUTTURALI

REQUISITI STRUTTURALI	Tempo di adeguamento	Risposta
Devono essere assicurati i seguenti requisiti:		
1. nei locali di attesa e lavoro devono essere assicurati di norma la ventilazione ed illuminazione naturali;	0	
2. locale per l'esecuzione delle prestazioni, che garantisca il rispetto della privacy dell'utente, non inferiore a 9 mq per riunito odontoiatrico, da elevarsi ad 11 mq se comprensivo della zona di sterilizzazione;	0	
3. spazi per attesa, accettazione ed attività amministrativa;	0	
4. servizi igienici distinti per utenti e personale (per le strutture esistenti e qualora il numero dei dipendenti non superi le due unità, il bagno può essere condiviso con gli utenti, a condizione che l'accessibilità all'unico servizio igienico avvenga dalla sala d'attesa o dalle parti comuni delle strutture e non sia in diretta comunicazione con i locali dove vengono eseguite le prestazioni);	1	
5. lavello destinato al lavaggio degli operatori ad erogazione non manuale;	0	
6. spazio materiale sporco;	0	
7. spazio materiale pulito;	0	
8. spazi o armadi per deposito di materiale d'uso, attrezzature e strumentazioni;	0	
9. superficie complessiva non inferiore a 50 mq.	1	



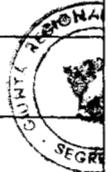
### REQUISITI TECNOLOGICI

REQUISITI TECNOLOGICI	Tempo di adeguamento	Risposta
Devono essere garantiti i seguenti requisiti minimi:		
1. poltrona riunito odontoiatrico, provvisto di turbina, micromotore, siringa aria/acqua, cannula di aspirazione, lampada alogena;	0	
2. carrello per la gestione dell'emergenza;	0	
3. almeno un apparecchio radiologico per l'esecuzione degli RX endorali, in regola con la normativa vigente in materia di radioprotezione;	0	
<i>Nota:</i>		
<i>tale requisito non è applicabile nel caso in cui vengano svolte esclusivamente attività di ortognatodonzia</i>		

4. una vasca ad ultrasuoni	0	
<i>Nota:</i>		
<i>tale requisito non è applicabile nel caso in cui la struttura usufruisca di un servizio di sterilizzazione centralizzato o appaltato</i>		
5. autoclave per la sterilizzazione dello strumentario, idonea alla sterilizzazione di dispositivi medici, che risponde alla direttiva europea 93/42/CEE relativa ai dispositivi medici	0	
<i>Nota:</i>		
<i>tale requisito non è applicabile nel caso in cui la struttura usufruisca di un servizio di sterilizzazione centralizzato o appaltato purchè risponda ai requisiti del capitolo 6.13</i>		
6. Imbustatrice	0	

**REQUISITI ORGANIZZATIVI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Devono essere assicurati i seguenti requisiti organizzativi minimi:		
E' individuato un Dirigente sanitario responsabile della struttura che garantisca l'organizzazione tecnico-sanitaria:	0	
Durante lo svolgimento della attività odontoiatrica è presente almeno un odontoiatra o un medico autorizzato all'esercizio della professione odontoiatrica;	0	
Durante lo svolgimento della attività odontoiatrica è presente personale con mansioni di assistenza alla poltrona;	0	
Le prestazioni di igiene orale sono effettuate da odontoiatri e/o medici abilitati all'esercizio della professione odontoiatrica e/o igienisti dentali;	0	
tutti i materiali, farmaci, confezioni soggetti a scadenza, devono portare in evidenza la data della scadenza;	0	
le prestazioni effettuate devono essere registrate e corredate dalle generalità riferite dall'utente;	0	
le registrazioni e le copie dei referti vanno conservate secondo le modalità ed i tempi sanciti dalla normativa vigente.	0	

**VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Esistono e vengono seguiti protocolli dettagliati (secondo linee guida aggiornate e basate sui risultati della ricerca scientifica) e procedure di verifica del corretto funzionamento dell'autoclave secondo quanto indicato dalle norme armonizzate alla direttiva europea 94/42/CEE	A	
<i>Nota:</i>		
<i>l'efficacia deve essere documentata e comprovata anche dalla documentazione tecnica allegata ad ogni strumento utilizzato dalle procedure di cui sopra</i>		

Devono essere documentati i controlli e le verifiche del processo di sterilizzazione. Annualmente, l'apparecchiatura deve essere certificata nella concordanza dei parametri di temperatura e pressione registrati all'interno della camera di sterilizzazione con quelli predeterminati dalla casa conduttrice.	<b>B</b>	
<i>Nota :</i>		
<i>tale requisito non è applicabile nel caso in cui la struttura usufruisca di un servizio di sterilizzazione centralizzato o appaltato.</i>		

## AMBULATORIO DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE

Per attività di medicina fisica e di riabilitazione si intende l'utilizzazione a scopo diagnostico-terapeutico e riabilitativo degli agenti materiali (acqua, elettricità, luce, freddo e caldo) oppure del movimento della pressione (ginnastica, massaggi), connessi al trattamento di disabilità minimali, segmentarie e/o transitorie che non richiedano la presa in carico globale della persona. Tali prestazioni sono effettuate in ambito ambulatoriale intra- ed extraospedaliero.

### REQUISITI STRUTTURALI

	Tempo di adeguamento	Risposta
I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate. Il loro numero e la loro dimensione devono garantire la adeguatezza delle prestazioni in rapporto al bacino di utenza. Restano validi e considerati limiti inderogabili i minimi indicati dalle vigenti norme in materia di sicurezza e igiene del lavoro e abbattimento delle barriere architettoniche. Devono comunque essere previsti i seguenti requisiti minimi:		
La superficie del locale adibito ad ambulatorio deve essere non inferiore a mq 12 e deve essere possibile l'accesso a pazienti in carrozzina o che utilizzano deambulatori o altri ausili per la deambulazione;	<b>0</b>	
stanze (o box di dimensioni contenute) per attività di terapia fisica e strumentale e manipolazioni articolari.	<b>0</b>	
Ogni box, deve avere superficie non inferiore a 6 mq, con pareti fisse/mobili, non a tutta altezza, ma comunque idonei a garantire la privacy del paziente, la sosta e l'eventuale primo soccorso.	<b>0</b>	
Il locale deve avere superficie non inferiore a 9 mq.	<b>0</b>	

### REQUISITI TECNOLOGICI

	Tempo di adeguamento	Risposta
La dotazione strumentale deve essere correlata quantitativamente e qualitativamente alle diverse tipologie di attività e volume di prestazioni erogate, assicurandone uno svolgimento sicuro, efficace, efficiente.		
In particolare devono essere assicurate:		
1. attrezzature, risorse tecnologiche e presidi necessari allo svolgimento delle varie tipologie di prestazioni erogate per attività individuali e/o di gruppo;	<b>0</b>	
2. attrezzature elettromedicali per la terapia fisica e strumentale di supporto e complemento all'esercizio terapeutico;	<b>0</b>	

3. carrello per la gestione dell'emergenza con la dotazione necessaria per la rianimazione cardiopolmonare;	1	
4. lettino ad altezza regolabile e larghezza minima non inferiore a cm 85;	0	
5. carrozzina disponibile a necessità (anche in comune con altri ambulatori).	0	

**REQUISITI ORGANIZZATIVI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Il personale sanitario laureato e/o tecnico deve essere adeguato alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate. Comunque devono essere garantiti:		
1. un medico specialista in fisiatria o nelle branche specialistiche inerenti l'attività riabilitativa svolta nel presidio, limitatamente alla branca di appartenenza;	0	
2. un tecnico della riabilitazione in possesso dei requisiti necessari per lo svolgimento della specifica attività durante l'orario di apertura;	0	
3. la presenza di una unità infermieristica e/o tecnico assistenziale durante l'orario di accesso, in relazione alla specifica necessità del paziente;	A	
4. l'assistenza infermieristica e tecnico assistenziale deve essere documentata.	A*	
Ogni ambulatorio deve dichiarare la tipologia delle prestazioni erogate, con riferimento al nomenclatore tariffario.	A	
La cartella ambulatoriale deve contenere quale set minimo di dati: l'individuazione e valutazione dello spettro di menomazioni e di disabilità, del relativo gradiente di modificabilità, gli obiettivi individuati e i risultati attesi, l'individuazione degli strumenti terapeutici più idonei (progetto/programma riabilitativo), gli obiettivi e i risultati raggiunti.	A	
I dati rilevati devono essere disponibili almeno semestralmente.	A	

**CENTRI AMBULATORIALI DI RIABILITAZIONE**

I centri ambulatoriali di riabilitazione svolgono attività di recupero e rieducazione funzionale con un trattamento della condizione di menomazione e/o disabilità che richiede un contestuale apporto multidisciplinare medico, psicologico e pedagogico.

I centri ambulatoriali di riabilitazione eseguono prestazioni finalizzate a prevenire, ritardare e ridurre le conseguenze di esiti disabilitanti.

Le prestazioni erogate da tali centri si differenziano dalle attività ambulatoriali specialistiche, di cui al D.M. 22 luglio 1996 "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe" s.m.i., per la presa in carico multidisciplinare del soggetto disabile tramite il progetto riabilitativo individuale.

Si caratterizzano per:

- media complessità degli interventi sanitari: trattamenti che richiedono un apporto contestuale multidisciplinare, diretti alla cura di patologie o stati morbosi con quadro clinico-funzionale di media gravità ed in cui i percorsi riabilitativi richiedono una progettualità complessa, con la definizione di un progetto riabilitativo individuale
- impegno complessivo, per seduta dell'èquipe multidisciplinare, non inferiore all'ora per ogni singolo paziente.

Oltre ai requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi generali, previsti per gli ambulatori di medicina fisica e riabilitazione, i Centri devono possedere, in relazione alla specificità del trattamento

riabilitativo, i seguenti requisiti organizzativi:

REQUISITI ORGANIZZATIVI	Tempo di adeguamento	Risposta
Il Direttore responsabile è un medico specialista in medicina fisica e riabilitazione o disciplina equipollente e/o affine o nella branca relativa all'attività esercitata.	0	
Il Direttore responsabile, o comunque un medico, è presente al momento dell'esecuzione di terapie che comportino potenziali rischi per gli utenti.	0	
Equipe pluridisciplinare composta da:	0	
1. personale medico specialista;		
2. da personale dell'area psicologica e pedagogica;		
3. tecnici della riabilitazione;		
4. educatori e personale di assistenza sociale;		
Per ogni singolo paziente deve essere redatto un Progetto Riabilitativo, con monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni della disabilità, da parte dell'equipe multiprofessionale comprendente uno o più programmi terapeutici;	0	
Devono essere garantiti una adeguata informazione e l'accesso familiare alla struttura nonché specifico addestramento prima del rientro del paziente al proprio ambiente di vita;	1	
I centri ambulatoriali funzionano per 7/8 ore giornaliere e per 5 giorni alla settimana.	0	

VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Tempo di adeguamento	Risposta
E' chiaramente formalizzata la procedura che consente all'utente (o ai familiari aventi diritto) di ottenere informazioni sulle sue condizioni	A	
Sono previste procedure scritte per la protezione da rischi legati a sollevamenti e posture nell'assistenza agli ospiti	A*	
E' effettuata all'ingresso, alla dimissione e periodicamente, in caso di presa in carico prolungata, la valutazione funzionale con strumenti validati	A	
Esiste una procedura per garantire la continuità assistenziale alla conclusione del progetto riabilitativo che preveda la comunicazione al medico curante e, se necessario, l'addestramento dei familiari e l'acquisizione dei materiali per il proseguimento delle cure a domicilio.	A*	
Nel caso di Centri Ambulatoriali di Riabilitazione Privati la procedura prevede l'attivazione dei competenti organi degli Enti Pubblici per quanto concerne la fornitura dei materiali e la continuità assistenziale	A	
Ciascun ospite ha una cartella o scheda su cui ogni operatore annota cure e trattamenti	A	
La documentazione clinica viene periodicamente sottoposta a revisione della completezza ed adeguatezza	B	
E' stato identificato per ogni utente un case-manager responsabile del percorso assistenziale di struttura e dei rapporti con i familiari	B	

Sono disponibili e vengono applicati protocolli diagnostico-terapeutici per le principali patologie trattate, basati, ove disponibili, su evidenze scientifiche di efficacia	B	
E' effettuata periodicamente la revisione del grado di applicazione dei protocolli diagnostico-terapeutici	B	
Esistono procedure scritte per la formulazione dei piani di trattamento che devono essere redatti e verificati dall'equipe multi-disciplinare e devono contenere:	B	
· modalità di effettuazione delle valutazioni (test clinici e strumentali)		
· modalità di effettuazione degli interventi riabilitativi · modalità di valutazione dei risultati attesi		
E' prevista la consulenza protesica	A	
Sono adottate misure per facilitare l'orientamento (es. codici colore)	B	
Vengono adottate tutte le necessarie misure per la prevenzione degli infortuni di utenti e operatori (eliminazione di piastrelle rotte, spigoli, manovelle sporgenti dei letti; uso di sostanze-dispositivi antisdrucchiolo etc.).	A	

## PRESIDI AMBULATORIALI DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE

Sono considerati presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale le strutture che forniscono prestazioni orientate alla prevenzione dei danni secondari nelle patologie disabilitanti o a rischio di sviluppo delle disabilità e al trattamento delle disabilità minimali, segmentarie e/o transitorie.

Possano essere ospedalieri o territoriali.

Essi svolgono attività specialistiche ambulatoriali (di cui al D.M. 22.7.1996 s.m.i., cit.) nei confronti dei soggetti esterni, anche a domicilio.

Si caratterizzano per:

- bassa complessità degli interventi sanitari (trattamenti che non richiedono la presa in carico globale della persona)
- durata del singolo intervento inferiore all'ora.

### REQUISITI STRUTTURALI

	Tempo di adeguamento	Risposta
I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate. Il loro numero e la loro dimensione devono garantire la adeguatezza delle prestazioni in rapporto al bacino di utenza.	0	
La struttura garantisce sempre la completa fruibilità degli spazi da parte di tutti i possibili utenti affetti dalle diverse tipologie di disabilità.	0	
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.	0	
Deve essere garantita la privacy degli utenti.	0	
I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate.	0	

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.	0	
Devono comunque essere previsti i seguenti requisiti:		
• aree attrezzate per attività di gruppo (palestra) di almeno mq 45 per l'esercizio terapeutico contemporaneo di 10 pazienti;	0	
Per ogni paziente contemporaneo in più la superficie della palestra dovrà presentare un incremento di mq 4.	1	
• aree attrezzate per attività individuali (motorie, respiratorie, neuropsicologiche, ecc.);	0	
• stanze (o box di dimensioni contenute) per attività di massoterapia, terapia fisica e strumentale e manipolazioni articolari.	0	
Ogni box, deve avere superficie non inferiore a 6 mq., con pareti fisse/mobili, non a tutta altezza, ma comunque idonei a garantire la privacy del paziente, la sosta e l'eventuale primo soccorso.	0	
• area attrezzata per il trattamento, qualora previsto, dei disturbi comunicativi/integrativi;	1	
• area dedicata ad ambulatori medici per visite specialistiche e valutazioni cliniche diagnostico-prognostiche attinenti alle patologie trattate di almeno mq 36;	1	
• servizi igienici per disabili;	0	
• i servizi igienici per gli utenti devono essere distinti da quelli per il personale;	1	
• il servizio per gli utenti deve essere limitrofo alla sala d'attesa;	1	
• servizi igienici e spogliatoi per gli operatori;	1	
• spogliatoi per i pazienti;	1	
• spazi per l'attesa, accettazione, attività amministrative, attività di segreteria ed archivio, adeguati alle patologie e al volume di attività previste. Lo spazio per l'attesa deve essere dotato di un adeguato numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza degli accessi.	0	
• spazio/locali separati per deposito materiale pulito e sporco;	1	
• spazio/armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni.	0	

### REQUISITI TECNOLOGICI

	Tempo di adeguamento	Risposta
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;	0	
• presidi necessari e risorse tecnologiche atti allo svolgimento di prestazioni da parte dei medici specialisti e degli altri operatori professionali della riabilitazione;	0	

• attrezzature e presidi per realizzare le varie tipologie di esercizio terapeutico e di rieducazione funzionale negli ambienti dedicati, per attività individuali e/o di gruppo;	0	
• attrezzature elettromedicali per la terapia fisica e strumentale di supporto e complemento all'esercizio terapeutico;	1	
• attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardio-polmonare.	1	

**REQUISITI ORGANIZZATIVI**

	Tempo di adeguamento	Risposta
Le attività di recupero e riabilitazione funzionale sono caratterizzate da modalità di lavoro di gruppo, <i>in maniera tale da garantire le prestazioni in forma coordinata ed integrata.</i>		
Si deve garantire la globale presa in carico per tutto l'iter terapeutico previsto; la dotazione organica del personale è rapportata alla tipologia della struttura ed al volume delle prestazioni rese e, <i>comunque, devono essere garantiti:</i>		
• <i>un medico specialista in medicina fisica e riabilitazione o disciplina equipollente e/o affine;</i>	0	
• <i>tecnici della riabilitazione in possesso dei requisiti necessari per lo svolgimento della specifica attività, per l'intero orario di apertura;</i>	1	
• <i>assistenza infermieristica e tecnico assistenziale, in relazione alle necessità del paziente, durante l'orario di accesso alle prestazioni;</i>	1	
<i>La disponibilità, ove richiesta dal progetto riabilitativo, di competenze psicologiche e pedagogiche in rapporto alla tipologia dei trattamenti effettuati.</i>	1	
<i>Per ogni singolo paziente deve essere redatto un Progetto Riabilitativo, nel rispetto delle Linee Guida regionali. Devono essere garantiti una adeguata informazione e l'accesso familiare alla struttura nonché specifico addestramento prima del rientro del paziente al proprio ambiente di vita.</i>	1	

**VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'**

	Tempo di adeguamento	Risposta
E' chiaramente formalizzata la procedura che consente all'utente (o ai familiari aventi diritto) di ottenere informazioni sulle sue condizioni	A	
Sono previste procedure scritte per la protezione da rischi legati a sollevamenti e posture nell'assistenza agli ospiti	A*	
Ciascun ospite ha una cartella o scheda su cui ogni operatore annota cure e trattamenti	A*	
E' stato identificato per ogni utente un case-manager responsabile del percorso assistenziale di struttura e dei rapporti con i familiari	B	
Sono disponibili e vengono applicati protocolli diagnostico-terapeutici per le principali patologie trattate	B	
E' effettuata periodicamente la revisione del grado di applicazione dei protocolli diagnostico-terapeutici	B	
Sono adottate misure per facilitare l'orientamento (es. codici colore)	B	

---

Esistono procedure per garantire all'interno della struttura una agevole mobilizzazione (attiva e passiva) degli utenti	A	
Vengono adottate tutte le necessarie misure per la prevenzione degli infortuni di utenti e operatori (eliminazione di piastrelle rotte, spigoli, manovelle sporgenti dei letti; uso di sostanze-dispositivi antisdrucchiolo etc.).	A	

## **PARTE D)**

# **REQUISITI GENERALI E SPECIFICI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO**

**(PRESIDI EXTRAOSPEDALIERI CHE EROGANO PRESTAZIONI DI  
RIABILITAZIONE A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO)**

## PRESIDI EXTRAOSPEDALIERI CHE EROGANO PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO

Si definiscono presidi di riabilitazione extraospedaliera le strutture che erogano prestazioni a ciclo continuativo e/o diurno che provvedono al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche sensoriali o miste dipendenti da qualunque causa.

### REQUISITI STRUTTURALI

	Tempo di adeguamento	Risposta
<b>Per i presidi a ciclo diurno devono essere previsti:</b>		
In aggiunta ai requisiti strutturali previsti per i Presidi Ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale, devono essere presenti:		
• locali per il soggiorno/pranzo;	0	
• il locale soggiorno dedicato alle esigenze del tempo libero deve essere distinto dal locale pranzo;	0	
• cucinetta;	1	
• locale attività pedagogico-educativa, addestramento professionale, tempo libero;	0	
• locali spogliatoio/guardaroba, distinti tra personale ed utenza.	0	
Qualora il presidio accolga bambini da 0 a 4 anni deve essere previsto anche un locale dove i piccoli possano riposare per brevi periodi.	0	
<b>In aggiunta ai precedenti, per i presidi a ciclo continuativo devono altresì essere presenti:</b>		
• camere di degenza (massimo 4 posti letto) con possibilità di accesso e rotazione completa delle carrozzine, con 6 mq di superficie di calpestio per posto letto. Almeno il 10% delle camere deve essere ad un posto. In caso di camera a 1 posto letto la superficie di calpestio non deve essere inferiore a 9 mq;	3	
• spazi per il soggiorno, rapportati al numero dei ricoverati;	1	
• dotazione dei servizi igienici annessi alle camere e non, conformi alla normativa sulle barriere architettoniche e comunque non inferiori a uno per camera.	3	

### REQUISITI TECNOLOGICI

	Tempo di adeguamento	Risposta
I locali di trattamento sono dotati di attrezzatura e presidi medico-chirurgici, diagnostico-terapeutici e riabilitativi in relazione alla specificità della riabilitazione svolta e della tipologia della struttura. <i>In particolare vengono individuate le attrezzature relative a specifici settori di attività:</i>		
<i>Attività di Psicoterapia:</i>	1	
1. <i>materiale psico-diagnostico;</i>		
2. <i>materiale didattico e di pedagogia speciale;</i>		
3. <i>materiale per pittura e plastica;</i>		
4. <i>materiale per attività di gruppo;</i>		

5. <i>sabbierie e giochi per acqua;</i>		
6. <i>setting di osservazione con specchio unidirezionale.</i>		
<i>Attività di logoterapia e/o terapia del linguaggio:</i>		
7. <i>N indicator;</i>		
8. <i>S indicator;</i>		
9. <i>spirometro;</i>		
10. <i>metronomo;</i>	1	
11. <i>speech emplasis indicator;</i>		
12. <i>registratori;</i>		
13. <i>vari giochi sonori luminosi di memoria, spazio-temporale per la manipolazione, giochi affettivi.</i>		
<i>In caso che venga svolta attività diagnostica:</i>		
14. <i>impedenziometro;</i>	1	
15. <i>audiometro.</i>		
<i>Attrezzature per il trattamento di patologie ortopediche e neurologiche:</i>		
16. <i>scala di deambulazione;</i>		
17. <i>gruppo parallele per deambulazione;</i>		
18. <i>tavoli fisioterapici per trattamenti individuali;</i>		
19. <i>spalliere;</i>		
20. <i>panche irrovesciabili;</i>		
21. <i>pesi varie misure;</i>		
22. <i>cyclette;</i>		
23. <i>specchi quadrettati;</i>		
24. <i>palloni tipo Bobath;</i>		
25. <i>tavolo oscillante;</i>	1	
26. <i>asse di equilibrio (specifiche per la riabilitazione);</i>		
27. <i>pedane oscillanti;</i>		
28. <i>materassini;</i>		
29. <i>bastoni in metallo con appoggio regolabile;</i>		
30. <i>cuscini;</i>		
31. <i>sgabelli;</i>		
32. <i>deambulatori;</i>		
33. <i>canadesi;</i>		
34. <i>tripodi;</i>		
35. <i>cunei.</i>		



## REQUISITI ORGANIZZATIVI

	Tempo di adeguamento	Risposta
Il Direttore responsabile è un medico con esperienza lavorativa superiore a 10 anni o specialista in medicina fisica e riabilitazione o disciplina equipollente e/o affine o nella branca relativa all'attività esercitata.	0	

Deve essere garantita la esistenza di una équipe pluridisciplinare composta da personale sanitario laureato, da personale dell'area psicologica e pedagogica, tecnici della riabilitazione, educatori, terapisti occupazionali, personale di assistenza sociale.	0	
<i>Il personale deve essere adeguato alla tipologia ed al volume delle attività svolte all'interno del presidio e, comunque, deve essere garantita la presenza delle seguenti figure:</i>	0	
• un medico specialista in fisiatria o nelle branche specialistiche inerenti l'attività riabilitativa svolta dalla struttura, limitatamente alla branca di appartenenza presente al momento dell'esecuzione di terapie che comportino potenziali rischi per gli utenti;	1	
• operatori della riabilitazione in possesso dei requisiti necessari per lo svolgimento della specifica attività, per l'intero orario di apertura;	1	
• personale infermieristico per l'intero orario di accesso;	1	
• personale addetto all'assistenza.	0	
<i>Per 20 letti di degenza a ciclo continuativo viene richiesta la presenza di:</i>		
• un medico specialista in fisiatria o nelle branche specialistiche inerenti l'attività riabilitativa svolta dalla struttura per 12 ore/settimanali;	1	
• 3 unità di tecnici della riabilitazione;	0	
• 2 unità di personale infermieristico;	1	
• 3 unità di personale addetto all'assistenza.	0	
• <i>Per 20 letti di degenza diurna viene richiesta la presenza di:</i>		
• un medico specialista in fisiatria o nelle branche specialistiche inerenti l'attività riabilitativa svolta dalla struttura per 3 ore/die;	1	
• 3 unità di tecnici della riabilitazione;	0	
• 2 unità di personale addetto all'assistenza;	0	
Per ogni singolo paziente deve essere redatto un Progetto Riabilitativo dall'équipe multiprofessionale, comprendente uno o più programmi terapeutici con monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni delle disabilità.	0	
Devono essere garantiti una adeguata informazione e l'accesso del familiare alla struttura nonché specifico addestramento prima del rientro del paziente al proprio ambiente di vita.	0	
Deve esistere un sistema di raccolta e registrazione di rilievi funzionali presentati dagli utenti.	0	
I presidi a ciclo diurno funzionano per 8/9 ore giornaliere e per almeno 5 giorni alla settimana.	0	

## VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'

	Tempo di adeguamento	Risposta
<b>La struttura organizzativa</b>		
Esiste un documento di programmazione della struttura in cui sono esplicitati gli obiettivi e le attività di breve-medio periodo	A	
Gli obiettivi e le attività del documento di programmazione sono formulati con il coinvolgimento dei rappresentanti del personale della struttura	B	
Gli obiettivi individuati dalla direzione sono portati a conoscenza di tutto il personale della struttura	A	

I risultati dell'attività svolta, in relazione anche agli obiettivi prefissati nel budget, vengono presentati e discussi in un'apposita riunione con il personale dell'articolazione organizzativa almeno una volta all'anno	B	
Sono chiaramente indicate le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza	A	
Lo schema organizzativo é revisionato almeno annualmente	A	
<b>La sicurezza e il benessere</b>		
E' garantita la possibilità di socializzazione e attività creativa per l'utenza	A	
Sono stati individuati i referenti per l'attivazione delle procedure di manutenzione delle singole attrezzature	A	
Esiste evidenza della esecuzione degli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria	A*	
E' garantita la possibilità di segnalare tempestivamente le situazioni che richiedono interventi di emergenza da tutti i locali di cui usufruisce l'utenza	A	
E' garantita per l'utenza la possibilità di effettuare comunicazioni telefoniche dal letto di degenza	A	
Vengono adottate tutte le necessarie misure per la prevenzione degli infortuni di ospiti e operatori (eliminazione di piastrelle rotte, spigoli, manovelle sporgenti dei letti; uso di sostanze-dispositivi antisdrucchiolo etc.)	A	
Sono previste procedure scritte per la protezione da rischi legati a sollevamenti e posture nell'assistenza agli ospiti	A*	
La struttura ha modalità di custodia valori e beni personali	A	
<b>Il locale visita</b>		
Esistono e vengono seguite procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezione da operatore a paziente e da paziente a paziente	B	
Esistono e vengono seguite procedure relative alla corretta conservazione/gestione/utilizzo dei dispositivi medici nell'ambito delle attività di visita e medicazione	A	
<b>La formazione</b>		
Esiste un programma di accoglienza per i nuovi assunti che comprenda informazioni su:		
· politiche, obiettivi e funzioni della struttura		
· organigramma della struttura		
· procedure e protocolli operativi	B	
· esigenze in materia di valutazione della qualità, di utilizzazione delle risorse, di gestione dei rischi della salute e della sicurezza del lavoro		
· leggi e regolamenti pertinenti all'attività dell'articolazione organizzativa		
Esiste un programma di addestramento per i nuovi assunti	A	
Esiste un documento scritto che definisce il programma annuale di formazione continua	B	
L'attività formativa degli operatori viene documentata in una relazione annuale al responsabile della struttura	B	

<b><i>Il percorso assistenziale</i></b>		
Esiste formalizzazione scritta dei criteri e delle procedure di accesso e trasferimento dei pazienti che coinvolge i seguenti soggetti:		
· Distretto	A*	
· Medici di Medicina Generale		
· Strutture di ricovero per acuti		
· Altre strutture residenziali		
Ciascun residente ha un programma riabilitativo individuale scritto riportato su cartella o scheda, che viene periodicamente aggiornato in incontri dell'equipe assistenziale multidisciplinare	A*	
Ciascun ospite ha una cartella clinica individuale in cui ogni operatore annota cure e trattamenti	A	
In caso di ricovero in ospedale per acuti, l'ospite è accompagnato da una sintesi clinica e sono mantenuti i rapporti durante il periodo di ricovero	A	
Esiste una procedura di dimissione protetta per il rientro a domicilio degli ospiti (che preveda la comunicazione al medico curante, l'addestramento dei familiari, l'acquisizione di tutti i materiali necessari, il proseguimento a domicilio delle cure necessarie)	A	
La struttura ha predisposto una procedura per il trasporto degli ospiti in caso di necessità	A	
Esistono procedure scritte relative all'accoglienza, registrazione e informazione di pazienti e familiari	B	
E' chiaramente formalizzata la procedura che consente all'utente (o ai familiari aventi diritto) di ottenere informazioni sulle sue condizioni	A	
<b><i>L'assistenza sanitaria</i></b>		
Sono presenti procedure per la gestione delle emergenze	A*	
Esiste una procedura per le richieste di visite specialistiche	A	
Le cure infermieristiche e alla persona sono regolarmente annotate in cartella	A	
Esistono procedure scritte per:	A	
· il bagno e la doccia		
· l'igiene orale		
· l'igiene a letto		
Esistono procedure per la somministrazione di farmaci	A	
La distribuzione e somministrazione di farmaci è fatta da un infermiere professionale	A	
I problemi di comunicazione e sensoriali degli ospiti sono riportati in cartella	A	
Vi sono procedure scritte per la prevenzione e il trattamento dell'incontinenza urinaria e fecale	A	
Esistono procedure per la prevenzione e il trattamento delle piaghe da decubito	A	
Il decorso delle piaghe da decubito viene monitorato regolarmente in cartella	A	
Il personale di assistenza è stato specificamente addestrato alla prevenzione e al trattamento dei decubiti	A	
Esistono procedure per il controllo delle infezioni negli ospiti a rischio (es. cateterizzati e tracheostomizzati)	A	



I familiari sono addestrati al nursing prima della dimissione	B	
E' garantita la funzione di assistenza sociale	B	
In cartella sono registrate informazioni sui problemi sociali dell'ospite e della famiglia	B	
Viene garantito l'accesso alle prestazioni specialistiche disponibili all'interno della struttura e sono previste vie preferenziali per l'accesso a prestazioni/esami non eseguibili nella struttura	A	
Sono disponibili linee guida, elaborate da autori ben identificabili e periodicamente revisionate, che orientano il personale nelle attività abitualmente espletate	B	
<b><i>Gli aspetti alberghieri</i></b>		
E' garantito il controllo igienico sanitario e nutrizionale degli alimenti	A	
Esistono protocolli per la pulizia e sanificazione delle cucine (se presenti)	A	
E' possibile scegliere in anticipo tra diversi menù	B	
E' possibile offrire diete speciali personalizzate per ospiti con esigenze o preferenze particolari (patologie, intolleranze etc.)	B	
Gli ospiti che ne hanno necessità sono aiutati al momento dei pasti	A	
I pasti sono serviti a giusta temperatura	A	
Gli ospiti possono tenere nelle loro stanze oggetti personali	A	
E' possibile tenere un televisore in camera	B	
Ogni ospite ha un guardaroba personale adeguato	A	
Gli indumenti personali sono identificati quando sono mandati in lavanderia	A	
Esiste un protocollo interno per la pulizia e sanificazione ambientale	A	
Esistono protocolli interni per un corretto lavaggio degli effetti lettereschi e degli indumenti (se la lavanderia non è appaltata)	A	
E' disponibile nella struttura un barbiere-parrucchiere almeno una volta alla settimana.	A	



# PARTE E)

## STABILIMENTI TERMALI

## STABILIMENTI TERMALI

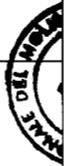
Per stabilimento termale s'intende ogni struttura aperta al pubblico che, a scopo preventivo, curativo e riabilitativo, utilizza acque minerali, peloidi quali fanghi, limi, muffe e simili nonché stufe naturali ed artificiali ai sensi dell'articolo 14, lettera a), del R.D. 28 settembre 1919, n. 1924, che approva il regolamento per l'esecuzione del Capo IV della legge 16 luglio 1916, n. 947, contenente disposizioni circa le acque minerali e gli stabilimenti termali idroterapici, di cure fisiche e affini. Gli stabilimenti termali erogano le prestazioni idrotermali di cui all'art. 36 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833, recante "Istituzione del servizio sanitario nazionale".

### REQUISITI STRUTTURALI

	Tempo di adeguamento	Risposta
In relazione alla specificità dello stabilimento termale devono essere presenti:	0	
locali per fangoterapia, e preparazione dei fanghi		
locali per la terapia inalatoria		
locali per la terapia idropinica		
locali per la terapia della sordità rinogena		
locali per la terapia delle vasculopatie		
locali per la riabilitazione neuromotoria e la rieducazione funzionale del motuleso		
locali per la riabilitazione della funzione respiratoria		
eventuali altri locali in relazione alla specificità dello stabilimento termale		
servizi igienici distinti per personale ed utenti		
un ambulatorio per visita medica		
un locale per deposito materiale pulito		
un locale per deposito materiale sporco		

### REQUISITI TECNOLOGICI

	Tempo di adeguamento	Risposta
In relazione alla specificità dello stabilimento termale devono essere presenti arredi e attrezzature:	0	
per la fangoterapia		
per la fangobalneoterapia		
per la terapia della sordità rinogena		
per la terapia delle vasculopatie periferiche		
per la riabilitazione neuromotoria e rieducazione funzionale del motuleso		
per la riabilitazione neuromotoria	1	
per la riabilitazione della funzione respiratoria, nonché specifiche attività diagnostiche di supporto		
Devono altresì essere predisposte attrezzature idonee in funzione della specificità delle attività svolte, comprendenti in ogni caso la dotazione minima per il pronto soccorso medico e chirurgico	1	
L'impianto elettrico deve essere conforme alle norme CEI 64-8 e 64-4 per i soli ambienti nei quali si presta attività sanitaria e l'impianto di alimentazione dei servizi di sicurezza deve essere rispondente alle stesse norme per i soli ambienti nei quali si presta attività sanitaria	1	

REQUISITI ORGANIZZATIVI	Tempo di adeguamento	Risposta
Il direttore tecnico risponde della regolarità del servizio e dell'organizzazione dello stabilimento termale ferma restando la responsabilità personale dei singoli operatori.	0	
La direzione tecnica dello stabilimento termale è affidata ad un laureato in medicina e chirurgia in possesso di una delle seguenti specializzazioni: medicina interna, ortopedia e traumatologia, cardiologia, reumatologia, igiene, geriatria, otorinolaringoiatria, ginecologia, medicina sportiva, dietologia	0	
Esiste ed è applicato il regolamento interno		
Sono applicate le vigenti disposizioni in materia termale	0	
L'impiego di personale sanitario, tecnico e infermieristico, è in rapporto alla quantità e qualità delle prestazioni fornite dallo stabilimento termale	0	
Tutto il personale è in possesso degli specifici titoli professionali	1	
E' garantita la presenza di un medico per tutto l'orario giornaliero di apertura dello stabilimento termale	0	
E' adottata una cartella clinica sulla quale siano riportati, oltre alle generalità del paziente, la diagnosi, la quantità e la qualità delle cure praticate ed un sintetico rilievo clinico al termine della terapia praticata.		

VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Tempo di adeguamento	Risposta
E' controllata l'idoneità delle attrezzature e delle apparecchiature diagnostiche e terapeutiche installate nello stabilimento termale	A	
Esistono e vengono seguiti protocolli dettagliati (secondo linee guida aggiornate e basate sui risultati della ricerca scientifica) per:	A	
• la sanificazione degli ambienti		
• le modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori		
Esiste un report annuale di valutazione dei risultati che l'Ente ha raggiunto sulla sua utenza. L'Ente Gestore sulla base delle informazioni raccolte deve aggiornare e adeguare la programmazione del servizio e gli obiettivi a carattere generale sull'utenza.	A	
Sono programmare le attività specifiche volte alla condivisione della mission con tutti gli operatori	A	
In tutte le fasi di erogazione del servizio, sono messe in atto azioni finalizzate ad attuare l'integrazione con gli altri servizi socio-sanitari e sociali del territorio.	A	

ALLEGATO "B" ALLA DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE n. 1135 del 4 novembre 2008



# REGIONE MOLISE

DIREZIONE GENERALE V

POLITICHE PER LA TUTELA DELLA SALUTE E ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA

Comitato Regionale per l'accreditamento delle Strutture Sanitarie-CRASS

Via Toscana, 9 - 86100 CAMPOBASSO

Tel. 0874 - 4291

Fax. 0874 - 424558

**Oggetto:** Incontro tecnico del 24 ottobre 2007- Verbale.

In data 24/10/07 si è tenuta la riunione del Comitato Regionale per l'accreditamento delle Strutture Sanitarie-CRASS, giusta convocazione n. 15899 in data 18/10/07 per la disamina delle problematiche per la conferma del manuale dei requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie di cui alla DGR n. 361/07.

Erano presenti all'incontro, componenti del CRASS per la Direzione Generale V unitamente all'Esperto per l'accreditamento, Dr. Sergio Rago, come da foglio presenze parte integrante e sostanziale del presente verbale (All. A). Svolge le funzioni di segretario verbalizzante per la riunione in oggetto, la dr.ssa Simona Gentile, Responsabile dell'Ufficio Ospedalità Privata-D.G.V^.

Alle ore 12,00 i lavori del tavolo tecnico hanno inizio.

Preliminarmente, si procede alla disamina delle osservazioni pervenute con riferimento al Manuale di disciplina dei requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento.

In particolare vengono disaminate nell'ordine le seguenti osservazioni:

1) SNABI-SDS-Sindacato Dirigenti Sanitari SSN e ARPA, del 27/09/07, acquisita al prot. D.G.V n. 15128 del 05/10/07 recante: " *Richiesta di modifica di quanto scritto nella deliberazione della Regione Molise n. 905 del 30/07/07, allegato C- parte C-Medicina di laboratorio requisiti organizzativi.Punto 3*", acquisita al prot. n. 14165 in data 14.09.07;

2)Fisiomedica Loretana Srl. Nota di accompagnamento alla domanda di accreditamento provvisorio ai sensi delle DGR n. 361/2007, n. 717/07 e n. 905/07, pubblicate le ultime sul BURM del 16 agosto 2007.

1) Con riferimento a tale osservazione, nella quale veniva evidenziata la necessità di operare un distinguo tra la professione a carattere dirigenziale e di carattere tecnico : << è improponibile il CRASS esaminato il contenuto di tale nota, assume di riformulare, nel modo seguente il punto relativo all' *allegato C- parte C-Medicina di laboratorio requisiti organizzativi.Punto 3*:

<< *un tecnico di laboratorio oppure un biologo per tutto l'orario di apertura*>>;

2) Con riferimento alla nota prodotta dalla Struttura in parola unitamente all'istanza per la riconferma dell'accreditamento provvisorio, giusta DGR n. 905/07 e DGR n. 1056/07, il CRASS esaminata la stessa, ritiene di dover rinviare la disamina di tale problematica alla fase istruttoria del procedimento finalizzato alla riconferma degli accreditamenti provvisori, in fase di espletamento, in quanto attiene alla natura delle prestazioni sanitarie erogate dalla Struttura ed alla classificazione della stessa.

A questo punto si procede a valutare anche la parte del Manuale dedicata all'Unità operativa di riabilitazione (cfr. parte C-Requisiti organizzativi). Al tal proposito l'Esperto per l'accreditamento, Dr. Sergio Rago in considerazione delle osservazioni sollevate dalle Strutture interessate, propone di prevedere in alternativa alla figura del medico quella del fisioterapista.

Si prende atto della avvenuta scadenza del termine richiesto per produrre eventuali osservazioni al Manuale; pertanto sarà rimessa alla discrezionalità del CRASS la facoltà di eventuale disamina delle osservazioni pervenute oltre il termine di scadenza ( ndr, 20 gg. dalla data di pubblicazione della DGR 361( BURM del 16 giugno 2007).Si conferma, in chiusura la necessità di prevedere un aggiornamento continuo del Manuale all'evoluzione normativa. Il CRASS, dopo un ulteriore ricognizione del manuale da parte dell'Esperto per l'accreditamento, propone la presentazione dello Stesso alla Giunta Regionale, per la conferma definitiva.

Alle ore 13.30 i lavori del CRASS si chiudono.

Campobasso, 23 ottobre 2007

Il Presidente CRASS

Direttore Generale D.G.V^

Avv. Roberto Fagnano

Il funzionario verbalizzante  
Dr.ssa Simona Gentile



# REGIONE MOLISE

DIREZIONE GENERALE V  
 POLITICHE PER LA TUTELA DELLA SALUTE E ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA  
 Comitato regionale per l'Accreditamento delle Strutture Sanitarie  
 CRASS

Via Toscana, 9 – 86100 CAMPOBASSO  
 Tel. 0874 - 4291  
 Fax. 0874 - 424558

RIUNIONE DEL: 23/10/07

Foglio firme.

NOMINATIVO	ENTE DI APPARTENENZA	RECAPITO	FIRMA
VINCENZO ROSSI	SERVIZIO MEDICINA TERRITORIALE	0874/424556	
PERPETUA MARIO	SERVIZIO OSP. PUBBL. e PRIV. UFF. OSP. PUBBLICA	0865/447261	
GENITILE SIMONA	SERV. OSP. PUB. e PRIV. UFFICIO OSP. PRIVATA	0870/424527	
<del>ASSEMBLEA</del>			
SERGIO RAGO	* SREM	3292508211	
GARISSIMI DELFO	SERVIZIO MEDICINA TERRITORIALE UFFICIO MEDIC. TER. SPECIAL.	0875/706120	
SALLATORE PANARZ	SERV. ASS. SOCIO SANITARIA	0874/424561	





---

NICOLA DI PARDO - (*Direttore responsabile*)

«La Grafica Moderna» - CAMPOBASSO - Tel. 0874.481099

Autorizzazione del Tribunale di Campobasso  
n° 87 del 27 giugno 1970

«Poste Italiane - S.p.A.» - FILIALE DI CAMPOBASSO  
SPEDIZIONE IN A. P. 70% - ART. 1, COMMA 1, D.L. 353/2003 CONV. IN L. 27/02/2004, N. 46