

DGR 3586 dd. 30.12.2004

- **PREMESSO CHE** con D.G.R. n. 1292 del 23.04.2002 è stato approvato il documento con cui sono state disciplinate:
 - le procedure per il rilascio delle autorizzazioni alla costruzione di nuove strutture sanitarie private, nonché all’adattamento, alla trasformazione, all’ampliamento ed al trasferimento in altra sede di strutture già esistenti ed autorizzate all’esercizio di attività sanitarie;
 - i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi di cui debbono essere dotate le strutture suddette per l’esercizio delle attività sanitarie;
 - le modalità per lo svolgimento dell’attività di vigilanza sulle predette strutture, individuando gli organi competenti.

- **CONSIDERATO** che con D.G.R. 1098/04 e 1246/04 sono state approvate alcune modifiche agli allegati “A”, “1”, “2”, “3”, “4”, “5” della succitata deliberazione ;

- **RILEVATA** la necessità di integrare la deliberazione 1292/2002 nell’ allegato 1 ai seguenti punti
 - a) 2.13 “Attività di procreazione medicalmente assistita di II livello” e 3.9 “Attività di procreazione medicalmente assistita di III livello” già recepiti con D.G.R. n. 3255/04;
 - b) 4.2 “Stabilimento termale”

indicando i requisiti minimi strutturali tecnologici ed organizzativi delle relative strutture

- **RAVVISATA** inoltre l’opportunità di precisare alcuni contenuti degli allegati “A”, “1”, “2”, “3” anche alla luce dell’innovazione tecnologica e strumentale intervenuta;

- **PRESO ATTO** che le predette integrazioni e modifiche sono contenute negli allegati “A”, “1”, “2”, “3”, “4”, “5” che costituiscono parte integrante del presente provvedimento

Su proposta dell’assessore alla salute e alla protezione sociale

La Giunta Regionale all’unanimità

DELIBERA

1. di approvare le seguenti modifiche all'allegato "A" della deliberazione di G.R. n. 1292/02:

- paragrafo 1 lett. b) sostituire la frase "i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi, di cui debbono essere dotate le strutture di cui alla lettera a), per l'esercizio delle attività sanitarie" con la frase "i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi, di cui debbono essere dotate le strutture private e pubbliche, per l'esercizio delle attività sanitarie".

- paragrafo 3.1.3 sostituire la frase "strutture semplici sono gli studi, medici e di altre professioni sanitarie, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero in cui si eseguono procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o comunque attività che comportino un rischio significativo (in termini di probabilità ed entità) per la sicurezza del paziente" con la seguente: "strutture semplici sono gli studi ove esercita il singolo professionista (medico od odontoiatra) ancorché in forma associata ed in cui si eseguono procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o comunque attività che comportino un rischio significativo (in termini di probabilità ed entità) per la sicurezza del paziente;

sono strutture semplici :

- a) studi attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale
- b) studi attrezzati per erogare prestazioni di endoscopia con esclusione di perforazione di tessuto
- c) studi odontoiatrici
- d) strutture autorizzate all'esecuzione di prestazioni di procreazione medicalmente assistita di I° livello

Qualora il titolare della struttura sia una società o altra persona fisica non laureata in medicina e chirurgia o odontoiatria (limitatamente alle strutture odontoiatriche) si rende necessaria l'individuazione di un direttore sanitario responsabile, e pertanto si configura una struttura a media complessità."

- Paragrafo 4.1 sostituire la frase "Autorizzazione alla costruzione, adattamento, trasformazione, ampliamento o trasferimento di strutture sanitarie private" con la frase: "Autorizzazione alla costruzione, adattamento, trasformazione, ampliamento e trasferimento di strutture sanitarie private."
- Paragrafo 4.1 lett. a) sostituire la frase: "dalla Direzione regionale della sanità e delle politiche sociali il parere sulla compatibilità del progetto" con la frase: "dalla Direzione Centrale della Salute e della Protezione Sociale il parere sulla compatibilità del progetto".

- Paragrafo 4.1 lett.a) sostituire la frase: “ Il predetto parere è necessario solo per le strutture di cui ai punti 3.1.1 e 3.1.2 con la frase: “Il predetto parere è necessario solo per le strutture ad alta complessità di cui al punto 3.1.1.”
- Paragrafo 4.3 lett. c) sostituire la frase.” trasmettere all’Azienda per i servizi sanitari, alla Direzione regionale della sanità e delle politiche sociali e all’Agenzia regionale della sanità le informazioni richieste in ordine all’attività svolta, al personale in servizio ed ogni altra notizia richiesta a fini epidemiologici e statistici o in ossequio a norme di legge” con la frase: “trasmettere all’Azienda per i servizi sanitari, alla Direzione Centrale della Salute e della Protezione Sociale e all’Agenzia regionale della sanità le informazioni richieste in ordine all’attività svolta, al personale in servizio ed ogni altra notizia richiesta a fini epidemiologici e statistici o in ossequio a norme di legge”.
- Paragrafo 8.4 sostituire la frase: “Dei provvedimenti sanzionatori adottati deve essere data comunicazione alla Direzione regionale della sanità e delle politiche sociali.” con la frase: “Dei provvedimenti sanzionatori adottati deve essere data comunicazione alla Direzione Centrale della Salute e della Protezione Sociale.”
- Paragrafo 9.1.1 sostituire la frase :” Ai fini del rinnovo dell’autorizzazione, la domanda va corredata da una autocertificazione o meno delle struttura ai requisiti indicati nell’ allegato 1 e da un eventuale programma di adeguamento, in relazione al quale l’Azienda per i servizi sanitari può concedere una proroga del termine di cui alla lettera b) per comprovati e congrui motivi.” con la frase:” Ai fini del rinnovo dell’autorizzazione, la domanda va corredata da una comunicazione scritta di conformità o meno delle struttura ai singoli requisiti indicati nell’ allegato 1 e da un eventuale programma di adeguamento, in relazione al quale l’Azienda per i servizi sanitari può concedere una proroga del termine di cui alla lettera b) per comprovati e congrui motivi.”
- Paragrafo 9.1.2 lett. a) sostituire la frase: “a presentare, entro un anno dalla data di entrata in vigore del presente atto, domanda di rilascio all’autorizzazione all’esercizio dell’attività all’ Azienda per i servizi sanitari territorialmente competente, da redigere in conformità all’ allegato 3” con la frase: “a presentare, entro il 31/12/2005, una comunicazione attestante l’esistenza della struttura e della data di inizio della sua operatività che sottintende implicitamente la sussistenza dei requisiti in conformità a quelli prescritti dal presente documento. Detta comunicazione dovrà essere corredata da un programma di adeguamento qualora il titolare della struttura ritenga che la medesima risulti carente di uno o più dei predetti requisiti.“

- Paragrafo 9.1.2 lett. b) sostituire la frase “ad adeguarsi ai requisiti minimi di cui all’ allegato 2 al presente atto, ove quelli esistenti non siano conformi ai predetti, entro i seguenti termini decorrenti dall’entrata in vigore del presente atto con la frase: “ad adeguarsi ai requisiti minimi di cui all’ allegato 2 al presente atto, ove quelli esistenti non siano conformi ai predetti, entro i seguenti termini decorrenti dalla data di presentazione della comunicazione”
 - Paragrafo 9.1.2 lett. b) dopo il terzo capoverso aggiungere il paragrafo c) “ le Aziende per i servizi sanitari entro novanta giorni da quella di ricevimento della comunicazione di cui alla lettera a), rilasciano l’autorizzazione all’esercizio.”
 - Paragrafo 9.1.2 lett. c) dopo la parola” Odontoiatri” aggiungere la frase:” Fino al rilascio dell’autorizzazione le strutture di cui trattasi possono proseguire la loro attività a condizione che siano rispettate le disposizioni di legge in materia igienico-sanitaria e di sicurezza del lavoro.”
 - Paragrafo 9.1.3 penultimo capoverso sostituire la frase” va attivata di cui al punto 4.2” con la frase: “vale quanto previsto dal punto 4.2.2”
 - Paragrafo 9.1.4 sostituire al frase :” Le Aziende per i servizi sanitari debbono trasmettere alla Direzione regionale della sanità e delle politiche sociali e all’Agenzia regionale della sanità copia delle autorizzazioni rilasciate.” con la frase: “Le Aziende per i servizi sanitari debbono trasmettere alla Direzione Centrale della Salute e della Protezione Sociale e all’Agenzia regionale della sanità copia delle autorizzazioni rilasciate.”
 - Paragrafo 9.1.5 dopo la parola salute aggiungere la frase seguente: “Non sono soggetti all’autorizzazione di cui al presente atto gli studi dei medici di medicina generale e dei medici specialisti pediatri di libera scelta, ai sensi di quanto disposto dai rispettivi accordi collettivi nazionali”
2. di approvare le seguenti modifiche all’allegato “1” della deliberazione di G.R. n. 1292/02:
- nel punto 1 “Requisiti minimi generali” dopo la parola “collocazione” aggiungere la seguente frase: “Le apparecchiature biomediche acquistate dopo il 15/6/98 devono essere conformi al D.Lgs 46/97 di recepimento della Direttiva Europea 93/42/CEE, ovvero possedere un certificato di conformità alla suddetta direttiva e/o presenza di marchiatura “CE” direttamente sul dispositivo.”
 - nel punto 1 “Requisiti minimi generali” sostituire la seguente frase ” Le apparecchiature biomediche acquistate dopo il 15/6/98 devono essere conformi alla Direttiva Europea 93/42/CEE, ovvero possedere un certificato di conformità alla

suddetta direttiva e/o presenza di marchiatura “CE” direttamente sul dispositivo. Per le apparecchiature acquistate prima di tale data e in assenza di marchio “CE”, è necessario che vi sia, oltre a quanto già indicato per manutenzione preventiva e correttiva, l’evidenza dell’esecuzione delle verifiche di sicurezza elettrica” con la seguente: “Per tutte le apparecchiature biomediche in inventario deve esistere un piano di esecuzione delle verifiche di sicurezza elettrica secondo i protocolli predisposti dai rispettivi fabbricanti o secondo i protocolli definiti ai sensi delle norme tecniche di settore.”

- Nel punto 2.11 “Requisiti minimi organizzativi” sostituire la frase : ” Sono documentati i controlli e le verifiche del processo di sterilizzazione; l’apparecchiatura è sottoposta a “qualifica di prestazione” (UNI EN 554) annuale.” con la seguente:”Sono documentati i controlli e le verifiche del processo di sterilizzazione secondo le modalità applicabili alle tecnologie presenti nella struttura. Le modalità di esecuzione di tali test ed i relativi risultati dovranno essere adeguatamente documentati ed archiviati per cinque anni.”
 - Nel punto 3.8 Punti nascita sostituire la frase: “I requisiti verranno definiti nell’ambito del Piano Materno Infantile” con la seguente: “I requisiti sono stati definiti nell’ambito del Piano Regionale Materno Infantile approvato con DGR n. 3235 del 29.11.04.”
3. di integrare l’allegato “1” col punto 2.13 “Attività di procreazione medicalmente assistita di II livello”, col punto 3.9“Attività di procreazione medicalmente assistita di III livello” e di sostituire il punto 4.2.2 “Stabilimento termale” indicando i requisiti minimi strutturali tecnologici ed organizzativi.
 4. di approvare delle modifiche tecniche inerenti i requisiti dell’allegato “2” attinenti:
 - lo studio specialistico monoprofessionale di cui alle lettere a) e b) del punto 3.1.3
 - lo studio odontoiatrico di cui alla lettera c) del punto 3.1.3
 - le strutture autorizzate all’esecuzione di prestazioni di procreazione medicalmente assistita di I livello lettera d) del punto 3.1.3
 5. di integrare la documentazione da presentare come indicata nell’allegato “3”,
 6. di prendere atto che le modifiche ed integrazioni di cui ai punti 1. 2. 3. e 4. sono contenute negli allegati facenti parte integrante della presente deliberazione;

7. per quanto sopra la presente deliberazione ed i relativi allegati sostituiscono integralmente la deliberazione n. 1292/02 e successive modifiche ed integrazioni ed i relativi allegati.

1. PREMESSA

Il presente atto disciplina, ai sensi dell'art. 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, dell'art. 8 – comma 4 – del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, dell'art. 8 ter del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, del D.P.R. 14 gennaio 1997 e successive modifiche ed integrazioni, e dell'art. 4 – comma 1 – della legge regionale 9 marzo 2001, n. 8;

- a) le procedure per il rilascio delle autorizzazioni alla costruzione di nuove strutture sanitarie private, nonché all'adattamento, alla trasformazione, all'ampliamento e al trasferimento in altra sede di strutture già esistenti ed autorizzate all'esercizio di attività sanitarie
- b) i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi, di cui debbono essere dotate le strutture *private e pubbliche*, per l'esercizio delle attività sanitarie
- c) le modalità per lo svolgimento dell'attività di vigilanza sulle predette strutture, individuando gli organi competenti.

2. DEFINIZIONI

Ai fini del presente atto:

- **per adattamento e/o trasformazione** si intendono le modifiche della struttura o di parti di essa, finalizzate ad ospitare funzioni sanitarie aggiuntive rispetto a quelle già autorizzate
- **per ampliamento** si intende l'aumento del numero dei posti-letto o del numero dei locali dove si svolgono le medesime funzioni sanitarie già autorizzate
- **per trasferimento** si intende lo spostamento della struttura in altra sede, senza alcun aumento delle funzioni sanitarie già autorizzate o aggiunta di nuove funzioni sanitarie

3. CLASSIFICAZIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE

3.1. In relazione alla complessità organizzativa e alla tipologia delle prestazioni erogate, le strutture vengono classificate come di seguito:

3.1.1 strutture ad alta complessità sono quelle che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti e/o postacuti;

3.1.2 strutture a media complessità sono:

- quelle che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, anche itineranti, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio;
- quelle esclusivamente dedicate all'attività diagnostica, svolta anche per soggetti terzi (le prestazioni sono effettuate per conto di professionisti o strutture che restano unici interlocutori del cittadino utente);
- gli stabilimenti termali;
- quelle destinate a servizi di sterilizzazione e di disinfezione relativi ad attività sanitarie

3.1.3 strutture semplici sono gli studi ove *esercita il singolo professionista (medico od odontoiatra) ancorche' in forma associata ed in cui* si eseguono procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o comunque attività che comportino un rischio significativo (in termini di probabilità ed entità) per la sicurezza del paziente;

sono strutture semplici :

- a) studi attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale*
- b) studi attrezzati per erogare prestazioni di endoscopia con esclusione di perforazione di tessuto*
- c) studi odontoiatrici*
- d) strutture autorizzate all'esecuzione di prestazioni di procreazione medicalmente assistita di I° livello*

Qualora il titolare della struttura sia una società o altra persona fisica non laureata in medicina e chirurgia o odontoiatria (limitatamente alle strutture odontoiatriche) si rende necessaria l'individuazione di un direttore sanitario responsabile, e pertanto si configura una struttura a media complessità'.

4. PROCEDURE E REQUISITI PER IL RILASCIO DELLE AUTORIZZAZIONI RELATIVE A STRUTTURE SANITARIE PRIVATE AD ALTA E MEDIA COMPLESSITA'

4.1. Autorizzazione alla costruzione, adattamento, trasformazione, ampliamento e trasferimento di strutture sanitarie private.

I soggetti che intendono costruire, adattare, trasformare, ampliare o trasferire una struttura sanitaria privata, inoltrano apposita domanda al Comune competente per territorio.

Il Comune, nell'esercizio delle proprie competenze in materia di autorizzazioni e concessioni di cui all'art. 4 del decreto-legge 5 ottobre 1993, n. 398, convertito in legge 4 dicembre 1993, n. 493, e successive modifiche ed integrazioni, acquisisce:

- dalla Direzione *Centrale della Salute e della Protezione Sociale* il parere sulla compatibilità del progetto con:
 - il fabbisogno complessivo regionale delle prestazioni sanitarie erogabili dalla struttura che si intende costruire, adattare, trasformare o ampliare

- la localizzazione territoriale di strutture già presenti in ambito regionale, che erogano analoghe prestazioni. Nel caso di trasferimenti di una struttura già autorizzata, la verifica di compatibilità va effettuata solo con riferimento alla localizzazione territoriale.

Il predetto parere è necessario solo per le *strutture ad alta complessità di cui al punto*

3.1.1.

- b) dall'Azienda per i servizi sanitari competente per territorio il parere igienico-sanitario, il cui rilascio è subordinato anche alla verifica del rispetto dei requisiti minimi di cui all'allegato 1 al presente atto.

Per la formulazione del parere può essere sentita la Commissione di Vigilanza, di cui al successivo punto 6.2.

I pareri di cui alle lettere a) e b) devono essere espressi entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della richiesta del Comune.

4.2. Autorizzazioni all'esercizio delle attività

4.2.1 Domanda di autorizzazione

I soggetti autorizzati alla costruzione, adattamento, trasformazione, ampliamento o trasferimento della struttura sanitaria privata, terminati i lavori e acquisito dal Comune il certificato di agibilità, debbono altresì acquisire dall'Azienda per i servizi sanitari competente per territorio l'autorizzazione all'esercizio dell'attività.

A tal fine la domanda di autorizzazione deve contenere:

- a) le generalità del titolare se il richiedente è persona fisica
- b) le generalità del rappresentante legale se il richiedente è persona giuridica; in questo caso va allegata copia dell'atto costitutivo
- c) la denominazione della struttura e la tipologia delle prestazioni che si intendono erogare
- d) le generalità del Direttore Sanitario, l'attestazione della sua iscrizione all'Albo Professionale e gli eventuali titoli professionali pertinenti.

La domanda di autorizzazione va redatta in conformità al modello allegato 3 al presente atto, nel quale è riportato l'elenco dei documenti da allegare alla domanda medesima.

Qualora la domanda riguardi l'adattamento, la trasformazione, l'ampliamento o il trasferimento di una struttura già autorizzata, la documentazione deve fare riferimento esclusivamente all'intervento oggetto della domanda.

4.2.2 Rilascio dell'autorizzazione

L'Azienda per i servizi sanitari, entro 60 (sessanta) giorni dalla data di ricevimento della domanda e della relativa documentazione, comunica al richiedente l'accogliibilità o meno.

Il richiedente ad avvenuto completo allestimento della struttura, ne da comunicazione all'Azienda che fissa, entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione, la data per l'effettuazione, dell'ispezione tecnica da parte della Commissione di vigilanza di cui al successivo punto 6.2.

Per tale data il richiedente deve mettere a disposizione dell' Azienda per i Servizi sanitari la documentazione elencata nell' allegato 4 al presente atto.

Ove l'esito dell'ispezione tecnica effettuata dalla Commissione di Vigilanza sia positivo l'Azienda per i Servizi Sanitari autorizza, entro 30 (trenta) giorni, l'apertura della struttura e l'esercizio della conseguente attività.

Qualora, invece, l'esito sia negativo, il richiedente sarà invitato a conformarsi alle prescrizioni impartite dalla Commissione, entro il termine da quest'ultima fissato a conclusione dell'ispezione.

A seguito della comunicazione, da parte del richiedente, di adeguamento alle prescrizioni, la Commissione di Vigilanza, (eventualmente tramite un componente della Commissione a ciò delegato e assistito dal segretario), verifica l'effettivo adempimento. L'autorizzazione deve essere redatta in conformità all' allegato 5 al presente atto.

4.2.3 Istanza di riesame

Nel caso di diniego dell'autorizzazione di cui al punto 4.2.2 il richiedente può presentare istanza di riesame, motivandone adeguatamente i presupposti. Se il diniego viene confermato, non può ripresentare domanda prima di 12 (dodici) mesi dalla data della conferma del diniego.

4.3. Obblighi del titolare dell'autorizzazione all'esercizio delle attività

Il titolare dell'autorizzazione è tenuto a:

- a) assicurarsi che siano effettuati i controlli di qualità previsti dalle norme vigenti, compresi quelli richiesti dal presente atto;
- b) inviare con cadenza quinquennale una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà concernente la permanenza del possesso dei requisiti minimi di cui all'allegato 1 al presente atto;
- c) trasmettere all'Azienda per i servizi sanitari, alla Direzione **Centrale della Salute e della Protezione Sociale** e all'Agenzia regionale della sanità le informazioni richieste in ordine all'attività svolta, al personale in servizio ed ogni altra notizia richiesta a fini epidemiologici e statistici o in ossequio a norme di legge;
- d) comunicare all'Azienda per i servizi sanitari i periodi di chiusura della struttura e le interruzioni di attività da qualsiasi causa determinate, specificandone la motivazione;
- e) comunicare all'Azienda per i servizi sanitari interventi strutturali che non comportino autorizzazioni o concessioni edilizie, la redistribuzione interna, la variazione della destinazione d'uso dei locali, nonché rinnovi di impianti;
- f) comunicare all' Azienda per i servizi sanitari variazioni del soggetto titolare dell'autorizzazione e/o del direttore sanitario e/o della denominazione della struttura.
- g) Gli ambienti delle strutture sanitarie private devono essere adibiti esclusivamente all'esercizio di attività sanitarie autorizzate e tale condizione deve essere adeguatamente segnalata.

A seguito delle comunicazioni di cui alle lettere e) ed f) l' Azienda per i servizi sanitari dovrà provvedere alle conseguenti modifiche dell' atto autorizzativo.

Gli interventi strutturali non debbono incidere in maniera sostanziale sulle caratteristiche della struttura e debbono comunque garantire il rispetto dei requisiti che hanno dato luogo all' autorizzazione.

4.4. Obblighi del direttore sanitario della struttura

Il direttore sanitario della struttura è responsabile della regolare tenuta e della costante disponibilità della documentazione concernente:

- a) variazioni anche modeste e meramente numeriche di personale consulente o dipendente;
- b) documentazione del possesso dei titoli previsti per il ruolo e la funzione svolti da tutto il personale sanitario e tecnico operante nella struttura;
- c) sostituzioni o modificazioni di attrezzature, compatibili con la tipologia e le dimensioni della struttura autorizzata;
- d) l' acquisto delle attrezzature nel rispetto della legge 175/1992.

4.5. Requisiti per l' esercizio delle attività

Ai fini del rilascio dell' autorizzazione all' esercizio delle attività e all' erogazione delle relative prestazioni, le strutture sanitarie private ad alta e media complessità debbono essere in possesso dei requisiti di cui all' allegato 1 al presente atto.

5. PROCEDURE E REQUISITI PER IL RILASCIO DELLE AUTORIZZAZIONI RELATIVE A STRUTTURE SANITARIE PRIVATE SEMPLICI

5.1. Autorizzazioni alla costruzione, all' adattamento, alla trasformazione, all' ampliamento e al trasferimento

I soggetti che intendono costruire, adattare, trasformare, ampliare o trasferire una struttura sanitaria privata, inoltrano apposita domanda al Comune competente per territorio.

Il Comune, nell' esercizio delle proprie competenze in materia di autorizzazioni e concessioni di cui all' art. 4 del decreto-legge 5 ottobre 1993, n. 398, convertito in legge 4 dicembre 1993, n. 493, e successive modifiche ed integrazioni, acquisisce dall' Azienda per i servizi sanitari competente per territorio il parere igienico-sanitario, il cui rilascio è subordinato anche alla verifica del rispetto dei requisiti minimi di cui all' allegato 2 al presente atto.

5.2. Autorizzazione all'esercizio delle attività

Ai fini dell'autorizzazione, si applicano le disposizioni di cui al punto 4.2.

5.3. Requisiti per l'esercizio delle attività

I requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi sono indicati nell'allegato 2 al presente atto.

Non è prescritta la nomina del Direttore Sanitario.

6. ATTIVITA' DI VIGILANZA

6.1 Titolarità

La vigilanza sul regolare esercizio delle attività sanitarie e sul mantenimento dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi da parte delle strutture sanitarie private è svolta dalle Aziende per i servizi sanitari competenti per territorio.

6.2 Commissione di vigilanza. Composizione e funzionamento

Ai fini dello svolgimento dell'attività di vigilanza, in ciascuna Azienda per i servizi sanitari è costituita, con provvedimento del Direttore Generale, una Commissione di vigilanza.

La Commissione di vigilanza è così composta:

- a) il Responsabile del Dipartimento di Prevenzione, o suo delegato in possesso di competenze igienico-sanitarie, con funzioni di Presidente
- b) un esperto in materia di impiantistica
- c) un esperto in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori
- d) un dipendente amministrativo con posizione funzionale non inferiore a assistente amministrativo, con funzioni di segretario.

Per ognuno dei predetti componenti titolari deve essere previsto un componente supplente. La Commissione può essere integrata da esperti individuati dal Presidente e nominati con provvedimento del Direttore Generale.

Gli esperti di cui alla lettera b) possono essere dipendenti anche da altre Aziende sanitarie regionali.

Nel corso della fase istruttoria relativa al rilascio *dell'* autorizzazione e per l'espletamento dei compiti di vigilanza, il Presidente può delegare uno o più componenti ad effettuare singole procedure di verifica, il cui esito deve essere riferito alla Commissione ai fini rispettivamente, della formulazione del giudizio finale e della sospensione o revoca dell'autorizzazione.

La Commissione di Vigilanza ha sede presso il Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda per i servizi sanitari, e dura in carica tre anni dalla nomina.

6.3 Commissione di vigilanza. Funzioni

La Commissione di vigilanza svolge le seguenti funzioni:

- effettua l'ispezione tecnica disposta a seguito della comunicazione dell'avvenuto allestimento dei locali ed esprime parere in merito al rilascio delle autorizzazioni
- effettua la vigilanza sulle strutture autorizzate, avvalendosi, ove ritenuto necessario, del supporto di esperti, mediante ispezioni finalizzate a verificare la permanenza della conformità ai requisiti strutturali, tecnologici, ed organizzativi minimi di cui agli allegati 1 e 2 al presente atto; le ispezioni possono essere disposte in qualsiasi momento su indicazione del soggetto che ha rilasciato l'autorizzazione, ed in particolare in occasione delle comunicazioni quinquennali di cui al punto 4.3. lett. b).
- fornisce parere al soggetto competente al rinnovo dell'autorizzazione di strutture esistenti secondo quanto previsto al punto 9.1
- può concorrere alla valutazione del progetto ai fini del parere igienico-sanitario di cui al punto 4.1.b).

7. SOSPENSIONE E REVOCA DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLE ATTIVITA'

7.1 Sospensione

7.1.1 In caso di inadempienze alle disposizioni di legge o alle condizioni apposte nell'atto di autorizzazione accertate dalla Commissione di vigilanza, l'Azienda per i servizi sanitari diffida il titolare della struttura ad eliminarle, fissando un congruo termine. Trascorso tale termine senza che il titolare della struttura abbia provveduto, l'Azienda ordina la chiusura temporanea del presidio o la sospensione della specifica attività cui

sono riferibili le inadempienze, fino a quando non siano rimosse le cause che hanno determinato il provvedimento di sospensione.

7.1.2 Qualora la Commissione di vigilanza accerti che nella struttura autorizzata vengono svolte attività sanitarie non ricomprese nell'autorizzazione, l'Azienda per i servizi sanitari diffida il titolare della struttura ad interrompere, con effetto immediato, le predette attività.

La sospensione può essere ordinata con effetto immediato, senza la preventiva diffida e la fissazione del termine di cui al punto 7.1.1, quando sia necessario provvedere d'urgenza.

7.2 Revoca

La revoca dell'autorizzazione è effettuata con provvedimento dell'Azienda per i servizi sanitari, adottato nei seguenti casi:

- a) Estinzione o volontaria rinuncia della persona giuridica titolare dell'autorizzazione
- b) Volontaria rinuncia della persona fisica titolare dell'autorizzazione
- c) Decesso della persona fisica titolare dell'autorizzazione e mancata cessione della struttura ad altra persona, fisica o giuridica, entro 180 (centottanta) giorni dal decesso
- d) Ripetute infrazioni, accertate dalla Commissione di vigilanza, alle disposizioni di legge o alle condizioni apposte nel provvedimento di autorizzazione, ivi comprese quelle di carattere tecnico
- e) Una sola grave violazione, accertata dalla Commissione di vigilanza, delle disposizioni di legge o delle condizioni apposte nel provvedimento di autorizzazione, ivi comprese quelle di carattere tecnico
- f) Mancata ottemperanza alla diffida di cui al punto 7.1.2.

8. SANZIONI

8.1 L'esercizio di attività sanitarie senza la prescritta autorizzazione, fatta salva la fattispecie di cui al punto 9.1.a), ovvero l'esercizio di attività sanitarie in discipline diverse da quelle autorizzate, comportano:

- la chiusura della struttura, ai sensi dell'art. 193 T.U. LL.SS.
- una sanzione amministrativa da euro 1.500 ad euro 15.000

8.2 L'esercizio di attività sanitarie in carenza di uno o più requisiti comporta una sanzione amministrativa da euro 750 ad euro 7.500

8.3 La mancata ottemperanza all'obbligo di cui ai punti 9.1.1 b) e 9.1.2 b), anche con riferimento ai tempi fissati dall'Azienda per i servizi sanitari per la realizzazione degli adeguamenti, comporta una sanzione amministrativa da euro 750 ad euro 7.500

8.4 L'omessa comunicazione di trasferimento della titolarità della struttura comporta una sanzione amministrativa da euro 500 ad euro 5.000

In caso di recidiva le sanzioni di cui ai punti 8.1, 8.2, 8.3 e 8.4 sono raddoppiate.

Dei provvedimenti sanzionatori adottati deve essere data comunicazione alla Direzione *Centrale della Salute e della Protezione Sociale*.

DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI

9.1 Rinnovo e rilascio di autorizzazione all'esercizio delle attività per le strutture sanitarie private già funzionanti

9.1.1 Strutture sanitarie private ad alta e media complessità

Le strutture sanitarie private ad alta e media complessità, già autorizzate e funzionanti alla data di entrata in vigore del presente atto sono tenute:

- a)** a presentare, entro un anno dalla data di entrata in vigore del presente atto, domanda di rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio all'Azienda per i Servizi Sanitari territorialmente competente
- b)** ad adeguarsi ai requisiti minimi di cui all'allegato 1 al presente atto, ove quelli già esistenti non siano conformi ai predetti, entro i seguenti termini decorrenti dall'entrata in vigore del presente atto:
 - b.1) per i requisiti strutturali, entro otto anni
 - b.2) per i requisiti tecnologici, entro tre anni
 - b.3) per i requisiti organizzativi, entro due anni

Ai fini del rinnovo dell'autorizzazione, la domanda va corredata da una *comunicazione scritta di conformità* o meno delle struttura ai *singoli* requisiti indicati nell'allegato 1 e da un eventuale programma di adeguamento, in relazione al quale l'Azienda per i servizi sanitari può concedere una proroga del termine di cui alla lettera b) per comprovati e congrui motivi.

L'Azienda per i servizi sanitari può disporre eventuali accertamenti ispettivi da parte della Commissione di Vigilanza.

In caso di dimostrata impossibilità di adeguamento strutturale al requisito della accessibilità ai soggetti disabili, può essere concessa motivata deroga a condizione che la struttura non sia oggetto di interventi di adattamento, trasformazione o

ampliamento; in caso di deroga deve esservi dimostrazione della adozione di misure tecnologiche ed organizzative che consentano comunque l'accessibilità ai soggetti disabili.

Le modalità per la richiesta di rinnovo dell'autorizzazione e per il rilascio della medesima sono quelle fissate al precedente punto 4.2.

Fino al rilascio dell'autorizzazione le strutture di cui trattasi possono proseguire la loro attività a condizione che siano rispettate le disposizioni di legge in materia igienico-sanitaria e di sicurezza del lavoro.

9.1.2 Strutture sanitarie private semplici

Le strutture sanitarie private semplici già funzionanti alla data di entrata in vigore del presente atto sono tenute:

- a) a presentare, entro il **31/12/2005**, **una comunicazione attestante l'esistenza della struttura e della data di inizio della sua operatività che sottintende implicitamente la sussistenza dei requisiti in conformità a quelli prescritti dal presente documento. Detta comunicazione dovrà essere corredata da un programma di adeguamento qualora il titolare della struttura ritenga che la medesima risulti carente di uno o più dei predetti requisiti.**
- b) ad adeguarsi ai requisiti minimi di cui all' allegato 2 al presente atto, ove quelli esistenti non siano conformi ai predetti, entro i seguenti termini decorrenti **dalla data di presentazione della comunicazione:**
 - b.1)** per i requisiti strutturali, entro cinque anni
 - b.2)** per i requisiti tecnologici, entro tre anni
 - b.3)** per i requisiti organizzativi, entro un anno

Per le strutture sanitarie private semplici valgono le altre disposizioni di cui al precedente punto 9.1.1.

Ferme restando le competenze spettanti alle Aziende per i Servizi Sanitari, la Regione può concordare, ai fini dello svolgimento dell' attività istruttoria, idonee forme di collaborazione con gli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

c) le Aziende per i servizi sanitari entro novanta giorni da quella di ricevimento della comunicazione di cui alla lettera a), rilasciano l'autorizzazione all'esercizio.

Ferme restando le competenze spettanti alle Aziende per i Servizi Sanitari, la Regione può concordare, ai fini dello svolgimento dell' attività istruttoria, idonee forme di collaborazione con gli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

Fino al rilascio dell'autorizzazione le strutture di cui trattasi possono proseguire la loro attività a condizione che siano rispettate le disposizioni di legge in materia igienico-sanitaria e di sicurezza del lavoro.

9.1.3 Esercizio provvisorio

Gli eredi del titolare dell'autorizzazione di una struttura privata hanno diritto a continuare provvisoriamente l'esercizio dell'attività nelle more del rilascio dell'autorizzazione al nuovo titolare, che deve presentare domanda di autorizzazione entro 90 giorni dall'avvenuto decesso del precedente titolare. Alla domanda deve essere allegata una autocertificazione, a firma del Direttore Sanitario e del nuovo titolare, sulla permanenza delle condizioni che hanno dato luogo al rilascio della precedente autorizzazione; l'ente competente può comunque disporre una verifica tramite la Commissione di cui al punto 6.2. In caso di esito non favorevole della visita ispettiva, **vale quanto previsto dal** punto 4.2.2, fatta salva l'applicazione di quanto previsto al punto 7.

9.1.4 Trasmissione delle autorizzazioni

Le Aziende per i servizi sanitari debbono trasmettere alla Direzione **Centrale della Salute e della Protezione Sociale** e all'Agenzia regionale della sanità copia delle autorizzazioni rilasciate.

9.1.5 Studi professionali non soggetti ad autorizzazione

Gli esercenti le professioni sanitarie non soggetti alla procedura autorizzativa di cui al presente atto hanno comunque l'obbligo di comunicare l'apertura del proprio studio all'Azienda per i servizi sanitari competente per territorio, corredandola da apposita dichiarazione sostitutiva del titolo di studio posseduto, che deve essere comunque acquisito in corsi/scuole riconosciuti dal Ministero della salute.

Non sono soggetti all'autorizzazione di cui al presente atto gli studi dei medici di medicina generale e dei medici specialisti pediatri di libera scelta, ai sensi di quanto disposto dai rispettivi accordi collettivi nazionali.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI PER L'AUTORIZZAZIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE AD ALTA E MEDIA COMPLESSITA'
--

PREMESSA.....

TERMINOLOGIA UTILIZZATA NEL DOCUMENTO.....

1. REQUISITI MINIMI GENERALI.....

2. REQUISITI MINIMI PER LE ATTIVITÀ AMBULATORIALI.....

2.1 *AMBULATORIO CHIRURGICO*.....

2.2 *MEDICINA DI LABORATORIO*.....

2.3 *MEDICINA TRASFUSIONALE*.....

2.4 *ANATOMIA, ISTOLOGIA PATOLOGICA E CITOPATOLOGIA DIAGNOSTICA*.....

2.5 *DIAGNOSTICA PER IMMAGINI*.....

2.6 *RIABILITAZIONE*.....

2.7 *ENDOSCOPIA*.....

2.8 *DIALISI*.....

2.9 *MEDICINA NUCLEARE*.....

2.10 *RADIOTERAPIA*.....

2.11 *ODONTOLATRIA*.....

2.12 *PUNTI DI PRIMO INTERVENTO*.....

2.13 ***ATTIVITA' DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA DI II LIVELLO***

3. REQUISITI MINIMI PER STRUTTURA SANITARIA DI DEGENZA PER ACUTI.....

3.1 *REQUISITI MINIMI PER OGNI SERVIZIO/UNITA' OPERATIVA DI PRESIDIO DI DEGENZA PER ACUTI*.....

3.2 *AREA DI DEGENZA*.....

3.3 *DAY-HOSPITAL*.....

3.4 *DAY-SURGERY*.....

3.5 *RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA*.....

3.6 *PRONTO SOCCORSO*.....

3.7 *REPARTO OPERATORIO*.....

3.8 *PUNTI NASCITA*

3.9 ***ATTIVITA' DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA DI III LIVELLO***

3.10 *DIAGNOSTICA PER IMMAGINI*.....

3.11 *CAMERA IPERBARICA*.....

3.12 *GESTIONE FARMACI E MATERIALE SANITARIO*.....

4. REQUISITI MINIMI PER ALTRE STRUTTURE SANITARIE.....

4.1 *CONSULTORIO FAMILIARE*.....

4.2 *STABILIMENTO TERMALE*.....

4.3 *SERVIZIO DI STERILIZZAZIONE*.....

4.4 *SERVIZIO DI DISINFEZIONE*.....

PREMESSA

Gli ambiti di applicazione dei requisiti contenuti nei diversi capitoli di questo documento sono i seguenti:

capitolo “1. Requisiti Minimi Generali”: tutte le strutture, ambulatori o studi professionali per i quali è richiesta l’autorizzazione;

capitolo “2. Requisiti Minimi per le Attività Ambulatoriali”: tutte le attività sanitarie ambulatoriali, anche se svolte all’interno di strutture di degenza o residenziali od in studi professionali; per alcune specialità sono elencati anche altri requisiti specifici, che sono aggiuntivi rispetto a quelli già citati; per le attività per le quali non sono stati previsti requisiti specifici, si applicano le parti generali (ovvero: “1. Requisiti Minimi Generali”, “2. Requisiti Minimi per le Attività Ambulatoriali”; se vengono svolte prestazioni chirurgiche, generali o specialistiche, anche il capitolo “2.1 Ambulatorio Chirurgico”);

capitolo “3. Requisiti Minimi per la Struttura Sanitaria di Degenza per Acuti”: tutte le strutture di degenza per acuti;

capitolo “4. Requisiti Minimi per le altre Strutture Sanitarie si applicano, unitamente a quanto previsto dal capitolo 1., alle specifiche tipologie di strutture sanitarie elencate nel capitolo. Ove in queste strutture si erogino prestazioni ambulatoriali, vanno applicati anche i requisiti del capitolo 2.

TERMINOLOGIA UTILIZZATA NEL DOCUMENTO

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

CLIENTE: destinatario di un prodotto e/o di un servizio, colui che riceve un prodotto da un fornitore; il cliente può essere esterno (cittadino utente, medico curante prescrittore, altra struttura sanitaria) od interno all'organizzazione (sono tutti coloro che partecipano alla erogazione di prodotti o servizi finali forniti al cliente esterno, ma che a loro volta ricevono prodotti da altri soggetti interni all'organizzazione e di cui si possono quindi considerare clienti; solitamente sono singoli professionisti o unità operative della stessa struttura).

CONFORMITA': conferma del soddisfacimento dei requisiti prestabiliti, data a seguito di esami e supportata da evidenze oggettive.

DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO: la persona che ha la responsabilità di sovrintendere e coordinare le attività sanitarie di un presidio.

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

PERSONALE: tutte le persone che svolgono attività nell'ambito individuato (presidio, unità operativa ecc.); a meno di specifica identificazione (personale medico, personale infermieristico ecc.) si intende di norma in senso generale.

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

PROCEDURE: insieme di azioni professionali finalizzate ad un obiettivo, o modalità definite per eseguire una attività.

PROCESSO: sequenza strutturata di attività formalizzate, tra loro logicamente correlate.

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

REQUISITO: definizione di una condizione richiesta di buona qualità; la maggior parte dei requisiti si riferiscono ad aspetti strutturali (strutture murarie, impianti ecc.), tecnologici (attrezzature, tecnologie sanitarie) od organizzativi (organizzazione interna, processi operativi); in alcuni casi si riferiscono a competenze richieste, all'esistenza di processi valutativi o di dati, in particolare di esito delle attività sanitarie. I requisiti hanno alcune caratteristiche, ovvero sono: pertinenti al problema, comprensibili, misurabili in modo preciso e riproducibile (davanti alla stessa situazione, viene formulato lo stesso giudizio da osservatori diversi oppure dallo stesso osservatore in momenti diversi), verificabili in modo semplice.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA: dimensione organizzativa complessiva della funzione svolta.

VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ': attività che hanno lo scopo di garantire l'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 di attività di supporto (gestionali, organizzativi, amministrative, ecc.).

1. REQUISITI MINIMI GENERALI

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI

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

- protezione antisismica
- protezione antincendio
- protezione acustica
- sicurezza elettrica e continuità elettrica
- sicurezza anti-infortunistica
- igiene dei luoghi di lavoro
- protezione dalle radiazioni ionizzanti
- eliminazione della barriere architettoniche (in particolare tutti i presidi devono soddisfare il requisito dell'accessibilità)
- smaltimento dei rifiuti
- condizioni microclimatiche
- rispetto del divieto di fumo
- impianti di distribuzione dei gas
- materiali esplosivi
- attrezzature biomediche e sanitarie
- manutenzione degli edifici e degli impianti

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

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI GENERALI

Sono adottati documenti formali in cui sono esplicitati:

- a) l'organizzazione interna, con particolare riferimento all'organigramma (con il quale vengono individuati i responsabili delle articolazioni operative e delle funzioni di supporto tecnico-amministrativo e definite le loro funzioni) ed ai livelli di responsabilità
- b) le prestazioni e/o le attività erogate ed i relativi volumi attesi
- c) le modalità di erogazione del servizio.

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

La Direzione aziendale definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici).

La Direzione aziendale definisce il fabbisogno di personale:

- in termini numerici (equivalenti a tempo pieno) per ciascuna professione o qualifica professionale, in rapporto ai volumi ed alle tipologie delle attività, secondo eventuali criteri specificati dalla normativa vigente
- per posizione funzionale.

Tutti i ruoli e le posizioni funzionali sono ricoperti da personale in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente.

Deve essere predisposto un piano annuale di formazione-aggiornamento del personale, con indicazione del responsabile.

La Direzione aziendale dispone di un inventario, aggiornato annualmente, delle apparecchiature in dotazione; per ogni apparecchiatura sono descritti l'anno di acquisto e la sua collocazione.

Le apparecchiature biomediche acquistate dopo il 15/6/98 devono essere conformi al D.Lgs 46/97 di recepimento della Direttiva Europea 93/42/CEE, ovvero possedere un certificato di conformità alla suddetta direttiva e/o presenza di marchiatura "CE" direttamente sul dispositivo.

Deve esistere un piano per la manutenzione preventiva (o ordinaria) delle apparecchiature biomediche; tale piano deve essere documentato per ciascuna apparecchiatura e reso noto ai diversi livelli operativi. Vi è evidenza dell'esecuzione delle attività previste.

Devono esistere procedure o modalità operative per la manutenzione correttiva (o straordinaria) delle apparecchiature biomediche.

Per tutte le apparecchiature biomediche in inventario deve esistere un piano di esecuzione delle verifiche di sicurezza elettrica secondo i protocolli predisposti dai rispettivi fabbricanti o secondo i protocolli definiti ai sensi delle norme tecniche di settore.

Ogni struttura organizzativa predispone una raccolta di regolamenti interni, linee guida e protocolli aggiornati per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti (selezionate per rischio, frequenza, complessità) e per le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità. Il personale

deve essere informato sull'esistenza di tali documenti, che sono facilmente accessibili, e che vanno tempestivamente aggiornati al variare delle condizioni, o comunque confermati o aggiornati almeno ogni tre anni.

Devono essere predisposti documenti per lo svolgimento delle principali attività di supporto, in particolare i seguenti, che devono essere approvati dalla direzione medica di presidio:

- modalità di prelievo, conservazione, trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento
- modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori
- pulizia e sanificazione degli ambienti
- gestione dei rifiuti
- modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria.

Deve essere garantita la distinzione nella movimentazione dei materiali sporchi e puliti, mediante procedure idonee e/o percorsi distinti.

L'esternalizzazione di attività deve trovare forme adeguate di assicurazione di qualità, a seconda della tipologia dei casi, con procedure di accreditamento, certificazione ISO-EN, contratti con capitolati dettagliati rispetto alle caratteristiche qualitative (sentite anche le commissioni di competenza o i professionisti coinvolti).

2. REQUISITI MINIMI PER LE ATTIVITÀ AMBULATORIALI

Per ambulatorio specialistico 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. I requisiti di seguito indicati si intendono applicati a tutte le strutture che erogano prestazioni ambulatoriali, fatte salve le specifiche contenute nelle sezioni specialistiche.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

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

- spazi per attesa, accettazione, attività amministrative, archivio
- sala per l'esecuzione delle prestazioni, che garantisca il rispetto della privacy dell'utente, in particolare con area separata per spogliarsi (se richiesto dall'attività svolta)
- le dimensioni minime del locale si possono considerare indicativamente in 16 mq, potendo variare in funzione della tipologia delle prestazioni
- ove sono svolte procedure chirurgiche o cruente: spazio/locali per pulizia/lavaggio, disinfezione, sterilizzazione degli strumenti ed attrezzature
- spazi o armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni
- spazio/locali per deposito di materiale pulito
- spazio/locali per deposito di materiale sporco
- servizi igienici distinti per utenti e personale.

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate, e devono permettere la agevole accessibilità e mobilità dell'utente e dell'operatore, in sicurezza.

In tutti i locali ove è previsto un soggiorno prolungato di personale e/o utenti devono essere di regola assicurate l'illuminazione e la ventilazione naturali; è consentito il ricorso ad impianti artificiali esclusivamente nei vani accessori (servizi, depositi), in sala di attesa e nei locali ove si eseguono prestazioni di diagnostica per immagini.

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

Nei locali ove si svolgono le attività sanitarie i pavimenti e le pareti fino ad una altezza di 2 metri devono essere lavabili e disinfettabili.

Deve essere presente la dotazione di minima per la gestione dell'emergenza (farmaci, cannula di Mayo o Guedel, ventilatore manuale tipo Ambu o pocket mask).

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Durante lo svolgimento della attività ambulatoriale deve essere prevista la presenza di almeno un medico, indicato quale responsabile delle attività cliniche svolte nell'ambulatorio.

Le prestazioni effettuate devono essere registrate e corredate dalle generalità riferite dall'utente; le registrazioni e le copie dei referti vanno conservate secondo le modalità e i tempi sanciti dalla normativa vigente.

Tutti i materiali, farmaci, confezioni soggetti a scadenza devono essere conservati correttamente e la data di scadenza deve sempre essere indicata.

2.1 Ambulatorio chirurgico

Chirurgia ambulatoriale: modalità clinica e organizzativa di eseguire interventi chirurgici e/o procedure invasive senza ricovero, in strutture ambulatoriali, in anestesia topica, locale, loco-regionale (limitatamente agli ambulatori protetti) e/o analgesia.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

In funzione della tipologia di intervento e delle caratteristiche del paziente, sono presenti:

- spazi di attesa per il paziente in fase pre e post-operatoria
- tavolo/poltrona operatorio idoneo
- lampada scialitica
- strumenti chirurgici

Sono presenti le attrezzature e/o le procedure per la disinfezione e la sterilizzazione degli strumenti ed accessori. Ove non vi sia centralizzazione o esternalizzazione della sterilizzazione, è presente una autoclave per la sterilizzazione dello strumentario. Per le nuove strutture o nel caso di

acquisizione di nuova autoclave, questa deve essere idonea alla sterilizzazione di dispositivi medici cavi e porosi.

Sono documentati i controlli e le verifiche del processo di sterilizzazione; l'apparecchiatura è sottoposta a "qualifica di prestazione" (UNI EN 554) annuale.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Vi è un elenco delle prestazioni che vengono erogate presso l'ambulatorio. Tale elenco è approvato dal direttore sanitario/direttore medico di presidio, ed è comunicato al soggetto competente ai fini del rilascio dell'autorizzazione.

E' documentato il consenso consapevole del paziente sull'intervento o procedura cui deve sottoporsi, dopo adeguata informazione.

Tutti gli interventi chirurgici e le procedure invasive eseguiti devono essere riportati in apposito registro, contenente:

- elementi identificativi del paziente
- diagnosi
- nomi e ruolo degli operatori
- procedura eseguita
- data, ora di inizio e di fine della procedura
- tipo di anestesia ed eventuali tecniche sedative eseguite
- eventuali complicanze immediate.

Ambulatori protetti

Gli ambulatori protetti sono ambulatori compresi all'interno di ospedali o case di cura. Le tipologie di interventi eseguibili in tali contesti possono essere complesse e/o riferirsi a pazienti che presentano carattere di criticità.

Oltre a quanto richiesto per gli ambulatori chirurgici, durante l'intervento:

- è presente un monitor defibrillatore semi-automatico
- è presente un anestesista-rianimatore (o immediatamente disponibile, in funzione della tipologia di intervento o delle caratteristiche del paziente).

2.2 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. 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.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

Sono presenti almeno un locale per il prelievo, che consenta il rispetto della privacy dell'utente, e un locale per l'esecuzione delle analisi.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

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.

Il laboratorio deve garantire il controllo della fase preanalitica (linee guida per la preparazione del paziente e per il prelievo e raccolta dei campioni, identificazione del paziente e del campione, trattamento e trasporto dei campioni) ovunque siano situati gli ambulatori per il prelievo e la raccolta dei campioni biologici da sottoporre ad analisi.

E' presente un documento che descrive le modalità di compilazione, trasmissione e consegna dei referti.

Reagenti, materiale di controllo, materiale di calibrazione devono presentare etichette che ne indichino: identità, titolo o concentrazione, condizioni di conservazione raccomandate, data di ricostituzione o di preparazione (per quelli preparati in laboratorio), data di scadenza, ed ogni altra informazione necessaria per l'uso corretto.

Il laboratorio deve svolgere programmi di Controllo Interno di Qualità e partecipare a programmi di Valutazione Esterna di Qualità.

2.3 Medicina Trasfusionale

I servizi di Medicina Trasfusionale sono strutture ospedaliere che, sulla base degli obiettivi della programmazione nazionale, regionale e locale, garantiscono le seguenti funzioni:

a) attività di produzione: volte a garantire la costante disponibilità di sangue, emocomponenti ed emoderivati. Comprendono la selezione ed i controlli periodici dei donatore, la raccolta, la lavorazione e validazione degli emocomponenti, la conservazione ed il trasporto, la produzione di plasma da destinare alla lavorazione degli emoderivati.

b) attività di servizio: comprendono l'assegnazione del sangue e la distribuzione di sangue e derivati, l'urgenza e l'emergenza, la medicina trasfusionale, eventuali ulteriori competenze nel campo della diagnosi e della cura assegnate dalla programmazione regionale ed aziendale.

Per le attività inerenti la medicina trasfusionale è richiesta la conformità ai requisiti del presente capitolo, oltre alla conformità ai requisiti di cui al paragrafo 2.2 inerenti le attività analitiche, ove svolte.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Esistono documenti, approvati dalla Direzione medica di presidio, che descrivono criteri e modalità per:

- programmazione ed attuazione della raccolta di sangue intero ed emocomponenti mediante aferesi dai donatori periodici
- selezione, accettazione, prelievo e controlli periodici dei donatori
- produzione degli emocomponenti
- qualificazione biologica e validazione degli emocomponenti
- tracciabilità delle operazioni relative alla produzione delle unità trasfusionali.

Esistono documenti che descrivono le modalità operative e di collaborazione con:

- associazioni e federazioni del volontariato del sangue (concordati con le stesse operanti nel territorio di riferimento)
- altre aziende sanitarie o altre strutture trasfusionali per il rifornimento, la cessione o lo scambio di sangue ed emocomponenti
- la struttura regionale di coordinamento e compensazione
- l'industria convenzionata per il frazionamento del plasma

- il servizio farmaceutico aziendale e la struttura regionale di coordinamento ai fini dell'approvvigionamento e la distribuzione dei farmaci emoderivati, prodotti a partire dal plasma raccolto dalla struttura trasfusionale.

Oltre a quanto già previsto per le attività analitiche, si devono prevedere attività di controllo di qualità interno ed esterno per le attività legate alla immunoematologia e alla qualificazione biologica delle unità trasfusionali.

Si devono prevedere attività di controllo di qualità interno per la preparazione degli emocomponenti.

Ogni struttura componente il dipartimento trasfusionale dispone di regolamenti interni e linee guida scritti, confermati o aggiornati da non più di tre anni, firmati dal responsabile dell'unità stessa e concordati con i diversi componenti del dipartimento stesso. Tali linee guida e regolamenti si riferiscono almeno alle modalità di:

- riconoscimento oggettivo di donatori e riceventi
- effettuazione della trasfusione del sangue, dei suoi componenti e derivati
- segnalazione degli esiti della trasfusione
- riconoscimento e trattamento delle reazioni avverse

La relazione annuale sulla attività del servizio, oltre al debito previsto dalla legislazione vigente, contiene dati riguardo a:

- capacità produttive delle strutture
- gestione delle scorte
- utilizzo di programmi di trasfusione autologa
- consumi di sangue, prodotti e derivati in relazione alla casistica trattata
- flussi di scambio intra ed interdipartimentali
- sistema di emovigilanza.

2.4 Anatomia, Istologia Patologica e Citopatologia Diagnostica

I Servizi di Anatomia, Istologia Patologica e Citopatologia Diagnostica sono deputati ad esaminare organi o campioni di organi (tessuti, liquidi e cellule) in vivo e nel cadavere, redigendo una diagnosi sotto forma di referto.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

Per l'attività diagnostica istopatologica e per quella citopatologica devono essere previsti i seguenti ambienti di lavoro:

- archivio per isto/citoteche e blocchetti di paraffina
- spazi/locali per la conservazione temporanea e/o indefinita del materiale di riserva bioptico/chirurgico
- locale/area dedicati per l'accettazione dei campioni
- locale/i dedicati per la processazione
- locale/i per l'osservazione microscopica diagnostica (in rapporto al numero di addetti)
- eventuale locale ambulatorio per esecuzione prelievi ed ago-aspirati.

2.5 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.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Durante lo svolgimento delle indagini radiologiche:

- senza mezzi di contrasto, deve essere garantita la pronta disponibilità di personale medico
- che prevedono l'uso di mezzi di contrasto deve essere garantita la presenza di personale medico e deve essere disponibile l'attrezzatura per la rianimazione cardio-polmonare di base (defibrillatore, cannula di Mayo o Guedel, ventilatore manuale tipo Ambu o pocket mask); le attrezzature per la rianimazione sono facilmente e rapidamente accessibili da ogni parte del servizio e sono controllate periodicamente secondo procedure scritte. E' documentato il consenso consapevole del paziente sull'intervento o procedura cui deve sottoporsi, dopo adeguata informazione.

L'iconografia può essere prodotta e conservata su formato/supporto diversi, nel rispetto della normativa vigente. Se l'iconografia è prodotta su materiale fotografico, deve essere presente un locale per la conservazione ed il trattamento del materiale sensibile.

Le strutture sono in regola con quanto previsto dai D.Lgs 187/2000 e 241/2000.

Ove si svolgano attività di Radiologia Interventistica, intesa quale intervento terapeutico, sono necessari:

- procedure scritte per approvvigionamento, disinfezione e/o sterilizzazione di materiali e strumenti impiegati, approvate dalla Commissione Infezioni
- possibilità di eseguire immediatamente un intervento d'urgenza di chirurgia minore in caso di necessità.

E' documentato il consenso consapevole del paziente sull'intervento o procedura cui deve sottoporsi, dopo adeguata informazione.

Le attività di Radiologia Interventistica sono erogabili solo in strutture ad alta complessità.

2.6 Riabilitazione

Le attività di medicina fisica e riabilitazione sono finalizzate a consentire il massimo recupero possibile delle funzioni lese in seguito ad eventi patogeni o lesionali, prevenendo le menomazioni secondarie e curando la disabilità, per consentire alla persona disabile le maggiori opportunità possibili di partecipazione e conseguentemente la migliore qualità di vita e l'inserimento psico-sociale.

La medicina fisica e riabilitativa eroga prestazioni di valutazione, di rieducazione motoria e funzionale utilizzando anche energie fisiche a scopo terapeutico.

Le prestazioni di medicina fisica e riabilitazione sono erogate presso:

- ✓ Presidi ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione;
- ✓ Centri ambulatoriali di riabilitazione;
- ✓ Unità operative di riabilitazione.

Requisiti per le attività ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione

Per le attività ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione è richiesta la conformità ai requisiti del presente capitolo, oltre alla conformità ai requisiti minimi generali ed ai requisiti minimi per le attività ambulatoriali.

Ogni struttura che svolge attività ambulatoriale di medicina fisica e riabilitazione deve dichiarare la specifica tipologia delle prestazioni erogate, che devono essere coerenti con le attrezzature e le strumentazioni in dotazione alla struttura.

Requisiti specifici per i presidi ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione

Nell'ambito delle attività ambulatoriali di primo livello i presidi ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione assicurano interventi nei confronti di disabilità transitorie e/o minimali che richiedono un breve programma terapeutico-riabilitativo e sono orientati ad un largo numero di utenti.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

La dotazione di personale dell'area della riabilitazione deve essere adeguata alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate.

Deve essere disponibile personale di area infermieristica in riferimento alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate ed in relazione alla necessità di movimentare pazienti non autosufficienti negli spostamenti.

I presidi ambulatoriali devono garantire un'apertura settimanale in relazione alla tipologia di prestazioni erogate e tale da assicurare la continuità dell'assistenza.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

La dotazione minima di ambienti per l'attività di medicina fisica e riabilitazione, anche non esclusivamente dedicati, deve essere coerente con la pianificazione delle attività.

In particolare il presidio dispone di:

- ove svolte attività statiche e dinamiche di gruppo, aree attrezzate (palestre), ognuna delle quali di almeno 45 m² con una tolleranza del 10% per le strutture già esistenti: tali aree sono destinate all'esercizio terapeutico contemporaneo di massimo 6 pazienti; per ogni paziente contemporaneo in più la superficie della palestra dovrà presentare un incremento di almeno 5 m². In prossimità sono disponibili spogliatoi e servizi igienici;
- aree attrezzate per attività individuali;
- box di almeno 6 m², per attività di massoterapia, terapia fisica e strumentale e manipolazioni articolari; indicativamente il 50% dei box, e comunque almeno uno, deve essere di dimensioni

tali da consentire l'accesso ad un paziente in carrozzina (fatto salvo il rispetto della normativa sull'abbattimento delle barriere architettoniche nella struttura ambulatoriale), i box non necessitano di area separata per spogliarsi;

- ambulatori medici per visite specialistiche e valutazioni diagnostico-terapeutiche cliniche attinenti alle patologie trattate;
- area attrezzata per il trattamento, qualora previsto, dei disturbi cognitivo-simbolici.

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI ED IMPIANTISTICI

Sono presenti:

- lettino ad altezza regolabile e larghezza minima non inferiore a 85 cm;
- carrozzina disponibile a necessità (anche in comune con altri ambulatori del presidio);
- sollevatore
- diafanoscopio;
- sfigmomanometro;
- goniometro e metro a nastro.

Devono inoltre essere disponibili presidi medico-chirurgici a seconda delle attività espletate (ad esempio infiltrazioni, medicazioni, toilette lesioni da decubito, bendaggio funzionale, ecc.).

La dotazione strumentale è inoltre correlata qualitativamente e quantitativamente ai bisogni dell'utenza ed alle diverse tipologie di attività erogate; sono presenti attrezzature, dispositivi, presidi e risorse per la valutazione del paziente e lo svolgimento delle diverse tipologie di attività erogate da parte dei medici specialisti e degli altri operatori professionali.

Sono presenti dispositivi per mantenere una temperatura adeguata e confortevole durante tutto l'anno, in relazione alla tipologia di prestazioni erogate.

E' presente un impianto telefonico per utenti, di cui almeno un apparecchio utilizzabile dalle diverse tipologie di disabili presi in carico.

Requisiti specifici per i centri ambulatoriali di riabilitazione

Nell'ambito delle attività ambulatoriali di primo livello i centri ambulatoriali di riabilitazione assicurano interventi in disabilità importanti, spesso multiple, con possibili esiti permanenti, che richiedono una presa in carico omnicomprensiva nel lungo termine mediante un "progetto riabilitativo" (per esempio le paralisi, i deficit di coordinazione, i ritardi di sviluppo, i disordini del

linguaggio e della comunicazione, i deficit sensoriali, le amputazioni, ecc.). Tali progetti prevedono, di norma, molteplici programmi terapeutici realizzabili in una struttura dotata di team multiprofessionale, dove sono disponibili al bisogno interventi di diverse specialità mediche.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Il responsabile del centro ambulatoriale di riabilitazione è un medico specialista in medicina fisica e riabilitazione o disciplina equipollente e/o affine.

La dotazione di personale dell'area della riabilitazione deve essere adeguata alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate.

Esiste un'équipe multiprofessionale coordinata da un medico specialista in medicina fisica e riabilitazione o disciplina equipollente e/o affine, e composta almeno da personale medico e da personale dell'area della riabilitazione.

Deve essere disponibile personale di area infermieristica in riferimento alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate ed in relazione alla necessità di movimentare pazienti non autosufficienti negli spostamenti.

Deve essere disponibile personale di assistenza sociale e dell'area psicologica.

La presa in carico di ogni singolo paziente deve essere effettuata all'interno di un progetto riabilitativo di cui è responsabile un medico specialista in medicina fisica e riabilitazione o disciplina equipollente e/o affine. Il progetto riabilitativo prevede la realizzazione di specifici programmi terapeutici ed il monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni della disabilità, anche eventualmente in raccordo con l'équipe multidisciplinare per l'handicap e/o l'UVD.

Sono garantiti un'adeguata informazione e l'accesso del/dei familiare/i alla struttura nonché uno specifico addestramento prima del rientro del paziente al proprio ambiente di vita, se necessario.

Qualora il programma terapeutico lo preveda, le prestazioni devono essere erogate anche a domicilio del paziente o in strutture esterne al centro.

I centri devono essere aperti di norma per 7/8 ore giornaliere e di norma per almeno 5 giorni alla settimana.

Un medico è presente al momento dell'esecuzione di terapie che comportino rischi potenziali per gli utenti.

Vi sono procedure e/o accordi formalizzati per l'esecuzione all'esterno di indagini diagnostiche, qualora non vengano svolte dal centro.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

La dotazione minima di ambienti per l'attività di medicina fisica e riabilitazione, anche non esclusivamente dedicati, deve essere coerente con la pianificazione delle attività.

Il centro dispone di un'area destinata all'attività riabilitativa di superficie complessiva di almeno 200 m² articolata in:

- aree attrezzate per attività di gruppo dinamiche e occupazionali, di superficie complessiva non inferiore a 100 m², con una tolleranza del 10% per le strutture già esistenti: di queste almeno una di 45 m² destinata all'esercizio terapeutico contemporaneo di massimo 6 pazienti. In prossimità sono disponibili spogliatoi e servizi igienici;
- aree attrezzate per attività individuali;
- box di almeno 6 m² per, qualora previste, attività di massoterapia, terapia fisica e strumentale e manipolazioni articolari; indicativamente il 50% dei box, e comunque almeno uno, deve essere di dimensioni tali da consentire l'accesso ad un paziente in carrozzina (fatto salvo il rispetto della normativa sull'abbattimento delle barriere architettoniche nella struttura ambulatoriale); i box non necessitano di area separata per spogliarsi;
- ambulatori medici per visite specialistiche e valutazioni diagnostico-terapeutiche cliniche attinenti alle patologie trattate;
- area attrezzata per il trattamento, qualora previsto, dei disturbi cognitivo-simbolici.

Qualora sia prevista la presenza di una piscina terapeutico-riabilitativa, i relativi requisiti autorizzativi fanno riferimento alla normativa specifica.

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI ED IMPIANTISTICI

Sono presenti:

- lettino ad altezza regolabile e larghezza minima non inferiore a 85 cm;
- carrozzina disponibile a necessità (anche in comune con altri ambulatori del presidio);
- sollevatore

- diafanoscopio;
- sfigmomanometro;
- goniometro e metro a nastro;
- devono inoltre essere disponibili presidi medico-chirurgici a seconda delle attività espletate (ad esempio infiltrazioni, medicazioni, toilette lesioni da decubito, bendaggio funzionale, ecc.);
- dotazione strumentale correlata qualitativamente e quantitativamente ai bisogni dell'utenza ed alle diverse branche specialistiche e tipologie di attività erogate.

Sono presenti dispositivi per mantenere una temperatura adeguata e confortevole durante tutto l'anno, in relazione alla tipologia di prestazioni erogate.

E' presente un impianto telefonico per utenti, di cui almeno un apparecchio utilizzabile dalle diverse tipologie di disabili presi in carico.

Requisiti specifici per l'Unità operativa di riabilitazione

Le Unità operative di riabilitazione sono dirette all'assistenza e al recupero funzionale di:

- 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;
- menomazioni e disabilità complesse in grado di avvalersi di competenza medica specialistica fisiiatrica e di programmi di riabilitazione intensiva e/o che richiedano la possibilità di interazioni con altre discipline specialistiche;
- disabilità tali da non poter essere trattate con modalità alternative al ricovero.

Nelle Unità operative di riabilitazione devono essere garantite le funzioni corrispondenti alle seguenti aree problematiche, all'interno della struttura o mediante rapporti di consulenza:

- valutazione e conseguente rieducazione delle diverse tipologie di menomazioni e disabilità;
- rieducazione vescico-sfinterica;
- terapia fisica strumentale;
- rieducazione delle turbe del linguaggio;
- rieducazione delle principali turbe neuropsicologiche;
- gestione delle problematiche internistiche;

- educazione ed addestramento del disabile e dei suoi familiari;
- attività protesica ed ortesica;
- assistenza sociale.

A seconda delle necessità del paziente o delle caratteristiche delle Unità operative sono presenti le funzioni corrispondenti alle seguenti aree problematiche, all'interno della struttura o mediante rapporti di consulenza:

- rieducazione respiratoria;
- rieducazione cardiologica;
- rieducazione gastroenterologica;
- rieducazione vascolare;
- assistenza psicologica;
- terapia occupazionale.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Il team interprofessionale deve comprendere almeno le seguenti tipologie di professionisti:

- assistente sociale (anche non dedicato);
- fisioterapista;
- infermiere;
- logopedista (solo per le Unità operative che prendono in carico pazienti da disabilità e menomazioni secondarie a patologie neurologiche cerebrali);
- medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione;
- operatore tecnico dell'assistenza/operatore socio-sanitario;
- psicologo (anche non dedicato);
- terapeuta occupazionale / fisioterapisti della riabilitazione con documentata esperienza nel settore.

La dotazione di personale tecnico - assistenziale deve essere idonea a garantire la realizzazione del progetto riabilitativo individuale e del progetto riabilitativo di struttura, secondo quanto previsto dalla definizione di riabilitazione.

Devono esistere procedure che facilitino il contatto del paziente con i propri familiari.

Devono esistere procedure e/o accordi formalizzati di attivazione dei servizi sociali e territoriali, e per la garanzia della continuità assistenziale dopo la dimissione.

Deve essere formalizzata la modalità di accesso alle varie consulenze specialistiche ipotizzabili.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

La Unità operative di riabilitazione è di norma collocata all'interno di un presidio ospedaliero plurispecialistico o di un presidio ospedaliero di riabilitazione.

Area destinata alla degenza

Oltre ai requisiti minimi strutturali previsti per il reparto di degenza si devono prevedere:

- area attrezzata per colloquio ed addestramento familiari (può essere sostituita dalla sala riunioni);
- almeno un bagno assistito in ogni unità operativa;
- spazio per il deposito attrezzature, commisurato alle specifiche necessità del reparto (carrozine, deambulatori, ecc.);
- spazio attrezzato per la consumazione dei pasti, soggiorno e tempo libero.

Area destinata alla valutazione:

Un'area complessiva (ambulatori generali e per valutazioni specifiche) non inferiore a 40 m².

Area destinata all'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione articolata in:

- spazi multifunzionali per attività dinamiche e di gruppo, ognuno dei quali di almeno 45 m² per una superficie complessiva non inferiore a 100 m², con una tolleranza del 10% per le strutture già esistenti. Tali aree sono destinate all'esercizio terapeutico contemporaneo di massimo 6 pazienti. In prossimità sono disponibili spogliatoi e servizi igienici;
- spazi per attività statiche o individuali, attrezzate in rapporto alla tipologia dell'intervento (secondo le aree di attività elencate), articolati in locali/spazi di almeno 9 m² per una superficie complessiva di non meno di 36 m²;
- ambiente/spazio per il coordinamento dei terapisti e lo svolgimento delle funzioni connesse, preferibilmente in prossimità della palestra.

Requisiti ambientali:

- deve essere possibile l'accesso al letto mediante barella, carrozzina, deambulatore o sollevatore;
- oltre al rispetto dei requisiti inerenti al superamento delle barriere architettoniche, all'interno delle Unità operative devono essere assunti tutti i provvedimenti che consentono la fruibilità degli spazi;
- i sistemi di chiamata devono essere adatti alle diverse tipologie di disabilità;
- i tavoli devono avere altezza tale da consentire l'inserimento della carrozzina.

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI ED IMPIANTISTICI

Oltre alle attrezzature previste per le strutture di degenza, devono essere previste:

a - degenza

- letti di degenza a tre segmenti regolabili, con spondine e relativi “trapezi” e “archetti alzacoperte”, regolabili in altezza e che garantiscono il supporto di materassi antidecubito;
- disponibilità di materassi antidecubito di differenti tipologie, in rapporto alle necessità;
- apparecchi per aerosol terapia;
- sollevatori elettrici con diverse tipologie di imbragatura;
- una carrozzina per posti letto, parte standard con ruote grandi posteriori (dimensioni varie) e parte a schienale alto reclinabile con poggiatesta (dimensioni varie);
- sistema pesapersona per disabili;
- disponibilità di cuscini antidecubito;
- tavole avvolgenti per carrozzina;
- reggibraccio-postura per carrozzina;
- poltroncine doccia;
- comodini bidirezionali per disabili.

b - valutazione

- disponibilità di un sistema di valutazione neurofisiopatologica anche nell'ambito del presidio ospedaliero (es. EMG, ENG, PESS, ecc.);
- dispositivi per valutazioni dinamometriche;
- sussidi manuali e/o elettronici per la valutazione delle abilità motorie;
- sussidi manuali e/o elettronici per la valutazione del linguaggio e delle turbe neuropsicologiche;
- apparecchio per saturimetria transcutanea;
- cronometri;

- disponibilità, ove svolta attività di riabilitazione respiratoria, di uno spirometro ed eseguibilità di emogasanalisi;
- disponibilità di un ecografo;
- disponibilità di apparecchiatura per indagini di urodinamica;
- disponibilità di un apparecchio per videofluoroscopia;
- disponibilità di bladderscan.

Le attrezzature per la valutazione elencate possono essere disponibili anche nell'ambito del presidio ospedaliero.

c - trattamento

- lettini per rieducazione motoria ad altezza variabile (cm 100 minimi x 200 x 44/85h);
- letto di grandi dimensioni per rieducazione motoria ad altezza variabile (cm 200 x 200 x 44/85h) (Bobath);
- letti di verticalizzazione ad altezza ed inclinazione variabile;
- sollevatori elettrici con diverse tipologie di imbragatura (fasce, amaca standard ed amaca con poggiatesta) in grado di sollevare il paziente dal piano-pavimento;
- standing ad altezza variabile;
- materassini per chinesiterapia a pavimento (o piano materasso grande);
- parallele ad altezza variabile;
- specchi a muro per chinesiterapia (non quadrettati);
- specchi per chinesiterapia su ruote;
- bilance con quadrante basso;
- scala modulare per rieducazione motoria;
- apparecchi vari per terapia fisica strumentale;
- deambulatori ad altezza regolabile tipo "walker";
- deambulatori ad altezza regolabile tipo "rollator";
- ausili vari per la deambulazione (bastoni, tripod, ecc.);
- piani oscillanti e sussidi per la rieducazione propriocettiva;
- serie di sussidi per l'esercizio terapeutico manipolativo funzionale;
- serie di ausili per il rinforzo muscolare;
- spalliera svedese;
- serie di bastoni per chinesiterapia;

- cuscini in gommapiuma a densità graduata e rivestiti in similpelle e di diverse dimensioni e forme;
- maxicilindro;
- cronometri;
- tavolo ergoterapico ad altezza ed inclinazione variabili ad uno o più segmenti;
- sussidi manuali e/o elettronici per il trattamento del linguaggio e delle turbe neuropsicologiche;
- sgabelli ad altezza regolabile;
- carrello portausili per chinesiterapia a più ripiani;
- sedie e sgabelli vari;
- sussidi vari per l'addestramento alle ADL (activity daily life) primarie in terapia occupazionale;
- attrezzatura per la realizzazione e l'adattamento di ausili ed ortesi realizzati in materiale termomodellabile.

La dotazione strumentale è comunque correlata qualitativamente e quantitativamente ai bisogni dell'utenza ed alle diverse branche specialistiche e tipologie di attività erogate.

Impianti speciali e vari

impianto telefonico per utenti, di cui almeno un apparecchio utilizzabile dalle diverse tipologie di disabili presi in carico.

2.7 Endoscopia

Le procedure endoscopiche comportano l'introduzione di dispositivi, finalizzati alla visione di organi interni, attraverso orifizi naturali o con la perforazione di tessuti, in particolare dell'apparato digerente (esofago-gastro-duodenoscopia, retto-colonscopia), dell'apparato respiratorio (broncoscopia, toracoscopia), dell'apparato urinario (cistoscopia).

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

Devono esservi spazi adeguati per:

- l'esecuzione delle indagini
- il risveglio e l'osservazione del paziente.

Dove venga fatto uso di gas anestetici o di sostanze volatili, devono esservi adeguati sistemi per l'aspirazione e eliminazione degli stessi.

Dove si faccia uso contemporaneo di apparecchiature elettromedicali, bisturi elettrico e gas infiammabili, devono esservi precauzioni antistatiche adeguate.

Devono essere disponibili:

- l'attrezzatura per il monitoraggio cardiovascolare e respiratorio del paziente durante le indagini e per la rianimazione cardio-polmonare di base (cardio monitor, defibrillatore, farmaci, cannula di Mayo o Guedel, ventilatore manuale tipo Ambu o pocket mask).

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Le attrezzature per la rianimazione sono facilmente e rapidamente accessibili da ogni parte del servizio e sono controllate periodicamente secondo procedure scritte.

Tutta la strumentazione endoscopica e' sottoposta a controlli programmati e sistematici della disinfezione e sterilizzazione.

2.8 Dialisi

Le prestazioni dialitiche possono essere erogate dalle seguenti tipologie di strutture:

- a) Nefrologia e Dialisi ospedaliera ad assistenza elevata (CDO)
- b) Centro Dialisi ad Assistenza Decentrata (CAD)
- c) Centro Dialisi ad Assistenza Limitata (CAL).

La terapia dialitica può essere effettuata sia in ambito ospedaliero che extra-ospedaliero, valutate le condizioni cliniche del paziente da parte del nefrologo e comunque sotto la responsabilità dello stesso, oltre che al domicilio del paziente (comprese RSA o Case di Riposo). Quest'ultima modalità è utilizzabile per pazienti cronici stabilizzati, ritenuti idonei per criteri clinici ed anagrafici, in grado di autogestirsi o che possono contare su un'assistenza domiciliare.

La terapia dialitica può essere erogata con l'organizzazione e sotto la responsabilità dell'U.O. di riferimento (di cui al punto a), alla quale le strutture descritte ai punti b) e c) sono funzionalmente aggregate.

REQUISITI STRUTTURALI

Nelle strutture dialitiche sono presenti:

- locale/i ove si svolgono le terapie dialitiche, con spogliatoio e servizi igienici per utenti distinti per sesso
- locale separato per visite e manovre di medicazione
- almeno un posto letto per osservazione momentanea del paziente
- locale magazzino per lo stoccaggio del materiale per dialisi
- locale per lo stazionamento delle apparecchiature di riserva e gli interventi di riparazione
- locale per l'allocazione dell'impianto di preparazione dell'acqua e stoccaggio disinfettanti chimici
- impianto di distribuzione dell'acqua ad anello in materiale specifico per dialisi, privo di punti morti, che consenta la sterilizzazione chimica e/o a vapore.

La disposizione dei letti deve consentire:

- il passaggio agevole di un carrello medicazione e le eventuali pratiche di rianimazione
- l'assistenza al paziente su 3 lati
- il controllo visivo da parte del personale infermieristico.

Nelle strutture di Nefrologia e Dialisi ospedaliera ad assistenza elevata devono inoltre essere previsti:

- spazi e dotazioni tecniche per l'accoglienza ed il trattamento del paziente acuto
- locale per il trattamento dialitico di pazienti affetti da patologie altamente infettive (HbsAg pos., HIV etc.)
- locali per l'addestramento e la gestione alla/della dialisi peritoneale (ove prevista)
- locale per la medicazione e monitoraggio del catetere ed i cambi sets (per le dialisi peritoneali).

REQUISITI IMPIANTISTICI E TECNOLOGICI

E' possibile il monitoraggio elettrocardiografico e pressorio su almeno parte dei pazienti durante la dialisi.

Sono disponibili strumenti idonei alla valutazione del peso ponderale pre e post-dialisi.

E' attivo un gruppo elettrico di continuità.

E' prontamente disponibile un monitor defibrillatore.

Un preparatore singolo automatico (monitor per dialisi), in grado di effettuare bicarbonato/acetato dialisi, con controllo automatico dell'ultrafiltrato, sterilizzabile almeno con 2 metodiche, più almeno un numero di monitor per dialisi di riserva pari ad almeno 1/4 dei posti letto (1/3 nelle unità ad alta assistenza).

Un preparatore singolo automatico con flusso dialisi "single-pass" per patologie infettive.

Un impianto trattamento acqua ad osmosi inversa (meglio a biosmosi), un impianto singolo di osmosi inversa o demineralizzatore a resine per la dialisi domiciliare extracorporea.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

In tutte le strutture:

- sono presenti 2 infermieri per i primi 5 pazienti, ed uno aggiuntivo per ogni ulteriori 3 pazienti
- il personale infermieristico è addestrato su tutte le metodiche dialitiche disponibili nel servizio
- è assicurata la verifica periodica (almeno ogni 3 mesi), chimica e batteriologica (attraverso passaggio su filtro), della qualità dell'acqua deionizzata e del liquido di dialisi.

Viene garantita la tempestività degli accertamenti di laboratorio per il monitoraggio e la gestione delle urgenze.

Il personale è formato sulle problematiche riguardanti le principali patologie infettive correlate.

Tutti i pazienti sono sottoposti ad accertamenti sierologici e profilassi delle infezioni virali.

Ogni servizio dispone di procedure concordate con gli altri servizi di dialisi regionali per le eventuali necessità di trasferimento-presa in carico di pazienti in funzione della variazione del quadro clinico o di urgenze cliniche, tecniche od organizzative.

Tutti i pazienti seguiti sono registrati nel registro regionale dializzati.

Requisiti specifici per Nefrologia e Dialisi ospedaliera ad assistenza elevata (CDO)

La CDO garantisce la risposta alle esigenze dialitiche di pazienti acuti, post-acuti, cronici complicati e cronici stabilizzati.

E' in grado di attuare:

- a) i trattamenti dialitici extracorporei standard
- b) almeno 2 metodiche miste (convettivo-diffusiva, convettive, con emoperfusione)

- c) la dialisi peritoneale
- d) metodiche intermittenti o continue per i pazienti acuti.

Il servizio garantisce:

- l'intervento del nefrologo 24 ore su 24 tramite servizio di guardia o reperibilità/pronta disponibilità
- la presenza di personale medico di nefrologia durante le sedute dialitiche
- l'allestimento chirurgico degli accessi vascolari e peritoneali, tramite la disponibilità, all'interno od all'esterno del servizio, di una sala chirurgica
- il follow-up degli accessi vascolari cronici e peritoneali
- l'allestimento di accessi vascolari di emergenza (cateteri centrali)
- il trattamento dialitico ai pazienti che necessitano di spazi contumaciali ed apparecchiature dedicate, ai cronici complicati che richiedono la degenza nell'ambito ospedaliero
- la possibilità di ricovero per i cronici complicati o le nuove immissioni complicate
- l'addestramento per i pazienti domiciliari
- l'addestramento del personale medico ed infermieristico, compreso quello da avviare alle strutture decentrate, di cui cura inoltre l'aggiornamento continuo e periodico
- la selezione dei pazienti da inserire nel programma di trapianto, la cura della parte diagnostica per la valutazione dell'idoneità e l'invio ai Centri trapianto prescelti, il controllo clinico e il follow-up della fase postchirurgica a funzione renale stabilizzata
- la selezione dei pazienti da trattare in CAD e CAL.

Per ogni paziente viene formalizzato dal nefrologo un piano dialitico appropriato, comprendente anche gli aspetti di monitoraggio clinico-laboratoristico, in base al quale si apportano le eventuali modifiche al piano di trattamento dialitico o terapeutico.

Requisiti specifici per Centro Dialisi Decentrato (CAD)

Il CAD ha competenza sulla terapia dialitica di pazienti post acuti e cronici stabilizzati, svolge attività ambulatoriale specialistica ed è funzionalmente aggregato all'U.O. di Nefrologia di riferimento. Tale aggregazione si concretizza nell'adozione di protocolli comuni concordati con l'U.O. di riferimento relativamente ai percorsi diagnostici e terapeutici dialitici ed extradialitici, nell'attuazione del piano dialitico prescritto dall'unità operativa di riferimento, nell'esistenza di un accordo formalizzato con l'unità di riferimento per il trattamento di complicanze non risolvibili a livello locale, per la gestione di problematiche degli accessi vascolari, per la pronta disponibilità

dello specialista nefrologo, per le eventuali attività di consulenza specialistica in loco e per la gestione dei dati statistico-epidemiologici.

E' in grado di attuare:

- trattamenti dialitici extracorporei standard
- almeno una metodica mista convettivo-diffusiva, convettiva, con emoperfusione
- trattamento di pazienti HbsAg positivi e/o HIV positivi, nel caso disponga di aree contumaciali
- trattamento di pazienti HCV positivi, nel caso disponga di macchine dedicate.

Dispone di :

- personale medico di nefrologia sempre presente durante le sedute dialitiche
- guardia o reperibilità nelle 24 ore che garantisca l'intervento del nefrologo disponibile presso l'U.O. di riferimento
- assistenza tecnica per le apparecchiature.

Garantisce:

- l'osservazione clinica temporanea per le complicanze minori del trattamento dialitico
- la realizzazione di accessi vascolari di emergenza (cateteri centrali)
- la segnalazione all'U.O. di riferimento dei pazienti da inserire nel programma di trapianto
- il trattamento dei pazienti selezionati ed inviati dall'U.O. di riferimento.

Requisiti specifici per Centro ad Assistenza Limitata (CAL)

Il CAL ha competenza sulla terapia dialitica di pazienti cronici stabilizzati di pertinenza per criterio territoriale (anche se necessitano di apparecchiature dedicate) ed è funzionalmente aggregato all'U.O. di Nefrologia di riferimento. Tale aggregazione si concretizza nell'adozione di protocolli comuni concordati con l'U.O. di riferimento relativamente ai percorsi diagnostici e terapeutici dialitici ed extradialitici, nell'attuazione del piano dialitico prescritto dall'unità operativa di riferimento, nell'esistenza di un accordo formalizzato con l'U.O. di riferimento per il trattamento di complicanze non risolvibili a livello locale, per la gestione di problematiche degli accessi vascolari per la pronta disponibilità dello specialista nefrologo, per le eventuali attività di consulenza specialistica in loco e per la gestione dei dati statistico-epidemiologici.

E' in grado di attuare:

- trattamenti dialitici extracorporei standard
- almeno una metodica mista convettivo-diffusiva, convettiva, con emoperfusione
- trattamento di pazienti HbsAg positivi e/o HIV positivi, nel caso disponga di aree contumaciali

- trattamento di pazienti HCV positivi, nel caso disponga di macchine dedicate.

Dispone di:

- guardia o reperibilità nelle 24 ore che garantisca l'intervento del nefrologo disponibile presso l'U.O. di riferimento
- assistenza tecnica per le apparecchiature, disponibile presso l'U.O. di riferimento o con rapporto contrattuale presso struttura esterna
- procedura formalizzata per garantire la gestione di problematiche acute in corso di trattamento, in particolare per il trattamento delle più gravi alterazioni idroelettrolitiche.

2.9 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. Nel caso in cui il servizio svolga anche attività in vitro, deve essere conforme anche a quanto richiesto nel paragrafo 2.2 inerente alla medicina di laboratorio.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

Sono presenti:

- locale destinato all'attesa degli utenti prima della somministrazione
- locale di somministrazione all'utente di radio farmaci
- sala di attesa calda per gli utenti iniettati
- zona filtro con locali spogliatoio differenziati
- servizi igienici con scarichi controllati
- un locale destinato ad ospitare la gamma camera
- camera calda - locale a pressione negativa, per stoccaggio e manipolazione di radio farmaci e altri prodotti radioattivi
- locale/spazio per smaltimento dei rifiuti radioattivi.

In caso di attività diagnostica in vitro, questa dovrà svolgersi in locali chiaramente separati da quelli per l'attività in vivo.

REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI E TECNOLOGICI

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

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

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

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.

Devono essere presenti documenti di servizio (regolamenti interni o linee guida) sulle modalità inerenti:

- processi di decontaminazione
- protezione del personale e dei pazienti dalle radiazioni
- monitoraggio del personale all'esposizione alle radiazioni
- smaltimento dei rifiuti radioattivi
- istruzioni per il comportamento che i pazienti devono tenere a domicilio fino alla completa eliminazione dei radioisotopi.

2.10 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.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

Sono presenti:

- una sala di simulazione
- un bunker di terapia

- 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
- un locale visita
- un locale per trattamenti farmacologici brevi
- un locale per la conservazione e manipolazione delle sostanze radioattive
- uno o più spogliatoi per gli utenti in relazione alle sale di terapia e alle sale visite presenti e comunicanti con le stesse.

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

- Simulatore per radioterapia ovvero la piena disponibilità di una diagnostica radiologica (convenzionale o computerizzata) dedicata alla definizione tecnica ed alla pianificazione dei trattamenti
- unità di terapia a fasci collimati (telecobalto terapia, acceleratore lineare)
- sistema per il disegno del profilo corporeo, da utilizzare in mancanza di immagini TAC
- dispositivi di immobilizzazione e di sagomatura degli schermi di protezione
- attrezzatura per la valutazione della dose singola e dei relativi tempi di trattamento
- apparecchiature per il controllo dosimetrico clinico.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

In ogni unità di Radioterapia è attivato un sistema di controllo di qualità.

Qualora vi fosse disponibilità di una sola unità di terapia, si dovrà provvedere alla formalizzazione di un protocollo di collaborazione con un'altra unità operativa di radioterapia, in modo da garantire la continuità terapeutica in caso di guasto alle apparecchiature.

Le strutture sono in regola con quanto previsto dai D.Lgs. 187/2000 e 241/2000.

2.11 Odontoiatria

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

La sala ove si eseguono le prestazioni è di dimensioni idonee a permettere lo svolgimento delle attività in modo sicuro e confortevole, per gli operatori e per gli utenti; in particolare vi sono almeno 9 mq (con tolleranza -10%) per poltrona riunito al netto delle pareti perimetrali.

E' presente uno spazio od un locale per deposito rifiuti e per la raccolta e stoccaggio dell'amalgama, separato dal locale in cui si effettuano le prestazioni.

La poltrona riunito è dotata di attrezzature e/o sistemi antireflusso che evitano la contaminazione crociata.

Nell'ambulatorio vengono correntemente utilizzate le seguenti misure barriera: guanti monouso, visiere per la protezione degli occhi, naso e bocca, oppure occhiali a lenti larghe e mascherina, dighe.

E' presente un'autoclave per la sterilizzazione dello strumentario. Per le nuove strutture o nel caso di acquisizione di nuova autoclave, questa deve essere idonea alla sterilizzazione di dispositivi medici cavi e porosi. Questo requisito non è applicabile nel caso in cui la struttura usufruisca di un servizio di sterilizzazione centralizzato o appaltato.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Sono documentati i controlli e le verifiche del processo di sterilizzazione secondo le modalità applicabili alle tecnologie presenti nella struttura. Le modalità di esecuzione di tali test ed i relativi risultati dovranno essere adeguatamente documentati ed archiviati per cinque anni.

Qualora nella struttura si erogino esclusivamente prestazioni di odontoiatria, nei casi in cui è previsto il direttore sanitario questi può essere anche un laureato in odontoiatria.

2.12 Punti di primo intervento

Sedi di effettuazione del primo intervento medico, dedicati ai problemi minori, ove è possibile stabilizzare il paziente in fase critica e attivarne il trasporto presso l'ospedale più idoneo.

Sono costituiti da:

- a) punti organizzati per esigenze stagionali in località turistiche e in occasioni di manifestazioni di massa, sportive ecc.
- b) presidi che, dopo la riorganizzazione della rete ospedaliera, rientrino fra i servizi di PS definiti dai piani sanitari regionali.

Nei punti di primo intervento si applicano i requisiti degli ambulatori specialistici (v. paragrafo) ed inoltre quelli contenuti nel presente paragrafo.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

L'accesso è indicato dall'esterno della struttura, ed è percorribile da pedoni, da portatori di handicap, da trasportati con veicoli.

Devono essere presenti le attrezzature essenziali per le attività di emergenza/urgenza, ovvero:

- elettrocardiografo
- monitor defibrillatore
- strumentazione chirurgica minore
- lampada scialitica
- attrezzatura per immobilizzazione essenziale (collari, sacchetti ecc.)
- ossigeno e mezzi per somministrarlo
- attrezzature per la rianimazione cardio-polmonare di base (farmaci, cannula tipo Guedel/Mayo, ventilatore manuale tipo Ambu o pocket mask ecc.)
- aspiratore e attrezzatura per aspirazione gastrica e tracheo-bronchiale.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Tutto il personale deve essere preparato per la gestione delle emergenze. La partecipazione a tali attività di aggiornamento e formazione deve essere documentata e verificabile.

L'orario di attività è di norma articolato nell'arco della 12/24 ore giornaliere, in base alle esigenze locali.

Deve esistere un elenco della dotazione di farmaci e presidi, che va periodicamente controllato.

L'attrezzatura per la rianimazione deve essere facilmente accessibile nel servizio, da parte di tutto il personale.

Deve essere previsto un registro per tutti i pazienti accolti, contenente:

- nome/sigla del medico che ha seguito il paziente
- dati anagrafici riferiti dal paziente
- data e ora arrivo
- natura del problema e dati clinici salienti
- disposizioni
- ora del rilascio
- eventuale rifiuto delle prescrizioni o consigli
- indicazione di eventuali referti obbligatori compilati.

2.13 Attività di procreazione medicalmente assistita di II livello

Le strutture di II livello erogano, oltre alle prestazioni di cui al primo livello, una o più delle prestazioni collegate alle seguenti metodiche, eseguibili in anestesia locale, in analgesia locale e/o in sedazione profonda:

- *fecondazione in vitro e trasferimento dell'embrione (FIVET);*
- *iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo (ICSI);*
- *prelievo testicolare dei gameti (prelievo percutaneo o biopsia testicolare);*
- *eventuale crioconservazione di gameti maschili e femminili ed embrioni ;*
- *trasferimento intratubarico dei gameti maschili e femminili (GIFT), zigoti (ZIFT) o embrioni (TET) per via transvaginale ecoguidata o isteroscopica.*

Tali strutture devono rispettare, oltre ai requisiti minimi generali e ai requisiti per le attività ambulatoriali, i requisiti minimi strutturali e tecnologici per l'ambulatorio chirurgico e quelli di seguito specificati.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

In aggiunta ai requisiti previsti per il primo livello devono essere presenti:

- *un locale con spazi, distinti e separati, per la preparazione utenti e per la sosta dei pazienti che hanno subito l'intervento (tale spazio può essere opportunamente individuato all'interno del locale visita);*
- *spazio per la preparazione del personale sanitario all'atto chirurgico (anche all'interno del locale chirurgico);*
- *locale chirurgico adeguato per il prelievo degli ovociti, di dimensioni tali da consentire lo svolgimento dell'attività e l'agevole spostamento del personale (ginecologo, anestesista e assistente) anche in relazione all'utilizzo dell'attrezzatura per la rianimazione cardiaca e polmonare di base e l'accesso di lettiga;*
- *laboratorio per l'esecuzione delle tecniche biologiche, contiguo o attiguo alla sala chirurgica;*
- *il locale chirurgico e la camera biologica devono essere serviti da gruppo elettrogeno e da gruppo di continuità;*
- *nel locale chirurgico e nella camera biologica devono essere assicurate:*
 - *ricambi d'aria 6 volumi / ora*
 - *umidità relativa compresa tra 40-60%*
 - *temperatura interna compresa tra 20-24°C.*
 - *filtraggio aria 99.97%.*

Le superfici devono risultare ignifughe, resistenti al lavaggio e alla disinfezione, lisce e non scanalate, con raccordo arrotondato al pavimento che, a sua volta, deve essere resistente agli agenti chimici e fisici, levigato e antisdrucchiolo;

- *locale dedicato alla crioconservazione dei gameti ed embrioni; il locale deve essere dotato di adeguata areazione e ventilazione;*
- *idonea sala per il trasferimento dei gameti (in caso di GIFT) e degli embrioni. Questa sala può coincidere anche con la sala chirurgica o con la sala di esecuzione delle prestazioni prevista per il primo livello, purché sia collocata in prossimità del laboratorio.*

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

- *Ecografo con sonda vaginale con ecoguida;*
- *n. 2 Pompe per aspirazione dei follicoli;*
- *Apparecchiatura per dosaggi ormonali rapidi o collegamento funzionale con laboratorio di analisi cliniche;*
- *Cappa a flusso laminare orizzontale;*
- *n.2 Incubatori a CO₂;*
- *Invertoscopio;*
- *Microscopio ottico;*
- *Micromanipolatore (applicato ad invertoscopia);*
- *Stereomicroscopio;*
- *Bagnomaria termostato di precisione;*
- *Centrifuga;*
- *Sistema automatizzato programmabile per la crioconservazione di ovociti ed embrioni e adeguato numero di contenitori criogenici;*
- *Elettrocardiografo;*
- *Pulsossimetro;*
- *Defibrillatore.*

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

La dotazione del personale, che deve essere rapportata al volume delle attività ed alle tecniche adottate, prevede:

- *un medico specialista in ostetricia e ginecologia, con comprovata esperienza specifica,*

indicato quale responsabile della struttura e delle attività espletate;

- *devono essere altresì assicurate competenze in ecografia, endocrinologia, andrologia;*
- *un biologo o medico con competenze in seminologia, colture cellulari, tecniche di fecondazione in vitro, acquisite tramite comprovato addestramento specifico. Per le strutture già in attività l'addestramento specifico è sostituito dalla presentazione del curriculum del professionista biologo o medico;*
- *in caso di effettuazione della sedazione profonda, presenza di un anestesista-rianimatore per indurre la sedazione e monitorare il paziente durante l'intervento ed il risveglio;*
- *un'ostetrica/o o infermiere professionale ed eventuale altro personale di supporto;*
- *consulenza genetica;*
- *consulenza psicologica per il sostegno psicologico alla coppia;*
- *deve essere previsto un collegamento formalizzato con struttura idonea ad affrontare eventuali complicanze, collocata a distanza compatibile con l'adeguato e tempestivo trattamento delle stesse;*
- *piano per la situazione d'emergenza per il trasferimento del paziente in struttura sede di DEA di primo livello.*

Le strutture che erogano prestazioni di procreazione medicalmente assistita di II livello debbono:

- *approntare per ogni paziente una scheda clinica ambulatoriale in cui siano riportate la diagnosi, gli eventuali esami e condizioni cliniche, le prestazioni effettuate e le prescrizioni terapeutiche;*
- *approntare un registro in cui devono essere riportati, per ciascun paziente, la diagnosi, la descrizione della procedura eseguita, le eventuali tecniche di anestesia e/o sedazione e/o analgesia utilizzate, i nominativi del/degli operatori, l'ora d'inizio e fine dell'intervento, il decorso clinico e intraoperatorio, comprese le eventuali complicanze. Il registro deve essere sottoscritto dal medico responsabile dell'ambulatorio e ciascun intervento deve essere firmato dal chirurgo che lo ha effettuato;*
- *indicare in una relazione conclusiva, clinica e biologica, destinata al medico curante e consegnata all'utente al termine della prestazione:*
 - *tipo e quantità dei farmaci e degli eventuali anestetici utilizzati;*
 - *le procedure impiegate;*
 - *i risultati ottenuti;*
 - *qualunque indicazione terapeutica utile al curante per il periodo successivo.*
- *aderire al registro di cui all'art. 11 della legge 40/2004.*

3. REQUISITI MINIMI PER STRUTTURA SANITARIA DI DEGENZA PER ACUTI

Deve essere garantita nell'ambito della struttura la presenza continuativa di personale medico e infermieristico, in quantità adeguata alla tipologia della struttura e dei pazienti assistiti.

Nelle strutture di degenza per acuti è garantita la guardia attiva o la pronta disponibilità di un medico per ogni unità operativa o dipartimento dotati di posti letto.

Ove si eseguano prestazioni ambulatoriali, devono essere rispettati anche i requisiti corrispondenti.

I presidi che fanno parte della rete regionale dell'emergenza devono avere le caratteristiche strutturali ed organizzative previste dalle disposizioni vigenti.

Nei presidi di degenza per acuti sono garantite le seguenti funzioni:

- direzione sanitaria (o direzione medica di presidio)
- medicina di laboratorio: la struttura garantisce l'attività di analisi chimico-cliniche ai degenti, anche tramite accordi con soggetti esterni, purchè autorizzati; l'offerta di prestazioni deve essere in relazione alla tipologia di struttura; sono prontamente disponibili in qualunque momento i principali accertamenti d'urgenza
- diagnostica per immagini: all'interno del presidio è garantita l'esecuzione, sia programmata sia in urgenza, delle prestazioni di base; (si veda lo specifico paragrafo)
- attività trasfusionale integrata nel sistema regionale: presenza di procedure e accordi, eventualmente attrezzature ed assetti organizzativi, per l'attività di medicina trasfusionale, conformemente alla normativa nazionale e regionale
- attività programmata di refertazione intraoperatoria dei prelievi, se presente attività chirurgica su patologie oncologiche certe o sospette
- esecuzione programmata dei riscontri autoptici
- gestione dei farmaci e del materiale sanitario (si veda lo specifico paragrafo)
- disinfezione e disinfestazione: è garantito (direttamente o tramite esternalizzazione) il trattamento degli effetti personali, letterecchi, biancheria ed in genere dei materiali infetti e degli attrezzi. Le attività possono essere svolte per associazione tra aziende o mediante contratti con terzi, ma in tali casi vi devono essere idonee modalità di confezionamento e trasporto dei materiali. Devono essere presenti linee guida o regolamenti per le principali procedure svolte (si veda lo specifico paragrafo)
- sterilizzazione: deve essere garantita l'intera catena gestionale, dall'invio dei materiali da sterilizzare, alla loro preparazione, sterilizzazione, restituzione ai singoli servizi. Le attività

possono essere svolte internamente, oppure per associazione tra aziende o mediante contratti con terzi autorizzati; in tali casi vi devono essere precise definizioni idonee a garantire la massima sicurezza dell'intero percorso e dell'affidabilità dei risultati (in particolare con riferimento alle norme EN 550, EN 552, EN 554, EN 556). Devono essere presenti linee guida o regolamenti per le principali procedure svolte, approvati dalla direzione medica di presidio, sentita la commissione infezioni (si veda lo specifico paragrafo)

- cucina: il servizio può essere gestito direttamente, o in forma associata da più strutture o esternalizzato, purché regolarmente autorizzate dalle autorità sanitarie competenti, anche per le condizioni di trasporto; sono presenti sistemi codificati di controllo su igiene e composizione degli alimenti
- lavanderia: Il servizio può essere gestito direttamente o in forma associata da più strutture o esternalizzato. Se il servizio è interno alla struttura, devono esistere percorsi distinti pulito-sporco, adeguati spazi per la raccolta e cernita della biancheria, per il lavaggio, asciugatura, rammendo, stiratura e deposito della biancheria pulita. Devono essere presenti linee guida o regolamenti per le principali procedure svolte, approvati dalla commissione infezioni ospedaliere. Tale approvazione è necessaria anche se il servizio è esternalizzato
- servizio mortuario: sono presenti spazi idonei, quantitativamente adeguati per le attività inerenti il servizio mortuario, nel rispetto delle norme vigenti: tali spazi sono collocati in zona appartata e con accesso autonomo, senza interferenze rispetto al sistema generale dei percorsi interni della struttura.

In particolare vi è disponibilità di:

- locale per l'osservazione del cadavere
- locale per i dolenti
- locale per la preparazione delle salme
- camera ardente
- servizi igienici distinti per visitatori e personale
- spogliatoio per il personale
- deposito materiale.

Nei locali ove sosta il cadavere deve essere garantito il condizionamento ambientale (T non superiore a 18°C).

Vi è disponibilità di celle frigorifere.

3.1 Requisiti minimi per ogni servizio/unità operativa di presidio di degenza per acuti

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI ED IMPIANTISTICI

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate, garantendo in particolare la sicurezza ed il comfort degli utenti e degli operatori.

Devono essere presenti:

- spazio o locale per attività di segreteria, accettazione, registrazione e archivio, in relazione all'attività svolta
- depositi per materiale pulito, presidi, strumentario, attrezzature (locali riservati o spazi dedicati, in relazione all'attività svolta)
- deposito materiale sporco
- servizi igienici per il personale
- in tutti i locali, la rubinetteria dei lavamani per il personale sanitario deve essere dotata di comandi non manuali
- servizi igienici per gli utenti
- impianti di gas medicali conformi alla norma UNI EN 737.

Servizi comuni:

- disponibilità di un congruo numero di spogliatoi per il personale, adeguatamente ventilati e dotati di stipetti a doppio scomparto (uno per abiti civili, ed uno per abiti da lavoro), organizzati in blocco unico per la struttura o siti in prossimità delle unità operative (nelle nuove strutture, comunicanti con docce e servizi igienici).

3.2 Area di degenza

L'area di degenza deve essere strutturata in modo da garantire un adeguato comfort di tipo alberghiero ed il rispetto della privacy dell'utente.

Le attività di degenza possono svolgersi anche con modalità di ricovero non continuativo e limitato alle sole ore diurne (Day Hospital e Day Surgery).

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

Nelle aree di degenza i pavimenti e le pareti fino ad una altezza di 2 metri sono lavabili e disinfettabili.

Devono essere presenti:

- locale per visita e medicazioni, con:
 - letto tecnico per visita

- lavabo con comandi non manuali ed erogatore di sapone liquido
- armadio per farmaci/strumentario
- scrittoio, sedie e carrelli porta materiali
- presidi medico-chirurgici in relazione alla tipologia dell'unità operativa
- locale per il medico di guardia (ove previsto)
- locale di lavoro, presente in ogni piano di degenza, per il personale di assistenza diretta
- spazio per capo-sala
- locale per medici, utilizzabile anche come sala riunioni; questo locale non è necessariamente collocato nell'area di degenza, ma può essere centralizzato a livello dipartimentale o strutturale
- locale, presente in ogni piano di degenza, per il materiale sporco, dotato di vuotatoio e lavapadelle, con adeguata ventilazione
- locale tisaneria e riscaldamento piccoli pasti
- bagno assistito (presente almeno allo stesso piano).

Per le camere di degenza si richiede:

- non più di 4 posti letto per camera, elevabili a 6 nelle strutture esistenti non sottoposte ad interventi di ristrutturazione
- 9 mq di superficie per posto letto, ridotti a 7 mq per le strutture esistenti non sottoposte ad interventi di ristrutturazione; le camere ad un solo letto devono avere almeno 12 mq di superficie; tutte queste misure sono considerate al netto degli eventuali bagni o servizi igienici
- almeno il 10% delle stanze della struttura ha 1 solo letto
- almeno un servizio igienico ogni 4 posti letto (1 a 6 nelle strutture esistenti) e almeno 1 ogni 2 camere.

Nelle nuove progettazioni le porte dei bagni e dei servizi igienici devono essere ad apertura verso l'esterno o a scorrimento.

Per ogni paziente:

- letto mobile (preferibilmente articolato), comodo e armadio in materiale lavabile e disinfettabile
- impianto chiamata sanitari con segnalazione acustica e luminosa

Nelle nuove costruzioni o ristrutturazioni:

- la camera di degenza deve essere dotata di superfici fenestrate apribili, conformi alle norme vigenti in materia, atte a garantire una visuale libera verso gli spazi esterni

- sono presenti luci di cortesia notturna e luci di sicurezza nelle camere di degenza e nei bagni

Inoltre:

- per le degenze pediatriche devono essere previsti spazi di soggiorno e svago ad uso esclusivo dei bambini, proporzionati al loro numero; vanno adottate misure di sicurezza per la prevenzione degli incidenti dovuti all'imprudenza dei bambini; deve essere previsto lo spazio per la presenza dell'accompagnatore in camera
- nei locali di degenza per malattie infettive va attuato l'adeguamento previsto dalla legge 135/90 e successive modifiche ed integrazioni.

REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI

Dotazione minima impiantistica:

- impianto forza motrice nelle camere con almeno una presa per alimentazione per ogni posto letto
- impianto gas medicali: ossigeno e, per le strutture di nuova costruzione, anche le prese a vuoto.

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

- Carrello con dotazione minima per la gestione dell'emergenza (farmaci, cannula di Mayo o Guedel, ventilatore manuale tipo Ambu o pocket mask) e cardiomonitor con defibrillatore
- carrello per la gestione terapia
- carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico
- apparecchio per il sollevamento dei pazienti.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Per tutte le unità operative con degenza continuativa, la Direzione medica di presidio deve attestare che, in rapporto alla tipologia della degenza, è garantita l'assistenza medica 24 ore su 24 con personale in guardia attiva (anche dipartimentale o interdipartimentale) e/o con pronta disponibilità.

In ogni area di degenza continuativa per acuti deve essere garantita la presenza infermieristica 24 ore su 24.

Di ogni area di degenza devono essere chiaramente indicati i responsabili medici ed infermieristici, e le ore e giorni in cui è possibile l'incontro per gli utenti e per i loro parenti.

Deve essere disponibile in ogni unità di degenza una chiave di sicurezza (passpartout) per aprire le stanze di degenza e i bagni.

Ove siano presenti posti letto intensivi o semi-intensivi (al di fuori delle unità operative di terapia intensiva generale di cui allo specifico paragrafo), devono essere soddisfatti i seguenti requisiti:

- sistemi per la rilevazione ed il monitoraggio dei parametri vitali del paziente, con lettura al posto letto e centralizzata
- impianto elettrico di continuità per i sistemi di monitoraggio dei parametri vitali e le apparecchiature vitali
- attrezzature per broncoaspirazione
- presidi per la prevenzione delle piaghe da decubito
- letti tecnici, mobili ed articolati, accessibili da ogni lato
- adeguato numero di prese elettriche collegate al generatore di emergenza dell'ospedale
- bocchette per gas medicali ad ogni posto letto, con ossigeno, e, nelle nuove strutture, vuoto e aria compressa.

3.3 Day-Hospital

Per Day Hospital si intende il ricovero a ciclo diurno. L'erogazione delle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche avviene nell'arco delle dodici ore diurne (8-20) e per cinque giorni alla settimana. Si distingue dall'ambulatorio in quanto garantisce l'esecuzione di prestazioni programmabili che richiedono la sorveglianza e la complessità proprie dell'ospedale e necessitano di qualche ora per l'esecuzione ed il relativo monitoraggio clinico.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

Devono essere presenti adeguati spazi di attesa, correlati anche ai picchi di frequenza, oltre che per attività di segreteria, registrazione, archivio, incrementati rispetto a quelli previsti per i soli ricoveri ordinari.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Vi è un elenco delle prestazioni che vengono erogate in regime di day hospital presso la struttura. Tale elenco è approvato dal direttore medico di presidio, è disponibile ai medici curanti dei pazienti, ed è comunicato al soggetto competente ai fini del rilascio dell'autorizzazione.

Devono essere formalizzati i criteri clinici, logistici e socio-familiari di selezione dei pazienti.

Nell'arco delle ore di attività di day hospital deve essere garantita la presenza di almeno un medico e un infermiere professionale, eventualmente anche non dedicati in modo esclusivo.

3.4 Day-Surgery

Con il termine chirurgia di giorno (day-surgery) si intende l'effettuazione, con opportune modalità cliniche, organizzative ed amministrative di interventi chirurgici o anche di procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive in regime di ricovero limitato alle sole ore di giorno, o con eventuale pernottamento, in anestesia locale, loco-regionale, generale.

Per lo svolgimento delle attività di Day Surgery, è richiesta la conformità (oltre che ai requisiti generali) anche ai requisiti per le aree di degenza, per il Day Hospital e per i reparti operatori. Oltre a ciò, è richiesta la conformità a quanto riportato in questo capitolo.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Le modalità organizzative, le responsabilità, gli ambiti di attività sono chiaramente indicati in atti aziendali.

Nella selezione dei pazienti dovranno essere considerate la patologia, il tipo di tecnica chirurgica e anestesologica, le caratteristiche del paziente, comprese condizioni generali, fattori di rischio, fattori logistici e famigliari.

La valutazione di appropriatezza dell'intervento, compresa la scelta delle tecniche, è fatta rispettivamente dal chirurgo e dall'anestesista, nelle rispettive competenze.

Sono erogabili in regime di day surgery interventi che abbiano di norma tempi di esecuzione inferiori ai 60 minuti.

Nella richiesta del consenso, questa deve essere esplicitata anche per il particolare tipo di organizzazione (ricovero diurno).

Gli interventi sono registrati nel registro operatorio, con le modalità previste per gli interventi in regime ordinario.

Deve essere definito il percorso assistenziale (comprendente esami e visite preoperatorie, intervento chirurgico, controlli postoperatori).

E' possibile eseguire in urgenza ogni momento:

- Esame emocromocitometrico

- ECG
- Emogasanalisi
- Consulenza di anestesista rianimatore.

Durante lo svolgimento degli interventi è presente o immediatamente disponibile un secondo chirurgo.

E' possibile, in caso di insorgenza di complicanze o comunque di prolungamento dell'osservazione, permettere anche il pernottamento del paziente o la trasformazione del ricovero in ricovero ordinario.

Il servizio deve garantire la continuità assistenziale e la disponibilità costante delle informazioni. Il paziente od i suoi famigliari devono essere informati rispetto a chi e con quali modalità potersi rivolgere (numeri di telefono, medici di riferimento) in qualunque momento nell'immediato post-operatorio (24-48 ore) in caso di complicanze, o comunque per eventuali necessità di chiarimenti od informazioni. Già nell'immediato post-operatorio, al paziente è fornita documentazione contenente:

- natura dell'intervento
- tipo di anestesia/sedazione
- possibili complicanze
- comportamento da tenere
- numeri di telefono cui rivolgersi.

3.5 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 MINIMI STRUTTURALI

Oltre a quanto previsto nei requisiti per le aree di degenza, sono presenti:

- zona filtro per i degenti
- zona filtro per il personale addetto

- superfici di lavoro, rivestimenti per pavimenti, pareti a tutta altezza, soffitti, di tipo lavabile, disinfettabile e impermeabile
- porte di accesso alla degenza apribili con comando non manuale
- locale/i per le degenze, unico o a box separati, con almeno 20 mq/degente e almeno un lavabo per box, dotato di comandi non manuali e di erogatori di sapone liquido;
- locale per pazienti infetti dotato di zona filtro, servizi igienici e vuotatoio
- nelle nuove costruzioni, pareti e pavimenti lisci e raccordati tra loro, con angoli arrotondati.

REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI

L'area di degenza della terapia intensiva deve essere dotata di condizionamento ambientale, che indicativamente assicuri:

- fornitura di aria sostanzialmente pura (filtri assoluti)
- diluizione ed eliminazione di gas anestetici e microrganismi
- prevenzione della contaminazione crociata tra stanze adiacenti
- sufficiente apporto di ossigeno.

Le caratteristiche igrotermiche dovrebbero indicativamente essere quelle qui esposte:

- | | |
|---|----------------------|
| - temperatura interna invernale e estiva | compresa tra 20-24°C |
| - umidità relativa estiva e invernale | 40-60% |
| - ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo) | 6 v/h |
| - filtraggio aria | 99.97% |

L'impianto deve essere dotato di dispositivi di segnalazione dei guasti.

Devono essere presenti:

- Impianto di gas medicali, con ossigeno, aria compressa, vuoto
- impianto di rilevazione incendi
- impianto allarmi di segnalazione esaurimento gas medicali
- impianto elettrico di emergenza
- impianto elettrico di continuità per le apparecchiature vitali (sistemi di monitoraggio dei parametri vitali, ventilatore meccanico ecc.).

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

Dotazioni presenti:

- presidi per la prevenzione delle lesioni da decubito
- apparecchio per il sollevamento dei pazienti

- apparecchio ventilatore dotato di spirometro e di monitoraggio della concentrazione di ossigeno erogato, respiratore automatico dotato anche di allarme per deconnessione paziente
- aspiratori per broncoaspirazione
- lampada scialitica
- diafanoscopio a parete
- frigoriferi per la conservazione di farmaci e emoderivati
- defibrillatore.

Ogni posto letto deve essere dotato di:

- letto tecnico accessibile a 360 °, mobile e articolato
- bocchette di gas medicali con ossigeno, vuoto, aria compressa
- adeguato numero di prese elettriche collegate al generatore di emergenza del presidio
- sistemi per la rilevazione ed il monitoraggio dei parametri vitali del paziente, con lettura al posto letto e centralizzata.

3.6 Pronto Soccorso

L'attività di pronto soccorso può essere svolta secondo tre modalità organizzative:

- presso punti di primo intervento
- presso Servizi di Pronto Soccorso
- all'interno dei dipartimenti di emergenza ed accettazione di I° e II° livello secondo i requisiti che verranno definiti nell'ambito del piano regionale per l'emergenza.

Per i punti di primo intervento si rimanda allo specifico paragrafo nella sezione delle attività ambulatoriali.

Nei servizi di Pronto Soccorso si applicano i requisiti richiesti per le attività ambulatoriali (v. capitolo) ed inoltre quelli contenuti nel presente paragrafo.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

Sono presenti:

- accesso indicato dall'esterno e dall'interno della struttura
- camera calda ovvero area coperta e riscaldata di accesso diretto per mezzi e pedoni (nelle nuove costruzioni)
- accessi percorribili da pedoni, da portatori di handicap, da trasportati con veicoli

- locale/spazio attesa utenti barellati
- almeno due locali per l'attività clinica del PS, di cui almeno un locale attrezzato per l'emergenza
- ambienti per l'osservazione breve
- sedie a rotelle e barelle; le sedie e le barelle non devono ingombrare il traffico interno
- vuotatoio con adeguata ventilazione
- locale per il medico di guardia
- locale lavoro infermieri.

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI E IMPIANTISTICI

Devono essere presenti:

- impianto di illuminazione di emergenza
- impianto di gas medicali (ossigeno, e, nelle nuove costruzioni, aria compressa, vuoto)
- attrezzature per la rianimazione cardio-polmonare di base (sonde tipo Guedel/Mayo, pallone autogonfiante tipo Ambu o pocket mask ecc.)
- elettrocardiografo
- monitor defibrillatore
- aspiratore e attrezzatura per aspirazione gastrica e tracheo-bronchiale
- strumentazione chirurgica minore
- lampada scialitica
- attrezzatura per immobilizzazione essenziale (collari, sacchetti ecc.)
- telefono pubblico in prossimità del servizio.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

L'orario di attività è articolato su 24 ore/die. In tutti i servizi devono essere presenti almeno un medico ed un infermiere professionale 24 ore su 24, tutti i giorni della settimana.

Tutto il personale medico ed infermieristico operante in PS deve essere adeguatamente formato sulle specifiche tipologie di prestazioni ed attività che ivi si svolgono, in particolare sugli interventi di urgenza-emergenza.

Devono essere assicurati gli accertamenti diagnostici essenziali e gli eventuali interventi necessari per la soluzione dei problemi clinici più salienti e/o comuni, in particolare l'emogas-analisi deve essere immediatamente eseguibile.

Devono essere garantiti gli interventi necessari alla stabilizzazione ed all'eventuale trasporto all'ospedale più adeguato.

Deve essere previsto un registro per tutti i pazienti accolti. Il registro deve contenere:

- nome/sigla del medico che ha seguito il paziente
- dati anagrafici riferiti dal paziente
- data e ora arrivo
- natura del problema e dati clinici salienti
- disposizioni
- ora del rilascio
- eventuale rifiuto delle prescrizioni o consigli
- indicazione di eventuali referti obbligatori compilati.

L'attrezzatura per la rianimazione deve essere facilmente accessibile nel servizio, da parte di tutto il personale.

Sono presenti delle linee guida e regolamenti interni per la gestione delle principali patologie o problematiche.

3.7 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.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

Vi deve essere una strutturazione in zone progressivamente meno contaminate dall'ingresso del complesso operatorio fino alle sale chirurgiche.

Devono, inoltre, essere garantiti percorsi interni rigorosamente differenziati, sul piano strutturale e/o organizzativo, per "sporco" e "pulito", e zone filtro all'ingresso.

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

- spazio filtro di entrata degli operandi
- zona filtro personale addetto
- zona preparazione personale addetto
- zona preparazione utenti
- zona risveglio utenti

- sala operatoria
- porte di accesso alla sala operatoria apribili con comando non manuale
- area lavaggio ferri e sterilizzazione
- spazio deposito farmaci
- area preparazione materiale
- spazio per conservazione registro operatorio corrente ed eventuale documentazione clinica
- locale sosta per il personale (nelle nuove costruzioni e nelle costruzioni esistenti sottoposte a ristrutturazione), dotato di servizi igienici e con interposizione di zona filtro rispetto alla sala operatoria.

Le sale operatorie devono avere pavimenti e pareti a tutta altezza lisci e raccordati tra loro, in materiale lavabile, disinfettabile e impermeabile. Nelle nuove costruzioni e ristrutturazioni pavimenti e pareti devono essere raccordati con angoli arrotondati.

I depositi per materiale sporco, per materiale pulito, presidi, strumentario, attrezzature e gli spazi adibiti al deposito dei farmaci devono essere dimensionati in relazione alla tipologia ed al volume di attività del reparto operatorio.

REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI

La sala operatoria deve essere dotata di condizionamento ambientale, che indicativamente assicuri:

- fornitura di aria sostanzialmente pura (filtri assoluti)
- diluizione ed eliminazione di gas anestetici e microrganismi
- prevenzione della contaminazione crociata tra stanze adiacenti
- sufficiente apporto di ossigeno.

Le caratteristiche igrotermiche dovrebbero indicativamente essere quelle qui esposte:

- | | |
|---|----------------------|
| - temperatura interna invernale e estiva | compresa tra 20-24°C |
| - umidità relativa estiva e invernale | 40-60% |
| - ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo) | 15 v/h |
| - filtraggio aria | 99.97% |

L'impianto deve essere dotato di dispositivi di segnalazione dei guasti.

Devono essere presenti:

- impianto di aspirazione gas anestetici direttamente collegato alle apparecchiature di anestesia
- impianto di rilevazione incendi
- impianto allarmi di segnalazione esaurimento gas medicali

- impianto di aspirazione vuoto (nelle nuove costruzioni e ristrutturazioni)
- impianto elettrico di emergenza collegato a gruppo elettrogeno
- impianto elettrico di continuità per le apparecchiature vitali (sistemi di monitoraggio dei parametri, ventilatore meccanico ecc.) e per l'illuminazione del campo operatorio
- lavabi in acciaio con rubinetteria non manuale.

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

Ogni sala operatoria è dotata di:

- tavolo operatorio, o lettino o poltrona operatori, in base alla tipologia di interventi eseguiti
- apparecchio per anestesia con sistema di evacuazione dei gas e di monitoraggio della concentrazione di ossigeno erogato, respiratore automatico dotato anche di allarme per deconnessione paziente
- sistemi di monitoraggio dei parametri vitali, in particolare monitor cardiaco e ossimetro
- elettrobisturi
- aspiratori distinti chirurgico e per broncoaspirazione
- lampada scialitica orientabile
- diafanoscopio a parete
- strumentazione adeguata per gli interventi di chirurgia generale e delle specialità chirurgiche.
- tavoli/carrelli per strumentario

Ogni gruppo operatorio è dotato di:

- frigoriferi per la conservazione di farmaci ed emoderivati
- apparecchio radiologico corredato da intensificatore di brillantezza, da catena TV con schermo e da un sistema di documentazione (su pellicola, digitale o comunque conforme alla normativa) se vengono eseguiti esami radiologici
- defibrillatore.

La zona risveglio è dotata di:

- gruppo per ossigenoterapia
- cardiomonitor
- aspiratore per broncoaspirazione.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

La dotazione organica del personale medico ed infermieristico deve essere rapportata alla tipologia e al volume degli interventi chirurgici; l'attivazione di una sala operatoria per interventi di chirurgia in anestesia generale deve comunque prevedere almeno un medico anestesista, due chirurghi e due infermieri professionali.

Vi è documentazione di periodiche procedure di controllo dei livelli di illuminazione degli ambienti, della manutenzione degli impianti di ventilazione e della loro efficienza

3.8 Punti nascita

I requisiti sono stati definiti nell'ambito del Piano Regionale Materno Infantile approvato con DGR n. 3235 del 29.11.04.

3.9 Attività di procreazione medicalmente assistita di III livello

Le strutture di III livello erogano, oltre alle prestazioni di cui alle metodiche indicate nel primo e secondo livello, una o più delle prestazioni collegate alle seguenti metodiche, eseguibili in anestesia generale con intubazione:

- *prelievo microchirurgico di gameti dal testicolo;*
- *prelievo degli ovociti per via laparoscopica;*
- *trasferimento intratubarico dei gameti maschili e femminili (GIFT), zigoti (ZIFT) o embrioni (TET) per via laparoscopica.*

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

Oltre ai requisiti minimi strutturali previsti per le strutture di secondo livello devono essere rispettati i requisiti per il Day Surgery di cui al paragrafo 3.4.

E' presente un locale dedicato per la crioconservazione dei gameti ed embrioni, dotato di adeguata aerazione e ventilazione.

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

Oltre a quanto previsto per i livelli I e II sono presenti:

- *attrezzatura completa per laparoscopia;*
- *attrezzatura/strumentario per laparotomia;*

- *attrezzatura per microchirurgia (in caso di prelievo microchirurgico degli spermatozoi dalle vie genitali maschili).*

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

La dotazione del personale, che deve essere rapportata al volume delle attività ed alle tecniche adottate, prevede:

- *competenze mediche specialistiche previste per il secondo livello, con esperienza in tecniche endoscopiche e prelievo microchirurgico degli spermatozoi dalle vie genitali maschili;*
- *tutte le competenze biologiche, ostetrico/infermieristiche e di altro personale di supporto, previste per il II livello;*
- *presenza di anestesista - rianimatore per gli interventi previsti a questo livello;*
- *consulenza genetica;*
- *consulenza psicologica per il sostegno psicologico alla coppia.*

Le strutture che erogano prestazioni di procreazione medicalmente assistita di III livello debbono:

- *approntare per ogni paziente una scheda clinica ambulatoriale in cui siano riportate la diagnosi, gli eventuali esami e condizioni cliniche, le prestazioni effettuate e le prescrizioni terapeutiche;*
- *approntare un registro in cui devono essere riportati, per ciascun paziente, la diagnosi, la descrizione della procedura eseguita, le eventuali tecniche di anestesia e/o sedazione e/o analgesia utilizzate, i nominativi del/degli operatori, l'ora d'inizio e fine dell'intervento, il decorso clinico e intraoperatorio, comprese le eventuali complicanze. Il registro deve essere sottoscritto dal medico responsabile dell'ambulatorio e ciascun intervento deve essere firmato dal chirurgo che lo ha effettuato;*
- *indicare in una relazione conclusiva, clinica e biologica, destinata al medico curante e consegnata all'utente al termine della prestazione:*
 - *tipo e quantità dei farmaci e degli eventuali anestetici utilizzati;*
 - *le procedure impiegate;*
 - *i risultati ottenuti;*
 - *qualunque indicazione terapeutica utile al curante per il periodo successivo.*
- *aderire al registro di cui all'art. 11 della legge 40/2004.*

3.10 Diagnostica per immagini

I servizi di diagnostica per immagini presenti nelle strutture di degenza per acuti, oltre a soddisfare tutti i requisiti richiesti per le attività ambulatoriali (si veda lo specifico paragrafo), devono soddisfare i seguenti requisiti minimi:

- presenza di un apparecchio radiologico portatile da utilizzare a letto dei degenti non trasportabili, collegabile ad una presa di corrente standard
- qualora sia prevista l'esecuzione di indagini in sala operatoria o sala gessi, l'apparecchio portatile dovrà essere corredato da intensificatore di brillantezza, da catena TV con schermo e da un sistema di documentazione iconografica adeguato.

3.11 Camera iperbarica

Le camere iperbariche sono dispositivi tecnologici di alta specialità, la cui progettazione, costruzione, manutenzione e gestione deve essere conforme alle linee guida emanate dall'ISPELS il 30/4/98 ed eventuali successivi aggiornamenti ed adeguamenti.

Per la specifica tipologia delle prevalenti indicazioni di efficacia della terapia iperbarica, oltre che per il contesto di competenze, tecnologie ed organizzazione richiesto, le camere iperbariche possono essere collocate esclusivamente presso strutture di degenza dotate di dipartimento d'urgenza di secondo livello.

Le camere iperbariche devono essere dotate di Registri su cui vanno annotate sistematicamente le omologazioni, i controlli degli Enti ispettivi, i parametri delle terapie effettuate, i controlli e le manutenzioni degli impianti, gli interventi straordinari e ogni tipo di evento che può compromettere la sicurezza dei pazienti e del personale.

Devono essere definite le tipologie di pazienti da sottoporre alla terapia iperbarica, le modalità di accesso e gestione della procedura, le responsabilità.

E' presente una scheda/cartella clinica contenente i dati anagrafici, anamnestici ed obiettivi essenziali, il consenso informato, lo schema delle terapie iperbariche effettuate, eventuali complicanze od annotazioni utili.

I pazienti che devono essere sottoposti al trattamento terapeutico devono essere informati sulle procedure e sui pericoli ad esso connessi, essere edotti sui comportamenti da tenere all'interno della camera nei casi di emergenza e devono conoscere i rischi presenti nella camera stessa; essi devono poter esprimere il cosiddetto consenso informato per iscritto e per ogni ciclo terapeutico. Anche i medici non esperti che devono entrare nella camera iperbarica dovranno essere adeguatamente informati.

Vi sono procedure scritte relative ai controlli da effettuare sui pazienti per evitare l'introduzione di oggetti o di sostanze pericolose prima dell'ingresso in camera iperbarica.

3.12 Gestione farmaci e materiale sanitario

In tutte le strutture di degenza per acuti deve essere garantita la funzione di gestione dei farmaci, dei dispositivi medici e del materiale sanitario di medicazione, con la precisa attribuzione della responsabilità ad un farmacista o ad una persona qualificata.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

L'articolazione interna deve consentire percorsi distinti dei materiali in entrata e in uscita, con accessibilità dall'esterno autonoma rispetto al sistema dei percorsi generali del presidio.

Nel Servizio devono essere presenti:

- pavimenti con superficie lavabile e disinfettabile
- pareti con rivestimento impermeabile e lavabile fino all'altezza minima di mt. 2 spazio ricezione materiale/registrazione
- depositi per farmaci, dispositivi medici, e altri prodotti di competenza, idonei e adeguati per assicurare una corretta conservazione
- 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

- vano blindato o armadio antiscasso per la conservazione degli stupefacenti
- armadi chiusi a chiave per la custodia dei veleni
- ove siano svolte attività di preparazioni chimiche e/o galeniche, o attività di laboratorio, devono essere presenti le attrezzature richieste per una attività sicura ed efficace
- deposito di materiali infiammabili debitamente autorizzato nel rispetto della normativa vigente
- sostanze obbligatorie come previsto dalla F.U. vigente
- spazi adeguati per il movimento in uscita dei farmaci e altri prodotti farmaceutici.

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

- spazio ricezione prodotti/registrazione
- deposito per farmaci, dispositivi medici e materiale sanitario di medicazione
- vano blindato o armadio antiscasso per la conservazione degli stupefacenti
- arredi e attrezzature per il deposito e la conservazione dei medicinali, dei dispositivi medici, dei materiale sanitario di medicazione e degli altri prodotti di competenza
- pavimenti con superficie lavabile e disinfettabile.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Sono precisate le responsabilità e le procedure per la gestione delle richieste e della consegna dei farmaci e dei dispositivi medici.

Devono essere presenti procedure scritte per:

- operazioni che possono avere influenza sulla qualità dei prodotti
- ricevimento e controllo forniture
- modalità e condizioni di immagazzinamento
- pulizia e manutenzione dei locali
- consegna dei farmaci e dei dispositivi medici, anche in urgenza.

4. REQUISITI MINIMI PER ALTRE STRUTTURE SANITARIE

4.1 Consultorio Familiare

Espleta le funzioni di cui alle leggi 405/75 e 194/78, caratterizzate da unitarietà ed integrazione funzionale.

REQUISITI MINIMI

Sono presenti locali idonei per:

- attesa, riservata alle attività consultoriali
- accoglienza utenti, segreteria, informazioni, spazio archivio
- attività di aiuto, sostegno e consulenza, intervento psicologico ad indirizzo terapeutico
- visite ostetrico-ginecologiche
- attività consultoriale pediatrica
- attività dei consulenti.

Sono formalizzati i collegamenti funzionali con i servizi ospedalieri per l'approfondimento diagnostico e l'eventuale intervento terapeutico

4.2 Stabilimento termale

REQUISITI DI CARATTERE GENERALE

Ai sensi dell'art. 3 della legge 24 ottobre 2000, n.323 e dell'Accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sulla definizione di requisiti per l'autorizzazione all'apertura ed esercizio degli stabilimenti termali e specificazione delle caratteristiche delle prestazioni idrotermali a carico del Servizio Sanitario Nazionale, sottoscritto il 23 settembre 2003, le cure termali possono essere erogate nelle aziende termali in possesso dei seguenti requisiti:

concessione mineraria - o sub concessione o altro titolo giuridicamente valido per l'utilizzazione delle acque minerali secondo le competenze regionali;

decreto di riconoscimento delle proprietà terapeutiche delle acque ai sensi dell'art. 3, comma 1, lett. b), della legge 24 ottobre 2000, n.323.

Per le aziende termali autorizzate anteriormente all'entrata in vigore della legge 23. 12. 1978 n. 833, il "nulla-osta" del Ministero della Sanità, rilasciato in base all'art. 16 del R.D. 28.9.1919, n. 1924, tiene luogo del riconoscimento di cui all'art. 6 lett. t) dell'anzidetta legge;

autorizzazione all'apertura ed all'esercizio dello stabilimento emessi dalle competenti autorità ai sensi delle disposizioni legislative vigenti, tale autorizzazione è subordinata al possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi individuati con il presente accordo.

REQUISITI STRUTTURALI TECNOLOGICI ED ORGANIZZATIVI COMUNI A TUTTI GLI STABILIMENTI TERMALI

Tutti gli stabilimenti termali devono essere in possesso dei requisiti minimi strutturali tecnologici generali e per le attività ambulatoriali dei "Requisiti minimi strutturali" previsti per le attività ambulatoriali individuati con DPR 14 gennaio 1997, per quanto applicabili.

Inoltre devono garantire la:

disponibilità di un medico responsabile delle attività sanitarie svolte nello stabilimento, ove ditale compito non si occupi personalmente il direttore sanitario;

presenza di un medico per tutto l'orario giornaliero di apertura dei reparti termali, ovvero garanzia di pronta assistenza medica per tutto l'orario giornaliero di apertura degli stessi reparti, assicurata attraverso un servizio di guardia medica privato;

presenza presso l'Azienda termale delle seguenti attrezzature e farmaci di pronto soccorso:

uno sfigmomanometro

un apparecchio manuale di rianimazione

una bombola di ossigeno completa di manometro e di riduttore

siringhe di plastica monouso e laccio emostatico

aghi, filo e pinza per sutura

farmaci: analettici e cardiotonici, antispastici e sedativi, cortisone per uso endovenoso, emostatici per applicazioni topiche e per uso parenterale, ipotensivi e coronodilatatori, antiallergici, antistaminici broncodilatatori

elettrocardiografo e defibrillatore semiautomatico.

Presenza per tutto l'orario giornaliero di apertura dei reparti termali di personale formato al primo trattamento di eventuali urgenze, compreso l'utilizzo del defibrillatore semi automatico.

Nell'erogazione delle prestazioni idrotermali le aziende termali sono tenute:

ad adottare una cartella clinico-sanitaria sulla quale siano riportati, oltrechè le generalità del curando, la diagnosi, il tipo di cura prescritto, la quantità delle prestazioni prescritte ed erogate e le modalità di somministrazione delle stesse, nonché un sintetico giudizio sugli effetti delle cure praticate;

a sottoporre a visita medica tutti i curandi, prima dell'inizio di qualsiasi ciclo di cura;

ad utilizzare, per qualunque forma di terapia termale, esclusivamente le acque per le quali lo stabilimento termale è in possesso dei titoli di cui al precedente art. 1 lettera b). L'acqua deve pervenire direttamente dalla sorgente tramite idonea adduzione che ne garantisca il mantenimento delle caratteristiche chimico-fisiche. Solo per l'effettuazione delle terapie inalatorie e del ciclo di cura della sordità rinogena, ove il medico termale lo ritenga necessario in relazione alle esigenze del curando, è consentita l'alternanza delle proprie acque minerali riconosciute con altre acque minerali di provenienza esterna, parimenti riconosciute e confezionate in contenitori di vetro monouso della capacità di un litro, purché l'uso delle prime sia prevalente.

REQUISITI SPECIFICI RELATIVI A DETERMINATI CICLI DI CURA TERMAL E SPECIFICAZIONE DELLE CARATTERISTICHE DELLE PRESTAZIONI A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.

Specificazione delle caratteristiche delle prestazioni di balneo-fangoterapia e definizione dei requisiti specifici

Le prestazioni di balneo-fangoterapia sono erogabili attraverso tre distinti modalità di cura: fanghi e bagni terapeutici;

fanghi e docce c.d. di annessamento (da erogarsi unicamente nell'ipotesi in cui il ciclo di cura sia espressamente prescritto con tale completa locuzione; per tutte le altre prescrizioni di fangoterapia, comunque indicate in sede di prescrizione, deve intendersi prescritto il ciclo di fanghi e bagni terapeutici);

bagni terapeutici.

Tutte le prestazioni di cui sopra, debbono essere effettuate in camerini singoli di conveniente cubatura ed aerazione e, nell'ipotesi in cui le acque termali utilizzate sviluppino gas, dovrà essere curato un continuo ricambio di aria nell'ambiente, sia attraverso idonee aperture ben ubicate, sia con specifiche apparecchiature.

Il reparto di cure deve disporre di un numero di addetti all'assistenza dei curandi, tale che sia in servizio almeno un addetto ogni otto curandi in trattamento contemporaneo. La valutazione del rapporto è effettuata alla stregua del numero di pazienti trattati nell'anno precedente.

Il bagno relativo ai cicli di cura di cui sopra ha di norma durata di 15 minuti e deve essere effettuato in vasca singola in una quantità di acqua tale da consentire agevolmente la cosiddetta "immersione totale" del curando.

I cicli di cui alle precedenti lettere a) e b) sono comprensivi della reazione che ne è momento integrante e conclusivo.

La fangoterapia deve essere effettuata esclusivamente con fango maturato in loco, cioè nell'ambito dello stabilimento e comunque nell'ambito della singola Azienda termale, nelle acque minerali di cui agli specifici titoli amministrativi.

Le aziende termali interessate devono disporre di idonee attrezzature naturali o artificiali (fangaie) per la maturazione del fango per un periodo non inferiore a sei mesi, in grado di produrre quantità sufficienti al fabbisogno stagionale calcolato alla stregua della formula di cui all'allegata Tabella 1.

Lo spessore del fango in maturazione nella fangaia non può essere superiore a metri 1,50 salvo che l'ossigenazione degli strati inferiori non sia assicurata da idoneo impianto di rimescolamento; il fango da rigenerare deve essere allocato in vasche separate.

Specificazione delle caratteristiche delle irrigazioni vaginali e definizione dei requisiti specifici

Le irrigazioni vaginali debbono essere eseguite da un'ostetrica o da un infermiere, sotto la responsabilità di un medico specialista in ostetricia e ginecologia, o in una delle discipline equipollenti, o in idrologia medica.

Le irrigazioni vaginali devono essere effettuate in ambienti singoli, con apparecchio che utilizzi acqua fluente e garantisca la regolazione della temperatura e della pressione.

Specificazione delle caratteristiche dei cicli di cura della sordità rinogena e definizione dei requisiti specifici

Le insufflazioni endotimpatiche, da praticare mediante cateterismo tubarico, debbono essere effettuate direttamente da un medico specializzato in otorinolaringoiatria o discipline equipollenti, in audiologia e foniatría o in idrologia medica o in possesso di specifica esperienza. Le insufflazioni endotimpaniche possono essere sostituite con il politzer crenoterapico secondo Silimbani, che deve essere parimenti eseguito da un medico in possesso dei titoli di cui sopra.

Per l'esecuzione del ciclo di cura le Aziende termali devono avere a disposizione:

cabina silente;

audiometro;

impedenziometro;

attrezzature ambulatoriali per la diagnostica otorinolaringoiatrica;

dotazioni ambientali e strumentali per l'effettuazione delle insufflazioni endotimpatiche e delle cure inalatorie.

Specificazione delle caratteristiche delle prestazioni idrotermali rivolte a pazienti affetti da Vasculopatie periferiche e definizione dei requisiti specifici

Il ciclo di cura delle vasculopatie periferiche deve essere effettuato sotto la responsabilità di medici specialisti in cardiologia o discipline equipollenti o in angiologia o discipline equipollenti o in idrologia medica.

Per l'esecuzione del ciclo di cura Le aziende termali devono avere a disposizione: laboratorio di analisi interno o convenzionato con l'azienda termale, elettrocardiografo e doppler.

Specificazione delle caratteristiche della terapie inalatorie e la terapia idropinica e definizione dei requisiti specifici

Requisiti specifici per le terapie inalatorie sono: la cubatura degli ambienti di cura deve essere almeno pari a 5.50 mc per punto cura individuale ed a 4.50 mc per posto cura collettivo, esclusi i locali di attesa. La capacità massima dei locali destinati alle cure collettive deve essere indicata da appositi cartelli.

Negli ambienti di cura deve essere assicurata la costante normalizzazione dell'aria, attraverso idonei sistemi di ricambio e/o deumidificazione.

Requisiti specifici per la terapia idroponica sono: i servizi igienici, con wc ed orinatoi, devono essere in numero tale che il rapporto con il numero dei curandi contemporaneamente presenti nello stabilimento nei periodi di massima punta, convenzionalmente determinato alla stregua della formula di cui all'allegata Tabella 2., risulti di almeno un servizio per 55 curandi e di un servizio per 30 curandi per gli stabilimenti che utilizzano acque a prevalente effetto catartico.

REQUISITI SPECIFICI PER I CICLI DI CURA DELLA RIABILITAZIONE NEUROMOTORIA E DELLA RIEDUCAZIONE MOTORIA DEL MOTULESO E DELLA RIABILITAZIONE DELLA FUNZIONE RESPIRATORIA

Per l'erogazione dei cicli di cura sottoelencati, le aziende termali interessate debbono possedere i seguenti requisiti:

ciclo della riabilitazione neuromotoria e della rieducazione funzionale del motuleso:

personale

*medico specialista in medicina fisica e riabilitazione o discipline equipollenti o affini
fisioterapisti;
massofisioterapisti;*

servizi diagnostici

*servizio di diagnostica per immagini interno o convenzionato con l'azienda termale;
laboratorio di diagnostica chimico-clinica interno o convenzionato con l'azienda termale;
servizio di elettrofisiologia attrezzato anche per esami elettromiografici interno o convenzionato con l'azienda termale.*

attrezzature terapeutiche

*reparto di fangobalneoterapia;
piscina termale attrezzata per riabilitazione in acqua, dotata di idonei meccanismi che ne consentono l'utilizzazione anche ai disabili;
palestra idoneamente attrezzata per la riabilitazione neuromotoria;
locali attrezzati per l'esecuzione dei seguenti trattamenti: massoterapia; elettroterapia (galvanica, faradica, interferenziale, diadinamica, ionoforesi, elettrostimolazioni esponenziali); termoterapia; fototerapia (ultravioletti, infrarossi); sonoterapia (ultrasuoni); laserterapia; magnetoterapia; trazioni e manipolazioni vertebrali.*

ciclo della riabilitazione della funzione respiratoria

personale

*medico specialista in malattie dell'apparato respiratorio o in medicina fisica e riabilitazione o in discipline equipollenti o affini;
fisioterapisti;*

servizi/attrezzature diagnostiche

*ambulatorio di diagnostica funzionale polmonare attrezzato per eseguire esami spirometrici di base (CV, VC, VRE, VRI, VEMS, VMM, CVF, PFE, indice di Tiffeneau, frequenza respiratoria); esami spirometrici di base + curva flusso-volume; ossimetria;
ambulatorio di elettrocardiografia;
attrezzature radiologiche di base per lo studio del torace, anche in convenzione con un servizio di radiologia esterno;
attrezzature per esami chimico-clinici di base, per ricerche allergologiche complete per via percutanea e per eventuali provocazioni specifiche degli organi bersaglio, anche in convenzione con un laboratorio esterno.*

attrezzature terapeutiche

*apparecchi per la crenoterapia inalatoria singola e/o collettiva (aerosol, humages, inalazioni, nebulizzazioni);
apparecchi per ventilazione meccanica assistita a pressione positiva intermittente.;*

*palestra per chinesiterapia respiratoria collettiva;
box per chinesiterapia respiratoria singola e per drenaggio posturale.*

I servizi di diagnostica per immagini o di laboratorio interni, i locali e le attività di recupero e rieducazione funzionale o respiratoria interni devono essere conformi ai requisiti previsti dalla normativa regionale o nazionale per i presidi che svolgono le stesse attività sanitarie.

I requisiti elencati nel presente articolo costituiscono presupposto valido esclusivamente per l'autorizzazione ad erogare i cicli di riabilitazione termale, quelli, cioè, di cui è parte integrante l'impiego del mezzo termale, quali risultano strutturati nel già citato allegato 5) del Decreto del Ministro della Salute 15 aprile 1994, richiamato dal DPCM 29.11.2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza e limitatamente ai soggetti assicurati dall'INAIL in base ai rispettivi vigenti ordinamenti, salvo diversamente disposto dalla programmazione regionale.

RINVIO

Per quanto non previsto negli articoli precedenti, si rinvia alle norme di cui al R.D. 28 settembre 1919, n. 1924, recante il "Regolamento per l'esecuzione del Capo IV della L. 16 luglio 1916, n. 947, contenente disposizioni sulle acque minerali e gli stabilimenti termali, idroterapici e di cure fisiche e affini" ed agli articoli 51 e seguenti del D.M. 20 gennaio 1927, recante "Istruzioni per la utilizzazione e consumo delle acque minerali", in quanto compatibili con il quadro normativo nazionale e regionale quale risulta dall'applicazione delle competenze legislative nazionali e regionali, fissate dall'articolo 117 della Costituzione, novellato dalla legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n.3.

TAB. A

Formula per la determinazione del fabbisogno stagionale di fango maturo

Maturazione del fango

Fangaia superficie mq. (a) profondità m. (b); capacità di produzione fango maturo in mc (a x b)

Per la determinazione del fabbisogno stagionale di fango maturo in mc (Fbs³) si utilizzano i seguenti indici di calcolo:

peso specifico del fango: 2000 Kg/mc;

quantitativo medio per la prestazione: 10 Kg, pari a mc 0,005;

periodo stagionale medio di apertura dello stabilimento: 100 giorni;

prestazioni giornaliere effettuabili in modulo unico (camerino: fango + reazione): n. 6;

prestazioni giornaliere effettuabili in modulo doppio (camerino fango + camerino reazione): n. 10.

Essendo Nc il numero di camerini dello stabilimento interessato si avrà quindi:

relativamente agli stabilimenti a modulo unico:

$$Fbs^3 = 0,005 \times 100 \times 6 \times Nc = mc 3,00 \times Nc;$$

relativamente agli stabilimenti a modulo doppio:

$$Fbs^3 = 0,005 \times 100 \times 10 \times Nc = mc 5,00 \times Nc;$$

Formula per la determinazione del numero dei curandi contemporaneamente presenti negli spazi di cura nei periodi di massima punta

Per la determinazione dei curandi contemporaneamente presenti (P) negli spazi di cura nei periodi cd. di massima punta, si assumono:

il numero delle cure idropiniche erogate nel corso dei mesi di luglio, agosto e settembre come pari al 45% del complesso stagionale;

come pari a 90 il numero dei giorni di cura dei mesi di luglio, agosto e settembre.

Essendo T la media delle cure idropiniche erogate dallo stabilimento interessato nel corso del triennio precedente l'anno solare di applicazione del presente atto, si avrà:

$$P = T \times 45/100 : 90 = T \times 45/100 \times 90 = T/100 \times 2 = T/200$$

Ottenuto così il numero complessivo delle presenze relative a ciascun giorno dei mesi di luglio, agosto e settembre, si assume che il numero dei curandi contemporaneamente presenti negli spazi di cura durante gli stessi giorni sia pari al 60% del totale; risulterà quindi:

$$P = T/200 \times 0,6$$

4.3 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 destinata alla sterilizzazione
- una destinata al deposito e alla distribuzione dei materiali sterilizzati.

Il percorso deve essere progressivo dalla zona sporca a quella pulita.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI ED IMPIANTISTICI

Il servizio deve possedere i seguenti requisiti:

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

- locale deposito per materiale pulito non sterile
- servizi igienici del personale
- locale per attività amministrative
- impianto illuminazione di emergenza
- impianto di aria compressa
- apparecchiatura di sterilizzazione
- apparecchiatura per il lavaggio del materiale da sottoporre a sterilizzazione
- bancone con lavello resistente agli acidi ed alcali.

4.4 Servizio di disinfezione

Il servizio di disinfezione interno alla struttura deve garantire spazi per il trattamento degli effetti personali, letteracci, della biancheria, e in genere dei materiali infetti.

REQUISITI MINIMI

L'articolazione interna degli spazi deve consentire la netta separazione tra le zone sporche e pulite, con percorso che deve essere progressivo dalla zona sporca alla zona pulita.

Sono presenti:

- locale di pre-trattamento e disinfezione
- deposito materiale da trattare
- deposito pulito
- spazi per il deposito dei disinfettanti e disinfestanti
- locale per attività amministrative
- apparecchiature idonee al trattamento del materiale.

**1. STUDIO SPECIALISTICO MONOPROFESSIONALE DI CUI ALLE
LETTERE a) E b) DEL PUNTO 3.1.3**

REQUISITI

1.	Tutto il personale operante nell'ambulatorio è in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente.
2	L'ambulatorio è in possesso dei requisiti previsti dalle normative vigenti, in particolare per quanto attiene a:
	- prevenzione incendi
	- sicurezza elettrica
	- sicurezza anti-infortunistica e igiene dei luoghi di lavoro
	- protezione dalle radiazioni ionizzanti
	- smaltimento dei rifiuti
	- attrezzature biomediche e sanitarie; in particolare devono essere presenti un piano di manutenzione preventiva (o ordinaria) ed un piano di esecuzione delle verifiche di sicurezza elettrica secondo i protocolli predisposti dai rispettivi fabbricanti o secondo i protocolli definiti ai sensi delle norme tecniche di settore.
3	La sala ove si eseguono le prestazioni è di dimensioni idonee a permettere lo svolgimento delle attività in modo sicuro e confortevole, per gli operatori e per gli utenti; in particolare vi sono indicativamente 16 mq.
4	Esistono spazi per attesa, accettazione, attività amministrative separati dalla sala in cui si eseguono le prestazioni.
5	Esistono servizi igienici fruibili da utenti e personale; nelle nuove strutture i servizi igienici per utenti e personale sono distinti.
6	Esiste uno spazio o un locale per deposito di materiale pulito.
7	Esiste uno spazio o un locale per deposito del materiale sporco, separato da quello per il materiale pulito.
8	Sono presenti spazi o armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni.
9	Le pareti perimetrali delle aree operative (per un'altezza di almeno 2 m) ed i pavimenti sono lavabili e disinfettabili.
10	E' presente uno spazio od un locale per deposito rifiuti, separato dal locale in cui si effettuano le prestazioni.
11	In tutti i locali sono assicurate efficaci condizioni di illuminazione e ventilazione.
12	E' presente un lavello ad erogazione non manuale, con dispenser per sapone ed asciugamani monouso per ogni sala in cui si effettuano le prestazioni.
13	E' presente la dotazione di minima per la gestione dell'emergenza (farmaci, cannula di Mayo o Guedel, ventilatore manuale tipo Ambu o pocket mask).
14	Tutti i materiali e confezioni soggetti a scadenza, portano la data della scadenza stessa.
15	Nello studio vengono correntemente utilizzate adeguate misure barriera:.
16	Qualora lo studio non usufruisca di un servizio di sterilizzazione esterno, esiste una area (separata da quello dove si eseguono le prestazioni) per la detersione e la sterilizzazione di strumentario ed attrezzature.
17	E' presente un sistema di sterilizzazione adeguato alle tipologie di strumenti in uso presso lo studio. Per le nuove strutture o nel caso di acquisizione di una nuova autoclave, questa deve essere idonea alla sterilizzazione di dispositivi medici cavi e porosi e deve essere conforme alle norme tecniche in vigore. La presenza di un sistema di sterilizzazione non e' richiesto nel caso in cui la struttura usufruisca di un servizio di sterilizzazione centralizzato o appaltato
18	Sono documentati i controlli e le verifiche del processo di sterilizzazione secondo le modalita' applicabili alle tecnologie presenti nello studio le modalita' di esecuzione di tali test ed i relativi risultati dovranno essere adeguatamente documentati ed archiviati per cinque anni

2. STUDIO ODONTOIATRICO DI CUI ALLA LETTERA c) DEL PUNTO 3.1.3

REQUISITI

1	Tutto il personale operante nello studio è in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente.
2	Lo studio è in possesso dei requisiti previsti dalle normative vigenti, in particolare per quanto attiene a:
	. prevenzione incendi
	. sicurezza elettrica
	. sicurezza anti-infortunistica e igiene dei luoghi di lavoro
	. protezione dalle radiazioni ionizzanti
	. smaltimento dei rifiuti
	. attrezzature biomediche e sanitarie; in particolare, devono essere presenti un piano di manutenzione preventiva (o ordinaria) ed un piano di esecuzione delle verifiche di sicurezza elettrica secondo i protocolli predisposti dai rispettivi fabbricanti o secondo i protocolli definiti ai sensi delle norme tecniche di settore.
3	La sala ove si eseguono le prestazioni è di dimensioni idonee a permettere lo svolgimento delle attività in modo sicuro e confortevole, per gli operatori e per gli utenti; in particolare vi sono almeno 9 mq (con tolleranza -10%) per poltrona riunito al netto delle pareti perimetrali.
4	Esistono spazi per attesa, accettazione, attività amministrative separati dalla sala in cui si eseguono le prestazioni
5	Esistono servizi igienici fruibili da utenti e personale; nelle nuove strutture i servizi igienici per utenti e personale sono distinti
6	Esiste uno spazio o un locale per deposito di materiale pulito
7	Esiste uno spazio o un locale per deposito del materiale sporco, separato da quello per il materiale pulito
8	Sono presenti spazi o armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni
9	Le pareti perimetrali delle aree operative (per un'altezza di almeno 2 m) e i pavimenti sono lavabili e disinfettabili
10	E' presente uno spazio od un locale per deposito rifiuti e per la raccolta e stoccaggio dell'amalgama, separato dal locale in cui si effettuano le prestazioni
11	In tutti i locali sono assicurate efficaci condizioni di illuminazione e ventilazione
12	E' presente un lavello ad erogazione non manuale, con dispenser per sapone ed asciugamani monouso per ogni sala in cui si effettuano le prestazioni
13	E' previsto per la strumentazione rotante l'uso di dispositivi meccanici che evitano la contaminazione crociata
14	E' presente la dotazione di minima per la gestione dell'emergenza (farmaci, cannula di Mayo o Guedel, ventilatore manuale tipo Ambu o pocket mask).
15	Tutti i materiali e confezioni soggetti a scadenza, portano la data della scadenza stessa
16	Nello studio vengono correntemente utilizzate le seguenti misure barriera: guanti monouso, visiere per la protezione degli occhi, naso e bocca, oppure occhiali a lenti larghe e mascherina, dighe.
17	Qualora lo studio non usufruisca di un servizio di sterilizzazione esterno, esiste un'area (separata da quello dove si eseguono le prestazioni) per la detersione e la sterilizzazione di strumentario ed attrezzature
18	E' presente un sistema di sterilizzazione adeguato alle tipologie di strumenti in uso presso lo studio odontoiatrico. Per le nuove strutture o nel caso di acquisizione di una nuova autoclave, questa deve essere idonea alla sterilizzazione di dispositivi medici cavi e porosi e qualora si utilizzano deve essere conforme alle norme tecniche in vigore. La presenza di un sistema di sterilizzazione non e' richiesto nel caso in cui la struttura usufruisca di un servizio di sterilizzazione centralizzato o appaltato.
19	Sono documentati i controlli e le verifiche del processo di sterilizzazione secondo le modalita' applicabili alle tecnologie presenti nello studio le modalita' di esecuzione di tali test ed i relativi risultati dovranno essere adeguatamente documentati ed archiviati per cinque anni

**STRUTTURE AUTORIZZATE ALL'ESECUZIONE DI PRESTAZIONI DI
PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA DI I LIVELLO LETTERA
D DEL PUNTO 3.1.3**

Le strutture di primo livello erogano le prestazioni di PMA collegate alle seguenti metodiche:

- *inseminazione sopracervicale in ciclo naturale eseguita utilizzando tecniche di preparazione del liquido seminale;*
- *induzione dell'ovulazione multipla associata ad inseminazione sopracervicale eseguita utilizzando tecniche di preparazione del liquido seminale;*
- *eventuale crioconservazione dei gameti maschili.*

REQUISITI

1	<i>Tutto il personale operante nello studio è in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente.</i>
2	<i>E' presente un medico specialista in ostetricia e ginecologia, con comprovata esperienza specifica, indicato quale responsabile della struttura e delle attività espletate.</i>
3	<i>Sono altresì assicurate competenze in ecografia, endocrinologia, andrologia e semiologia.</i>
4	<i>E' assicurato un collegamento funzionale con laboratorio di analisi cliniche per dosaggi ormonali rapidi.</i>
5	<i>Lo studio è in possesso dei requisiti previsti dalle normative vigenti, in particolare per quanto attiene a:</i>
	<i>. prevenzione incendi</i>
	<i>. sicurezza elettrica</i>
	<i>. sicurezza anti-infortunistica e igiene dei luoghi di lavoro</i>
	<i>. protezione dalle radiazioni ionizzanti</i>
	<i>. smaltimento dei rifiuti</i>
	<i>. attrezzature biomedicali e sanitarie; in particolare, devono essere presenti un piano di manutenzione preventiva (o ordinaria) ed un piano di esecuzione delle verifiche di sicurezza elettrica secondo i protocolli predisposti dai rispettivi fabbricanti o secondo i protocolli definiti ai sensi delle norme tecniche di settore.</i>
6	<i>I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia ed al volume delle attività.</i>
7	<i>Esistono spazi per attesa, accettazione, attività amministrative separati dalla sala in cui si eseguono le prestazioni.</i>
8	<i>Esistono servizi igienici fruibili da utenti e personale; nelle nuove strutture i servizi igienici per utenti e personale sono distinti.</i>
9	<i>Esiste uno spazio o un locale per deposito di materiale pulito.</i>
10	<i>Esiste uno spazio o un locale per deposito del materiale sporco, separato da quello per il materiale pulito.</i>
11	<i>Sono presenti spazi o armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni.</i>
12	<i>Le pareti perimetrali (per un'altezza di almeno 2 m) e i pavimenti sono lavabili e disinfettabili.</i>
13	<i>E' presente uno spazio od un locale per deposito rifiuti, separato dal locale in cui si effettuano le prestazioni.</i>
14	<i>In tutti i locali sono assicurate efficaci condizioni di illuminazione e ventilazione.</i>
15	<i>E' presente un lavello ad erogazione non manuale, con dispenser per sapone ed asciugamani monouso per ogni sala in cui si effettuano le prestazioni.</i>

16	<i>E' presente la dotazione di minima per la gestione dell'emergenza (farmaci, cannula di Mayo o Guedel, ventilatore manuale tipo Ambu o pocket mask).</i>
17	<i>Tutti i materiali e confezioni soggetti a scadenza, portano la data della scadenza stessa.</i>
18	<i>Qualora la struttura non usufruisca di un servizio di sterilizzazione esterno, esiste una area (separata da quello dove si eseguono le prestazioni) per la detersione e la sterilizzazione di strumentario ed attrezzature.</i>
19	<i>E' presente un sistema di sterilizzazione adeguato alle tipologie di strumenti in uso presso lo studio. Per le nuove strutture o nel caso di acquisizione di una nuova autoclave, questa deve essere conforme alle norme tecniche in vigore. La presenza di un sistema di sterilizzazione non e' richiesto nel caso in cui la struttura usufruisca di un servizio di steriizzazione centralizzato o appaltato</i>
20	<i>Sono documentati i controlli e le verifiche del processo di sterilizzazione secondo le modalita' applicabili alle tecnologie presenti nello studio. Le modalita' di esecuzione di tali test ed i relativi risultati dovranno essere adeguatamente documentati ed archiviati per cinque anni.</i>
21	<i>Idoneo locale per la preparazione del liquido seminale, distinto dai locali adibiti all'esecuzione delle altre attivita' ambulatoriali, e collocato all'interno della stessa struttura. In caso la struttura effettui la crioconservazione dei gameti maschili, il locale deve essere dotato di adeguata areazione e ventilazione.</i>
22	<i>E' presente un locale adatto alla raccolta del liquido seminale</i>
23	<i>E' presente un collegamento funzionale con laboratorio di analisi cliniche per dosaggi ormonali rapidi.</i>
24	<i>E' presente ecografo con sonda vaginale</i>
25	<i>E' presente cappa a flusso laminare orizzontale</i>
26	<i>E' presente bagnomaria termostato</i>
27	<i>E' presente microscopio ottico a contrasto di fase</i>
28	<i>E' presente centrifuga</i>
29	<i>E' presente pipettatrice</i>
30	<i>E' presente eventuale contenitore/i criogenico/i</i>
31	<i>Lo studio aderisce al registro di cui all'art. 11 della legge 40/2004.</i>

Al Sig. Direttore Generale dell' Azienda per i Servizi Sanitari n...

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE
ex D.G.R.**

Il sottoscritto _____
nato a _____ (___) il ___ / ___ / _____
residente in _____ (_____)
via / piazza _____ n° _____
codice fiscale _____ partita IVA _____
nella sua qualità di titolare/legale rappresentante _____
dell' Azienda _____
con sede in _____ (_____)
via / piazza _____ n° _____
codice fiscale _____ partita IVA _____,
nome del Direttore Sanitario _____
a norma dell' art. , della D.G.R.

**CHIEDE
IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE**

per

- apertura
- adattamento
- trasformazione
- ampliamento
- trasferimento
- variazione

della struttura sanitaria _____
denominata _____
ubicata nel Comune di : _____ (_____)
via / piazza _____ n° _____

_____ li _____

Firma (per esteso e leggibile)

Si allega documentazione di cui alle caselle barrate :

STRUTTURE AD ALTA E MEDIA COMPLESSITA'

1. copia del progetto già approvato dal Comune ai fini dell'autorizzazione di cui al punto 4.1. dell' allegato A, completo di piante sezioni e prospetti con destinazione d'uso dei singoli locali
2. dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante la conformità della struttura al progetto approvato dal Comune
3. certificato di agibilità dei locali
4. relazione tecnica sulla conformità dei locali ai requisiti minimi strutturali, di cui all'Allegato A;
5. relazione tecnica concernente gli impianti di ventilazione artificiale e di riscaldamento;
6. copia del certificato di Prevenzione Incendi, ove previsto;
7. elenco degli impianti e delle attrezzature di cui si intende dotare il presidio;
8. copia dell'atto costitutivo, se il richiedente è persona giuridica;
9. dichiarazione firmata, secondo le forme di legge, di accettazione dell'incarico e della conseguente responsabilità da parte del Direttore sanitario designato;
10. elenco degli impianti e delle attrezzature di cui è dotata la struttura;
11. elenco delle attività e delle prestazioni che si intendono, rispettivamente, svolgere ed erogare.
- 12** ***dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante eventuali condanne riportate ovvero di non aver riportato condanne penali (la mancata dichiarazione al riguardo sarà equiparata ad ogni effetto di legge, a dichiarazione negativa)***

STRUTTURE SEMPLICI

1. Planimetria dello studio in scala 1:100, firmata dal titolare, con destinazione d'uso dei singoli locali
2. certificato di agibilità dei locali con indicazione della destinazione d' uso, che deve essere conforme all' attività svolta;
3. relazione tecnico – illustrativa concernente gli impianti di ventilazione artificiale, ove presenti;
4. elenco delle attrezzature di cui è dotata la struttura,
5. copia dell' atto costitutivo, se il richiedente è persona giuridica,
6. elenco delle prestazioni che si intendono erogare.
- 7. ***dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante eventuali condanne riportate ovvero di non aver riportato condanne penali (la mancata dichiarazione al riguardo sarà equiparata ad ogni effetto di legge, a dichiarazione negativa.*****

FIRMA

DOCUMENTAZIONE DA TENERE A DISPOSIZIONE DELL' AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI

Entro 30 giorni dalla comunicazione del completo allestimento della struttura, viene fissata la data per l'effettuazione dell'ispezione tecnica da parte della Commissione di Vigilanza; per tale data il titolare deve mettere a disposizione dell'ente che autorizza la seguente documentazione, prodotta nelle forme previste dalla legge:

- 1) documentazione comprovante il rispetto delle norme in materia di rifiuti sanitari;
- 2) certificato di conformità dell'installatore abilitato relativo all'impianto termico e/o all'impianto di ventilazione artificiale, ai sensi della L. 46/90;
- 3) certificato di conformità alle vigenti norme tecniche in materia di impianti di illuminazione artificiale;
- 4) progetto (completo di relazione tecnica) dell'impianto elettrico, con particolare riferimento alla norma CEI 64/8) firmato dal professionista iscritto all'albo professionale di categoria, e inoltre:
 - certificato di conformità dell'installatore in copia conforme (già depositata alla C.C.I.A.), preferibilmente su modulo definito dalla Legge 46/90 firmato dall'installatore; in particolare tale certificato deve riportare le norme di sicurezza che si sono osservate nell'esecuzione delle opere;
 - relazione di collaudo, eseguito da un tecnico qualificato, con tutte le indicazioni e le misure dei parametri verificati e l'attestazione di conformità alle norme;
 - denuncia impianto di "messa a terra" all'ISPESL dall'ente competente, e – se necessario – dell'impianto di protezione scariche atmosferiche;
- 5) documentazione tecnica e certificazioni relative alle apparecchiature elettromedicali (norme CEI 62/5). Qualora le apparecchiature fossero già in uso da tempo, deve essere fornita la documentazione di controllo della sicurezza delle stesse;
- 6) licenza di esercizio relativa agli ascensori e montacarichi;
- 7) relazione di collaudo degli impianti di erogazione gas medicali eseguita da tecnico qualificato;
- 8) ogni altra documentazione richiesta dal rispetto dei requisiti previsti dall'allegato 1 alla presente delibera.

Il Direttore Generale dell' Azienda per i Servizi Sanitari n.

VISTA

l'istanza presentata in data ___ / ___ / ___ e protocollata al n° _____ con la quale il
 Sig _____
 nato a _____ (___) il ___ / ___ / _____
 residente in _____ (_____)
 via / piazza _____ n° _____
 codice fiscale _____ partita IVA _____
 nella sua qualità di titolare/legale rappresentante
 dell' Azienda _____
 con sede in _____ (_____)
 via / piazza _____ n° _____
 codice fiscale _____ partita IVA _____
 Direttore sanitario _____
 ha richiesto il rilascio dell'autorizzazione per l' apertura
 dell' Azienda/Presidio

ubicato nel :

Comune di : _____ (_____)
 via / piazza _____ n° _____

- Visto il parere favorevole espresso dalla Commissione di Vigilanza in data ___ / ___ / ___ , con nota di prot. n° _____ /
 _____ ;

AUTORIZZA

l' Azienda/Presidio

ubicata/o nel

Comune di : _____ (_)
 via / piazza _____ n° _____

Direttore Sanitario _____

all' erogazione delle seguenti attività sanitarie: _____

con l'osservanza di tutte le norme in materia, _____

_____ li _____

Per delega del Direttore Generale
 Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione

La presente autorizzazione dovrà essere esposta nel Presidio in cui si svolge l'attività ed esibita ad ogni richiesta
 degli Organi di ispezione e vigilanza