

Allegato 1

**REQUISITI STRUTTURALI, IMPIANTISTICI E ORGANIZZATIVI
DELLE CASE DI CURA PRIVATE:
CRITERI E MODALITA' DI VIGILANZA**

LINEE GUIDA

Direttore Controllo delle Attività Sanitarie:

Arch. Luigi ROBINO

Dirigente Settore Assistenza Ospedaliera e Territoriale:

Dott.ssa Daniela NIZZA

INDICE

Premessa

Requisiti minimi strutturali ed impiantistici

**Requisiti strutturali per le strutture che erogano prestazioni
in regime di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti**

**Requisiti strutturali per le strutture che erogano prestazioni
di assistenza in regime ambulatoriale**

Requisiti minimi organizzativi

Case di cura private definitivamente accreditate

Appendice e Tabelle

Allegato 1**REQUISITI STRUTTURALI, IMPIANTISTICI E ORGANIZZATIVI
DELLE CASE DI CURA PRIVATE:
CRITERI E MODALITÀ DI VIGILANZA****LINEE GUIDA****PREMESSA**

Con il presente lavoro si intende offrire una rilettura integrata dell'attuale normativa sanitaria in materia di case di cura private, accreditate e no, con le variazioni che nascono obbligatoriamente dal dover applicare quanto di nuovo e di diverso previsto nel tempo dalle normative specifiche anche di diverso settore .

In primis, va sottolineato come l'attività di vigilanza sia mutata e come, accanto alla tradizionale verifica dei requisiti strutturali e funzionali, assuma oggi ruolo preminente la verifica della qualità e dell'adeguatezza delle prestazioni e non solo delle strutture a fronte del diritto del cittadino di fruire di prestazioni sanitarie efficaci oltre che sicure.

Si richiama all'opportunità che in tempi brevi, tutte le Commissioni siano presiedute e organizzate dai Servizi di Medicina Legale. È compito della S.C. Medicina Legale l'organizzazione dell'attività di vigilanza e controllo sulle strutture sanitarie. L'attività di vigilanza può essere svolta con due modalità operative a secondo se trattasi di sopralluogo base o sopralluogo successivo/periodico, secondo il seguente schema:

- **SOPRALLUOGO BASE**

Il sopralluogo tenderà a fare acquisire tutta la documentazione necessaria, riferita a punti schematicamente indicati:

- Protezione antisismica
- protezione antincendio
- protezione acustica
- sicurezza elettrica e continuità elettrica
- sicurezza anti-infortunistica
- igiene dei luoghi di lavoro
- protezione delle radiazioni ionizzanti
- radiazioni non ionizzanti
- eliminazione delle barriere architettoniche
- smaltimento dei rifiuti
- condizioni microclimatiche
- impianti di distribuzione dei gas
- materiali esplosivi
- specifica ambientazione e/o protezione anti-alluvione-esondazione fluviale per i presidi non urbanizzati.
- servizio mortuario
- servizi vari
- Personale
 - Organigramma, comprensivo dei titoli di specializzazione del personale
 - Contratti del personale
- Organizzazione dell'attività:
 - Regolamento attività

La Commissione, tramite le diverse professionalità presenti in Azienda, verificherà la regolarità formale della documentazione acquisita. Per le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti verrà acquisita la documentazione necessaria per la verifica di quanto disposto e previsto dalle normative regionali, nazionali ed europee.

Per le strutture che erogano prestazioni in regime ambulatoriale verrà acquisita la documentazione necessaria per la verifica di quanto disposto e previsto dalle normative regionali, nazionali ed europee. Corre l'obbligo sottolineare che la documentazione da acquisire ivi specificata non è esaustiva e non può essere tale, a causa della continua evoluzione della normativa, specialmente nel campo tecnologico.

- **SOPRALLUOGO SUCCESSIVO - PERIODICO**

Acquisizione di nuova documentazione solo nel caso in cui siano avvenuti cambiamenti che coinvolgono gli aspetti strutturali e organizzativi.

La Commissione, tramite le diverse professionalità presenti in Azienda, acquisirà e verificherà la regolare gestione dell'impiantistica nel rispetto di quanto disposto e previsto dalle normative regionali, nazionali ed europee.

Di seguito sono indicati i criteri e la documentazione per le valutazioni, a seguito del sopralluogo periodico:

PERSONALE

- ORGANIGRAMMA PERSONALE, COMPRESIVO DEI TITOLI E DEI CONTRATTI DEL NUOVO PERSONALE (MESE DEL SOPRALLUOGO, SEMESTRE IN CORSO, ANNO PRECEDENTE)
- TURNI DI LAVORO (MESE DEL SOPRALLUOGO, SEMESTRE IN CORSO)
- VOLUMI DI ATTIVITÀ (MESE DEL SOPRALLUOGO, SEMESTRE IN CORSO, ANNO PRECEDENTE)
- CONGRUITÀ DE PERSONALE RISPETTO ALLE PRESTAZIONI EFFETTUATE (MESE DEL SOPRALLUOGO, SEMESTRE IN CORSO)

Con riferimento ai volumi di attività annuali, pare opportuno sottolineare la necessità di operare tale verifica soltanto al termine dell'anno di attività di riferimento, pertanto a partire dal mese di marzo dell'anno successivo, a situazione consolidata.

Ciò premesso, è stato approntato il testo che segue per supportare il lavoro delle attuali Commissioni di Vigilanza delle Aziende Sanitarie Locali territorialmente competenti e omogeneizzare i comportamenti e le procedure operative sia in fase di primo accertamento, sia nelle fasi successive.

Va ribadito che le Commissioni non possono attribuirsi le funzioni degli organismi preposti alla vigilanza istituzionale e che ogni irregolarità derivante dall'esame della idonea documentazione fornita dovrà essere tempestivamente segnalata alla Regione e all'Ente competente e, solo in caso di ipotesi di reato all'Autorità Giudiziaria.

Con la finalità della trasparenza e semplificazione delle procedure si prevede la costituzione di un gruppo di lavoro, composto da rappresentanti dei Settori regionali amministrativi e tecnici competenti, dell'A.S.L. territorialmente competente, alla presenza di un tecnico delegato dalla casa di cura. Il gruppo avrà il compito di valutare in fase istruttoria i nuovi progetti e quelli relativi a modifiche o adeguamenti strutturali, proponendo le eventuali modifiche tecniche al fine dell'autorizzazione regionale.

Per ogni progetto è prevista una scheda tecnica, anche di tipo informatico, riportante i dati caratteristici della struttura ed altre informazioni ritenute utili all'Assessorato. Di tale scheda si proporrà un formato cartaceo, al termine dell'analisi del fabbisogno informativo delle Direzioni Regionali.

Allegato al presente documento si propone un elenco della documentazione da presentare per una migliore ed efficiente valutazione tecnica dei progetti da parte del Settore regionale competente.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI ED IMPIANTISTICI

Premessa

Le pagine seguenti riportano per ogni singolo punto i criteri e le modalità suggerite ai fini dell'attività di vigilanza. Ove non siano riportate, si rimanda a quanto riportato con D.C.R. n. 616/2000 e s.m.i., in quanto ritenuto sufficientemente esaustivo.

Con D.G.R. n. 81-14428 del 20/12/2004 sono state approvate le modifiche relative alla descrizione di alcuni requisiti minimi strutturali e tecnologici di cui all'Allegato 1 della D.C.R. 616-3149 del 22-2-2000, e precisamente:

- la climatizzazione
- l'illuminazione
- gli impianti elevatori
- le barriere architettoniche
- le caratteristiche dei materiali (pavimenti antisdrucchiolo, rivestimenti, ecc.)
- l'impianto centralizzato di ossigeno
- le certificazioni e le schede tecniche.

Relativamente ai su indicati aspetti strutturali e tecnologici, si invitano le Commissioni di Vigilanza a consultare la predetta deliberazione.

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

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

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

Le attrezzature elencate nel presente documento potranno essere modificate a seguito dell'evoluzione tecnologica oppure a seguito di specifica normativa regionale

Indicazioni generali di localizzazione e progettazione

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

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

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

L'area prescelta, oltre che rispondere alle norme del Piano Regolatore comunale, dovrà presentare i seguenti requisiti urbanistici, igienico-ambientali, geologico-morfologici e climatici, dimensionali:

- deve essere ben inserita nel sistema delle comunicazioni in dipendenza della viabilità, della rete dei trasporti pubblici e dell'entità dei traffici e dei tempi massimi di percorrenza;
- deve avere varchi sufficientemente comodi ed ampi e muniti di tutte le opere stradali che assicurino una perfetta accessibilità; deve consentire l'arretramento dell'ingresso dei malati rispetto al filo stradale in modo da offrire una sufficiente sicurezza nell'accesso.

L'ubicazione della struttura sanitaria dovrà avvenire in località salubre ed alberata, lontano da depositi o scoli di materie di rifiuto, da acque stagnanti, da industrie rumorose o dalle quali provengono esalazioni moleste e nocive, da cimiteri e da quelle attrezzature urbane che possono comunque arrecare danno o disagio alle attività terapeutiche ed al soggiorno. L'area non dovrà insistere su terreni umidi o soggetti ad infiltrazioni o ristagni e non deve ricadere in zone franose o potenzialmente tali, non dovrà essere esposta a venti fastidiosi e non dovrà essere situata sottovento a zone da cui possono provenire esalazioni o fumi nocivi o sgradevoli.

Per le strutture di nuova costruzione la superficie totale dell'area non deve essere inferiore a mq. 70 per posto letto; per ampliamenti strutturali intesi ad aumentare i posti letto o comunque nel caso di incremento di posti letto, deve essere previsto un aumento della superficie totale di mq. 70 per ogni posto letto in aumento; almeno 15 metri quadrati per posto letto devono essere destinati a parco e giardino e devono essere previste aree destinate al parcheggio delle autovetture in misura di 1 metro quadro ogni 10 metri cubi, nel rispetto delle norme urbanistiche locali.

Ai sensi della DGR 161-10675/96 (strutture autorizzate al 31.12.89) l'aumento massimo di posti letto non potrà essere superiore al 10% degli autorizzati.

Lo sviluppo in altezza ed i distacchi dei corpi di fabbrica devono essere conformi alle norme stabilite dagli strumenti urbanistici e dai regolamenti locali. In tutti gli ambienti destinati alla degenza ed al soggiorno dei malati deve essere assicurata l'illuminazione naturale mediante finestre prospicienti all'esterno e che forniscano anche una adeguata ventilazione naturale; comunque pari ad almeno 1/8 della superficie calpestabile.

I corridoi destinati al transito dei malati devono avere una larghezza non inferiore a m. 2. Per le strutture autorizzate al 31.12.89 m. 1.50 se destinati al transito malati, altri corridoi anche m. 1,20 ai sensi della DGR 161-10675/96 .

Le scale dovranno avere gradini di larghezza minima di m. 1,50, pedata minima di cm. 28 ed alzata massima di cm. 17.

In analogia coi corridoi come da DGR n. 161/96, anche m. 1,20 , per le case di cura autorizzazione al 31.12.89. I piani delle case di cura non potranno avere un'altezza netta inferiore a m. 2,70.

Negli edifici a più piani devono essere previsti elevatori in numero adeguato ai flussi di traffico e comunque separati per lettighe ed ammalati, per visitatori, per il vitto, per materiale pulito e per materiale sporco. Anche in situazioni di ridotto flusso di traffico, in relazione alla capacità ed alla tipologia della struttura, i collegamenti verticali non potranno essere funzionalmente organizzati con meno di 3 impianti elevatori di cui almeno 1 per lettighe, nelle strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno. In tutte le strutture sanitarie almeno un elevatore (ascensore o montalettighe) dovrà avere le caratteristiche adeguate al trasporto di persone portatrici di handicap.

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

- camera di degenza (al netto della superficie dei servizi igienici) e non più di 4 posti letto:
 - 9 mq per posto letto (camera singola);
 - 7 mq per posto letto (camera multipla);
 - 9 mq per posto letto (camera pediatrica multipla);
 - 12 mq per posto letto (camera singola con accompagnatore);almeno il 10% delle stanze di degenza deve ospitare un solo letto e preferibilmente deve essere dotato di proprio servizio igienico.

La camera di degenza deve garantire l'accesso e il movimento di barelle e carrozzine, nonché le normali e urgenti operazioni del personale medico e non medico ai due lati di ciascun letto. Appare quindi rilevante allo scopo di facilitare i percorsi interni delle camere, l'adeguato posizionamento degli arredi fissi, o difficilmente spostabili, quali: porta, lavandino, tavoli e armadi, e i letti fissi. La camera, inoltre, deve essere dotata di specifici dispositivi di allarme, di chiamata del personale a ciascun letto, e di pavimentazione antiscivolo.

- Servizi igienici: in caso di nuova realizzazione o ristrutturazione devono essere dimensionati e attrezzati per consentire l'accessibilità. Deve essere realizzato almeno un servizio igienico completo ogni 4 posti letto; il servizio igienico dovrà essere asservito alle camere di degenza direttamente (fino a 2 p.l.) o tramite antibagno (fino a 4 p.l.);
- un locale per visita e medicazioni dotato di lavabo con comandi non manuali;
- un locale di lavoro, presente in ogni piano di degenza, per il personale di assistenza diretta;
- spazio per capo-sala;
- un locale per medici;
- uno spazio per il medico di guardia;
- un locale per soggiorno;
- un locale per il deposito del materiale pulito;
- un locale per deposito attrezzature;
- un locale, presente in ogni piano di degenza, per il materiale sporco, e dotato di vuotatoio e lavapadelle;
- una cucina di reparto;
- servizi igienici per il personale;
- spazio attesa visitatori;
- un bagno assistito.

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

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

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

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

CRITERI E MODALITÀ

La Commissione di Vigilanza dovrà acquisire copia della seguente documentazione:

Struttura

Planimetrie quotate scala 1:100 con le sezioni orizzontali e verticale, comprensive di eventuali spazi verdi annessi, datate e firmate dal professionista e dal legale rappresentante con indicato per ciascun locale superficie, destinazione di uso e rapporto superficie aeroilluminante/superficie pavimento del locale.

Abitabilità

Copia del certificato di usabilità / abitabilità rilasciato dal Comune (gli immobili costruiti ante L. 1150 del 17/08/1942 ne sono privi, ma ope legis, abitabili, per cui eventualmente acquisire documentazione relativa alla data di costruzione dell'edificio).

Copia deroga ex articolo 8 DPR 303/56 per utilizzo locali interrati/ seminterrati.

Copia deroga ex articolo 6 DPR 303/56 per eventuale utilizzo di locali di lavoro inferiori a metri 3 di altezza (uffici, studi ed ecc sono ammessi altezza di mt 2.70) Certificazione di installazione di vetri antisfondamento a firma dell'installatore

Superamento barriere architettoniche

Relazione (asseverata) a firma di tecnico abilitato sul superamento delle barriere e planimetria illustrativa dei percorsi

1) Protezione antisismica**CRITERI E MODALITÀ**

Nella progettazione della struttura oltre al rispetto della normativa vigente dovranno prevedersi particolari accorgimenti per consentire la massima sicurezza possibile per i degenti onde facilitare la loro evacuazione all'aperto nel minor tempo possibile.

La Commissione di Vigilanza dovrà acquisire una dichiarazione del progettista attestante la conformità del progetto ai sensi della normativa specifica vigente, con acclusi la classificazione delle zone a rischio sismico, relativa all'insediamento in esame e gli eventuali progetti di adeguamento alla recente normativa.

2) Sicurezza antincendio

La sicurezza antincendio deve essere assicurata in tutti gli ambienti della casa di cura attraverso l'applicazione delle norme vigenti (L. 966/95, DM 16.02.1982, DPR 577/82, DPR 37/98) e prescritte dai vigili del fuoco secondo le seguenti direttrici:

- a) caratteristiche delle strutture ed impiego di materiali resistenti al fuoco;
- b) avvisatori di incendio ed illuminazione di emergenza;
- c) uscite di sicurezza e scale esterne di emergenza;
- d) impianti elettrici realizzati secondo le norme vigenti;
- e) rete antincendio ed altri sistemi di spegnimento.

CRITERI E MODALITÀ

La Commissione di Vigilanza dovrà acquisire una copia del C.P.I. (Certificato Prevenzione Incendi) oppure, in mancanza del C.P.I.:

esame del progetto autorizzato dal Comando Provinciale dei VV.F. con dichiarazione del progettista circa lo stato di avanzamento dei lavori di adeguamento o cronoprogramma degli stessi.

In caso di lavori di adeguamento terminati, in attesa di sopralluogo prodromico al rilascio del C.P.I.: dichiarazione ai sensi dell'articolo 3 del D.M. 10 marzo 1998 a firma del progettista, relativa alla realizzazione di quanto contenuto nell'esame progetto approvato dal Comando Provinciale dei VV.F.-

3) Tutela dall'inquinamento acustico

La tutela dell'inquinamento acustico deve essere assicurata secondo le modalità e le prescrizioni della Legge 26.10.1995 n. 447 e delle successive norme attuative. Devono comunque essere adottati materiali e provvedimenti adeguati per la protezione acustica dai rumori provenienti dall'esterno, dall'interno o dal funzionamento degli impianti tecnologici.

CRITERI E MODALITÀ

La Commissione di Vigilanza dovrà acquisire una relazione a firma di tecnico abilitato che attesti la conformità delle emissioni sonore della struttura.

4) Impianti elettrici

Gli impianti elettrici devono essere conformi alle norme del D.P.R. 547/55, Legge 186 dell'1 gennaio 1968, L. 46/90 e D.P.R. 22 ottobre 2001, n. 462 e s.m.i.; inoltre devono rispondere alle normative CEI e loro successivi aggiornamenti (le normative CEI hanno cogenza di legge ai sensi della L. 186/68; infatti l'articolo 1 dispone che gli impianti elettrici devono essere costruiti secondo norma di buona tecnica ed l'articolo 2 indica che le norme di buona tecnica sono quelle espresse dalla CEI). Le case di cura devono essere dotate di dispositivi ed impianti di sicurezza e di emergenza atti a garantire, in caso di interruzione dell'alimentazione elettrica esterna, l'automatica e immediata disponibilità di energia elettrica adeguata ad assicurare almeno il funzionamento delle attrezzature e dei servizi che non possono rimanere inattivi, neppure per brevissimo tempo (tra essi i complessi operatori e da parto, il servizio di rianimazione, le sale di terapia intensiva, le sale per immaturi, l'emoteca), nonché un minimo di illuminazione negli altri ambienti. Idonei provvedimenti devono essere adottati per l'illuminazione notturna e per i dispositivi acustico-luminosi per la chiamata del personale.

CRITERI E MODALITÀ

La Commissione di Vigilanza dovrà acquisire copia della seguente documentazione:

- Certificazione di conformità ai sensi della L. 46/90;
- Certificazione di rispondenza alle normative CEI e loro successivi aggiornamenti
- Denuncia di messa a terra.

Inoltre dovrà prendere visione del registro delle verifiche periodiche dell'impianto di terra e di quello delle verifiche periodiche, previste dalla normativa vigente, sugli impianti elettrici.

Per il generatore ausiliario di corrente elettrica e per i gruppi di continuità dovranno essere acquisite le seguenti documentazioni:

- Relazione a firma di tecnico abilitato sulla efficienza ed efficacia degli apparati
- Certificati di omologazione
- Registri delle verifiche periodiche relative al funzionamento
- Copia contratto manutenzione periodica

5) Illuminazione artificiale

L'illuminazione degli interni, con luce artificiale, deve rispondere a criteri di buona tecnica.

CRITERI E MODALITÀ

La Commissione di Vigilanza dovrà acquisire una relazione a firma di tecnico abilitato sull'intensità luminosa nei vari ambienti, con particolare riguardo a:

- Blocchi operatori (ascialitiche)
- Rianimazione
- Sale parto

6) Sicurezza anti-infortunistica

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

In particolare, il datore di lavoro, deve, ai sensi del D. Lgs 626/1994 e successive modificazioni, deve:

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

CRITERI E MODALITÀ

La Commissione di Vigilanza dovrà acquisire una dichiarazione nella quale il Rappresentante Legale della struttura sanitaria privata attesti di aver provveduto:

- alla redazione del documento di valutazione dei rischi ex art. 4 D.Lgs. 626/94;
- alla nomina del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (acquisire copia della lettera trasmessa allo SPRESAL e all'Ispettorato del Lavoro);
- alla nomina del medico competente (acquisire copia della lettera di nomina)
- alla designazione del personale addetto al primo intervento pronto soccorso, evacuazione e lotta anti-incendio (ex articolo 12 D.Lgs. 626/94).

La documentazione, corredata dai verbali delle verifiche, collaudi, certificazioni ed autorizzazioni di legge eseguite dagli Enti incaricati del servizio, deve essere conservata ed aggiornata.

Requisiti per il controllo delle infezioni ospedaliere

È compito della Direzione sanitaria della casa di cura la funzione di coordinamento e gestione delle attività di prevenzione delle infezioni nella struttura sanitaria. Le strutture anche di ridotte dimensioni possono avvalersi di un Comitato multidisciplinare, presente nell'ambito dell'A.S.L. di competenza, che abbia uniformità dell'indirizzo nosologico delle strutture partecipanti, di cui faccia parte un rappresentante per ciascuna struttura privata.

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

CRITERI E MODALITÀ

La Commissione di Vigilanza dovrà pertanto acquisire copia della seguente documentazione:

- Dichiarazione a firma del Legale Rappresentante relativa alla attivazione di un organismo per il controllo delle infezioni ospedaliere
- presa visione dei verbali di riunione del succitato nucleo
- acquisizione di protocolli e/o procedure relativi a:
 - ❖ pulizia e sanificazione degli ambienti con particolare riguardo all'unità di rianimazione, ai blocchi operatori ed ai reparti di terapia intensiva, sale parto e neonatologia
 - ❖ Sterilizzazione/disinfezione ausili, presidi, strumentario chirurgico e non
 - ❖ prevenzione e piaghe da decubito
 - ❖ infezioni vie urinarie
 - ❖ casi di malattie infettive
 - ❖ isolamento per forme morbose diffuse.

7) Protezione scariche atmosferiche

Le strutture sanitarie devono essere protette dai fulmini nel rispetto delle disposizioni di legge.

CRITERI E MODALITÀ

La Commissione di Vigilanza dovrà acquisire copia della denuncia d'installazione di impianto di protezione dalle scariche atmosferiche o relazione di tecnico abilitato che attesti l'autoprotezione della struttura dalla scariche atmosferiche.

8) Protezione radiazioni ionizzanti

Per l'impiego di apparecchi o di sostanze che possono generare radiazioni ionizzanti dovranno essere autorizzate ed osservate le prescrizioni previste dal Decreto Legislativo 17.3.1995 n. 230 e successive norme.

CRITERI E MODALITÀ

La Commissione di Vigilanza dovrà acquisire copia di:

- autorizzazione/denuncia di detenzione di apparecchiature/sostanze radiogene (DD. LLggs. 230/95 e 241/2000 e loro s.m.i.)
- nomina dell'Esperto Qualificato e del Fisico Sanitario,
- nomina del Medico Autorizzato

9) Tutela dall'inquinamento elettromagnetico

La tutela deve essere assicurata secondo quanto stabilito dal D. Lgs. 4.12.1992, n. 476 e successive modifiche ed integrazioni.

CRITERI E MODALITÀ

La Commissione di Vigilanza dovrà acquisire una relazione sulla compatibilità elettromagnetica (Decreto Legislativo 4 dicembre 1992) sulla osservanza delle prescrizioni ivi contenute.

Se vi è presenza di R.M.N., acquisire copia della autorizzazione (D.M. 1991).

Se vi è presenza di laser, acquisire:

- relazione a firma di tecnico abilitato da cui emerga la tipologia dell'apparecchiatura

- certificazione di omologazione dell'apparecchiatura
- misure di prevenzione e protezione adottate.

10) Eliminazione delle barriere architettoniche

In relazione all'ottimale agibilità della casa di cura da parte dei malati e del personale, anche ai fini di una desiderabile prevenzione degli infortuni, dovranno osservarsi le disposizioni contenute nella L. 09.01.1989, n. 13 e D.M. 14.06.1989, n. 236, L. 104/ 1992 e successive modifiche ed integrazioni.

CRITERI E MODALITÀ

La Commissione di Vigilanza dovrà acquisire la perizia asseverata che accerti e dichiari la conformità delle strutture ai sensi della D.G.R. 161-10675/96; l'esecuzione delle opere dovrà comunque avvenire entro 18 mesi dalla concessione edilizia.

11) Approvvigionamento idrico

La dotazione idrica giornaliera minima di acqua potabile per posto letto non deve essere inferiore a 200 litri. Le case di cura dovranno essere dotate di una riserva idrica corrispondente almeno al 50% del fabbisogno complessivo di 1 giorno e realizzata mediante serbatoi nei quali sia assicurato un sufficiente ricambio giornaliero. Deroghe alla dotazione minima indicata potranno essere concesse laddove sussistano reali condizioni di carenza delle risorse idriche locali. Per strutture autorizzate al 31.12.89 in deroga 50 litri/posto letto non potabile per uso igienico più 3 litri/posto letto potabile ai sensi della DGR 161-10675/96.

CRITERI E MODALITÀ

La Commissione di Vigilanza dovrà acquisire copia di :

- Dichiarazione allacciamento alla rete idrica comunale
- Dichiarazione di tecnico abilitato attestante la capacità della riserva idrica
- Dichiarazione di allacciamento alla rete fognaria o relazione circa il sistema di smaltimento delle acque reflue ai sensi del D.M. 11/5/59 n 152 e smi
- Protocollo controllo legionellosi

12) Smaltimento rifiuti

I rifiuti liquidi devono essere trattati in base a quanto disposto dal DM 11.05.1999, n. 152 e successive modifiche.

I rifiuti solidi devono essere trattati in base a quanto disposto dal D. Lgs. 22/97, DM 19.11.1997, n. 503 e dal DPR 15.07.2003, n. 254 e successive modifiche.

CRITERI E MODALITÀ

La Commissione di Vigilanza dovrà acquisire:

- Copia contratto smaltimento rifiuti sanitari pericolosi e non con la ditta autorizzata
- Copia dell'iscrizione all'Albo nazionale gestori dei rifiuti della ditta autorizzata

Inoltre dovrà prendere visione dei registri di carico e scarico e del M.U.D. relativo all'anno precedente.

In presenza di rifiuti radioattivi:

- Copia contratto smaltimento rifiuti sanitari pericolosi e non con la ditta autorizzata
- Copia dell'iscrizione all'Albo nazionale gestori dei rifiuti della ditta autorizzata.

Inoltre dovrà prendere visione dei registri di carico e scarico.

13) Condizioni microclimatiche

Le strutture sanitarie devono essere dotate di impianti atti ad assicurare idonee condizioni microclimatiche. La temperatura dell'aria non dovrà essere inferiore a 20° C per le sale di degenza e di soggiorno e a 22° C per le sale di visita e medicazione. Nei settori destinati a specifiche attività terapeutiche (sale operatorie, sale da parto, sale di degenza immaturi, rianimazione, terapia intensiva ecc.) dovranno essere previsti impianti di condizionamento integrale a tutt'aria esterna con un numero di ricambi orari adeguato alle specifiche esigenze del servizio ed un controllo particolare della purezza dell'aria attraverso opportuni filtri assoluti.

Per tali settori i valori della temperatura e della umidità relativa saranno determinati in funzione delle esigenze specifiche del servizio a cui l'impianto è destinato.

CRITERI E MODALITÀ

La Commissione di Vigilanza dovrà acquisire:

- Relazione tecnica comprensiva di schema di distribuzione (mandata ed estrazione) indicante altresì i volumi di aria/ora (vedi D.G.R. 616/2000)
- Contratto con ditta specializzata per la manutenzione dell'impianto e registro delle verifiche periodiche del rendimento dell'impianto
- Protocolli sostituzione filtri
- Misure di prevenzione controllo la legionellosi

14) Impianti di distribuzione dei gas

Nelle strutture sanitarie che ricoverano malati di forme acute mediche e/o chirurgiche la distribuzione dei gas medicali deve essere effettuata con impianto centralizzato nel rispetto delle normative indicate dal Comando dei Vigili del Fuoco.

CRITERI E MODALITÀ

La Commissione di Vigilanza dovrà acquisire:

- Certificazione di rispondenza degli impianti alle normative vigenti in materia e di conformità alle disposizioni impartite dal comando provinciale dei VV.F.
- Contratto di manutenzione periodica.

15) Materiale esplosivo

Gli impianti e gli apparecchi a pressione devono essere realizzati e mantenuti in esercizio nel rispetto delle normative vigenti.

CRITERI E MODALITÀ

La Commissione di Vigilanza dovrà acquisire:

Certificazione di tecnico abilitato ai sensi della Legge 46/90, comprensiva della dichiarazione che i fuochi delle cucine a gas e dei beccchi bunsen sono dotati di termocopia.

16) Manutenzione degli impianti/apparecchiature

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

tecnica e di legge. L'effettuazione degli interventi e le indicazioni che ne derivino dovranno essere riportati su apposito registro.

CRITERI E MODALITÀ

Per ogni singola voce, la Commissione di Vigilanza dovrà acquisire la seguente documentazione:

Apparecchiature elettromedicali

- elenco delle apparecchiature in dotazione, distinguendo se risalgono ante 1 giugno 1998 (data di entrata in vigore della L. 46/97) o post tale data. Se ante: certificazione per ogni apparecchiatura a firma di tecnico abilitato di rispondenza alle norme CEI specifiche, se post: copia del certificato CE di ciascun apparecchio
- contratto di manutenzione periodica.

Apparecchiature da Laboratorio

- elenco delle apparecchiature in dotazione e distinguere se risalgono ante 1 giugno 1998 o post tale data. Se ante: certificazione per ogni apparecchiatura a firma di tecnico abilitato di rispondenza alle CEI specifiche; se post: copia del certificato CE di ciascun apparecchio
- contratto di manutenzione annuale

Altre apparecchiature (frigoriferi, cucine ecc)

- contratto di manutenzione periodica.

Strumentario

- Strumentario chirurgico: elenco set chirurgici / specialistici
- protocollo sterilizzazione dello strumentario

N.B. Non esistono normative che indichino la dotazione minima di strumentari / apparecchiature elettromedicali.

Impianti elevatori

- Certificato di collaudo
- contratto di manutenzione periodica

Impianto di riscaldamento

Centrale termica

- CPI
- Dichiarazione di conformità della centrale termica e copia collaudi effettuati.
- Contratto di verifica e manutenzione periodica
- Terzo conduttore se la centrale termica è superiore a 100.000 kcalorie

Luci di emergenza

- Certificazione di avvenuta installazione a firma di tecnico autorizzato e copia contratto di verifica manutenzione periodica

Impianto rilevazione incendi

- Copia collaudo e certificazione a firma di tecnico autorizzato
- Contratto verifica e manutenzione

Impianti di spegnimento fissi e mobili

- Contratto di verifiche e manutenzioni periodiche

17) Servizio mortuario

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

In termini di accessibilità devono essere consentite l'entrata e l'uscita autonoma senza interferenze rispetto al sistema generale dei percorsi interni della struttura. Deve essere previsto un accesso dall'esterno per i visitatori.

Il servizio deve essere dotato di:

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

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

Caratteristiche igrometriche:

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

Impianti speciali e vari:

- i locali dovranno essere dotati di condizionamento ambientale.

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

Nel caso in cui la Struttura disponga di un servizio Anatomopatologico, il deposito delle salme deve essere fornito di almeno due celle frigorifero ed il Servizio dovrà essere dotato di una "sala settoria" per eventuali riscontri diagnostici / autopsie .

I requisiti minimi tecnologici sono fissati dalle normative nazionali, regionali e comunitarie vigenti.

18) Servizi vari

Ogni casa di cura privata, oltre a soddisfare alle esigenze dell'igiene e della tecnica ospedaliera, deve presentare almeno i seguenti servizi e locali:

- servizi per il personale : devono essere costituiti dagli spogliatoi, dalla mensa e da ristoro (ove previsti dal C.C.N.L.).
- servizi di guardaroba, di fardelleria
- servizi per il pubblico e ricoverati;
- servizio di lavanderia Il servizio di lavanderia può essere convenzionato o gestito in forma associata da più strutture sanitarie di ricovero e cura, purché regolarmente autorizzate dalla autorità sanitaria competente, anche per quanto riguarda le condizioni di trasporto. Nel caso di appalto esterno, la biancheria infetta o sospetta, dovrà essere comunque bonificata all'interno della struttura. Nel caso di servizio di lavanderia interno alla struttura dovranno essere previsti adeguati spazi per la raccolta e cernita della biancheria, per il lavaggio, l'asciugatura, il rammendo, la stiratura ed il deposito della biancheria pulita.

Caratteristiche microclimatiche

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

Caratteristiche illuminotecniche

- illuminamento di esercizio: 200-300 lx

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

- classe di purezza: filtrazione con filtri a media efficienza

Caratteristiche illuminotecniche

- illuminamento di esercizio: 200-300 lx

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

- Servizio di cucina : Il servizio di cucina può essere convenzionato o gestito in forma associata da più strutture sanitarie di ricovero e cura, purché regolarmente autorizzate dall'autorità sanitaria competente anche per quanto riguarda le condizioni di trasporto.

Nel caso di servizio di cucina interno alla struttura, dovranno essere previsti adeguati spazi per la ricezione

derrate, dispensa, celle frigorifere, preparazione, cottura, distribuzione, cucina, dietetica, lavaggio e deposito

per stoviglie e carrelli. Il personale addetto al servizio di cucina dovrà disporre di idoneo spogliatoio con

servizio igienico. In caso di gestione affidata all'esterno, deve comunque essere prevista un'area per l'arrivo

e lo smistamento del vitto.

Caratteristiche microclimatiche

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

- classe di purezza: filtrazione con filtri a media efficienza

Caratteristiche illuminotecniche

- illuminamento di esercizio: 200 - 300 lx

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

- Servizio di assistenza religiosa : in struttura degenziale deve essere previsto un servizio di assistenza religiosa.

- Servizi per il pubblico ed i pazienti esterni : dovranno essere previsti i seguenti spazi funzionali:

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

Caratteristiche microclimatiche

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

Caratteristiche illuminotecniche

- illuminazione generale media: 200 lx
Prevedere estrattore d'aria con idonea filtrazione nei locali non serviti da un impianto di condizionamento che garantisca una efficace estrazione forzata.

REQUISITI STRUTTURALI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO PER ACUTI

REPARTO OPERATORIO

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

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

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate. La superficie minima delle sale operatorie non deve essere inferiore a mq 30. Sono ammesse sale di dimensioni minori (e comunque non inferiori a mq 20) per particolari specialità chirurgiche e tipologie di interventi.

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

- spazio filtro di entrata degli operandi;
- zona filtro personale addetto;
- zona preparazione personale addetto;
- zona preparazione utenti;
- zona risveglio utenti;
- sala operatoria;
- zona per il lavaggio e la sterilizzazione del materiale chirurgico, ovvero uno spazio per sub-sterilizzazione nel caso in cui la struttura disponga di un servizio centralizzato di sterilizzazione esterno al complesso operatorio
- deposito presidi e strumentario chirurgico;
- deposito materiale sporco;
- deposito materiale pulito;
- locale spogliatoio - sosta personale, con servizi igienici;
- sala gessi per le unità di ortopedia traumatologica.

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

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

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

Per ogni sala operatoria:

- tavolo operatorio;

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

Per ogni gruppo operatorio:

- frigoriferi per la conservazione di farmaci e emoderivati;
- amplificatore di brillantezza;
- defibrillatore.

Per zona risveglio:

- gruppo per ossigenoterapia;
- cardiomonitor e defibrillatore;
- aspiratore per broncoaspirazione.

Caratteristiche microclimatiche:

Sala operatoria

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

Locali annessi

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

Caratteristiche illuminotecniche:

Illuminamento di esercizio: 500-750-1000 lx illuminazione generale
10.000-30.000-100.000 lx illuminazione campo operatorio;
10.000 lx illuminazione area limitrofa campo operatorio;

Impianti vari e speciali:

- Impianto di gas medicali e impianto di aspirazione gas anestetici direttamente collegato alle apparecchiature di anestesia; per la zona risveglio è indispensabile attuare l'aspirazione selettiva dei gas anestetici;
- stazioni di riduzione della pressione per il reparto operatorio. Devono essere doppie per ogni gas medicale/tecnico (ossigeno, aria compressa bassa pressione per respiratori, aria

compressa alta pressione per apparecchi pneumatici, protossido di azoto) e tali da garantire un adeguato livello di affidabilità;

- impianto di raffreddamento ad acqua per apparecchi laser;
- impianto rilevazione incendi;
- impianto allarme di rilevazione gas medicali e segnalazione esaurimento;
- impianto controllo livello di pressione gas;
- sala operatoria e locali annessi devono essere dotati di condizionamento ambientale.

PUNTO NASCITA – BLOCCO

Il Punto nascita costituisce unità di assistenza per gravidanze e neonati fisiologici. L'attività viene svolta, a livello ambulatoriale, area di degenza, blocco parto. All'interno dello stesso presidio devono essere comunque disponibili le seguenti prestazioni diagnostiche: radiologia, le comuni analisi chimico-cliniche ed immunoematologiche.

Il blocco parto deve disporre di spazi per lo svolgimento del parto, anche in regime di urgenza, per la prima assistenza ai neonati e per l'attività chirurgica di tipo ostetrico. Deve essere garantita l'assistenza al neonato in attesa del trasporto protetto.

Le norme vigenti in materia di compilazione delle cartelle cliniche sono estese al ricovero del neonato fisiologico. I punti nascita sono tenuti a fornire ai genitori tutti i riferimenti necessari per l'avvio della successiva assistenza pediatrica.

Le cure perinatali ospedaliere vengono classificate in tre livelli. Questi rappresentano l'insieme delle competenze, delle tecnologie, necessarie per una adeguata assistenza alla gravida, al feto ed al neonato. Nella classificazione dei livelli, devono essere rispettati i volumi di attività minimi previsti dal P.S.R. Un livello superiore deve erogare, oltre alle prestazioni che lo caratterizzano, anche quelle indicate per i livelli inferiori, allo scopo di garantire una efficiente organizzazione delle risorse e la massima appropriatezza delle cure.

Ove non indicati, si intendono sempre richiesti per il livello superiore i requisiti previsti nel livello inferiore.

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

Caratteristiche microclimatiche

Sala parto:

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

Locali annessi:

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

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

Isola neonatale :

Caratteristiche microclimatiche:

- esecuzione degli screening previsti dai programmi nazionali e/o regionali e, ove indicato, esecuzione di alcuni esami di laboratorio (glicemia, bilirubinemia, ematocrito) effettuati su microcampioni di sangue;
- favorire, anche attraverso la consegna di materiale educativo ed incontri individuali e/o di gruppo, la pratica dell'allattamento al seno sia durante la degenza che dopo la dimissione;
- essere funzionalmente collegate con le unità accreditate ad erogare assistenza di II e/o III livello;
- provvedere al trasferimento della gravida laddove si verificano condizioni o patologie materne e/o fetali che richiedano, in situazioni di non emergenza, l'invio ad una unità di II o III livello come previsto dalle linee guida per il trasferimento perinatale;
- garantire l'assistenza immediata e di urgenza a neonati con patologia anche grave in attesa di trasferimento presso un centro di II o III livello, utilizzando il sistema di trasporto neonatale.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

I requisiti vengono articolati rispetto a:

Spazi degenza:

oltre agli spazi specifici già individuati per l'area di degenza indifferenziata, viene richiesta la seguente dotazione di ambienti:

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

Blocco parto:

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

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

Ogni Unità di primo livello deve disporre di almeno di un'area travaglio-parto.

Ogni area travaglio-parto deve essere autosufficiente per arredamento ed attrezzatura, deve essere in collegamento con un impianto di supporto elettrico di emergenza, deve avere una linea telefonica dedicata e deve consentire l'accesso di una persona scelta dalla paziente.

L'area travaglio-parto deve consentire l'espletamento di almeno due parti in contemporanea.

Il travaglio può essere effettuato nell'ambito dell'area delle degenze all'interno di camere singole.

La dotazione minima di ambienti per il blocco parto è la seguente:

- zona filtro per le partorienti per l'accoglienza della donna in travaglio e della persona di sua fiducia;
- zona filtro personale addetto;
- locale travaglio;
- sale parto, di superficie minima pari a 20 m² con pareti lisce e raccordate tra loro, rivestimenti per pavimenti e pareti a tutt'altezza di tipo lavabile, disinfettabile e impermeabile agli agenti contaminanti - pavimenti e pareti con angoli arrotondati - garanzia di antistaticità del pavimento;
- isola neonatale, localizzata all'interno della sala parto o comunicante con questa;
- sala operatoria, in assenza di blocco operatorio; deve garantire le stesse prestazioni richieste per il gruppo operatorio;
- zona osservazione post-partum;
- deposito presidi e strumentario chirurgico;

- servizi igienici per le partorienti;
- locale lavoro infermieri;
- deposito materiale pulito e sporco, localizzato nei pressi delle sale travaglio;
- spazio attesa per accompagnatore.

È prevista la seguente dotazione minima impiantistica:

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

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

Sala travaglio-parto:

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

Per l'unità di assistenza ostetrica devono essere disponibili:

- una sala operatoria attivabile in caso di emergenza;
- un ecografo nel reparto di ostetricia.

Isola neonatale:

- lettino di rianimazione con lampade radianti;
- erogatore di O₂;
- erogatore o compressore per aria;
- aspiratore;
- materiale necessario per la rianimazione neonatale.

RIANIMAZIONE – 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 pericolo di vita ed insorgenza di complicanze maggiori. La configurazione ambientale delle unità di rianimazione e terapia intensiva può essere a

degenza singola o a degenze multiple. Deve essere assicurata la possibilità di "assistenza affettiva" al letto del paziente, al di fuori dei momenti terapeutici critici.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate. La superficie minima da prevedersi per ogni degenza singola è di 16 m², per degenze multiple è di 12 m² per posto letto.

La dotazione minima di ambienti per la rianimazione e terapia intensiva è la seguente:

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

In caso di presenza di posti letto di rianimazione e terapia intensiva, va prevista la presenza di posti letti di terapia subintensiva nella misura pari a un rapporto di 1/1.

L'attività di terapia subintensiva potrà essere esercitata nell'ambito delle unità di terapia intensiva, ovvero in degenze in grado di garantire il monitoraggio ed il mantenimento delle funzioni vitali, al fine di prevenire complicanze maggiori.

È necessario realizzare spazi di attesa e soggiorno per i parenti dei ricoverati.

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

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

Caratteristiche microclimatiche:

- temperatura interna invernale e estiva: compresa tra 20-24°C
- umidità relativa estiva e invernale: 40-60%
- ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo): 6 v/h
- velocità dell'aria: 0,05 - 0,15 m/s
- pressione: positiva con gradiente minimo di 10 Pascal (ambienti limitrofi) e 15 Pascal (ambiente esterno)

- impianto di condizionamento con adeguato ricambio aria e con gradienti di pressioni progressivamente decrescenti verso la camera calda dove si dovrà avere il valore più basso. Filtri assoluti in uscita, per le aree classificate come "zona controllata".

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

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

Camera calda:

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

Sistemi monitoraggio:

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

Sala diagnostica:

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

In caso di attività diagnostica in vitro:

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

Caratteristiche microclimatiche:

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

Caratteristiche illuminotecniche:

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

Impianti speciali e vari:

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

RADIOTERAPIA

L'attività di radioterapia è svolta mediante l'impiego di fonti radioattive e di sorgenti di radiazioni ionizzanti ed è diretta al trattamento della malattia neoplastica e, in casi selezionati, al trattamento di patologie non neoplastiche, a carattere malformativo e/o cronico degenerativo. Lo svolgimento dell'attività di radioterapia deve prevedere il rispetto integrale della normativa vigente.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

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

- aree di attesa confortevole per i pazienti trattati;
- spazi adeguati per accettazione, attività amministrative, archivio, magazzino delle apparecchiature mobili e materiale di consumo;
- una sala di simulazione;
- un bunker di terapia;
- un'officina per la preparazione degli schermi e dei presidi di contenzione;
- uno studio medici;
- uno studio fisici;
- un locale visita;
- un locale per trattamenti farmacologici brevi;
- una camera oscura con impianto di raccolta dei liquidi di fissaggio e sviluppo;
- servizi igienici distinti per gli operatori e per il pubblico;
- uno o più spogliatoi per i pazienti in relazione alle sale di terapia e alle sale visite presenti e comunicanti con le stesse;
- per svolgere l'attività di curieterapia definita "a basso rateo di dose" (low dose-rate, LDR) o pulsata (pulsed dose-rate, PDR), la struttura deve disporre di un settore operativo costituito da locali schermati per il deposito e la manipolazione dei preparati radioattivi e per l'applicazione e per la rimozione degli stessi dal paziente; questi locali devono essere affiancati da camere schermate per la degenza del paziente durante la curieterapia, con possibilità di monitoraggio radiologica del paziente;
- per svolgere l'attività di curieterapia definita "ad alto rateo di dose" (high dose-rate, HDR), non necessitante di ricovero, la struttura deve disporre di un locale schermato dedicato, in cui viene custodito il proiettore della sorgente radioattiva e in cui, sotto controllo radiologico, viene eseguita la seduta radioterapica in tutte le sue fasi.

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

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

- Una unità di alta energia (unità di telecobaltoterapia o acceleratore lineare);
- un TC simulatore o, in alternativa, accesso rutinario e codificato ad una apparecchiatura di tomografia computerizzata;
- un simulatore radiologico (opzionale qualora si disponga di TC simulatore);
- dispositivi personalizzati di immobilizzazione del paziente e di sagomatura dei campi;
- sistemi di allineamento laser nelle sale di terapia e simulazione
- un sistema di verifica geometrica dei campi di irradiazione, mediante film o elettronico;
- attrezzatura per la gestione delle immagini radiologiche (cassette radiografiche, sviluppatrice, diafanoscopi ecc.) e per la radioprotezione del personale e dei pazienti;
- un sistema per la misura della dose assoluta;

- un fantoccio ad acqua telecomandato per il rilievo delle curve e dei profili di dose (opzionale per la telecobaltoterapia),
- un computer per il calcolo e la rappresentazione grafica della distribuzione della dose assorbita su una o più sezioni corporee;
- apparecchiature per il controllo dosimetrico clinico;
- apparecchiature (in dotazione e/o in accesso codificato) per l'esperimento dei controlli di qualità di cui all'art. 113 del D.Lgs. 230/1995 e successive norme di attuazione;

DAY – HOSPITAL

Il day-hospital, nell'ambito della struttura ospedaliera, deve disporre di spazi per il trattamento diagnostico-terapeutico e per il soggiorno dei pazienti in regime di ricovero a tempo parziale (di tipo diurno). Devono essere previsti degli ambienti dedicati all'assistenza ospedaliera diurna per i trattamenti suddetti che non comportino la necessità del ricovero ordinario e che, per loro natura o complessità di esecuzione, richiedano che sia garantito un regime di assistenza medica ed infermieristica continua, non attuabile in ambito ambulatoriale.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

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

Le attività di assistenza a ciclo diurno devono trovare attuazione in ambienti dedicati, facilmente accessibili dall'esterno, ove possibile attraverso percorsi indipendenti.

La collocazione degli ambienti dedicati deve rispondere a criteri di massima possibile integrazione operativa con l'unità di degenza, al fine di ottimizzare l'utilizzazione comune del personale e delle dotazioni strumentali.

In relazione alla tipologia ed al volume delle prestazioni da erogare, alle differenti modalità organizzative nonché ai possibili vincoli strutturali, sono possibili tre differenti localizzazioni degli ambienti destinati alle attività di ricovero diurno:

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

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

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

- spazio da dedicare alle attività di segreteria, registrazione, archivio;
- spazio attesa;
- locale visita;
- ambienti dedicati alla degenza;
- locale soggiorno/pranzo;
- locale lavoro infermieri;
- cucinetta;
- deposito pulito;
- deposito attrezzature;
- deposito sporco;
- servizi igienici distinti per utenti e per il personale.

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

L'ambiente dedicato alla degenza è uno spazio organizzato che deve consentire il riposo del paziente e l'eventuale continuità del piano di trattamento.

In casi specifici, può essere previsto un unico ambiente di degenza, soggiorno e pranzo.

Ogni ambiente non deve ospitare più di 4 posti letto.

La superficie minima, al netto della superficie dei servizi igienici, non deve essere inferiore a 7 m²/posto letto per camere di degenza multiple e 9 m² per camere di degenza singole.

Il locale visita/trattamento deve consentire lo svolgimento delle attività diagnostico-terapeutiche di carattere medico/chirurgico, relative alle differenti unità operative clinico-assistenziali.

Il numero dei locali visita/trattamento va calcolato in funzione del numero di posti letto equivalenti assegnati, tenendo in considerazione l'indice di rotazione dei pazienti, compreso tra 1 e 2. Requisito minimo è un locale visita ogni 6 pazienti ricoverati al giorno (un locale visita ogni 6 posti letto equivalenti con rotazione 1 - ogni 3 posti letto equivalenti con rotazione 2). La superficie minima non deve essere inferiore a 12 m².

DAY – SURGERY

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

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

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

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

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

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

Le strutture dovranno garantire, in funzione della dislocazione degli ambienti e della funzionalità dei servizi, un flusso razionale dei pazienti, del personale e dei mezzi.

In particolare, le Unità di degenza dedicate, di cui al punto a) della precedente premessa, dovranno curare la loro collocazione, quanto più possibile prossima al terreno, al fine di consentire il facile accesso dei pazienti e degli eventuali mezzi di soccorso.

Per le Unità autonome di cui al punto c) della precedente premessa, dovranno essere previste aree di sosta delle autovetture per il tempo necessario al prelievo del paziente dimesso.

Le Unità autonome di cui al punto c) della premessa, sono attrezzate in maniera da assicurare, in base al tipo ed al volume delle prestazioni fornite, un modello organizzativo che identifichi spazi distinti per le attività di accettazione/preospedalizzazione, di chirurgia, di degenza e di supporto per il personale.

In particolare, debbono essere assicurate:

- l'accoglienza del malato e di almeno un familiare accompagnatore;
- la preparazione del malato all'intervento chirurgico;

- la sorveglianza del malato nell'immediato post-operatorio e le procedure necessarie sia al recupero delle funzioni vitali sia al suo trasferimento presso una struttura di ricovero in caso di necessità;
- la tutela della riservatezza e del comfort dei pazienti;
- la preparazione del personale addetto alle sale operatorie.

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

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

Ambienti integrativi:

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

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

Durante l'orario di funzionamento, i locali adibiti alle attività di day surgery non possono essere utilizzati per altre attività.

In particolare, si afferma la necessità dell'utilizzo esclusivo per tali attività dei posti letto dedicati all'interno delle Unità di degenza ordinaria.

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

Il settore operatorio deve garantire le condizioni ottimali per la realizzazione delle prestazioni mediche e chirurgiche che vi sono praticate.

La sala operatoria deve possedere una superficie minima di 20 mq.

Il settore operatorio comprende una zona operatoria protetta, all'interno della quale si svolgono gli atti chirurgici e le procedure interventistiche. Tale settore deve essere delimitato ed evidenziato.

Nel settore operatorio sono garantite le seguenti funzioni:

- a) la preparazione del paziente all'atto operatorio;
- b) la realizzazione degli atti operatori;
- c) la sorveglianza post-operatoria immediata;
- d) la sorveglianza del risveglio dall'anestesia fino al ristabilimento definitivo delle funzioni vitali;
- e) la preparazione del personale alla realizzazione dei diversi atti, conformemente alle regole di igiene ed asepsi in vigore;

- f) la pronta disponibilità dei dispositivi strumentali e dei farmaci necessari al recupero delle funzioni vitali del paziente in caso di necessità.

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

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

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

REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI

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

Deve essere prevista la seguente dotazione minima strumentale:

Sala operatoria:

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

Locale sterilizzazione:

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

Sala risveglio:

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

Locale preparazione chirurghi:

- lavello con comando non manuale.

Locale endoscopia:

adeguatamente attrezzato in rapporto all'area specialistica interessata all'attività endoscopica.

Area radiologica:

oltre alle attrezzature già previste per l'ambulatorio, debbono essere presenti le apparecchiature di seguito riportate nel caso di specifici interventi vascolari:

apparecchiatura di radiologia vascolare ed interventistica costituita da:

- angiografo digitale;
- arterioflebografo;
- tavolo ribaltabile con seriografo digitale;
- iniettore automatico.

Dotazione minima di arredi:

Camere di degenza:

- impianto chiamata sanitari con segnalazione acustica e luminosa;
- utilities per attività alberghiera.

Dotazione minima di arredi:

Locale visita trattamento:

- attrezzature idonee in base alla specifiche attività;
- lettino tecnico.

In fase operatoria l'équipe deve avere a disposizione il materiale necessario ad assicurare le seguenti attività:

- a) il supporto del paziente;
- b) l'identificazione e l'illuminazione delle zone anatomiche;
- c) la sorveglianza continua dei parametri fisiologici ed i mezzi per assicurare il loro mantenimento o il loro recupero;
- d) la realizzazione degli interventi;
- e) la realizzazione ed il controllo dell'anestesia;
- f) l'eventuale rianimazione necessaria.

In fase post-operatoria l'équipe deve disporre del materiale necessario ad assicurare le seguenti attività:

- a) il supporto del paziente;
- b) la sorveglianza continua dei parametri fisiologici ed i mezzi per assicurare il loro mantenimento o il loro ripristino;
- c) l'eventuale rianimazione necessaria.

Dotazione minima impiantistica:

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

RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE

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

sia per un compiuto intervento sanitario che per il successivo passaggio alla fase sociale della riabilitazione.

Ambiti di competenza e tipologia di interventi

Le fasi del processo in riabilitazione possono essere così definite:

- a) fase della prevenzione del danno secondario e conseguenti menomazioni nelle patologie ad alto rischio di sviluppo di disabilità: questa fase caratterizza gli interventi riabilitativi sui pazienti in fase acuta, per i quali si rende necessario inserire l'intervento riabilitativo preventivo nell'ambito del protocollo terapeutico;
- b) fase della riabilitazione intensiva, caratterizzata da interventi valutativi e terapeutici intensivi. Viene abitualmente collocata, nella cosiddetta fase dell'immediata post-acuzie della malattia, quando l'intervento riabilitativo può positivamente influenzare i processi biologici che sottendono il recupero, contenendo e riducendo l'entità della menomazione e quando la disabilità è maggiormente modificabile: tale fase può essere necessaria anche in situazioni di riacutizzazione e recidive dell'evento patologico;
- c) fase di completamento del processo di recupero e del progetto di riabilitazione, che si caratterizza con modalità diverse in rapporto alla natura e tipologia della menomazione e della disabilità e comunque tale da non richiedere interventi intensivi;
- d) fase di mantenimento e/o prevenzione del degrado del recupero motorio e funzionale acquisito, che si caratterizza con diverse tipologie di interventi riabilitativi sanitari che, in presenza di problematiche assistenziali (familiari, economiche, abitative, ecc.) vanno integrati con l'attività di riabilitazione sociale (RSA, RAF, ecc.)

Le fasi di intervento rispondono peraltro a necessità differenziate relative alle varie categorie di disabilità, cui si trovano a rispondere:

1. disabilità che richiedono, per la gravità della non-autosufficienza, per intensità e tipologia degli interventi terapeutico-riabilitativi, il ricovero ordinario o day-hospital in ambiente ospedaliero specialistico riabilitativo;
2. disabilità complesse che non richiedono ricovero, ma un intervento, per competenza e/o attrezzature, altamente sofisticato;
3. disabilità di entità rilevante, croniche o in fase di stabilizzazione, che richiedono un intervento riabilitativo non complesso, né intensivo, ma protratto nel tempo;
4. disabilità di entità contenuta, di recente insorgenza e a rapida soluzione;
5. disabilità croniche stabilizzate di entità contenuta, per le quali possono essere necessari interventi riabilitativi "di mantenimento" o di "prevenzione del degrado motorio-funzionale acquisito) e/o una attività "didattico-informativa" ("back-schools", "osteoporosis schools", ecc.);
6. disabilità minimali croniche i cui interventi riabilitativi sono caratterizzati prevalentemente da prestazioni di massoterapia e fisioterapia strumentale.

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

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

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

Le attività di 1° livello integrano la rete delle attività di recupero e rieducazione funzionale assicurando a livello territoriale il completamento dell'iter riabilitativo di 2° livello, al fine di garantire e tutelare il percorso riabilitativo individualizzato.

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

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

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

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

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

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

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

Strutture di recupero e rieducazione funzionale di 1° livello

Gli interventi di 1° livello riabilitativo riguardano la fase di riabilitazione estensiva (completamento e mantenimento).

La riabilitazione estensiva viene erogata in regime ambulatoriale o di degenza.

A) ATTIVITÀ DI DEGENZA RIABILITATIVA

Qualora le disabilità di cui al punto 3) e punto 5) necessitino di interventi riabilitativi in regime di degenza tali interventi sono erogati, di norma, all'interno di strutture sanitarie che assicurano interventi riabilitativi finalizzati all'ulteriore recupero o mantenimento delle residue capacità funzionali del paziente.

Il progetto riabilitativo si attua attraverso un trattamento riabilitativo specializzato di minore intensità (non inferiore a 1 ora per singolo paziente) e con una durata del ricovero definita (non superiore di norma a 60 giorni, salvo documentate indicazioni cliniche).

Tali attività sono collocate in ambito ospedaliero o in presidi indipendenti con una specifica caratterizzazione ospedaliera ed in stretto collegamento funzionale ed operativo con l'area acuta.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

Devono essere in possesso dei requisiti previsti al capitolo "Area di degenza" con camere di norma a due letti, con annesso bagno per disabili, e con dotazione di specifici dispositivi di allarme e con pavimentazione antiscivolo. All'interno delle camere devono essere garantiti l'accesso ed il movimento di barelle e carrozzine. Devono altresì essere previsti spazi di soggiorno e svago ad uso esclusivo dei pazienti, proporzionati al numero. Deve essere previsto spazio per la presenza dell'accompagnatore.

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

La dotazione strumentale minima delle strutture di recupero e rieducazione funzionale di 1° livello, deve prevedere:

- Attrezzature da inserire nei locali dedicati ai trattamenti individuali delle disabilità motorie:
lettini regolabili in altezza ed articolati
materassino
specchio a parete
attrezzature per rieducazione propriocettiva, neuromotoria, ortopedica (pesi, pedane, ecc.)
- Attrezzature da inserire nella palestra dedicata ai trattamenti collettivi (6 pazienti per gruppo) delle disabilità motorie:
6 materassini
specchio a parete
spalliera
scala di deambulazione
parallela per deambulazione
cyclette
- Attrezzature da inserire nel locale dedicato al trattamento individuale massoterapico:
lettino regolabile
specchio a parete
- Attrezzature da inserire nei locali dedicati alla terapia fisica:
lettini legno (a norma CEI)
apparecchi (a norma CEI) per erogazione di terapie fisiche.

Nel rispetto del principio per cui la struttura garantisce l'intervento completo riabilitativo di trattamento delle disabilità che necessitano anche di interventi sui disturbi comunicativi/integrativi, la medesima dovrà essere dotata, oltre ai requisiti minimi sopra identificati, anche delle seguenti attrezzature:

- N Indicator
- S Indicator
- Spirometro
- Registratore
- Materiale didattico
- Materiale per test disturbi comunicativi
- Materiale per test valutazione funzioni integrative
- Computer con programmi specifici per valutazione e trattamento disturbi comunicativi.

La struttura deve garantire la presenza di:

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

Inoltre devono risultare disponibili:

- Materassini e cuscini antidecubito;
- Carrozine ed ausili per la mobilità del paziente;
- Carrello per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore e unità di ventilazione manuale;
- Carrello per la gestione della terapia;
- Carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico.

Le Case di Cura private che svolgono attività monospecialistico, oltre ai requisiti previsti per le strutture ambulatoriali, devono essere in possesso dei requisiti di cui al capitolo "Area di degenza".

Strutture di Recupero e Rieducazione Funzionale di 2° livello

La struttura di recupero e rieducazione funzionale di 2° livello assicura gli interventi riabilitativi a pazienti con disabilità di cui al punto 1) – (disabilità che richiedono, per la gravità della non autosufficienza, interventi terapeutico-riabilitativi particolarei per intensità e tipologia), intervenendo sia su pazienti ricoverati nelle diverse U.O.A. di degenza, sia in regime di ricovero in posti letto propri, oltre ad assicurare gli interventi riabilitativi già previsti per il 1° livello.

Le strutture sanitarie private che operano in regime di degenza devono essere integrate alle altre fasi del processo riabilitativo, mediante protocolli operativi con il Servizio di Recupero e Rieducazione Funzionale dell'Azienda sanitaria.

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

Conseguentemente gli interventi di 2° livello trovano collocazione in presidi ospedalieri ove siano già presenti funzioni di ricovero e cura ad alta intensità diagnostica ed assistenziale o in presidi ospedalieri ad indirizzo esclusivamente riabilitativo.

Gli interventi riabilitativi non possono essere inferiori a tre ore al giorno per singolo paziente.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

Devono essere in possesso dei requisiti previsti al capitolo "Area di degenza" con camere di norma a due letti, con annesso bagno per disabili, e con dotazione di specifici dispositivi di allarme e con pavimentazione antiscivolo. All'interno delle camere devono essere garantiti l'accesso ed il movimento di barelle e carrozzine. Devono altresì essere previsti spazi di soggiorno e svago ad uso esclusivo dei pazienti, proporzionati al numero. Deve essere previsto spazio per la presenza dell'accompagnatore.

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

La dotazione strumentale minima delle strutture di recupero e rieducazione funzionale di 2° livello, deve prevedere:

- Attrezzature da inserire nei locali dedicati ai trattamenti individuali delle disabilità motorie:
 - lettini regolabili in altezza ed articolati
 - materassino
 - specchio a parete
 - attrezzature per rieducazione propriocettiva, neuromotoria, ortopedica (pesi, pedane, ecc.)
- Attrezzature da inserire nella palestra dedicata ai trattamenti collettivi (6 pazienti per gruppo) delle disabilità motorie:
 - 6 materassini
 - specchio a parete
 - spalliera
 - scala di deambulazione
 - parallela per deambulazione
 - cyclette
- Attrezzature da inserire nel locale dedicato al trattamento individuale massoterapico:
 - lettino regolabile
 - specchio a parete
- Attrezzature da inserire nei locali dedicati alla terapia fisica:
 - lettini legno (a norma CEI)
 - apparecchi (a norma CEI) per erogazione di terapie fisiche.

Nel rispetto del principio per cui la struttura garantisce l'intervento completo riabilitativo di trattamento delle disabilità che necessitano anche di interventi sui disturbi comunicativi/integrativi, la medesima dovrà essere dotata, oltre ai requisiti minimi sopra identificati, anche delle seguenti attrezzature:

- N Indicator
- S Indicator
- Spirometro
- Registratore
- Materiale didattico
- Materiale per test disturbi comunicativi
- Materiale per test valutazione funzioni integrative
- Computer con programmi specifici per valutazione e trattamento disturbi comunicativi.

La struttura deve garantire la presenza di:

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

Inoltre devono risultare disponibili:

- Materassini e cuscini antidecubito;
- Carrozine ed ausili per la mobilità del paziente;
- Carrello per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore e unità di ventilazione manuale;
- Carrello per la gestione della terapia;
- Carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico.

Strutture di Recupero e Rieducazione Funzionale di 3° livello

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

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

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

Oltre ai requisiti strutturali previsti per le Strutture di Recupero e Rieducazione Funzionale di 2° livello, le Strutture di Recupero e Rieducazione Funzionale di 3° livello devono avere almeno due posti letto dotati di monitoraggio intensivo delle funzioni vitali e ventilazione meccanica ed un'area destinata alla terapia occupazionale non inferiore a 50 mq.

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

Oltre a quanto previsto per le Strutture di Recupero e Rieducazione Funzionale di 2°, le Strutture di Recupero e Rieducazione Funzionale di 3° livello devono essere in possesso delle attrezzature specifiche per l'assistenza dei pazienti medulloses e cerebroles.

FARMACIA E MATERIALE SANITARIO

Il Servizio di Farmacia deve disporre di spazi per il deposito dei medicinali, dei presidi medico chirurgici e sanitari, del materiale di medicazione e degli specifici materiali di competenza.

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

Devono essere inoltre presenti:

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

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

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

Caratteristiche microclimatiche:

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

Caratteristiche illuminotecniche:

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

SERVIZIO DI DISINFEZIONE

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

L'articolazione interna degli spazi deve consentire la netta separazione tra le zone sporche e pulite.

Il percorso deve essere progressivo dalla zona sporca alla zona pulita.

Il servizio di disinfezione può essere affidato in gestione all'esterno.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

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

La dotazione minima di ambienti è la seguente:

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

È inoltre prevista la seguente dotazione minima impiantistica:

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

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

Il Servizio di disinfezione deve essere dotato di:

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

Caratteristiche igrometriche:

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

Caratteristiche illuminotecniche

- illuminamento di esercizio: 150-200 lx

Impianti speciali e vari:

- i locali dovranno essere dotati di condizionamento ambientale.

SERVIZIO DI STERILIZZAZIONE

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

Le strutture che comprendono unità operative chirurgiche, ostetriche e servizi di endoscopia, devono disporre di idonei servizi di sterilizzazione centralizzata ovvero di servizi abbinati al complesso operatorio od alla unità di endoscopia.

Nelle altre strutture, il servizio di sterilizzazione deve essere adeguato alle esigenze connesse alle specifiche attività svolte.

Il servizio di sterilizzazione può essere convenzionato o gestito in forma associata da più strutture sanitarie di ricovero e cura, purché regolarmente autorizzate dalla autorità sanitaria competente, anche per quanto riguarda le condizioni di trasporto.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

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

La dotazione minima di ambienti per il servizio di sterilizzazione è la seguente:

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

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

Dotazione minima tecnologica del Servizio di Sterilizzazione:

- apparecchiatura di sterilizzazione;
- apparecchiatura per il lavaggio del materiale da sottoporre a sterilizzazione;
- bancone con lavello resistente agli acidi ed alcalini;
- pavimenti antidrucciolo nelle zone sporche con adeguate pendenze in modo da garantire i necessari scarichi.

Caratteristiche microclimatiche:

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

di

efficienza 99,9 - 99,99%.

Note particolari

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

Caratteristiche illuminotecniche

- Illuminamento di esercizio: 300-500 lx

Impianti speciali e vari:

- i locali dovranno essere dotati di condizionamento ambientale.

REQUISITI STRUTTURALI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI ASSISTENZA IN REGIME AMBULATORIALE

Per le Case di Cura che erogano prestazioni di assistenza in regime ambulatoriale per interni, le Commissioni di Vigilanza dovranno verificare i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, secondo quanto previsto dalla D.C.R. n. 216/2000 e s.m.i. di seguito indicati.

- Assistenza specialistica ambulatoriale
- Servizi di medicina di laboratorio
- Servizi di diagnostica per immagini
- Servizi di recupero e rieducazione funzionale

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

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

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

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

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

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

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

Lo spazio per l'attesa deve essere dotato di un adeguato numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza degli accessi.

Qualora nello stesso presidio coesistano attività sanitarie diverse, gli spazi per l'attesa, accettazione, attività amministrative e comunicazione interna del personale (se prevista), possono essere in comune per le diverse tipologie di prestazioni erogate nel presidio purchè opportunamente dimensionati;

- Servizi igienici distinti per utenti e personale; il servizio per gli utenti deve essere limitrofo alla sala d'attesa;
- Spazio/locale per la refertazione, ove necessario;
- Spazio/locale per deposito di materiale pulito; spazio/locali per deposito di materiale sporco;
- Spazi o armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni.

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

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

Inoltre, deve essere prevista la seguente dotazione minima tecnologica:

- Carrello per la gestione dell'emergenza.

SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO

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

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

I Servizi di Medicina di laboratorio si distinguono in:

1. **LABORATORI GENERALI DI BASE:** sono laboratori ad organizzazione semplice e unitaria che possono svolgere indagini nell'ambito della biochimica clinica e tossicologica, dell'ematologia ed emocoagulazione, dell'immunoematologia di base, della microbiologia.
2. **LABORATORI SPECIALIZZATI:** esplicano indagini diagnostiche monospecialistiche ad elevato livello tecnologico e professionale nell'ambito della biochimica clinica e tossicologica, dell'ematologia ed emocoagulazione, dell'immunoematologia, della microbiologia, della virologia, della citostopatologia, della biologia molecolare e della genetica di laboratorio.
3. **LABORATORI GENERALI DI BASE CON SETTORI SPECIALIZZATI:** sono laboratori ad organizzazione complessa che, per carico di lavoro, per varietà di tipologia analitica e complessità dei quesiti diagnostici posti, necessitano di una articolazione in unità operative o moduli specializzati e della disponibilità di tecnologie di livello superiore e di competenze professionali particolari. Tali laboratori possono svolgere indagini diagnostiche nell'ambito degli specifici settori di cui ai punti 1 e 2, con esclusione delle attività di specifica competenza dei servizi di immuno-ematologia e trasfusionali.

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

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

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

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

- Area di attesa dotata di servizi igienici dedicati all'utenza ambulatoriale e di un adeguato numero di posti a sedere, rispetto ai picchi di frequenza degli accessi;
- Locale per il prelievo e la raccolta dei campioni, fornito delle attrezzature idonee per il primo soccorso, che consenta il rispetto della privacy dell'utente;

- Almeno un locale per l' esecuzione delle analisi, nonché un locale separato per esami batteriologici e almeno un locale per ogni settore specializzato, di superficie minima pari a 20 mq;
- Un locale per il lavaggio e la sterilizzazione dei materiali;
- Servizi igienici distinti per il personale;
- Locale per le attività amministrative e di archivio;
- Locale per il trattamento del materiale d'uso;
- Spazi separati per la conservazione di campioni biologici e di eventuali reagenti tossici, infiammabili e potenzialmente pericolosi.

La superficie complessiva dei locali non deve essere inferiore a mq 100, dei quali almeno 60 mq dedicati all'attività analitica e lavaggio e sterilizzazione e, in ogni caso, deve garantire la disponibilità di almeno mq 12 per operatore.

Qualora il laboratorio sia inserito in una struttura sanitaria polifunzionale, i locali di attesa, amministrativi e servizi igienici possono essere utilizzati in comune.

I locali per lo svolgimento delle attività di diagnostica radioisotopica devono essere separati e rispondere alle norme protezionistiche previste dalle vigenti disposizioni in materia.

Se il laboratorio è costituito esclusivamente da uno o più settori specialistici, devono essere rispettati gli standard inerenti i vani: attesa, prelievo, esecuzione analitica, lavaggio, sterilizzazione, attività amministrative, servizi igienici, con una superficie utile del vano laboratorio di almeno 40 mq per la prima specializzazione e di altri locali di 20 mq per ciascuna di eventuali altre specializzazioni.

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

Per i punti prelievo decentrati, i requisiti sono quelli stabiliti con DGR n. 70-38747 del 25.06.1990 e successive modifiche ed integrazioni.

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

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

Deve esistere:

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

VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ

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

Presso ogni laboratorio:

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

ATTIVITÀ DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Le strutture di diagnostica per immagini svolgono indagini strumentali ai fini diagnostici e/o di indirizzo terapeutico, utilizzando sorgenti esterne di radiazioni ionizzanti e altre tecniche di formazione dell'immagine.

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

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

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI DI 1° LIVELLO

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

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

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI DI 2° LIVELLO

È collocata in presidi che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti, nonché in case di cura eroganti attività di alta specializzazione.

Deve essere in grado di eseguire tutte le procedure diagnostiche con le tecnologie di base ed avanzate e può svolgere attività di radiologia interventistica di tipo diagnostico o terapeutico.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

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

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

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

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

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

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

Il direttore responsabile ha il compito di garantire l'organizzazione tecnico-sanitaria, l'applicazione del regolamento sull'ordinamento e sul funzionamento della struttura.

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

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

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

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

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

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

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

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

ATTIVITÀ DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE

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

Ambiti di competenza e tipologia di interventi

Le fasi del processo in riabilitazione possono essere così definite:

- a) fase della prevenzione del danno secondario e conseguenti menomazioni nelle patologie ad alto rischio di sviluppo di disabilità: questa fase caratterizza gli interventi riabilitativi sui pazienti in fase acuta, per i quali si rende necessario inserire l'intervento riabilitativo preventivo nell'ambito del protocollo terapeutico;
- b) fase della riabilitazione intensiva, caratterizzata da interventi valutativi e terapeutici intensivi. Viene abitualmente collocata, nella cosiddetta fase dell'immediata post-acuzie della malattia, quando l'intervento riabilitativo può positivamente influenzare i processi biologici che sottendono il recupero, contenendo e riducendo l'entità della menomazione e quando la disabilità è maggiormente modificabile: tale fase può essere necessaria anche in situazioni di riacutizzazione e recidive dell'evento patologico;
- c) fase di completamento del processo di recupero e del progetto di riabilitazione, che si caratterizza con modalità diverse in rapporto alla natura e tipologia della menomazione e della disabilità e comunque tale da non richiedere interventi intensivi;
- d) fase di mantenimento e/o prevenzione del degrado del recupero motorio e funzionale acquisito, che si caratterizza con diverse tipologie di interventi riabilitativi sanitari che, in presenza di problematiche assistenziali (familiari, economiche, abitative, ecc.) vanno integrati con l'attività di riabilitazione sociale (RSA, RAF, ecc.)

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

1. disabilità che richiedono, per la gravità della non-autosufficienza, per intensità e tipologia degli interventi terapeutico-riabilitativi, il ricovero ordinario o day-hospital in ambiente ospedaliero specialistico riabilitativo;
2. disabilità complesse che non richiedono ricovero, ma un intervento, per competenza e/o attrezzature, altamente sofisticato;
3. disabilità di entità rilevante, croniche o in fase di stabilizzazione, che richiedono un intervento riabilitativo non compless, né intensivo, ma protratto nel tempo;
4. disabilità di entità contenuta, di recente insorgenza e a rapida soluzione;
5. disabilità croniche stabilizzate di entità contenuta, per le quali possono essere necessari interventi riabilitativi "di mantenimento" o di "prevenzione del degrado motorio-funzionale acquisito) e/o una attività "didattico-informativa" ("back-schools", "osteoporosis schools", ecc.);
6. disabilità minimali croniche i cui interventi riabilitativi sono caratterizzati prevalentemente da prestazioni di massoterapia e fisioterapia strumentale.

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

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

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

Le attività di 1° livello integrano la rete delle attività di recupero e rieducazione funzionale assicurando a livello territoriale il completamento dell'iter riabilitativo di 2° livello, al fine di garantire e tutelare il percorso riabilitativo individualizzato.

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

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

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

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

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

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

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

Strutture di recupero e rieducazione funzionale di 1° livello

Gli interventi di 1° livello riabilitativo riguardano la fase di riabilitazione estensiva (completamento e mantenimento).

La riabilitazione estensiva viene erogata in regime ambulatoriale o di degenza.

A) ATTIVITÀ AMBULATORIALI

La struttura di recupero e rieducazione funzionale di 1° livello eroga gli interventi riabilitativi ambulatoriali ai pazienti portatori delle disabilità evidenziate ai punti 4), 5) e 6).

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

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

La struttura deve essere progettata in funzione dei bisogni dell'utenza e delle diverse tipologie di attività assicurandone uno svolgimento sicuro, efficace ed efficiente.

La struttura garantisce sempre la completa fruibilità degli spazi da parte di tutti i possibili utenti affetti dalle diverse tipologie di disabilità; è indispensabile la completa assenza di barriere architettoniche che limitino l'accesso o gli spostamenti dentro la struttura e l'utilizzo sicuro dei vari spazi e servizi.

Deve essere garantita la privacy degli utenti.

La struttura dovrà prevedere la seguente dotazione strutturale:

- Locale per visite specialistiche e per valutazioni diagnostiche-prognostiche cliniche attinenti le patologie trattate;
- Locale atto a garantire trattamenti individuali delle disabilità motorie, adeguatamente illuminato e attrezzato;
- Palestra multifunzionale dedicata ai trattamenti individuali che non richiedano la garanzia della privacy; locale dedicato ai trattamenti individuali di massoterapia e manipolazioni articolari;
- Locali o boxes dedicati alla terapia fisica;
- Locale di norma insonorizzato dedicato al trattamento dei disturbi comunicativi-integrativi, con adeguata areazione ed illuminazione;
- Servizi igienici e spogliatoi per gli operatori;
- Spogliatoi per i pazienti;
- Spazi adeguati alla disabilità e quantità di utenza ed alla organizzazione della struttura per attesa, attività di segreteria ed archivio.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

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

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

POLITICA, OBIETTIVI ED ATTIVITÀ

La Direzione aziendale provvede alla definizione delle politiche complessive dell'azienda ed esplicita gli obiettivi da raggiungere, sia per la tipologia ed i volumi che per la qualità delle prestazioni e dei servizi che intende erogare. La denominazione dei presidi e dell'articolazione interna deve essere tale da mostrare chiaramente la connotazione sanitaria dell'attività. La denominazione delle strutture private deve indicare chiaramente la natura giuridica di soggetto privato.

La Direzione deve esplicitare ai presidi, alle unità operative ed alle altre articolazioni organizzative, il ruolo, gli obiettivi e le funzioni assegnate agli stessi.

È adottato un documento in cui sono esplicitati:

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

La Direzione definisce annualmente il piano di lavoro che comprende:

- la tipologia ed il volume di attività previste;
- il piano organizzativo.

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

CRITERI E MODALITÀ

La Commissione di Vigilanza dovrà acquisire un documento comprovante l'avvenuta definizione delle politiche e degli obiettivi della struttura sanitaria privata.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Le A.S.L. provvedono a verificare il possesso dei titoli e delle specialità richieste dalla normativa nazionale e regionale vigente per l'esercizio delle funzioni a seconda dei livelli di responsabilità, acquisendo la documentazione secondo quanto previsto all'Allegato 2.

Ogni qualvolta sia citata la necessità di specializzazione, fatti salvi gli obblighi di legge (anestesisti, radiologi, ecc.), questa è integrata da quanto previsto all'Allegato 3 relativo alla sanatoria del personale medico operante presso le case di cura private.

Art. 4. L.R. 5/87 (Tipologia e requisiti delle case di cura private)

Le case di cura private possono essere:

1. case di cura medico-chirurgiche generali, destinate ad ammalati di forme morbose pertinenti alla medicina generale, alla chirurgia generale ed eventualmente a specialità mediche e chirurgiche;
2. case di cura mediche, destinate prevalentemente ad ammalati di forme morbose pertinenti alla medicina generale ed a specialità mediche;
3. case di cura chirurgiche, destinate prevalentemente ad ammalati di forme morbose pertinenti alla chirurgia generale ed a specialità chirurgiche;
4. case di cura ad indirizzo polispecialistico, destinate ad ammalati di forme morbose pertinenti a due o più specialità, tutte rientranti nell'ambito della medicina generale oppure della chirurgia generale;
5. case di cura ad indirizzo monospecialistico, destinate ad ammalati di forme morbose pertinenti ad una sola specialità, medica o chirurgica;
6. case di cura ad indirizzo specifico (neuropsichiatriche, sanatoriali, riabilitative, ecc.).

Con riferimento ai punti 5 e 6 sarà svolto uno studio per la classificazione delle case di cura monospecialistiche e ad indirizzo specifico, alla luce delle disposizioni di legge ad oggi vigenti.

III) Le case di cura private devono avere un direttore sanitario che è responsabile della organizzazione e della funzionalità dei servizi igienico-sanitari.

IV) Il direttore sanitario di casa di cura privata deve, in particolare, svolgere i compiti e possedere i requisiti stabiliti nell'allegato

Al direttore sanitario è vietata ogni attività di diagnosi e cura nell'ambito della casa di cura, qualora la stessa sia dotata di oltre 150 posti letto.

Allegato L.R. 5/87

1) Capacità ricettiva minima

La capacità ricettiva minima delle case di cura private è fissata come segue:

- per le case di cura medico-chirurgiche generali n. 80 posti letto;
- per le case di cura mediche, chirurgiche e polispecialistiche n. 50 posti letto;
- per le case di cura monospecialistiche ed a indirizzo specifico n. 40 posti letto.

Punto 23) L.R. 5/87 Direttore sanitario responsabile

Il direttore sanitario di cui al terzo comma dell'art. 4 deve essere in possesso dei seguenti requisiti:

- anzianità di laurea di almeno 10 anni;
- libera docenza o specializzazione in igiene e medicina preventiva o nelle altre discipline dell'area funzionale di prevenzione e sanità pubblica;
- almeno 7 anni di servizio presso ospedali pubblici con funzioni di vice direttore sanitario o ispettore sanitario o presso Istituti Universitari di igiene, di medicina preventiva, di medicina legale, di medicina sociale o cliniche di

o medico igienista con qualifica di dirigente presso comuni o consorzi provinciali o consorzi di comuni con popolazione superiore a 100.000 abitanti; oppure almeno 7 anni di servizio in qualità di direttore sanitario responsabile o di vicedirettore sanitario presso case di cura private.

I suddetti requisiti possono essere superati ove il medico sia in possesso di idoneità nazionale a direttore sanitario.

Sono esonerati dal possesso dei predetti requisiti i sanitari che alla data dell'entrata in vigore della presente legge svolgono le funzioni di direttore sanitario responsabile presso le case di cura private.

DGR 145/96 esplicativa: presso la casa di cura

Nelle case di cura con un numero di posti letto superiori a 90 fino a 150 posti letto le funzioni di cui al primo comma possono essere affidate, in carenza del direttore sanitario, ad un medico responsabile di raggruppamento di unità funzionali o di servizio speciale di diagnosi e cura con rapporto di dipendenza a tempo pieno ed in possesso di specializzazione in igiene o equipollente.

Nelle case di cura con numero di posti letto fino a 90 le funzioni di cui al primo comma possono essere affidate, in carenza del direttore sanitario, ad un medico responsabile di raggruppamento di unità funzionali o di servizio speciale di diagnosi e cura.

Non è consentito svolgere le funzioni di direttore sanitario responsabile di più di una casa di cura.

La funzione di direttore sanitario è incompatibile con la qualità di proprietario, comproprietario, socio o azionista della società che gestisce la casa di cura.

CRITERI E MODALITÀ

Le A.S.L. provvedono ad acquisire le certificazioni o le dichiarazioni sostitutive di certificazioni o dell'atto di notorietà ai sensi degli ART 46 e 47 del D.P.R. 445/2000.

Per quanto attiene il controllo dei titoli occorre precisare che l'attuale legislazione non prevede più le aree, bensì le discipline equipollenti od affini. In particolare con l'entrata in vigore del D.P.R. 483 /97 per l'accesso alla dirigenza è richiesto: Specializzazione nella disciplina o disciplina equipollente o affine. (la possibilità di accedere con il possesso di disciplina affine era prima limitato ad un biennio dall'entrata in vigore del D.P.R., ora è stato previsto con il Decreto Legislativo 254/2000). Nel caso della Dirigenza di II livello (equiparabile al vecchio primario) è esclusivamente ammessa l'equipollenza.

Circa il Medico Responsabile di Raggruppamento facente funzione di Direttore Sanitario nelle Case di Cura con un numero di posti letto fino a 90, oltre al possesso dei titoli deve essere verificata la sussistenza di un rapporto con impegno orario settimanale non inferiore al tempo definito, pari a 28,5 ore sulla base dell'ultima definizione oraria del tempo definito dei medici dipendenti del S.S.N. contenuta nell'art. 17 comma 2 del C.C.N.L. 5/12/1996 parte normativa 1994-1997 e parte economica 1994-1995.

Punto 24) L.R. 5/87 Attribuzioni del direttore sanitario responsabile

Il direttore sanitario cura l'organizzazione tecnico-sanitaria della casa di cura privata sotto il profilo igienico ed organizzativo, rispondendone all'amministrazione e all'autorità sanitaria competente.

In particolare il direttore sanitario ha le seguenti attribuzioni:

- cura l'applicazione del regolamento sull'ordinamento e sul funzionamento della casa di cura, proponendone le eventuali variazioni;
- controlla la regolare tenuta e l'aggiornamento di apposito registro contenente i dati anagrafici e gli estremi dei
- **titoli professionali del personale addetto ai servizi sanitari;**
 - trasmette annualmente all'Autorità sanitaria competente un elenco del personale addetto ai servizi sanitari in servizio al 1° gennaio e di quello convenzionato di cui all'art. 34 e comunica le successive variazioni;
 - vigila sulla regolare compilazione e tenuta del registro dei parti e degli aborti, del registro degli interventi chirurgici e dell'archivio clinico;
 - cura la tempestiva trasmissione all'~ISTAT~ e all'Autorità sanitaria dei dati e delle informazioni richieste;
 - stabilisce, in rapporto alle esigenze dei servizi, l'impiego, la destinazione, i turni ed i congedi del personale medico, infermieristico, tecnico ed esecutivo addetto ai servizi sanitari;
 - controlla che l'assistenza agli infermi sia svolta con regolarità ed efficienza;
 - vigila sul comportamento del personale addetto ai servizi sanitari proponendo, se del caso, all'amministrazione i provvedimenti disciplinari;
 - propone all'amministrazione, d'intesa con i responsabili dei servizi, l'acquisto di apparecchi, attrezzature ed arredi sanitari ed esprime il proprio parere in ordine ad eventuali trasformazioni edilizie delle case di cura;

- rilascia agli aventi diritto, in base ai criteri stabiliti dall'amministrazione, copia delle cartelle cliniche ed ogni altra certificazione sanitaria riguardante i malati assistiti nella casa di cura;
- vigila sul funzionamento dell'emoteca nonché sulla efficienza delle apparecchiature tecniche, degli impianti di sterilizzazione, disinfezione, condizionamento dell'aria, della cucina e lavanderia, per quanto attiene agli aspetti igienico-sanitari;
- controlla la regolare tenuta del registro di carico e scarico degli stupefacenti, ai sensi di legge;
- vigila sulla scorta dei medicinali e prodotti terapeutici, sulle provviste alimentari e sulle altre provviste necessarie per il corretto funzionamento della casa di cura;
- stabilisce, oltre ai turni di guardia medica, quelli di guardia ostetrica e infermieristica.

Punto 25) L.R. 5/87 Medico sostituto del direttore sanitario

L'amministrazione della casa di cura privata è tenuta ogni anno a designare un medico che sostituisca nelle funzioni il direttore sanitario responsabile, in caso di sua assenza o impedimento temporanei, ed a comunicarne il nominativo alla ~U.S.S.L~. competente ed alla Amministrazione Regionale.

Detto medico deve possedere almeno uno dei requisiti di cui al precedente punto 23.

CRITERI E MODALITÀ: Le A.S.L. provvedono ad acquisire le certificazioni o le dichiarazioni sostitutive di certificazioni o dell'atto di notorietà ai sensi degli ART 46 e 47 del D.P.R. 445/2000. Occorre verificare la sussistenza di un contratto da cui risulti un impegno orario settimanale non inferiore a quello previsto per il tempo definito (allegato LR 5/87 punto 32). Tale valore va posto a 28,5 ore sulla base dell'ultima definizione oraria del tempo definito dei medici dipendenti del S.S.N. contenuta nell'art. 17 comma 2 del C.C.N.L. 5/12/1996 parte normativa 1994-1997 e parte economica 1994-1995.

Punto 26) L.R. 5/87 Personale medico con funzioni di diagnosi e cura

Il personale medico con funzioni di diagnosi e cura deve essere rapportato non soltanto al numero dei posti letto, ma anche alla qualità e quantità delle prestazioni richieste, in modo da assicurare una adeguata e continua assistenza ai malati.

Il regolamento interno della casa di cura deve prevedere la dotazione di personale medico in conformità ai criteri sopra indicati.

DGR 145/96 esplicativa: ai criteri indicati dalla L.R. 5/87

In tutte le case di cura deve essere previsto, con rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno o definito, ovvero con rapporto di collaborazione professionale coordinata e continuativa, almeno un medico dirigente responsabile ed un medico aiuto per ciascun raggruppamento di unità di degenza nonché un medico con funzioni di assistente per ciascuna unità funzionale.

DGR 145/96 esplicativa: per unità di degenza si intendono le unità funzionali

CRITERI E MODALITÀ

Le A.S.L. provvedono ad acquisire le certificazioni o le dichiarazioni sostitutive di certificazioni o dell'atto di notorietà ai sensi degli ART 46 e 47 del D.P.R. 445/2000.

Occorre verificare la sussistenza di un contratto da cui risulti un impegno orario settimanale non inferiore a quello previsto per il tempo definito (allegato LR 5/87 punto 32). Tale valore va posto a 28,5 ore sulla base dell'ultima definizione oraria del tempo definito dei medici dipendenti del S.S.N. contenuta nell'art. 17 comma 2 del C.C.N.L. 5/12/1996 parte normativa 1994-1997 e parte economica 1994-1995.

(Vedasi Allegato 2)

Punto 27) L.R. 5/87 Qualificazione del personale medico dirigente

Ogni raggruppamento di "unità funzionali" fino ad un massimo di 100 posti letto deve avere un medico responsabile il quale deve essere in possesso dei seguenti requisiti:

- anzianità di laurea di almeno 10 anni;

- libera docenza o specializzazione nella disciplina della unità funzionale che nel raggruppamento ha il maggior numero di posti letto e, in caso di parità, nella disciplina che costituisce l'indirizzo prevalente del

raggruppamento o della disciplina generale che lo comprende; ovvero, in mancanza, servizio ospedaliero o universitario nelle predette discipline per almeno 7 anni;

- servizio ospedaliero o universitario nelle discipline sopra indicate per almeno 4 anni, ovvero servizio con rapporto di dipendenza in casa di cura privata nelle discipline stesse per almeno 6 anni.

Sono esonerati dal possesso dei suddetti requisiti i sanitari che alla data dell'entrata in vigore della presente

legge svolgono le funzioni di medico responsabile presso case di cura private.

I medici dirigenti delle unità di degenza specialistiche debbono possedere la relativa specializzazione o la libera docenza nella materia.

I requisiti di servizio possono essere superati dal possesso di idoneità a primario in una delle discipline del raggruppamento.

CRITERI E MODALITÀ

Per quanto attiene il possesso dei titoli si precisa quanto già sopra richiamato nei criteri previsti per l'accertamento dei titoli del Direttore Sanitario in ordine alle discipline affini o equipollenti.

Per le Case di cura che erogano prestazioni di Cardiochirurgia, di R.R.F. di II livello e di R.R.F. di II livello ad indirizzo cardiologico, Neuropsichiatria e per le strutture definitivamente accreditate dovrà essere verificata la rispondenza alle disposizioni regionali vigenti.

Punto 28) L.R. 5/87 Qualificazione del personale medico collaboratore Medico aiuto.

Il medico con funzione di aiuto deve essere in possesso dei seguenti requisiti:

- anzianità di laurea di almeno 5 anni;

- libera docenza o specializzazione nella disciplina dell'unità funzionale che nel raggruppamento ha il maggior numero di posti letto e, in caso di parità, nella disciplina che costituisce l'indirizzo prevalente del raggruppamento o nella disciplina generale che lo comprende; ovvero, in mancanza, servizio ospedaliero o universitario nelle predette discipline per almeno 5 anni; servizio ospedaliero o universitario nelle discipline sopra indicate per almeno due anni, ovvero servizio con rapporto di dipendenza prestato nelle discipline stesse in casa di cura privata per almeno tre anni. Sono esonerati dal possesso dei suddetti requisiti i sanitari che alla data dell'entrata in vigore della presente legge svolgono le funzioni di medico aiuto presso le case di cura private.

-

CRITERI E MODALITÀ

Per quanto attiene il possesso dei titoli si veda la L.R. n. 5/87, integrata con l'Allegato 2.

Punto 29) L.R. 5/87 Medico assistente.

Con l'intesa relativa alla sanatoria dei medici operanti nelle case di cura private (Allegato 3) è prevista la figura del Medico assistente con specialità o acquisizione del diritto riconosciuto con la predetta sanatoria.

Punto 30) L.R. 5/87 Personale medico del servizio di radiodiagnostica

Nelle case di cura medico-chirurgiche generali, e nelle altre case di cura la cui ricettività non sia inferiore a 90 posti, deve essere previsto un posto di medico dirigente del servizio di radiodiagnostica con rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno o definito, ovvero con rapporto di collaborazione professionale coordinata e continuativa. Il dirigente del servizio di radiodiagnostica è responsabile della adozione delle misure di sicurezza contemplate dalle vigenti disposizioni e deve curare la conservazione in archivio dei radiogrammi, se non allegati alle rispettive cartelle cliniche.

Le indagini radiologiche del cuore, dei vasi, delle vie biliari ed urinarie, per le quali è richiesto l'impiego di sostanze di contrasto iodato, possono effettuarsi soltanto in case di cura fornite di ambiente idoneo e di presidi per la rianimazione. Le indagini a carattere invasivo sul sistema cardio-vascolare possono effettuarsi solo alla presenza di un anestesista-rianimatore.

CRITERI E MODALITÀ

Per quanto concerne i contratti di collaborazione coordinata e continuativa, nonché i rapporti di lavoro dipendente a tempo definito, si richiamano le osservazioni precedenti e quanto previsto dall'Allegato 2.

Per i requisiti del medico dirigente del servizio si veda il Punto 28 dell'allegato art. 4 comma 2 L.R. n. 5/87.

Punto 31) L.R. 5/87 Personale medico del servizio di anestesia e rianimazione

Il servizio di anestesia e rianimazione è obbligatorio in tutte le case di cura private che ricoverino ammalati di forme morbose pertinenti alla chirurgia generale e a specialità chirurgiche.

Deve essere previsto un posto di dirigente del servizio con rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno o definito o con rapporto di collaborazione professionale coordinata e continuativa, e almeno un assistente dotato di specializzazione nella disciplina ogni 90 posti letto di chirurgia o specialità chirurgiche, o frazione, con rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno o definito.

Deve essere assicurato il servizio di pronta disponibilità di un anestesista-rianimatore.

Con riferimento alle case di cura private erogatrici di prestazioni di cardiocirurgia di cui alla D.G.R. n. 34-13887 del 8/11/2004, il servizio di pronta disponibilità consta di 2 cardiocirurghi, 1 anestesista-rianimatore, 3 infermieri professionali di sala, 1 tecnico di CEC e l'attività di ausiliare.

CRITERI E MODALITÀ

Per quanto concerne i contratti di collaborazione coordinata e continuativa, nonché i rapporti di lavoro dipendente a tempo definito, si richiamano le osservazioni precedenti.

Per i requisiti del medico dirigente del servizio si veda il Punto 28 dell'allegato art. 4 comma 2 L.R. n. 5/87.

Punto 32) L.R. 5/87 Regolamento dell'attività medica

(Vedasi Allegato 2)

Punto 33) L.R. 5/87 Cartelle cliniche

In ogni casa di cura privata è prescritta, per ogni ricoverato, la compilazione della cartella clinica da cui risultino le generalità complete, la diagnosi di entrata, l'anamnesi familiare personale, l'esame obiettivo, gli esami di laboratorio e specialistici, la diagnosi, la terapia, gli esiti e i postumi.

Le cartelle cliniche, firmate dal medico curante, e sottoscritte dal medico responsabile di raggruppamento, dovranno portare un numero progressivo ed essere conservate a cura della direzione sanitaria.

Fatta salva la legislazione vigente in materia di segreto professionale, le cartelle cliniche ed i registri di sala operatoria devono essere esibiti, a richiesta, agli organi formalmente incaricati della vigilanza.

In caso di cessazione dell'attività della casa di cura le cartelle cliniche dovranno essere depositate presso il servizio medico-legale della U.S.L. territorialmente competente.

(Vedasi D.G.R. n. 33-13816 del 2/11/2004 recante "Attività di controllo sulla corretta compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera").

Punto 34) L.R. 5/87 Personale infermieristico, tecnico, esecutivo ed amministrativo

L'organico della casa di cura deve prevedere personale infermieristico, tecnico, esecutivo ed amministrativo in numero adeguato alle effettive esigenze dei servizi.

Per quanto riguarda il personale infermieristico viene fissata la seguente parametrizzazione:

- a) per i vari settori di degenza il tempo di assistenza pro-die e per degente deve essere non inferiore a 76';
- b) per i settori di terapia intensiva (unità di terapia cardiologica intensiva, di rianimazione - respiratoria, neurochirurgica, cardiologica, ecc. - per grandi ustionati) il tempo di assistenza pro-die per degente deve essere compreso tra i 500' e 600' in relazione al tipo di cura intensiva;
- c) per i settori di terapia subintensiva inseriti nelle unità funzionali di cardiocirurgia, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, chirurgia pediatrica, neurochirurgia, patologia neonatale, il tempo di assistenza pro die per degente in relazione alla dimensione dell'unità stessa deve essere compreso tra 200' e 240'.

La casa di cura deve inoltre garantire la presenza in servizio di:

un caposala per ogni raggruppamento di unità di degenza nei giorni feriali;

un ausiliario socio-sanitario per ogni 20 posti letto per ciascuno dei due turni.

In mancanza di infermieri professionali la casa di cura potrà avvalersi nel proprio organico di infermieri generici purchè sia garantita la presenza di almeno un infermiere professionale in ogni turno e per ogni 30 posti letto.

Nelle unità funzionali di ostetricia e ginecologia dovrà prevedersi la presenza in ciascun turno di almeno una ostetrica in luogo di quella di un infermiere quale prevista al secondo comma e di almeno una puericultrice o vigilatrice d'infanzia in ciascun turno per ogni otto culle-neonati.

Nelle ore notturne deve essere garantita la presenza di personale infermieristico, nella proporzione di almeno un terzo delle unità prescritte per ciascuno dei due turni diurni, e di personale ausiliario nella misura necessaria per svolgere le relative mansioni, che in nessun caso possono ritenersi sostitutive rispetto a quelle infermieristiche.

L'organico del personale tecnico per i servizi di laboratorio, di radiologia o di altri settori, sarà determinato in relazione alle dotazioni di apparecchiature previste nei singoli casi ed alla previsione delle prestazioni da effettuare, sia in rapporto alla qualità che alla quantità.

L'organico degli operatori psico-socio-educativi e dei tecnici della riabilitazione sarà determinato in relazione alle specifiche caratteristiche riabilitative di ciascuna casa di cura.

Ai fini del computo afferente, e del rispetto della dotazione organica, il personale con rapporto di dipendenza a tempo parziale sarà considerato sulla base del rapporto proporzionale tra gli orari di lavoro previsti per il tempo pieno e l'orario di lavoro effettivamente previsto in part-time.

Solo in casi particolari, in relazione alla peculiarità delle funzioni da svolgere, è consentito prevedere negli organici personale infermieristico e tecnico a prestazione professionale, nella misura massima del 20% della relativa dotazione organica.

Il personale addetto ai servizi speciali di diagnosi e cura, ai servizi generali, deve essere distinto da quello addetto alle degenze.

Eventuali deroghe alle aliquote di personale sopra previste per l'organico dei reparti di degenza potranno essere autorizzate dalla Giunta Regionale in stretto riferimento a particolari tipologie di case di cura, quali ad esempio quelle ad indirizzo fisioterapico e riabilitativo.

CRITERI E MODALITÀ

Verifica della sussistenza dei contratti di lavoro., come previsto dall'intesa relativa all'organizzazione interna ed alla regolamentazione dell'attività medica (Allegato 2).

Gestione delle risorse umane

La Direzione oltre ad assicurare i requisiti minimi organizzativi definiti con il presente atto, definisce il fabbisogno di personale:

- in termini numerici (equivalenti a tempo pieno) per ciascuna professione o qualifica professionale;
- per posizione funzionale;
- per qualifica;
- in rapporto ai volumi ed alle tipologie delle attività, secondo criteri specificati dalle normative regionali.

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

Deve essere predisposto un piano annuale di formazione-aggiornamento del personale con particolare attenzione alle attività sanitarie, con indicazione del responsabile, contenente:

- l'analisi dei bisogni formativi, la definizione degli obiettivi di apprendimento e la pianificazione della loro valutazione;
- l'indicazione del responsabile delle attività di formazione e aggiornamento.

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

Il programma di aggiornamento deve:

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

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

CRITERI E MODALITÀ

Acquisizione della seguente documentazione:

- dichiarazione del possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente (per tutto il personale)
- piano annuale di formazione/aggiornamento del personale
- documento che attesti la frequenza a programmi di aggiornamento su utilizzo sicuro ed appropriato delle apparecchiature
- documento che indichi le procedure di inserimento nuovo personale.

CASE DI CURA PRIVATE DEFINITIVAMENTE ACCREDITATE

Con deliberazione n. 36-5380 del 25 febbraio 2002 è stato previsto che la tariffa base in vigore per gli erogatori pubblici, individuata in Euro 2.305,00 quale valore per unità di peso, sia utilizzata per il sistema tariffario delle strutture private definitivamente accreditate nella fascia A, di cui alla D.C.R. n. 616-3149 del 22.02.2000.

Il precedente accordo, sottoscritto tra le parti in data 16 luglio 2002, ha stabilito che, al fine del riconoscimento della tariffa determinata sulla base del parametro fissato dal provvedimento sopraindicato, debbano essere definiti i livelli organizzativi funzionali per le strutture private definitivamente accreditate nelle fasce A, B e C.

Dato atto che la tariffa da riconoscere alle strutture private accreditate in fascia A è la tariffa base prevista dalla deliberazione di Giunta Regionale n. 36-5380 del 25 febbraio 2002, si concorda che la tariffa da riconoscere alle strutture accreditate in fascia B e C è la tariffa base sopraccitata, abbattuta rispettivamente dell'8% e del 15%. Tale differenziazione tariffaria tra le diverse fasce, è giustificata dalla lettura degli attuali riconoscimenti tariffari, nonché dalla valenza delle specialità affrontate nel presente accordo; le parti concordano che per il futuro potrebbe essere necessario diversificare ulteriormente le tariffe in relazione ai livelli assistenziali delle fasce.

Le attività sanitarie erogate dalle strutture private definitivamente accreditate saranno remunerate con le tariffe sopradefinite alle strutture che documenteranno, in rapporto al volume e tipologia di attività, il possesso dei livelli organizzativi funzionali del personale medico e del personale sanitario non medico, definiti dal presente accordo. È demandata alle Aziende Sanitarie Locali sul cui territorio insiste la Casa di cura, nell'ambito delle funzioni di vigilanza, la verifica in ordine al possesso dei requisiti di cui sopra, con l'intesa che il riconoscimento tariffario avrà decorrenza dalla data di effettivo possesso dei requisiti stessi.

Al fine della individuazione dei livelli organizzativi e funzionali, l'accordo fa riferimento all'assorbimento delle risorse umane nell'ambito del valore per unità di peso sopraindicato, in relazione ai minuti di assistenza pro-die. Ciò porta all'individuazione delle unità di personale minime necessarie di medici, di personale di assistenza e di supporto per singola fascia di accreditamento, computate sulla base dell'orario contrattuale a tempo pieno, indipendentemente dalla natura giuridica del rapporto lavorativo instaurato con la Casa di cura, e sulla base di 1700 ore lavorative in un anno per il personale medico e di 1520 ore lavorative in un anno per il personale non medico.

È opportuno riassumere i punti salienti dell'accordo, al fine di indicare criteri e modalità di verifica:

- Viene confermata la possibilità di diverse forme di rapporto di lavoro, consentite dalla vigente normativa nazionale, ferma restando la necessità di definizione dell'orario individuale (Allegato 2)
- Vengono cambiati i minuti per giornata di degenza diversificandoli per alcune specialità; Non vengono citate le terapie intensive e subintensive per le quali vale quanto disposto dalla L.R. 5/87. Per ulteriori specialità non ricomprese nell'elenco all'atto dell'accREDITamento è vincolante definire i parametri di assistenza.
- Viene aumentato il numero di Aiuti (1 per Unità Funzionale) riferendosi ai requisiti alla LR 5/87.
- È obbligatorio il possesso della specializzazione per tutti i medici assunti a partire dal 1/1/2003 (Allegato 3)
- Il servizio di guardia medica è assicurato di norma con il personale medico di cui sopra. La regolamentazione del servizio sarà oggetto di specifico atto. (Allegato 3)

- In presenza di attività chirurgica dovrà inoltre essere garantito il personale medico necessario per i servizi di anestesia, in misura di almeno 2 figure ogni 100 posti letto, delle quali una con funzione di Dirigente.
- Viene aumentato il numero di anestesisti per posto letto (da uno a due; i primi due includono il Dirigente (primario) e viene leggermente aumentato il riferimento al numero di posti letto (da 90 a 100).
- È obbligatoria la presenza di Radiologia, e Laboratorio Analisi in ogni struttura.

Tabelle dei valori di riferimento allegate all'accordo.

Nelle tabelle che seguono sono riportati i valori di riferimento, calcolati in ore personale per punto DRG, per i livelli organizzativi minimi funzionali necessari al riconoscimento delle tariffe per le attività di acuzie normate dal presente accordo, e per le attività di RRF di 2° livello, di cui alla D.G.R. n. 36-5380 del 25 febbraio 2002 e successive modifiche e integrazioni, per le Case di cura accreditate in fascia A, B e C.

Fascia A

| Profilo professionale | Ore personale per punto DRG di acuzie | Ore personale per punto DRG di RRF 2° liv. |
|--|---------------------------------------|--|
| Personale medico | 8 | 7 |
| Personale sanitario non medico (infermieri, terapisti, tecnici sanitari, OSS, ecc) | 22 | 31 |
| Ausiliari/Amministrativi | 10 | 14 |
| Totale | 40 | 52 |

Fascia B

| Profilo professionale | Ore personale per punto DRG di acuzie | Ore personale per punto DRG di RRF 2° liv. |
|--|---------------------------------------|--|
| Personale medico | 7 | 7 |
| Personale sanitario non medico (infermieri, terapisti, tecnici sanitari, OSS, ecc) | 19 | 29 |
| Ausiliari/Amministrativi | 9 | 12 |
| Totale | 35 | 48 |

Fascia C

| Profilo professionale | Ore personale per punto DRG di acuzie | Ore personale per punto DRG di RRF 2° liv. |
|--|---------------------------------------|--|
| Personale medico | 7 | 6 |
| Personale sanitario non medico (infermieri, terapisti, tecnici sanitari, OSS, ecc) | 18 | 27 |
| Ausiliari/Amministrativi | 9 | 11 |
| Totale | 34 | 44 |

CRITERI E MODALITÀ

Le verifiche in ordine al possesso dei requisiti di cui all'Accordo sono a carico delle A.S.L. nel cui territorio insiste la Casa di Cura.

Il calcolo per la verifica del personale non medico di assistenza alla persona, è definito secondo il seguente schema:

Numero di giornate di degenza dell'anno precedente moltiplicate per i minuti di assistenza. Il risultato dovrà essere trasformato in ore e dovrà essere diviso per le ore convenzionali di lavoro annuo (1520).

| |
|---|
| $\text{n. giornate} * \text{minuti} / 60\text{h.} / 1520 = \text{numero di personale di assistenza alla persona}$ |
|---|

Le figure professionali da computarsi come personale di assistenza alla persona sono le seguenti: capo-sala, infermieri, terapisti della riabilitazione, OTA, ADEST, OSS, psicologi, logopedisti. È escluso dal calcolo il personale addetto ai servizi.

Il rapporto tra l'assistenza infermieristica e le altre figure dedicate all'assistenza alla persona è il seguente.

Attività di acuzie:

| | |
|----------------------------|-------|
| Assistenza infermieristica | = 75% |
| Altro personale | = 25% |

Attività di riabilitazione di 2 livello (limitatamente alle attività di assistenza diretta alla persona):

| | |
|----------------------------|-------|
| Assistenza infermieristica | = 55% |
| Altro personale | = 45% |

Osservazioni

Viene introdotto il concetto di assistenza alla persona di cui solo una parte è infermieristica (nell'acuzie il 75%; nel caso di 120 minuti è pari a 90 minuti) e sono incluse altre figure professionali. Possono verificarsi incongruenze sul numero di operatori socio sanitari disciplinati dalla LR 5/87 sui posti letto. È compresa nell'assistenza la Capo Sala che è diversamente disciplinata dalla LR 5/87 (una per raggruppamento al netto dei minuti di assistenza infermieristica).

Le tabelle allegate al presente documento riportano, a titolo di esempio, il calcolo ai sensi della vigente normativa, secondo il seguente elenco:

Tabella 1.1: comparazione LR 5 e DGR 31 per acuzie (tabella a calcolo automatico)

Tabella 1.2: comparazione LR 5 e DGR 31 per RRF (tabella a calcolo automatico)

Tabella 2.1: Verifica personale DGR 31 per peso DRG acuzie (tabella a calcolo automatico)

Tabella 2.2: Verifica personale DGR 31 per peso DRG RRF (tabella a calcolo automatico)

Tabella 3.1: Calcolo personale Cardiochirurgia DGR 47-866/2000 (tabella a calcolo automatico)

Tabella 3.2: Calcolo personale RRF II livello DGR 50 e Riabilitazione II livello Cardiologica DGR 40

Non esistono riferimenti per la riabilitazione di I livello.

ATTIVITÀ DI DAY-SURGERY

D.G.R. n. 23-11243/2003 Day Surgery

Si ribadisce inoltre quanto già disposto dalla D.C.R. n. 616-3149 del 22.2.2000:

- La reperibilità deve assicurare l'assistenza del paziente in caso di emergenza.
- Un medico specialista deve essere facilmente reperibile nelle branche specialistiche operanti secondo modalità definite e rese note al paziente verbalmente e per iscritto
- Nel caso di necessità il medico reperibile deve assicurare il ricovero del paziente nelle Unità di degenza ordinaria in rapporto con l'unità funzionale o la degenza dedicata.
- Le unità di tipo c) sono obbligate a garantire la continuità delle cure anche al di fuori dell'orario di attività, compresi i giorni festivi e prefestivi.

Al riguardo va specificato che è necessario poter garantire, per le prime 24 ore dopo l'intervento, la continuità delle cure anche al di fuori dell'orario di attività, compresi i giorni prefestivi e festivi, tramite la reperibilità telefonica del medico specialista nella branca di riferimento dell'intervento effettuato e la fornitura diretta dei farmaci o dei dispositivi necessari.

DCR 616/2000 Day Surgery

Ogni struttura erogante prestazioni deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:

- la dotazione organica del personale medico ed infermieristico deve essere rapportata al volume delle attività e delle patologie trattate; nell'arco delle ore di attività di day surgery deve essere garantita la presenza di:
- un medico specializzato nella branca richiesta per l'espletamento dell'attività ed un infermiere, che devono essere presenti durante il periodo di attività dell'Unità di day surgery. Durante l'attività del blocco operatorio è necessaria almeno la presenza di un medico operatore, di un anestesista rianimatore, un caposala, un operatore tecnico addetto alla strumentazione, un infermiere dedicato.

APPENDICE E TABELLE**ASSESSORATO ALLA SANITÀ****DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA****SETTORE EDILIZIA ED ATTREZZATURE**

ELENCO DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE PER UNA MIGLIORE ED EFFICIENTE
VALUTAZIONE TECNICA DA PARTE DEL SETTORE EDILIZIA

AGGIORNAMENTO

| | |
|---|---|
| A | <p>Scheda tecnica informativa Regione Piemonte debitamente compilata in ogni sua parte suddivisa nelle sue parti e sottoscritta con la firma del richiedente o del rappresentante legale e del tecnico professionista che redige il progetto.</p> <p>Deve contenere tutti gli elementi utili alla valutazione, quali la tempistica dell'intervento, il cronoprogramma, la quantificazione sommaria della spesa a regime; il parere di programmazione dell'ASL di competenza territoriale, e del Quadrante (per tutti i lavori di ampliamento, sopraelevazione, nuova costruzione e ristrutturazione), il parere della Commissione di Vigilanza, le autocertificazioni nel rispetto dell'abbattimento delle barriere architettoniche e conformità dei vari impianti e copia autenticata della domanda presentata ai Vigili del Fuoco per il parere.</p> |
| B | <p>Planimetria generale dell'area di intervento in scala non inferiore a 1:500, nella quale siano rappresentati, nelle sue linee, dimensioni quote generali, i criteri urbanistici di scelta dell'area e la rispondenza alle indicazioni del Piano regolatore vigente, l'utilizzazione dell'area e la sua sistemazione in relazione all'orientamento, alla morfologia del terreno ed alla vegetazione esistente.</p> |
| C | <p>Elaborato grafico rappresentante lo stato di fatto quotato delle parti di immobile soggette all'intervento, con le piante dei vari piani interessati dalle opere stesse, in scala non inferiore a 1:200, con l'indicazione delle destinazioni d'uso dei locali.</p> |
| D | <p>Elaborato grafico rappresentante le soluzioni progettuali in scala 1:100, di tutti i piani dell'opera/intervento, adeguatamente quotati con le destinazioni d'uso dei singoli locali, l'aggregazione dei corpi di fabbrica e i criteri distributivi dei servizi.</p> |
| E | <p>Elaborato grafico rappresentante gli interventi comprensivo delle piante in scala non inferiore ad 1:100.</p> |
| F | <p>Elaborato grafico, in scala non inferiore ad 1:200 del lay-out del progetto.</p> |
| G | <p>Relazione tecnica descrittiva divisa nelle tre componenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - strutturale - in materia igienico-sanitaria - in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro D. Lgs. 19 settembre 1994, n. 626 |
| H | <p>Computo metrico estimativo.</p> |

Tabella 1.1:Calcolo del personale Legge 5 vs DGR 31 - 8151

ACUZIE

Clinica Tipo

| | |
|--------------------|----|
| N° Raggruppamenti | 2 |
| N° Aree Funzionali | 11 |

| Area Medica | Posti Letto | GG deg | Legge 5 | | DGR 31 | |
|--------------------------|-------------|--------------|----------------|--------------|----------------|--------------|
| | | | Min ass | Infermieri | Min ass | Infermieri |
| Medicina generale | 15 | 4653 | 353628 | 3,98 | 558360 | 6,12 |
| Altro 120 m (DGR31-8151) | 10 | 3102 | 235752 | 2,65 | 372240 | 4,08 |
| Altro 120 m (DGR31-8151) | | | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Altro 120 m (DGR31-8151) | | | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Altro 120 m (DGR31-8151) | | | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Cardiologia | 10 | 3102 | 235752 | 2,65 | 558360 | 6,12 |
| Infettivologia | 5 | 1551 | 117876 | 1,33 | 279180 | 3,06 |
| Oncologia | 5 | 1551 | 117876 | 1,33 | 279180 | 3,06 |
| Pediatria | 5 | 1551 | 117876 | 1,33 | 279180 | 3,06 |
| Totale | 50 | 15510 | 1178760 | 13,00 | 2326500 | 26,00 |

| Area Chirurgica | Posti Letto | GG deg | Legge 5 | | DGR 31 | |
|--------------------------|-------------|--------------|---------------|--------------|----------------|--------------|
| | | | Min ass | Infermieri | Min ass | Infermieri |
| Chirurgia generale | 15 | 4653 | 353628 | 3,98 | 558360 | 6,12 |
| Altro 120 m (DGR31-8151) | 10 | 3102 | 235752 | 2,65 | 372240 | 4,08 |
| Altro 120 m (DGR31-8151) | | | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Altro 120 m (DGR31-8151) | | | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Altro 120 m (DGR31-8151) | | | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Toracica | 10 | 3102 | 235752 | 2,65 | 558360 | 6,12 |
| Vascolare | 5 | 1551 | 117876 | 1,33 | 279180 | 3,06 |
| Neurochirurgia | 5 | 1551 | 117876 | 1,33 | 279180 | 3,06 |
| Terapia intensiva | 2 | 620 | 310000 | 3,49 | 310000 | 3,40 |
| Terapia subintensiva | 2 | 620 | 124000 | 1,40 | 124000 | 1,36 |
| Totale | 49 | 15199 | 905504 | 10,00 | 1550720 | 17,00 |

| | | |
|-----------------------|--------------------|-----------|
| Totale clinica | Posti Letto | 99 |
|-----------------------|--------------------|-----------|

| Legge 5 | | |
|----------------------------|---------------|------------------|
| Ruolo | Sost Spec | Sost no Sp. |
| Direttore sanitario | 0 | 0 |
| Dir. Servizio analisi | 1 | |
| Dir. Servizio radiologia | 1 | |
| Dir. Servizio Anestesia | 1 | |
| Ass. Servizio Anestesia | 1 | |
| Resp. Raggruppamento Spec. | 2 | |
| Aiuti Specialisti | 2 | |
| Assistenti | 11 | |
| Capo Sala | 2 | |
| Ota - Oss | 10 | |
| | Minimo | Calcolato |
| Infermieri | 12 | 23 |
| Totale Assistenza | 22 | 33 |

| | |
|-----------------------------|------|
| Minuti Infermieri degenza | 76 |
| Minuti Infermieri DGR 31 A | 120 |
| Minuti Infermieri DGR 31 B | 180 |
| Minuti Infermieri intensiva | 500 |
| Minuti Infermieri subinten. | 200 |
| Divisore | 1480 |
| Divisore | 1520 |

| DGR 31 | | |
|--------|---------------|------------------|
| Ruolo | Sost Spec | Sost no Sp. |
| | 0 | 0 |
| | 1 | |
| | 1 | |
| | 1 | |
| | 1 | |
| | 2 | |
| | 11 | |
| | 11 | |
| | 2 | |
| | 11 | |
| | Minimo | Calcolato |
| | 12 | 32 |
| | 24 | 45 |

Tabella 1.2: Calcolo del personale Legge 5 vs DGR 31 - 8151

RRF

Clinica Tipo

| | |
|--------------------|----|
| N° Raggruppamenti | 2 |
| N° Aree Funzionali | 11 |

| Raggruppamento 1 | Posti Letto | GG deg | Legge 5 | | DGR 31 | |
|------------------|-------------|--------|---------|------------|---------|------------|
| | | | Min ass | Infermieri | Min ass | Infermieri |
| RRF | 15 | 4653 | 353628 | 3,98 | 860805 | 9,44 |
| RRF | 10 | 3102 | 235752 | 2,65 | 573870 | 6,29 |
| RRF | | | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| RRF | | | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| RRF | | | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| RRF | 10 | 3102 | 235752 | 2,65 | 573870 | 6,29 |
| RRF | 5 | 1551 | 117876 | 1,33 | 286935 | 3,15 |
| RRF | 5 | 1551 | 117876 | 1,33 | 286935 | 3,15 |
| RRF | 5 | 1551 | 117876 | 1,33 | 286935 | 3,15 |

| | | | | | | |
|--------|----|-------|---------|-------|---------|-------|
| Totale | 50 | 15510 | 1178760 | 13,00 | 2869350 | 31,00 |
|--------|----|-------|---------|-------|---------|-------|

| Raggruppamento 2 | Posti Letto | GG deg | Legge 5 | | DGR 31 | |
|------------------|-------------|--------|---------|------------|---------|------------|
| | | | Min ass | Infermieri | Min ass | Infermieri |
| RRF | 15 | 4653 | 353628 | 3,98 | 860805 | 9,44 |
| RRF | 10 | 3102 | 235752 | 2,65 | 573870 | 6,29 |
| RRF | | | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| RRF | | | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| RRF | | | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| RRF | 10 | 3102 | 235752 | 2,65 | 573870 | 6,29 |
| RRF | 5 | 1551 | 117876 | 1,33 | 286935 | 3,15 |
| RRF | 5 | 1551 | 117876 | 1,33 | 286935 | 3,15 |
| RRF | 2 | 620 | 47120 | 0,53 | 114700 | 1,26 |
| RRF | 2 | 620 | 47120 | 0,53 | 114700 | 1,26 |

| | | | | | | |
|--------|----|-------|--------|------|---------|-------|
| Totale | 49 | 15199 | 565744 | 6,00 | 1377140 | 15,00 |
|--------|----|-------|--------|------|---------|-------|

| | | |
|----------------|-------------|----|
| Totale clinica | Posti Letto | 99 |
|----------------|-------------|----|

| Legge 5 | | |
|----------------------------|---------------|------------------|
| Ruolo | Sost Spec | Sost no Sp. |
| Direttore sanitario | 0 | 1 |
| Dir. Servizio analisi | 1 | |
| Dir. Servizio radiologia | 1 | |
| Resp. Raggruppamento Spec. | 2 | |
| Aiuti Specialisti | 2 | |
| Assistenti | 11 | |
| Capo Sala | 2 | |
| Ota - Oss | 10 | |
| | Minimo | Calcolato |
| Infermieri | 12 | 19 |
| Fisioterapisti | ? | ? |
| Totale Assistenza | 22 | 29 |
| Minuti Infermieri degenza | 76 | |
| Minuti Assistenza degenza | 185 | |
| Rapporto fisio/altro | 0,454 | |
| Divisore | 1480 | |
| Divisore | 1520 | |

| DGR 31 | | |
|--------|---------------|------------------|
| Ruolo | Sost Spec | Sost no Sp. |
| | 0 | 1 |
| | 1 | |
| | 1 | |
| | 2 | |
| | 11 | |
| | 11 | |
| | 2 | |
| | 5 | |
| | Minimo | Calcolato |
| | 12 | 16 |
| | ? | 25 |
| | 24 | 48 |

Tabella 2.1: Struttura clinica Acuzie

| | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| Medici | |
| Numero | 20 |
| Ore Totali per anno della clinica | 34000 |
| Ore attivita non degenza reparto | 4000 |
| | solo attivita' ambulatoriale |

| | |
|---------------------------------------|------------------------------|
| Personale sanitario non medico | |
| Numero | 60 |
| Ore Totali per anno della clinica | 91200 |
| Ore attivita non degenza reparto | 10000 |
| | solo attivita' ambulatoriale |

| | |
|-----------------------------------|-------|
| Ausiliari | |
| Numero | 11 |
| Ore Totali per anno della clinica | 16720 |

| | |
|-----------------------------------|------|
| Amministrativi | |
| Numero | 5 |
| Ore Totali per anno della clinica | 7600 |

* deve includere tutto (ambulatori, appalti pulizie, ecc)

| | |
|---------------------------------|-------|
| Peso Totale DRG | 7000 |
| N° Ricoveri | 5000 |
| N° passaggi ambulatoriali | 10000 |
| Numero prestazioni amb. Interni | 11000 |
| Numero prestazioni amb. Esterni | 9000 |
| Metri quadri degenza | 6000 |
| Metri quadri ambulatori | 1000 |
| Esterni (numero) | 0,67 |
| Esterni (prestazioni amb.) | 0,45 |
| Esterni (metri quadri) | 0,14 |

| | Verifica | DRG A | DRG B | DRG C |
|-------------------|----------|-------|-------|-------|
| Medici | | | | |
| Ore totali | 34000 | | | |
| Ore ambulatorio | -1800 | | | |
| Totale | 32200 | 56000 | 49000 | 49000 |
| N° Stimato unita' | | 33 | 29 | 29 |

| | | | | |
|---------------------------------------|-------|--------|--------|--------|
| Personale sanitario non medico | | | | |
| Ore totali | 91200 | | | |
| Ore ambulatorio | -4500 | | | |
| Totale | 86700 | 154000 | 133000 | 126000 |
| N° Stimato unita' | | 101 | 88 | 83 |

| | | | | |
|-----------------------|-------|-------|-------|-------|
| Ausiliari | | | | |
| Ore totali | 16720 | | | |
| Ore ambulatorio | -2389 | | | |
| Amministrativi | | | | |
| Ore totali | 7600 | | | |
| Ore ambulatorio | -5067 | | | |
| Totale | 16865 | 70000 | 63000 | 63000 |
| N° Stimato unita' | | 46 | 41 | 41 |

Tabella 2.2: Struttura clinica RRF II LIVELLO

| | | | | |
|---|-----------------|------------------------------|--------------|--------------|
| Medici | | | | |
| Numero | 20 | | | |
| Ore Totali per anno della clinica | 34000 | | | |
| Ore attivita non degenza reparto | 4000 | solo attivita' ambulatoriale | | |
| Personale sanitario non medico | | | | |
| Numero | 60 | | | |
| Ore Totali per anno della clinica | 91200 | | | |
| Ore attivita non degenza reparto | 10000 | solo attivita' ambulatoriale | | |
| Ausiliari | | | | |
| Numero | 11 | | | |
| Ore Totali per anno della clinica | 16720 | | | |
| Amministrativi | | | | |
| Numero | 5 | | | |
| Ore Totali per anno della clinica | 7600 | | | |
| * deve includere tutto (ambulatori, appalti pulizie, ecc) | | | | |
| Peso Totale DRG | 7000 | | | |
| N° Ricoveri | 5000 | | | |
| N° passaggi ambulatoriali | 10000 | | | |
| Numero prestazioni amb. Interni | 11000 | | | |
| Numero prestazioni amb. Esterni | 9000 | | | |
| Metri quadri degenza | 6000 | | | |
| Metri quadri ambulatori | 1000 | | | |
| Esterni (numero) | 0,67 | | | |
| Esterni (prestazioni amb.) | 0,45 | | | |
| Esterni (metri quadri) | 0,14 | | | |
| | Verifica | DRG A | DRG B | DRG C |
| Medici | | | | |
| Ore totali | 34000 | | | |
| Ore ambulatorio | -1800 | | | |
| Totale | 32200 | 49000 | 49000 | 42000 |
| N° Stimato unita' | | 29 | 29 | 25 |
| Personale sanitario non medico | | | | |
| Ore totali | 91200 | | | |
| Ore ambulatorio | -4500 | | | |
| Totale | 86700 | 217000 | 203000 | 189000 |
| N° Stimato unita' | | 143 | 134 | 124 |
| Ausiliari | | | | |
| Ore totali | 16720 | | | |
| Ore ambulatorio | -2389 | | | |
| Amministrativi | | | | |
| Ore totali | 7600 | | | |
| Ore ambulatorio | -5067 | | | |
| Totale | 16865 | 98000 | 84000 | 77000 |
| N° Stimato unita' | | 64 | 55 | 51 |

Tabella 3.1: Cardiocirurgia

DGR 47-866

| | N° Interventi | | | | Divisore |
|----------------------|---------------|----------|----------|-------|----------|
| | Sino 450 | Sino 800 | Divisore | Oltre | |
| Sale operatorie | 2 | | | 1 | |
| Letti deg. Ordinaria | 10 | 3 | 100 | 4 | 120 |
| Letti Ter. Intensiva | 4 | | | | |
| Letti UTIC | 0 | 1 | 100 | 1 | 120 |
| Cardiochirurghi | 3 | 1 | 200 | 1 | 200 |
| Anestesisti | 2 | 1 | 200 | 1 | 250 |
| Altri laureati | 5 | 1 | 400 | 1 | 200 |
| Cardiochirurghi | | | | | |
| Anestesisti | | | | | |
| Cardiologi | | | | | |
| Infermieri Prof. | 29 | 4 | 100 | 6 | 120 |
| T. Perfusionisti | 2 | | | | |
| Ausiliari | Adeguate | | | | |

N° Interventi

825

| | Sino 450 | Sino 800 | Oltre | Totale |
|----------------------|----------|----------|-------|----------|
| | 450 | 350 | 25 | 825 |
| Sale operatorie | 2 | 0,00 | 1,00 | 3 |
| Letti deg. Ordinaria | 10 | 10,50 | 0,83 | 21 |
| Letti Ter. Intensiva | 4 | 0,00 | 0,00 | 4 |
| Letti UTIC | 0 | 3,50 | 0,21 | 4 |
| Cardiochirurghi | 3 | 1,75 | 0,13 | 5 |
| Anestesisti | 2 | 1,75 | 0,10 | 4 |
| Altri laureati | 5 | 0,88 | 0,13 | 6 |
| Infermieri Prof. | 29 | 14,00 | 1,25 | 44 |
| T. Perfusionisti | 2 | 0,00 | 0,00 | 2 |
| Ausiliari | Adeguate | | | Adeguate |

Tabella 3.2: Riabilitazione II Livello

DGR 50/3104

Standard per 100 posti letto

RRF II Standard

| | |
|--|----|
| Medico Capo raggruppamento Specialista | 1 |
| Capo sala | 1 |
| Medici | 10 |
| Infermieri | 18 |
| Fisioterapisti | 30 |
| Altro personale | 30 |
| Terapisti | |
| Massofisio | |
| Psicologi | |
| Logopedisti | |
| Infermieri | |
| OTA | |
| ADEST | |
| OSS | |
| Ausiliari | |

N° Posti letto

100

| | |
|----------------------------|----|
| Medico Capo raggruppamento | 1 |
| Capo sala | 1 |
| Medici altri | 10 |
| Infermieri | 18 |
| Fisioterapisti | 30 |
| Altro personale | 30 |

RRF II Cardiologia

DGR 40/4704/2001

| | |
|--|----|
| Medico Capo raggruppamento specialista Cardiologia | 1 |
| Capo sala | 1 |
| Medici specialisti cardiologia | 10 |
| Medico specialista in RRF | 1 |
| Anestesista | 1 |
| Medico altro (neurologo, dietologo, chirurgo, med. Lavoro, e | 3 |
| Infermieri | 18 |
| Altro personale | 30 |
| Terapisti | |
| Massofisio | |
| Psicologi | |
| Logopedisti | |
| Infermieri | |
| OTA | |
| ADEST | |
| OSS | |

| | |
|---|----|
| Ausiliari | |
| Fisioterapisti | 10 |
| Infermieri dedicati o tecnici cardiologia | 6 |
| Dietisti | 2 |
| Psicologi | 2 |

N° Posti letto

50

| | |
|--|----|
| Medico Capo raggruppamento specialista Cardiologia | 1 |
| Capo sala | 1 |
| Medici specialisti cardiologia | 5 |
| Medico specialista in RRF | 1 |
| Anestesista | 1 |
| Medico altro (neurologo, dietologo, chirurgo, med. Lavoro, e | 2 |
| Infermieri | 9 |
| Altro personale | 15 |
| Fisioterapisti | 5 |
| Infermieri dedicati o tecnici cardiologia | 3 |
| Dietisti | 1 |
| Psicologi | 1 |

Allegato 2**Intesa sull'organizzazione interna e sulla regolamentazione dell'attività medica**

La Casa di Cura in ottemperanza alla L.R. 5/87 e alla D.C.R. 616/2000 (Allegato 1) oltre al regolamento interno concernente l'attività medica è tenuta ad adottare un documento integrativo in cui sono esplicitati:

- l'organizzazione interna generale e l'articolazione organizzativa funzionale con particolare riferimento a:
 - a) l'organigramma con il quale vengono individuati i responsabili delle articolazioni operative definendo le loro funzioni;
 - b) i livelli di responsabilità;
 - c) le modalità di erogazione del servizio;
 - d) le prestazioni e/o le attività erogate.

La Casa di Cura è tenuta a definire annualmente, in via preliminare, il piano di lavoro che comprende:

- la tipologia ed il volume di attività previste;
- il piano organizzativo.

Disciplina dei rapporti di lavoro

Le Case di Cura private possono stipulare con il personale sanitario medico e non medico le seguenti fattispecie contrattuali:

1. Contratti di lavoro individuale a tempo indeterminato o determinato
2. Contratti di servizio con società e cooperative, studi professionali associati ed ordini religiosi nel rispetto delle disposizioni di legge in materia
3. Contratti di collaborazione coordinata e continuativa con liberi professionisti, nei limiti della normativa vigente.

Nel caso di rapporto di lavoro posto in essere dalla Casa di Cura privata con il personale medico e non medico con un contratto individuale stipulato in forma scritta e nei contratti di collaborazione coordinata e continuativa con liberi professionisti, nei limiti della normativa vigente, dovranno essere contenuti i seguenti elementi:

- a) soggetti contraenti
- b) tipologia del rapporto di lavoro e data finale nei contratti a tempo determinato
- c) qualifica di assunzione, professione e disciplina di appartenenza con descrizione della professionalità e dell'attività lavorativa da svolgere
- d) il possesso ed il riconoscimento dei titoli abilitanti all'esercizio dell'attività professionale
- e) trattamento economico
- f) impegno orario settimanale
- g) le modalità di erogazione del servizio, su base annuale (periodo dal 1° gennaio al 31 dicembre);
- h) le autodichiarazioni a firma dei singoli lavoratori attestanti l'impegno medio orario settimanale. Queste devono essere rese una al momento della stipula del contratto ed una al termine dell'avvenuta prestazione lavorativa, su base annuale, al 31/12.

Nei Contratti di servizio con società e cooperative, studi professionali associati ed ordini religiosi nel rispetto delle disposizioni di legge in materia il contratto, oltre agli elementi indicati

lettere a), b), c), d), f), dovrà contenere l'Elenco nominativo del personale ed il costo complessivo del servizio.

I contratti stipulati al fine di garantire i minimi organizzativi previsti dalla L.R. 5/87 e dalla D.C.R. n. 616/2000 devono rientrare tra le fattispecie di cui ai punti 1, 2 e 3 e prevedere un impegno minimo orario settimanale pari a 28,5 ore, sulla base dell'ultima definizione oraria del tempo definito dei medici dipendenti del S.S.N. contenuta nell'art. 17 comma 2 del C.C.N.L. 5/12/1996 parte normativa 1994-1997 e parte economica 1994-1995.

I contratti stipulati con personale sanitario medico e non medico per gestire l'attività oltre ai minimi organizzativi previsti dalla L.R. 5/87 o da altre disposizioni regionali, ai fini probatori, devono contenere gli elementi essenziali sopraindicati e rientrare tra le fattispecie di cui ai punti 1, 2 e 3.

Oneri a carico del personale

Circa i rapporti fra le strutture sanitarie private convenzionate o accreditate ed i Dirigenti sanitari dipendenti del S.S.N., valgono le incompatibilità di cui alla L. 412/91 e alla L. 662/96 ed i principi richiamati dalla Circolare del Ministero della Salute del 17/09/2004.

Tutto il personale medico e non medico è tenuto al momento della presa di servizio ed al termine dell'avvenuta prestazione lavorativa, su base annuale (al 31/12), al rilascio di autodichiarazione dell'impegno orario settimanale svolto e dell'insussistenza di incompatibilità allo svolgimento della prestazione da rendersi ai sensi dell' art. 47 del D.P.R. 445/2000 (sulla base del vecchio modello B3).

E' posto a carico delle parti contraenti l'onere di informare l'Ordine o Collegio professionale della sussistenza del rapporto di lavoro.

Attività di vigilanza

Le Commissioni di Vigilanza delle Aziende Sanitarie Locali provvedono a verificare in via formale il possesso dei titoli e delle specialità richieste dalla normativa nazionale e regionale vigente per l'esercizio delle funzioni a seconda dei livelli di responsabilità, acquisendo le certificazioni o le dichiarazioni sostitutive di certificazioni o dell'atto di notorietà rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000.

Provvedono altresì alla verifica formale dei contratti di lavoro posti in essere dalle Case di Cura, delle autodichiarazioni rese dal personale medico e non medico, del regolamento organizzativo di cui sopra e del piano di lavoro.

Ai sensi del D.P.R. 445/2000 l'A.S.L., tramite le Commissioni di Vigilanza, è tenuta comunque ad effettuare controlli a campione sulle autocertificazioni rilasciate.

Quanto sopra con efficacia a far data dall'approvazione della deliberazione attuativa dell'intesa in oggetto.

Alla realizzazione del presente elaborato hanno partecipato i Rappresentanti delle Associazioni di categoria A.I.O.P. e A.R.I.S., i quali ne condividono i contenuti e pertanto lo sottoscrivono.

L'ASSESSORE ALLA SANITA'

IL PRESIDENTE A.I.O.P.

IL PRESIDENTE A.R.I.S.

Allegato 3

Intesa relativa alla sanatoria dei medici assistenti operanti nelle Case di Cura private regolate dalla L.R. 5/87 e dalle norme regionali

Ai sensi dell'art. 1 comma I della L.R. 5/87, sono denominate "Case di Cura private" << *gli stabilimenti sanitari gestiti da privati, persone fisiche e giuridiche, che provvedono al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale ed in regime di degenza diurna di cittadini italiani o stranieri, a scopo di diagnosi, cura e riabilitazione* >>.

Quanto previsto dal presente atto si applica anche al personale medico operante presso gli ambulatori interni alle Case di Cura, della stessa specialità delle Unità Funzionali provvisoriamente o definitivamente accreditate.

Non si applica ai medici iscritti nell'Elenco nominativo del personale del S.S.R.

La presente intesa non sostituisce in alcun modo i requisiti previsti per le figure mediche apicali di cui alla L.R. 5/87 (punti 27 e 28 – "Medico Aiuto"), agli specialisti di cui alla D.C.R. n. 616/2000 e s.m.i., nonché agli Accordi con le Associazioni di categoria ed alle normative nazionali e regionali in materia. Pertanto i Medici assistenti che ottengono il riconoscimento della specializzazione, a titolo di sanatoria, non potranno accedere alle figure apicali, se non in possesso dei titoli espressamente previsti.

1a) *Il personale medico in servizio presso le Case di Cura private ottiene il riconoscimento, a titolo di sanatoria, nella specialità dell'unità funzionale di appartenenza se rientrante in una delle seguenti tipologie di rapporto di lavoro :*

1. dipendenti a tempo indeterminato;
2. dipendenti a tempo determinato con contratto di durata minima annuale, in servizio da almeno sei mesi dalla data di approvazione della deliberazione attuativa della presente intesa e con impegno orario medio settimanale certificato non inferiore a quello del tempo definito (28,5 ore);
3. rapporti libero professionali con contratto di durata minima annuale, in vigore da almeno 6 mesi e con impegno orario medio settimanale certificato non inferiore a quello del tempo definito (28,5 ore).

1b) Nel caso sia presente un servizio di guardia medica separato i medici rientranti in una delle fattispecie di cui al punto 1°a) potranno beneficiare del medesimo riconoscimento, a titolo di sanatoria, utilizzando i seguenti criteri:

- acuzie: come specialisti in medicina interna;
- postacuzie: nella specialità prevalente, fatti salvi i casi particolari che dovranno essere segnalati dalle Case di Cura, entro 30 giorni. La Regione Piemonte effettuata la verifica dell'istanza potrà disporre l'eventuale riconoscimento nella specialità richiesta. Il pronunciamento dovrà avvenire entro 60 giorni dal ricevimento dell'istanza.

La Regione Piemonte istituirà un apposito Elenco relativo ai medici che abbiano ottenuto il riconoscimento della specializzazione a titolo di sanatoria, che permetterà agli iscritti di operare nell'ambito del settore privato regolato dalla L.R. 5/87 e dalla D.C.R. n. 616/2000 sull'intero territorio regionale. Il riconoscimento quale specialista all'interno del circuito privato disciplinato dalla L.R. n. 5/87 e dalle norme regionali, nonché l'iscrizione nell'Elenco sono legati alla continuità di servizio presso il settore privato. Pertanto tale riconoscimento viene mantenuto se eventuali interruzioni continuative non sono superiori all'anno solare.

Nel settore privato regolato dalla L.R. 5/87 e dalle norme regionali possono operare medici specializzandi secondo le regole e nei limiti previsti dalle norme relative al pubblico.

E' possibile la presenza di medici frequentatori ma questi non devono essere ricompresi nell'organico della Casa di Cura e possono operare solo in diretta dipendenza di un medico "tutor" specialista.

Presso le Case di Cura regolate dalla L.R. 5/87 e dalle norme regionali potrà operare esclusivamente personale medico in possesso di:

1. specialità dell'Unità Funzionale di appartenenza
2. iscrizione all'Elenco Regionale in applicazione del presente atto e con i limiti di cui sopra, nell' Unità Funzionale di appartenenza.

La Regione Piemonte s'impegna a richiedere all'Università degli Studi quota riservata per l'inserimento nelle scuole di specializzazione di medici operanti presso il settore privato regolato dalla L.R. 5/87 e non in possesso di specializzazione: resta in ogni caso inteso che tale riserva potrà operare esclusivamente nella disciplina di specializzazione per la quale ha operato la sanatoria nei confronti di ciascun medico interessato.

Quanto sopra con efficacia a far data dall'approvazione della deliberazione attuativa dell'intesa in oggetto.

Alla realizzazione del presente elaborato hanno partecipato i Rappresentanti delle Associazioni di categoria A.I.O.P. e A.R.I.S., i quali ne condividono i contenuti e pertanto lo sottoscrivono.

L'ASSESSORE ALLA SANITA'

IL PRESIDENTE A.I.O.P.

IL PRESIDENTE A.R.I.S.
