

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO

PARTE PRIMA - PARTE SECONDA

Roma, 9 settembre 2006

Si pubblica normalmente il n. 20 e 19 di ogni anno
Registrazione Tribunale di Roma n. 56015/85

DIREZIONE PUBLICATIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO LA PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE - VIA CRISTOFORO COLOMBO, 212 - 00147 ROMA

Il BOLLETTINO UFFICIALE si pubblica a Roma in due distinti fascicoli:
1) la Parte I (Atti della Regione) e la Parte II (Atti dello Stato e della U.E.)
2) la Parte III (Avvisi e concorsi)

Modalità di abbonamento e punti vendita:

L'abbonamento al fascicoli del Bollettino Ufficiale si effettua secondo le modalità e le condizioni specificate in appendice e mediante versamento dell'importo, esclusivamente sul c/c postale n. 42759001 intestato a Regione Lazio abbonamento annuale o semestrale alla Parte I e II; alla parte III; alla parti I, II e III al Bollettino Ufficiale. Per informazioni rivolgersi alla Regione Lazio - Area Bollettino Ufficiale, Tel. 06-51884967 - 06-51685074.

Il Bollettino Ufficiale della Regione Lazio è ora consultabile anche in via telematica tramite Internet accedendo al sito www.regione.lazio.it

Il Bollettino Ufficiale può essere visualizzato e/o stampato sia in forma testuale che grafica.

Gli utenti sono assistiti da un servizio di "help" telefonico (06-85084200).

Da Gennaio 2001 l'accesso alla consultazione del Bollettino in via telematica tramite INTERNET è gratuito al pubblico.

Si rinvia ugualmente all'appendice per le informazioni relative ai punti vendita dei fascicoli del Bollettino Ufficiale.

Riproduzione anastatica

PARTE I

ATTI DELLA GIUNTA REGIONALE E DEGLI ASSESSORI

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 14 luglio 2006, n. 423.

Prestazioni di diagnostica per immagini. Linee guida per macchinari e strutture accreditate con il S.S.R. Integrazione ed aggiornamento deliberazione Giunta regionale n. 2825/98 e successive modificazioni

Pag. 1

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 14 luglio 2006, n. 424.

Legge regionale 3 marzo 2003 n. 4. Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio sanitarie

» 53



GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO

.....

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 14/07/2006

=====

ADDI' 14/07/2006 NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, VIA CRISTOFORO COLOMBO 212 ROMA, SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE COSI' COMPOSTA:

MARRAZZO	Pietro	Presidente	DI STEFANO	Marco	Assessore
		Vice			
POMPII	Massimo	Presidente	MANDARELLI	Alessandra	"
ASTORRE	Bruno	Assessore	MICHELANGELI	Mario	"
BATTAGLIA	Augusto	"	NIERI	Luigi	"
BRACHETTI	Regino	"	RANUCCI	Raffaele	"
CIANI	Fabio	"	RODANO	Giulia	"
COSTA	Silvia	"	TIBALDI	Alessandra	"
DE ANGELIS	Francesco	"	VALENTINI	Daniela	"

ASSISTE IL SEGRETARIO: Domenico Antonio CUZZUPI

***** OMISSIS

ASSENTI: ASTORRE - BRACHETTI - NIERI - RANUCCI

DELIBERAZIONE N. 424

Oggetto:

Legge regionale 3 marzo 2003, n.4 - Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di attivita' sanitarie per strutture sanitarie e socio sanitarie.



424 14 LUG. 2006

OGGETTO: "Legge regionale 3 marzo 2003, n.4 - Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione ed all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio sanitarie".

LA GIUNTA REGIONALE



Su proposta dell'Assessore alla Sanità;

VISTA la legge statutaria 11 novembre 2004, n.1 "Nuovo Statuto della Regione Lazio";

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n.6 "Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale" e successive modificazioni;

VISTO il regolamento regionale 6 settembre 2002, n.1 concernente l'organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni" ed in particolare l'art.8 ter in materia di "Autorizzazioni alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie";

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, concernente: "Approvazione dell'atto d'indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private" ed in particolare l'art.2, comma 2, ai sensi del quale: "Le Regioni disciplinano le modalità per l'accertamento e la verifica del rispetto dei requisiti minimi";

VISTA la legge 8 novembre 2000, n.328 "legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, con il quale sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza (LEA);

VISTA la legge regionale 3 marzo 2003, n.4 e successive modificazioni ed integrazioni, recante: "Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio - sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali" ed in particolare l'art.5, comma 1, lett. a), ai sensi del quale la Regione "stabilisce, con apposito provvedimento, sentita la competente commissione consiliare nonché le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, i requisiti minimi, anche integrativi rispetto a quelli indicati dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, per il rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione e all'esercizio";

CONSIDERATO che le succitate autorizzazioni alla realizzazione ed all'esercizio rappresentano i due momenti iniziali, cronologicamente necessari, nei quali si articola il procedimento di cui alla sopraccitata L.R. n.4/03;



424 14 LUG. 2006

llh

TENUTO CONTO al riguardo che il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio è subordinato all'accertamento del possesso dei requisiti minimi per l'esercizio dell'attività sanitaria o socio-sanitaria da parte della struttura interessata al provvedimento, sia essa pubblica o privata, in modo da rappresentare la soglia di sicurezza per l'attività sanitaria o socio-sanitaria, a garanzia del paziente;

CONSIDERATO che l'autorizzazione alla realizzazione si colloca a naturale conclusione di un procedimento con finalità prettamente programmatiche, diretto a valutare la compatibilità del progetto di costruzione di nuove strutture, trasformazione o adattamento di strutture già esistenti, rispetto al fabbisogno complessivo d'assistenza e alla localizzazione territoriale dei presidi, al fine di facilitare l'accesso dei cittadini ai servizi;

CONSIDERATO, altresì, che la legge regionale n.4/03 rappresenta, insieme al Piano Sanitario Regionale ed agli atti di autonomia aziendale, un fondamentale strumento di programmazione dell'offerta di servizi, principalmente indirizzato ad assicurare livelli essenziali di assistenza e, nel contempo, consentire la libera scelta al cittadino rispetto al proprio bisogno sanitario, garantendo uno standard omogeneo di qualità;

RITENUTO, quindi, necessario fissare, ai sensi dell'art.4, commi 1 e 2, della L.R. n.4/03, i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi specifici per:

- le strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative;
- le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuzie e/o post acuzie;
- le strutture che erogano prestazioni in regime residenziale e semi residenziale; gli stabilimenti termali; gli studi odontoiatrici medici e di altre professioni sanitarie che erogano prestazioni di chirurgia ambulatoriale o svolgono procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o comportanti un rischio per la sicurezza del paziente nonché strutture esclusivamente dedicate ad attività diagnostiche;
- le attività di assistenza domiciliare;

VISTA la legge regionale 28 dicembre 2004, n. 21, concernente: "Disposizioni in materia di protezione dalle radiazioni ionizzanti";

VISTO il DPCM 22 dicembre 1989 "Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni e delle province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti, non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali";

VISTA la deliberazione del Consiglio Regionale 11 maggio 1994, n.1004 "Sistema di Emergenza Lazio Soccorso 118";

VISTA la propria deliberazione 8 luglio 1997, n.4238 "Legge 18 luglio 1996, n.382 - Piano di ristrutturazione della rete ospedaliera regionale nel triennio 1997 - 1999";

VISTA la propria deliberazione 3 marzo 1998, n.619 "Piano regionale in materia di nefrologia e dialisi";



424 14 LUG. 2006

llg

VISTA la propria deliberazione n.914 del 24 marzo 1998 "Regolamento dei requisiti per l'apertura e l'esercizio dei presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale", con la quale sono stati recepiti in materia i requisiti strutturali tecnologici e organizzativi previsti dal DPR 14 gennaio 1997, ivi compresi i requisiti minimi strutturali e tecnologici generali;

TENUTO CONTO, al riguardo, che il Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio, con propria sentenza n.5695/04, ha annullato l'allegato C "Direzione Tecnica" della succitata DGR n.914/98, nella parte in cui dispone che la direzione tecnica dei presidi ambulatoriali di recupero di rieducazione funzionale possa essere affidata a laureati in medicina iscritti all'albo professionale con una "anzianità di servizio di cinque anni nella corrispondente branca specialistica";

VISTA la propria deliberazione 15 febbraio 2000, n.351 "Criteri per l'autorizzazione al funzionamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale";

VISTA, al riguardo, la propria deliberazione n.252 del 21 marzo 2003, successivamente integrata dalla DGR n.1181 del 14 novembre 2003, con la quale è stato recepito il succitato DPR 14 gennaio 1997, per quel che concerne i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi relativi all'esercizio delle attività sanitarie da parte dei presidi di tutela della salute mentale, ivi compresi le Strutture Semiresidenziali Psichiatriche, i Centri Diurni Psichiatrici e le strutture di Day - Hospital Psichiatrico;

VISTA la propria deliberazione 11 aprile 2000, n.1269 "Ambulatorio chirurgico, definizione dei requisiti per autorizzare la realizzazione di strutture per l'esercizio di attività sanitarie e per l'accreditamento";

RILEVATO che, nel corso della seduta della Conferenza Stato-Regioni del 23 settembre 2004, è stato sancito l'Accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in ordine alla definizione dei requisiti per l'autorizzazione all'apertura ed esercizio degli stabilimenti termali;

VISTA la propria deliberazione n.423 del 25 marzo 2005 "Preso d'atto dell'accordo tra il Ministro della Salute e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano di approvazione delle linee guida per la regolamentazione delle attività chirurgiche effettuabili in regime di ricovero diurno (Day Surgery)";

TENUTO CONTO che, successivamente all'emanazione del DPR 14 gennaio 1997, è intervenuta nuova normativa in materia di requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi specifici per quel che concerne ulteriori strutture sanitarie e socio - sanitarie, al fine di integrare e completare il quadro generale del settore ed in particolare:

- l'atto d'intesa, adottato su proposta dei Ministri della Sanità e della Solidarietà Sociale con Provvedimento della Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 5 agosto 1999, concernente "Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso";
- il DPCM 1 settembre 2000 recante "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie relative alla medicina trasfusionale";



424 14 LUG. 2006 *lu*

- il DPCM 20 gennaio 2000 "Atto d'indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative";
- la DGR n.37 del 9 gennaio 2001 concernente "Programma regionale per la realizzazione di strutture residenziali per malati terminali "hospice", ai sensi dell'art.1 legge n.39 del 26/02/1999";

RITENUTO, al riguardo, necessario integrare l'elenco di cui al DPR 14 gennaio 1997, fissando i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi specifici per ulteriori strutture sanitarie e socio - sanitarie, disciplinate da normative intervenute successivamente a predetto decreto ovvero non disciplinate da normativa nazionale e regionale nonché per servizi non compresi tra le tipologie previste dai LEA e servizi non disciplinati da normativa nazionale e/o regionale né ricompresi all'interno dei L.E.A., così come di seguito riportate:

- servizi oggetto di normativa intervenuta successivamente all'emanazione del DPR 14 gennaio 1997:
 - hospice;
 - servizi trasfusionali;
 - servizi per tossicodipendenti;
- servizi non disciplinati da normativa nazionale e regionale:
 - assistenza domiciliare;
- servizi non compresi tra le tipologie previste dai L.E.A.:
 - medicina estetica;
- servizi non disciplinati da normativa nazionale e/o regionale né ricompresi all'interno dei L.E.A.:
 - ospedale di Comunità
 - studi ed ambulatori odontoiatrici



PREMESSA la particolare complessità del sistema regionale, sia dal punto di vista della numerosità dei soggetti operanti sul territorio, che della particolare natura e vocazione di molti di loro;

RITENUTO opportuno, al riguardo, elaborare un particolare modello di rilevazione e di individuazione dei requisiti che, prendendo le mosse dagli aspetti generali, sia finalizzato all'individuazione degli aspetti specifici di ciascun servizio;

CONSIDERATO che, dal punto di vista metodologico, la Direzione Regionale "Programmazione Sanitaria e Tutela della Salute" dell'Assessorato alla Sanità, al fine di procedere all'individuazione dei requisiti in argomento, ha provveduto:

- ad esaminare la documentazione già presente agli atti, con particolare riferimento a quanto prodotto dalla commissione di studio di cui alla DGR n. 163 del 31 gennaio 2001;
- ad acquisire ed analizzare anche in via comparativa:
 - la normativa regionale e nazionale di settore;
 - specifici documenti ed atti significativi, ancorché non formalizzati, a livello nazionale;
 - gli atti e la documentazione prodotta dai gruppi di lavoro di cui alle deliberazioni di Giunta Regionale n. 164 del 31 gennaio 2001 (odontoiatria), n. 183 del 6 febbraio 2001 (AIDS), n. 620 del 2 maggio 2001 (tossicodipendenza).

CONSIDERATO altresì che detta struttura si è avvalsa dell'apporto, delle osservazioni e della documentazione forniti:

424 14 LUG. 2006 *des*



- dalle Aziende sanitarie;
- dall'Agenzia di Sanità Pubblica;
- dalla Commissione Regionale Unica per la Salute Mentale (CRUSAM);
- dalla Commissione Regionale per l'Emergenza;
- dalla Commissione Regionale per la Dialisi;
- dalla Commissione Regionale per l'Odontoiatria;
- da gruppi di lavoro informalmente costituiti nonché da singoli esperti di settore dipendenti dalle aziende sanitarie, per particolari aree d'intervento (ad esempio la tossicodipendenza);
- dai rappresentati delle strutture private maggiormente rappresentative della Regione Lazio.

PRESO ATTO che l'allegato documento è il risultato di una attenta rivisitazione del sistema finalizzata, tenendo conto dei requisiti preventivamente dettati a livello nazionale e della situazione già esistente sul territorio, all'individuazione di necessari ed adeguati strumenti di riqualificazione del settore, allo scopo di conseguire l'obiettivo di una sempre maggior rispondenza dell'offerta di servizi con i bisogni manifestati dal cittadino;

TENUTO CONTO, al riguardo, che:

- detto documento, sulla base del combinato disposto del DPR 14 gennaio 1997 e della succitata specifica disciplina successivamente intervenuta a livello nazionale, ha rappresentato l'occasione per una puntuale ed analitica declaratoria di tutte le tipologie assistenziali attualmente operanti sul territorio regionale, a partire da quelle ospedaliere fino a giungere a quelle territoriali;
- è stata posta particolare attenzione non solamente alle tipologie assistenziali per le quali sia già intervenuta specifica disciplina, ma anche a quelle attualmente in fase sperimentale ovvero di primo avvio sul territorio regionale: per tutte, dalle più tradizionali alle più innovative, il documento stabilisce i requisiti minimi autorizzativi strutturali tecnologici ed organizzativi;
- detto documento, dunque, non può e non vuole essere soltanto un, seppur necessario, mero e statico provvedimento onnicomprensivo di recepimento di disposizioni emanate a livello nazionale, ma divenire il coronamento del difficile percorso intrapreso dalla Regione Lazio tutto teso al raggiungimento di una stretta e quanto mai proficua compenetrazione tra i contenuti fissati a livello generale dal DPR 14 gennaio 1997 e dalla successiva normativa di riferimento e la particolare complessità del sistema regionale, sia dal punto di vista della numerosità dei soggetti operanti sul territorio, che della particolare natura e vocazione di molti di loro;

CONSIDERATO che, alla luce di detta impostazione, la normativa di livello nazionale è stata intesa non certo come un limite invalicabile, quanto piuttosto come l'indispensabile traccia da seguire sulla quale inserire di volta in volta particolari obiettivi di specifico interesse regionale, quali ad esempio:

- favorire, attraverso una indispensabile riorganizzazione e semplificazione del settore, l'approccio dei soggetti interessati ai procedimenti in parola, sia pubblici che privati;
- predisporre adeguate modalità di interrelazione tra tutti gli operatori del settore;
- valorizzare il ruolo del sistema informativo all'interno del quadro di riferimento;

TENUTO CONTO che, stante l'estrema rilevanza del documento in parola e la conseguente opportunità di condividerlo con tutti i referenti del Servizio Sanitario

424 14 LUG. 2006 lu

Regionale, sono stati coinvolti nel procedimento de quo, oltre ai responsabili delle aziende sanitarie, dei policlinici universitari e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, anche i rappresentanti delle strutture private operanti in ambito regionale e di tutte le associazioni di categoria interessate.

CONSIDERATO che tutti i soggetti coinvolti, ognuno secondo le proprie competenze, hanno fatto pervenire all'Assessorato alla Sanità specifiche osservazioni e contributi in merito, di alcuni dei quali si è tenuto conto in sede di stesura definitiva del provvedimento in argomento, rinviando gli altri alla successiva fase dell'accreditamento istituzionale;

CONSIDERATO, inoltre, che numerose parti del testo – quali quelle relative al "Sistema Emergenza", ai "Presidi di Dialisi", all'"Assistenza Specialistica Odontoiatrica" – sono state preventivamente e puntualmente condivise con tutte le componenti istituzionalmente rappresentate all'interno delle rispettive competenti Commissioni regionali.

PREMESSO che:

- dal punto di vista strettamente contenutistico, l'articolazione interna dei capitoli e dei paragrafi del documento deriva da una precisa scelta operativa posta in essere dall'Amministrazione allo scopo di valorizzare, in questa prima fase del percorso di eccellenza, un approccio di tipo analitico per singole tipologie di strutture o di attività, al fine di consentire una collocazione organica delle stesse all'interno del sistema e, nel contempo, permettere un compiuto ed approfondito esame delle peculiari caratteristiche di ciascuna;
- successivamente, in sede di predisposizione del documento relativo ai requisiti per l'accreditamento istituzionale, verrà utilizzata una differente metodologia, basata sull'approfondimento degli specifici aspetti del percorso assistenziale del paziente, finalizzato prioritariamente a garantire la continuità, l'appropriatezza e l'efficacia delle cure, in relazione alle diverse tipologie di assistiti;
- tale scelta consapevole è dovuta all'imprescindibile esigenza, da un lato, di mantenere quanto più possibile inalterato l'impianto delineato dal Legislatore nazionale all'interno del DPR 14 gennaio 1997, dall'altro di conciliare quest'ultimo con la particolarità e peculiarità dell'offerta di servizi sanitari operanti all'interno della nostra realtà regionale;

RILEVATO, altresì, che il testo dell'allegato documento si articola in una prima parte introduttiva contenente i requisiti di carattere generale comuni a tutte le strutture sanitarie e socio sanitarie trattate nel volume, alla quale fa seguito la trattazione delle singole tipologie suddivise per aree assistenziali di riferimento: ospedaliera (a sua volta suddivisa in acuzie e post acuzie), ambulatoriale, residenziale e domiciliare, alle quali vanno ad aggiungersi gli stabilimenti termali e gli studi odontoiatrici, medici e delle altre professioni sanitarie di cui all'art. 4, comma 1, della L.R. n. 4/03;

DATO ATTO che:

- uno specifico schema di deliberazione di oggetto analogo a quello del presente provvedimento è stato già sottoposto all'esame dell'Esecutivo regionale nel corso della seduta del 30 luglio 2004;
- il Segretario della Giunta Regionale, con nota n.260063 del 2 agosto 2004, ha provveduto a trasmettere al Presidente del Consiglio Regionale il predetto schema di deliberazione allo scopo di acquisire, ai sensi dell'art.5, comma 1, lett.a) della L.R. n.4/03 e successive modificazioni, il parere della competente commissione consiliare in materia di sanità;



424 14 LUG 2006 *ll*

- la predetta commissione consiliare non ha rilasciato il parere di competenza in tempo utile a consentire alla Giunta Regionale l'approvazione del provvedimento prima del rinnovo degli Organi di governo della Regione Lazio;

TENUTO CONTO che il documento, allegato e parte integrante della presente deliberazione, presenta, rispetto a quello del luglio dello scorso anno, modificazioni non sostanziali ed aggiornamenti, in funzione sia del naturale evolversi della normativa di riferimento che del lavoro di revisione e correzione del testo effettuato nel corso dell'anno da parte della competente struttura dell'Assessorato alla Sanità;

CONSIDERATA dunque l'esigenza, in concomitanza con la ripresa a pieno regime dei lavori del Consiglio Regionale ed in particolare della Commissione permanente "Sanità", di dare nuovo impulso alla fase conclusiva dell'iter procedimentale relativo all'approvazione del documento concernente i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi in materia di autorizzazioni alla realizzazione ed all'esercizio di strutture sanitarie e socio sanitarie, quale necessario momento iniziale del percorso di attuazione del dettato della L.R. n.4/03 e successive modificazioni ed integrazioni;

EVIDENZIATO a tal proposito che:

- ai sensi del sopra richiamato l'art.5, comma 1, lett. a), della L.R. n.4/03 e successive modificazioni ed integrazioni, il documento in parola deve essere preventivamente sottoposto all'esame della predetta Commissione consiliare, allo scopo di acquisirne il vincolante parere di competenza;
- l'esame del documento in sede di Commissione, ed il conseguente confronto con tutte le istanze in detto organismo rappresentante, costituisce il punto di arrivo dell'iter istruttorio intrapreso dalla competente struttura dell'Assessorato alla Sanità, presso il quale far convergere ogni ulteriore osservazione in merito al contenuto dell'atto stesso, al fine di procedere agli eventuali finali aggiustamenti del caso;

ACQUISITO in data 6 Luglio 2006 il parere della competente Commissione consiliare, ai sensi dell'art.5, comma 1, lett.a) della L.R. n.4/03 e successive modificazioni; *ll*

RITENUTO pertanto di approvare, ai sensi dell'art.5, comma 1, lett. a), della L.R. n.4/03 così come modificato dalla L.R. n.2/04, l'allegato documento da considerarsi parte integrante del presente provvedimento, concernente l'individuazione dei "Requisiti minimi autorizzativi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture sanitarie e socio sanitarie" per il rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione ed all'esercizio delle strutture sanitarie e socio sanitarie di cui all'elenco previsto dall'art.4 della L.R. n.4/03, opportunamente integrato dalle ulteriori strutture e servizi, operanti sul territorio regionale;

all'unanimità,

DELIBERA



per le motivazioni espresse in premessa, che si intendono integralmente richiamate:

- di approvare, ai sensi dell'art.5, comma 1, lett. a), della L.R. n.4/03 così come modificato dalla L.R. n.4/04, l'allegato documento, composto di ~~n.258~~ 26 pagine, da

ll

26 ll

424 14 LUG. 2006 *lu*

considerarsi parte integrante del presente provvedimento, concernente l'individuazione dei "Requisiti minimi autorizzativi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture sanitarie e socio sanitarie" per il rilascio delle autorizzazioni ~~alla realizzazione ed~~ all'esercizio delle strutture sanitarie e socio sanitarie di cui all'elenco previsto dall'art.4 della L.R. n.4/03, opportunamente integrato dalle ulteriori strutture e servizi, operanti sul territorio regionale.

Il presente provvedimento verrà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

IL PRESIDENTE: F.to Pietro MARRAZZO
IL SEGRETARIO: F.to Domenico Antonio CUZZUPI

31 LUG. 2006





Regione Lazio

ALLEG. alla DELIB. N. 424 lu
DEL 14 LUG. 2005

Assessorato alla Sanità

Legge regionale 3 marzo 2003, n.4 "Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali" e successive modificazioni ed integrazioni - Requisiti minimi autorizzativi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture sanitarie e socio sanitarie (art.5, comma 1, lett. a), L. R. n.4/03)

Aspetti Strutturali



Aspetti Tecnologici



Aspetti Organizzativi



Dipartimento Sociale

Direzione Regionale "Tutela della Salute e Sistema Sanitario Regionale"
Area "Autorizzazione e Accreditamento"

INDICE

ALLEG. alla DELIB. N. 424
DEL 14/07/2006

PREMESSA 7

REQUISITI DI CARATTERE GENERALE PER TUTTE LE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO SANITARIE 15

0.1 REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI 15

0.2. REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI 17

0.3 SISTEMA INFORMATIVO 23

1. STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO E DIURNO PER ACUZIE 24

1.0. REQUISITI DI CARATTERE GENERALE 25

1.0.1 Requisiti Strutturali e Tecnologici 25

1.0.2. Requisiti Organizzativi 26

1.1. SISTEMA EMERGENZA 28

1.1.1. PRONTO SOCCORSO OSPEDALIERO 31

1.1.1.1. Requisiti strutturali 31

1.1.1.2. Requisiti impiantistici 31

1.1.1.3. Requisiti Organizzativi 32

1.1.2. MEDICINA D'URGENZA E P.S. IN D.E.A. DI 1° LIVELLO 33

1.1.2.1. Requisiti Strutturali 34

1.1.2.2. Requisiti Impiantistici 34

1.1.2.3. Requisiti Organizzativi 35

1.1.3. MEDICINA D'URGENZA E P.S. IN D.E.A. II° LIVELLO 36

1.1.3.1. Requisiti strutturali 39

1.1.3.2. Requisiti Impiantistici 39

1.1.3.3. Requisiti Organizzativi 40

1.1.4. RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA 43

1.1.4.1. Requisiti Strutturali 43

1.1.4.2. Requisiti Tecnologici 43

1.1.4.3. Requisiti Organizzativi 44

1.1.4.4. Requisiti Strutturali e Tecnologici dell'Area di Sorveglianza 47

1.1.5. UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA (U.T.I.C.) 48

1.1.5.1. Requisiti Strutturali 49

1.1.5.2. Requisiti Tecnologici 49

1.1.5.3. Requisiti Funzionali ed Organizzativi 50

1.1.6. SERVIZIO DI EMODINAMICA 52

1.1.6.1. Requisiti Strutturali 54

1.1.6.2. Requisiti Tecnologici 54

1.1.6.3. Requisiti Organizzativi 55

1.1.7. UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA NEONATALE (U.T.I.N.) 57

1.1.7.1. Requisiti Strutturali 58

1.1.7.2. Requisiti tecnologici 59

1.1.7.3. Requisiti organizzativi 59

1.1.8. UNITÀ DI TRATTAMENTO NEUROVASCOLARE (U.T.N.) 61

1.1.8.1. UNITÀ DI TRATTAMENTO NEUROVASCOLARE 63

1.1.8.1.1. Requisiti Strutturali 63

1.1.8.1.2. Requisiti tecnologici 63

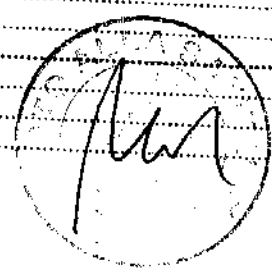
1.1.8.1.3. Requisiti organizzativi 64

1.1.9. PUNTI DI PRIMO INTERVENTO 64

1.1.9.1. Requisiti Strutturali 66

1.1.9.2. Requisiti Tecnologici 66

1.1.9.3. Requisiti Organizzativi 66



1.1.10. TRASPORTO INFERMI.....	68
1.1.10.1. Autoambulanza di trasporto.....	68
1.1.10.2. Autoambulanza di soccorso di base.....	68
1.1.10.3. Autoambulanza di soccorso avanzato, di soccorso avanzato di base ed eliambulanza.....	69
1.1.10.4. Mezzo di soccorso avanzato su autovettura.....	71
1.1.10.5. Servizio Trasporto Emergenza Neonatale (S.T.E.N.).....	72
1.2. AREA DI DEGENZA PER I RICOVERI A CICLO CONTINUATIVO.....	74
1.2.1. Requisiti Strutturali.....	74
1.2.2. Requisiti Impiantistici Tecnologici.....	75
1.2.3. Requisiti Organizzativi.....	76
1.2.4. Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (S.P.D.C.).....	76
1.2.4.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici.....	77
1.2.4.2. Requisiti Organizzativi.....	77
1.3. AREA DI DEGENZA PER RICOVERI A CICLO DIURNO (DAY HOSPITAL).....	79
1.3.1. Requisiti Strutturali.....	79
1.3.2. Requisiti Tecnologici.....	79
1.3.3. Requisiti Organizzativi.....	80
1.4. AREA DI DEGENZA PER RICOVERI A CICLO DIURNO (DAY SURGERY).....	81
1.4.1. Requisiti Strutturali.....	83
1.4.2. Requisiti Tecnologici.....	83
1.4.3. Requisiti Organizzativi.....	84
1.5. REPARTO OPERATORIO.....	86
1.5.1. Requisiti Strutturali.....	86
1.5.2. Requisiti Tecnologici.....	87
1.5.3. Requisiti Organizzativi.....	89
1.6. PUNTO NASCITA - BLOCCO PARTO.....	91
1.6.1. Requisiti Strutturali.....	91
1.6.2. Requisiti Tecnologici.....	92
1.6.3. Requisiti Organizzativi.....	93
1.7. MEDICINA NUCLEARE.....	95
1.7.1. Requisiti Strutturali.....	95
1.7.2. Requisiti Tecnologici.....	95
1.7.3. Requisiti Organizzativi.....	96
1.8. ATTIVITA' DI RADIOTERAPIA.....	98
1.8.1. Requisiti Strutturali.....	98
1.8.2. Requisiti Tecnologici.....	98
1.8.3. Requisiti Organizzativi.....	103
1.9. DIALISI OSPEDALIERA.....	105
1.9.1. Centri di Riferimento.....	105
1.9.1.1. Area di Degenza Autonoma.....	106
1.9.1.2. Centri di dialisi a collocazione intraospedaliera.....	107
1.9.1.3. Area Ambulatoriale e/o di Day Hospital.....	107
1.9.2. Servizi di Nefrologia e Dialisi.....	107
1.10. ATTIVITA' TRASFUSIONALI.....	108
1.10.1. SERVIZI DI IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE.....	108
1.10.1.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici Specifici.....	108
1.10.1.2. Requisiti Organizzativi Specifici.....	109
1.10.2. FRIGOEMOTECHE.....	111
1.10.2.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici.....	111
1.10.2.2. Requisiti Organizzativi.....	111
1.11. GESTIONE FARMACI E MATERIALE SANITARIO.....	113
1.11.1. Requisiti Strutturali e Organizzativi.....	113
1.11.2. Requisiti Tecnologici.....	114
1.11.3. Loculi adibiti a immagazzinamento, preparazione e somministrazione di chemioterapici antitumorali.....	114

SERVIZI GENERALI DI SUPPORTO	116
1.12. SERVIZIO CUCINA.....	116
1.12.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici.....	116
1.12.2. Requisiti Organizzativi.....	117
1.13. SERVIZIO LAVANDERIA.....	117
1.13.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici.....	117
1.13.2. Requisiti Organizzativi.....	118
1.14. SERVIZIO DI STERILIZZAZIONE.....	118
1.14.1. Requisiti Strutturali.....	118
1.14.2. Requisiti Tecnologici.....	119
1.14.3. Requisiti Organizzativi.....	120
1.15. SERVIZIO DI DISINFEZIONE.....	120
1.15.1. Requisiti Strutturali.....	120
1.15.2. Requisiti Tecnologici.....	121
1.15.3. Requisiti Organizzativi.....	122
1.16. SERVIZIO MORTUARIO.....	122
1.16.1. Requisiti Strutturali.....	122
1.16.2. Requisiti Tecnologici.....	123
2. STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO PER POST- ACUZIE	123
2.0. REQUISITI GENERALI.....	123
2.0.1. Requisiti Strutturali Generali.....	124
2.0.2. Requisiti Tecnologici Generali.....	125
2.0.3. Requisiti Organizzativi Generali.....	126
2.1. LUNGODEGENZA MEDICA (RIABILITAZIONE INTERMEDIA O ESTENSIVA).....	128
2.1.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici.....	128
2.1.2. Requisiti Organizzativi.....	130
2.2. LUNGODEGENZA ALTA INTENSITA' L.A.I.	130
2.2.1. Requisiti Strutturali.....	131
2.2.2. Requisiti tecnologici.....	131
2.2.3. Requisiti organizzativi.....	132
2.3. RIABILITAZIONE INTENSIVA.....	132
2.3.1. Requisiti Strutturali.....	132
2.3.2. Requisiti Tecnologici.....	133
2.3.3. Requisiti Organizzativi.....	133
2.4. DAY HOSPITAL RIABILITATIVO.....	135
2.4.1. Requisiti Strutturali Tecnologici e Organizzativi.....	136
2.5. ALTE SPECIALITA' RIABILITATIVE.....	137
2.5.1. UNITA' SPINALI.....	138
2.5.1.1. Requisiti Strutturali.....	141
2.5.1.2. Requisiti Tecnologici.....	142
2.5.1.3. Requisiti Organizzativi.....	143
2.5.2. RIABILITAZIONE AD ALTA INTENSITA' (R.A.I.).....	145
2.5.2.1. Requisiti Strutturali.....	147
2.5.2.2. Requisiti Tecnologici.....	148
2.5.2.3. Requisiti Organizzativi.....	149
2.5.3. UNITA' PER LA RIABILITAZIONE DELLE GRAVI DISABILITA' IN ETÀ EVOLUTIVA (U.D.G.F.E.).....	151
2.5.3.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici.....	151
2.5.3.2. Requisiti Organizzativi.....	151
2.5.4. ALTA SPECIALITA' NEURORIABILITATIVA (A.S.Ne.).....	153
2.5.4.1. Requisiti Strutturali.....	155
2.5.4.2. Requisiti Tecnologici.....	155
2.5.4.3. Requisiti Organizzativi.....	156

3. STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA IN REGIME AMBULATORIALE.....	158
3.0. AMBULATORI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA.....	158
3.0.1. Requisiti Strutturali.....	158
3.0.2. Requisiti Impiantistici.....	159
3.0.3. Requisiti Tecnologici.....	159
3.0.4. Requisiti Organizzativi.....	161
3.1. PRESIDI DI LABORATORIO.....	162
3.1.1. PRESIDI DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO.....	163
3.1.1.1. Requisiti Strutturali.....	164
3.1.1.2. Requisiti Tecnologici.....	165
3.1.2. LABORATORI GENERALI DI BASE CON SETTORI SPECIALIZZATI.....	167
3.1.2.1. Requisiti Organizzativi.....	167
3.1.3. LABORATORIO DI CITOISTOLOGIA.....	167
3.1.3.1. Requisiti Strutturali.....	167
3.1.3.2. Requisiti Tecnologici.....	168
3.1.3.3. Requisiti Organizzativi.....	169
3.2. PRESIDI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI.....	169
3.2.1. Requisiti Strutturali.....	169
3.2.2. Requisiti Tecnologici.....	170
3.2.3. Requisiti Organizzativi.....	172
3.3. PRESIDI DI RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE.....	172
3.3.1. Requisiti Strutturali.....	173
3.3.2. Requisiti Tecnologici ed impiantistici.....	173
3.3.3. Requisiti Organizzativi.....	175
3.4. CENTRI AMBULATORIALI DI RIABILITAZIONE (ex art. 26 della L. 833/78).....	175
3.4.1. Requisiti minimi Strutturali.....	176
3.4.2. Requisiti minimi Tecnologici ed Impiantistici.....	177
3.4.3. Requisiti minimi Organizzativi.....	180
3.5. PRESIDI DI DIALISI.....	180
3.5.1. CENTRO DIALISI AMBULATORIALE.....	180
3.5.1.1. Requisiti Strutturali.....	181
3.5.1.2. Requisiti Tecnologici Impiantistici.....	184
3.5.1.3. Requisiti Organizzativi.....	184
3.5.2. UNITÀ DI DIALISI DECENTRATE PER ANZIANI (U.D.D.A.).....	184
3.5.2.1. Requisiti strutturali, tecnologici ed impiantistici.....	185
3.5.2.2. Requisiti specifici organizzativi.....	185
3.5.3. UNITÀ DI DIALISI DECENTRATE (U.D.D.).....	185
3.5.3.1. Requisiti strutturali, tecnologici ed impiantistici.....	185
3.5.3.2. Requisiti organizzativi specifici.....	186
3.6. CENTRO AMBULATORIALE PER IL TRATTAMENTO DELLE PERSONE IN STATO DI DIPENDENZA.....	186
3.6.1. Requisiti Strutturali.....	186
3.6.2. Requisiti Tecnologici.....	186
3.6.3. Requisiti Organizzativi.....	188
3.7. CONSULTORIO FAMILIARE.....	188
3.7.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici.....	188
3.7.2. Requisiti Organizzativi.....	189
3.8. CENTRI AMBULATORIALI DI TERAPIA IPERBARICA.....	189
3.8.1. Requisiti Strutturali e Impiantistici.....	189
3.8.2. Requisiti Tecnologici.....	191
3.8.3. Requisiti Organizzativi.....	192
3.9. CENTRO DI SALUTE MENTALE.....	193
3.9.1. Requisiti Minimi Strutturali e Tecnologici.....	193
3.9.2. Requisiti Minimi Organizzativi.....	194

4. STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE	195
4.1. RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (R.S.A.).....	195
4.1.1. R.S.A. IN REGIME DI RESIDENZIALITÀ.....	195
4.1.1.1. Requisiti Strutturali.....	197
4.1.1.2. Requisiti Tecnologici.....	197
4.1.1.3. Requisiti Organizzativi.....	199
4.1.2. R.S.A. IN REGIME DI SEMIRESIDENZIALITÀ.....	200
4.1.2.1. Requisiti Strutturali.....	205
4.1.2.2. Requisiti Tecnologici.....	205
4.1.2.3. Requisiti Organizzativi.....	206
4.1.3. RESIDENZE PROTETTE (R.P.).....	207
4.1.3.1. RESIDENZE PROTETTE (R.P.) IN REGIME DI RESIDENZIALITÀ'.....	208
4.1.3.1.1. Requisiti Strutturali.....	209
4.1.3.1.2. Requisiti tecnologici.....	209
4.1.3.1.3. Requisiti Organizzativi.....	210
4.2. PRESIDI DI RIABILITAZIONE FUNZIONALE A FAVORE DI PERSONE PORTATRICI DI DISABILITÀ FISICHE PSICHICHE E SENSORIALI (ex art.26 L. 833/78).....	214
4.2.1. PRESIDI DI RIABILITAZIONE IN REGIME RESIDENZIALE.....	214
4.2.1.1. Requisiti Strutturali.....	214
4.2.1.2. Requisiti Tecnologici ed impiantistici.....	217
4.2.1.3. Requisiti Organizzativi.....	218
4.2.2. PRESIDI DI RIABILITAZIONE IN REGIME SEMIRESIDENZIALE.....	221
4.2.2.1. Requisiti Strutturali.....	221
4.2.2.2. Requisiti Tecnologici.....	222
4.2.2.3. Requisiti Organizzativi.....	223
4.3. STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE.....	224
4.3.1. Requisiti minimi Strutturali.....	225
4.3.2. Requisiti minimi Organizzativi.....	226
4.4. CENTRI DIURNI PSICHIATRICI E DAY HOSPITAL PSICHIATRICI.....	230
4.4.1. Requisiti minimi Strutturali del centro diurno.....	231
4.5. CENTRI RESIDENZIALI PER CURE PALLIATIVE (HOSPICE).....	233
4.5.1. Requisiti Strutturali.....	233
4.5.2. Requisiti Tecnologici.....	235
4.5.3. Requisiti Organizzativi.....	235
4.6. CASE ALLOGGIO PER PERSONE CON HIV E/O AIDS.....	237
4.6.1. Requisiti Strutturali.....	237
4.6.2. Requisiti Organizzativi.....	237
4.7. STRUTTURE PER LA CURA E RIABILITAZIONE DELLE PERSONE IN STATO DI DIPENDENZA.....	240
4.7.1. STRUTTURE RESIDENZIALI.....	240
4.7.1.1. Requisiti Strutturali.....	240
4.7.1.2. Requisiti Tecnologici.....	241
4.7.1.3. Requisiti Organizzativi.....	241
4.7.2. STRUTTURE SEMI RESIDENZIALI.....	243
4.7.2.1. Requisiti Strutturali.....	243
4.7.2.2. Requisiti Tecnologici.....	243
4.7.2.3. Requisiti Organizzativi.....	244
4.8. OSPEDALE DI COMUNITÀ'.....	246
4.8.1. Requisiti Strutturali Generali.....	246
4.8.2. Requisiti Tecnologici Generali.....	247
4.8.3. Requisiti Organizzativi Generali.....	248
5. STABILIMENTI TERMALI	250
5.1. Requisiti Strutturali Tecnologici ed Organizzativi.....	250

5.2. Requisiti specifici per l'erogazione dei cicli di cura della riabilitazione neuromotoria e della rieducazione motoria del motuleso e della riabilitazione della funzione respiratoria	251
6. STUDI ODONTOIATRICI, MEDICI E DI ALTRE PROFESSIONI SANITARIE.....	253
6.1. ASSISTENZA SPECIALISTICA ODONTOIATRICA.....	253
6.1.1. STUDIO ODONTOIATRICO.....	253
6.1.1.1. Requisiti Strutturali e Impiantistici.....	253
6.1.1.2. Requisiti Organizzativi.....	254
6.1.2. AMBULATORIO ODONTOIATRICO	256
6.1.2.1. Requisiti Strutturali e Impiantistici.....	256
6.1.2.2. Requisiti Organizzativi	257
6.3. CENTRI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE.....	258
6.3.1. Requisiti Strutturali	258
6.3.2. Requisiti Tecnologici.....	259
6.3.3. Requisiti Organizzativi	260
6.4. STUDI DI MEDICINA ESTETICA.....	261
6.4.1. Requisiti Strutturali.....	261
6.4.2. Requisiti Tecnologici.....	262
6.4.3. Requisiti Organizzativi	262
7. SERVIZI PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE.....	264
7.0. REQUISITI GENERALI.....	264
7.0.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici Generali.....	265
7.0.2. Requisiti Organizzativi generali e documentazione relativa	265
7.1. SERVIZI RIVOLTI A PERSONE PARZIALMENTE, TEMPORANEAMENTE O TOTALMENTE NON AUTOSUFFICIENTI.....	268
7.1.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici specifici	268
7.1.2. Requisiti Organizzativi specifici.....	268
7.2. SERVIZI A FAVORE DI PERSONE DISABILI CHE NECESSITANO DI RIABILITAZIONE NELLA FORMA ESTENSIVA E DI MANTENIMENTO (ex art. 26 L. 833/78).....	270
7.2.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici specifici	270
7.2.2. Requisiti Organizzativi specifici.....	270
7.3. SERVIZI A FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA HIV E AIDS.....	272
7.3.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici.....	272
7.3.2. Requisiti Organizzativi	272
7.4. SERVIZI A FAVORE DI PAZIENTI TERMINALI ONCOLOGICI E NON.....	274
7.4.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici.....	274
7.4.2. Requisiti Organizzativi	274
7.5. SERVIZI A FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISTURBI MENTALI	276
7.6. SERVIZI A FAVORE DI PERSONE IN STATO DI DIPENDENZA.....	277
7.6.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici.....	277
7.6.2. Requisiti Organizzativi	278

PREMESSA

Nel nostro Paese, l'accreditamento è oggi il momento centrale di un procedimento tecnico-amministrativo complesso, che il decreto legislativo n. 229 del 1999 ha ridefinito, recando innovazioni alla precedente disciplina formulata prima con il decreto legislativo n. 502 del 1992 e poi con la legge n. 724 del 1994, articolandone lo svolgimento in quattro distinte fasi: l'autorizzazione alla realizzazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie, l'accreditamento istituzionale e gli accordi contrattuali.

In detto contesto normativo generale, ha costituito un momento di autentica svolta l'emanazione del DPR 14 gennaio 1997 *"Atto di indirizzo e coordinamento sui requisiti minimi di carattere strutturale, tecnologico e organizzativo per l'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria"*. Tale provvedimento, infatti, attraverso la valorizzazione del principio dell'uniformità a livello nazionale della disciplina minima sui requisiti e l'introduzione del principio secondo il quale anche le strutture pubbliche sono soggette alla procedura di autorizzazione per l'esercizio dell'attività sanitaria, ha determinato un forte impatto sul sistema sanitario del Paese.

Il quadro normativo generale del settore è stato poi opportunamente integrato e completato dall'emanazione di provvedimenti concernenti specifiche tipologie di strutture sanitarie e socio-sanitarie non disciplinate dal predetto DPR 14 gennaio 1997. Al riguardo si segnalano in particolare:

- l'atto d'intesa, adottato su proposta dei Ministri della Sanità e della Solidarietà Sociale con Provvedimento della Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 5 agosto 1999, concernente *"Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso"*;
- il D.P.C.M. 1 settembre 2000 recante *"Atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie relative alla medicina trasfusionale"*;
- il D.P.C.M. 20 gennaio 2000 *"Atto d'indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative"*.

Nella Regione Lazio sono stati definiti, in più fasi, i requisiti minimi per l'esercizio di alcune tipologie di attività, quali ad esempio i presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale (D.G.R. n. 914/98), i centri di dialisi nell'ambito del piano di nefrologia e dialisi (D.G.R. n. 619/98), l'assistenza ai malati terminali - hospice, l'assistenza domiciliare a specifiche categorie di cittadini.

Nell'anno 2000 sono stati approvati i requisiti minimi e quelli ulteriori per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture che svolgono attività di chirurgia ambulatoriale, che comprendono l'insieme delle attività chirurgiche, di radiologia interventistica, endoscopia interventistica e le

altre attività diagnostiche di minima e media invasività, che non prevedono alcuna degenza nel periodo post operatorio (D.G.R. n. 1269/00).

Nel corso del successivo 2001, è stato adottato uno specifico programma regionale per la realizzazione di strutture residenziali per malati terminali "hospice", ai sensi dell'art. 1 legge n. 39 del 26/02/1999 (D.G.R. n. 37/01).

Nell'anno 2003, è stata la volta dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi relativi all'esercizio delle attività sanitarie da parte dei presidi di tutela della salute mentale, ivi compresi le Strutture Semiresidenziali Psichiatriche, i Centri Diurni Psichiatrici e le strutture di Day - Hospital Psichiatrico, in recepimento del D.P.R. 14 gennaio 1997 (D.G.R. n. 252/03, integrata dalla successiva DGR n.1181/03).

Con il P.S.R. 2002-2004 di cui alla D.C.R. n. 114/02, la Regione ha inserito l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale nell'ambito delle funzioni di governo del sistema e delle risorse, prevedendo la creazione e lo sviluppo di un proprio modello specifico di riferimento che tenga conto delle esperienze maturate nel corso degli anni dalle diverse Regioni e possa intervenire efficacemente su alcuni elementi nodali e critici, nell'ottica dell'avvio di un processo di effettiva qualificazione dell'assistenza sanitaria.

Nel corso della seduta della Conferenza Stato-Regioni del 23 settembre 2004, è stato inoltre sancito l'Accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in ordine alla definizione dei requisiti per l'autorizzazione all'apertura ed esercizio degli stabilimenti termali;

Da ultimo, la recente DGR n.423 del 25 marzo 2005 ha preso atto dell'accordo tra il Ministro della Salute e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in ordine all'approvazione delle linee guida per la regolamentazione delle attività chirurgiche effettuabili in regime di ricovero diurno (Day Surgery).

Alla luce del suddetto quadro normativo, la legge regionale n.4 del 3 marzo 2003 ha dettato, attraverso la individuazione di specifici principi, competenze, procedure e tempi di adeguamento, le regole generali del settore, collocando in un unico grande ed organico quadro d'insieme, cronologicamente coerente, le diverse fasi di questo percorso d'eccellenza, del quale le succitate autorizzazioni alla realizzazione ed all'esercizio rappresentano i due fondamentali momenti iniziali.

La summenzionata L.R. n. 4/03 viene a rappresentare dunque, insieme al Piano Sanitario Regionale ed agli atti di autonomia aziendale, un fondamentale strumento di programmazione dell'offerta di servizi, principalmente indirizzato ad assicurare livelli essenziali di assistenza e, nel contempo, a consentire la libera scelta al cittadino rispetto al proprio bisogno sanitario, garantendo uno standard omogeneo di qualità.

L'autorizzazione alla realizzazione, importante novità recepita dalla Regione Lazio con il predetto provvedimento legislativo n. 4/03, è un procedimento con finalità prettamente programmatiche, diretto a valutare la compatibilità del progetto di costruzione di nuove strutture, trasformazione o

adattamento di strutture già esistenti, rispetto al fabbisogno complessivo d'assistenza e alla localizzazione territoriale dei presidi, al fine di facilitare l'accesso dei cittadini ai servizi, tenendo conto anche della libertà d'iniziativa economica.

Il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio è subordinato, invece, all'accertamento del possesso dei requisiti minimi per l'esercizio dell'attività sanitaria o socio-sanitaria da parte della struttura interessata al provvedimento, sia essa pubblica o privata, in modo da rappresentare la soglia di sicurezza per l'attività sanitaria o socio-sanitaria, a garanzia del paziente.

Il presente provvedimento disciplina esclusivamente l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie, mentre l'autorizzazione alla realizzazione, all'ampliamento, alla trasformazione o al trasferimento di strutture sanitarie sarà oggetto di un successivo provvedimento regolamentare come previsto dall'art.5, comma 1, lett. b) e dall'art.6 della L.R. 4/03.

Il presente documento, sulla base del combinato disposto del DPR 14 gennaio 1997 e della succitata specifica disciplina successivamente intervenuta a livello nazionale, ha rappresentato l'occasione per una puntuale ed analitica declaratoria di tutte le tipologie assistenziali attualmente operanti sul territorio regionale, a partire da quelle ospedaliere fino a giungere a quelle territoriali. In particolare si è posta speciale attenzione non solamente alle tipologie assistenziali per le quali sia già intervenuta specifica disciplina, ma anche a quelle attualmente in fase sperimentale ovvero di primo avvio sul territorio regionale: per tutte, dalle più tradizionali alle più innovative, il documento stabilisce i requisiti minimi autorizzativi strutturali tecnologici ed organizzativi.

Il presente, dunque, non può e non vuole essere soltanto un, seppur necessario, mero e statico provvedimento onnicomprensivo di recepimento di disposizioni emanate a livello nazionale, ma divenire il coronamento del difficile percorso intrapreso dalla Regione Lazio tutto teso al raggiungimento di una stretta e quanto mai proficua compenetrazione tra i contenuti fissati a livello generale dal D.P.R. 14 gennaio 1997 e dalla successiva normativa di riferimento e la particolare complessità del sistema regionale, sia dal punto di vista della numerosità dei soggetti operanti sul territorio, che della particolare natura e vocazione di molti di loro.

In detta ottica, la normativa di livello nazionale è stata intesa non certo come un limite invalicabile, quanto piuttosto come l'indispensabile traccia da seguire sulla quale inserire di volta in volta particolari obiettivi di specifico interesse regionale, quali ad esempio favorire, attraverso una indispensabile riorganizzazione e semplificazione del settore, l'approccio dei soggetti interessati ai procedimenti in parola, sia pubblici che privati, predisporre adeguate modalità di interrelazione tra tutti gli operatori del settore nonché valorizzare il ruolo del sistema informativo all'interno del quadro di riferimento.

Il risultato conseguito è una attenta rivisitazione del sistema finalizzata, tenendo conto dei requisiti preventivamente dettati a livello nazionale e della situazione già esistente sul territorio, all'individuazione di necessari ed adeguati strumenti di riqualificazione del settore, allo scopo di conseguire l'obiettivo di una sempre maggior rispondenza dell'offerta di servizi con i bisogni manifestati dal cittadino.

In generale, l'attivazione dei servizi all'interno dei sistemi sanitari preesistenti ovvero la loro collocazione negli ambiti territoriali aziendali, devono essere rigorosamente coerenti e funzionali alle esigenze espresse dagli atti di programmazione regionale. Ciò, in particolare, per i servizi di alta specializzazione afferenti al sistema dell'Emergenza ovvero alle aree critiche, che devono essere oggetto di specifica valutazione ed autorizzazione preventiva da parte della Regione, stante la complessità dell'organizzazione, l'alto livello professionale e di competenze richiesto, nonché l'elevato costo del servizio per il sistema nel suo complesso.

Dal punto di vista metodologico, la Direzione Regionale "Programmazione Sanitaria e Tutela della Salute" dell'Assessorato alla Sanità, al fine di procedere all'individuazione dei requisiti in argomento, ha provveduto:

- ad esaminare la documentazione già presente agli atti, con particolare riferimento a quanto prodotto dalla commissione di studio di cui alla D.G.R. n. 163 del 31 gennaio 2001;
- ad acquisire ed analizzare, anche in via comparativa:
 - la normativa regionale e nazionale di settore
 - specifici documenti ed atti significativi, ancorché non formalizzati, a livello nazionale
 - gli atti e la documentazione prodotta dai gruppi di lavoro di cui alle deliberazioni di Giunta Regionale n. 164 del 31 gennaio 2001 (odontoiatria), n. 183 del 6 febbraio 2001 (AIDS), n. 620 del 2 maggio 2001 (tossicodipendenza).

Detta struttura si è, inoltre, avvalsa dell'apporto, delle osservazioni e della documentazione forniti:

- 1) dall'Agenzia di Sanità Pubblica;
- 2) dalla Commissione Regionale per l'Emergenza;
- 3) dalla Commissione Regionale per la Dialisi;
- 4) dalla Commissione Regionale per l'Odontoiatria;
- 5) da gruppi di lavoro informalmente costituiti nonché da singoli esperti di settore provenienti dalle aziende sanitarie, per particolari aree d'intervento, quali tossicodipendenza;
- 6) dalle aziende sanitarie;
- 7) dai rappresentanti delle strutture private maggiormente rappresentative della Regione Lazio.

In particolare, considerata l'estrema rilevanza del documento in parola e la conseguente opportunità di condividerlo con tutti i referenti del Servizio Sanitario Regionale, sono stati coinvolti nel procedimento de quo, oltre ai responsabili delle aziende sanitarie, dei policlinici universitari e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, anche i rappresentanti delle strutture private operanti in ambito regionale e di tutte le associazioni di categoria interessate.

Tutti i soggetti coinvolti, ognuno secondo le proprie competenze, hanno fatto pervenire all'Assessorato alla Sanità specifiche osservazioni e contributi in merito, di alcuni dei quali si è tenuto conto in sede di stesura definitiva del provvedimento in argomento, rinviando gli altri alla successiva fase dell'accreditamento istituzionale.

A tal riguardo, occorre precisare che numerose parti del testo – quali quelle relative al “*Sistema Emergenza*”, ai “*Presidi di Dialisi*”, all’*Assistenza Specialistica Odontoiatrica*” – sono state sostanzialmente condivise con tutte le componenti istituzionalmente rappresentate all’interno delle rispettive competenti Commissioni regionali.

Il documento, così come previsto dall’art. 4, comma 1 e 2, della L.R. n. 4/03, fissa i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi specifici per le seguenti tipologie di strutture sanitarie e socio-sanitarie:

- strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative;
 - strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuzie e/o post acuzie;
 - strutture che erogano prestazioni in regime residenziale e semi residenziale;
 - gli stabilimenti termali;
 - gli studi odontoiatrici medici e di altre professioni sanitarie che erogano prestazioni di chirurgia ambulatoriale o svolgono procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o comportanti un rischio per la sicurezza del paziente nonché strutture esclusivamente dedicate ad attività diagnostiche;
- nonché per l’esercizio dell’attività di assistenza domiciliare.

Ad integrazione dell’elenco di cui al D.P.R. 14 gennaio 1997, si è provveduto altresì a fissare i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi specifici per ulteriori strutture sanitarie e socio – sanitarie, disciplinate da normative intervenute successivamente a predetto decreto ovvero non disciplinate da normativa nazionale e regionale nonché per servizi non compresi tra le tipologie previste dai L.E.A. e servizi non disciplinati da normativa nazionale e/o regionale né ricompresi all’interno dei L.E.A., così come di seguito riportate:

- servizi oggetto di normativa intervenuta successivamente all’emanazione del D.P.R. 14 gennaio 1997:
 - Hospice
 - Servizi trasfusionali
 - Servizi per tossicodipendenti
- servizi non disciplinati da normativa nazionale e regionale:
 - assistenza domiciliare;
- servizi non compresi tra le tipologie previste dai L.E.A.:
 - medicina estetica;
- servizi non disciplinati da normativa nazionale e/o regionale né ricompresi all’interno dei L.E.A.:

- Ospedale di Comunità
- Studi e ambulatori odontoiatrici.

Dal punto di vista strettamente contenutistico, occorre precisare in via preliminare che l'articolazione interna dei capitoli e dei punti del documento deriva da una precisa scelta operativa posta in essere dall'Amministrazione allo scopo di valorizzare, in questa prima fase del percorso di eccellenza, un approccio di tipo analitico per singole tipologie di strutture o di attività, al fine di consentire una collocazione organica delle stesse all'interno del sistema e, nel contempo, permettere un compiuto ed approfondito esame delle peculiari caratteristiche di ciascuna. Successivamente, in sede di predisposizione del documento relativo ai requisiti per l'accreditamento istituzionale, verrà utilizzata una differente metodologia, basata sull'approfondimento degli specifici aspetti del percorso assistenziale del paziente, finalizzato prioritariamente a garantire la continuità, l'appropriatezza e l'efficacia delle cure, in relazione alle diverse tipologie di assistiti.

In particolare, per specifiche categorie di soggetti, quali ad esempio le persone disabili, verranno individuati ulteriori requisiti di accreditamento, che i servizi dovranno garantire per assicurare idonei percorsi, tali da permettere il necessario continuum assistenziale del paziente dall'ambito ospedaliero a quello territoriale, dalla riabilitazione per acuzie e post-acuzie a quella extra-ospedaliera in regime residenziale, semi-residenziale e domiciliare.

Dal punto di vista formale, il documento dunque può presentare, ad una prima lettura, una apparente disomogeneità di contenuti, dovuta al rigore della scelta preventivamente operata dall'Amministrazione di organizzare il testo secondo specifiche aree assistenziali, alla luce dell'approccio analitico sopra descritto.

Tale scelta consapevole è dovuta all'imprevedibile esigenza, da un lato, di mantenere quanto più possibile inalterato l'impianto delineato dal Legislatore nazionale all'interno del D.P.R. 14 gennaio 1997, dall'altro di conciliare quest'ultimo con la particolarità e peculiarità dell'offerta di servizi sanitari operanti all'interno della nostra realtà regionale.

Il testo, pertanto, si articola in una prima parte introduttiva contenente i requisiti di carattere generale comuni a tutte le strutture sanitarie e socio sanitarie trattate nel volume, alla quale fa seguito la trattazione delle singole tipologie suddivise per aree assistenziali di riferimento: ospedaliera (a sua volta suddivisa in acuzie e post acuzie), ambulatoriale, residenziale e domiciliare, alle quali vanno ad aggiungersi gli stabilimenti termali e gli studi odontoiatrici, medici e delle altre professioni sanitarie di cui all'art. 4, comma 1, della L.R. n. 4/03.

Nello specifico, la trattazione prende le mosse dalle strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuti. In questa categoria sono stati ricompresi, oltre alle tipologie già esaminate all'interno del D.P.R. 17 gennaio 1997, anche le strutture afferenti all'ambito dell'Emergenza sanitaria ed in particolare: i Punti di Primo Soccorso, il Pronto Soccorso, i D.E.A. di I° e II° livello, le Unità di Terapia Intensiva Cardiologia (U.T.I.C.),

il Servizio di Emodinamica, le Unità di Terapia Intensiva Neonatale (U.T.I.N.), le Unità di Trattamento Neurovascolare (U.T.N.) di II° livello nonché l'Attività ed i Servizi Trasfusionali.

Di seguito, particolare rilevanza è stata data alle strutture che erogano prestazioni in regime ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per post acuti. In tale ambito, ampio spazio è stato dedicato alle relative tipologie interne, partendo dalla lungodegenza medica (riabilitazione intermedia o estensiva), passando per la lungodegenza alta intensità (L.A.I.), la riabilitazione intensiva ed il Day Hospital riabilitativo, fino a giungere alle alte specialità riabilitative (Unità Spinali, Riabilitazione ad Alta Intensità, Unità per la Riabilitazione delle Gravi Disabilità in Età Evolutiva).

Esaurito l'ambito ospedaliero, il documento si sofferma sulle strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio. In detto contesto, sono oggetto di specifico esame gli ambulatori di assistenza specialistica, i presidi di laboratorio, i presidi di diagnostica per immagini, i presidi di recupero e riabilitazione funzionale, i centri ambulatoriali di riabilitazione, i presidi di dialisi, il centro ambulatoriale per il trattamento delle persone tossicodipendenti, il consultorio familiare, i centri ambulatoriali di terapia iperbarica nonché i centri di salute mentale.

Per quanto concerne il settore della residenzialità, sono considerate le strutture che erogano prestazioni in regime residenziale e semi residenziale a ciclo continuo e/o diurno ed in particolare: le residenze sanitarie assistenziali, i presidi di riabilitazione funzionale per persone portatrici di disabilità fisiche psichiche e sensoriali, le strutture residenziali psichiatriche, i centri diurni psichiatrici, i centri per cure palliative (hospice), le case alloggio per persone affette da HIV e/o AIDS, le strutture residenziali per la cura e la riabilitazione delle persone tossicodipendenti, l'ospedale di comunità.

In ordine agli stabilimenti termali, sono stati fissati alcuni requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi specifici, con particolare riferimento all'erogazione di cicli di cura di riabilitazione neuromotoria e della rieducazione motoria del motuleso e della riabilitazione della funzione respiratoria, rinviando, per quanto compatibile con la natura e le modalità di esecuzione delle cure, a quanto previsto per le singole specialità ambulatoriali.

Il documento si sofferma, poi, sugli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie di cui all'art. 4, comma 1, della L.R. n. 4/03, con specifico riferimento anche agli ambulatori odontoiatrici, ai centri di chirurgia ambulatoriale ed agli studi di medicina estetica.

Il testo si conclude con la trattazione dei servizi per l'assistenza domiciliare. Per la particolarità del settore esaminato ed allo scopo di favorire e semplificare l'approccio alla materia, si è proceduto a suddividere quest'ultima sulla base dei soggetti destinatari delle prestazioni assistenziali. Pertanto, dopo una breve parte generale, trovano specifica collocazione i servizi diretti alle persone parzialmente, temporaneamente o totalmente non autosufficienti, i servizi a persone disabili che necessitano di riabilitazione nella forma estensiva e di mantenimento ex art. 26 L. n. 833/78, i servizi per persone affette da HIV e/o AIDS, i servizi per pazienti terminali oncologici e non, i servizi per persone affette da disagio mentale nonché quelli per persone in stato di dipendenza (tossicodipendenti, alcolisti).

Saranno, inoltre, fornite alle aziende sanitarie locali, per le singole aree d'intervento, direttive e protocolli specifici, quali indispensabili strumenti di ausilio per gli operatori della vigilanza, al fine di uniformare i relativi comportamenti.

Premesso quanto fin qui illustrato, è auspicio di questa Regione che il documento in argomento possa rappresentare non solo il primo tentativo di organica sistemazione della variegata e multiforme offerta regionale in relazione agli effettivi bisogni assistenziali manifestati dai cittadini, ma divenga col tempo un agile e rigoroso strumento di lavoro per gli operatori del settore ed un indispensabile punto di riferimento per chiunque cerchi di districarsi all'interno della nostra complessa e, a volte, labirintica realtà sanitaria.

REQUISITI DI CARATTERE GENERALE PER TUTTE LE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO SANITARIE

0.1 REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI

Tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie, in relazione alla loro specifica tipologia/attività, devono essere in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di:

- protezione antisismica (per le strutture autonome);
- protezione antincendio;
- protezione acustica;
- sicurezza e continuità elettrica;
- sicurezza antinfortunistica;
- igiene nei luoghi di lavoro;
- protezione dalle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti;
- eliminazione delle barriere architettoniche;
- smaltimento dei rifiuti;
- condizioni microclimatiche;
- impianti di distribuzione dei gas;
- materiali esplosivi;
- depurazione delle acque
- acque destinate al consumo umano.

Tutte le strutture devono inoltre essere conformi ai seguenti requisiti:

- per le nuove costruzioni l'area prescelta, ed in particolare quella destinata a parcheggio, deve rispettare le norme urbanistiche e la compatibilità ambientale, e tenere conto delle caratteristiche meteorologiche e climatiche; l'area prescelta deve trovarsi in zona salubre, esente da inquinamento atmosferico e da rumore e da ogni altra causa di malsanità ambientale. L'area della struttura deve disporre di un sistema di comunicazioni in relazione alla viabilità ed alla rete dei trasporti pubblici idonea al flusso degli utenti, del personale, dei fornitori e di tutti coloro che hanno un interesse nella struttura;
- la struttura deve disporre di sistemi di segnalazione degli ingressi, dei parcheggi e dei percorsi di accesso ai settori funzionali;

- lo sviluppo in altezza ed i distacchi dei fabbricati devono essere conformi alle norme stabilite dagli strumenti urbanistici e dai regolamenti locali;
- l'altezza minima netta utile dei piani non deve essere inferiore a metri 2,70; altezze inferiori, in conformità ai regolamenti edilizi comunali, potranno essere ammesse soltanto per ambienti non direttamente funzionali all'attività sanitaria (corridoi, locali adibiti a servizi igienici, depositi, archivi ecc.), previo rilascio di specifico provvedimento di abitabilità/agibilità, anche in sanatoria;
- in relazione alle specificità delle attività esercitate, i locali devono essere in possesso di parati resistenti al lavaggio ed alla disinfezione, di infissi idonei al lavaggio e alla disinfezione, di pavimentazioni resistenti agli agenti chimici e fisici;
- gli impianti tecnologici devono essere sottoposti 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 derivano dovranno essere riportate su appositi documenti;

Per le strutture esistenti, l'adeguamento ai requisiti strutturali di cui al presente documento costituisce presupposto per la richiesta di deroga alla normativa di carattere urbanistico edilizio di livello comunale.

0.2. REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI

Il presente documento, ai sensi del D.P.R. 14 gennaio 1997, indica i requisiti minimi relativi ai seguenti aspetti organizzativi:

- politica, obiettivi ed attività;
- struttura organizzativa;
- gestione delle risorse umane;
- gestione delle risorse tecnologiche;
- gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamenti interni.

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

E' adottato un documento in cui sono esplicitati:

- la missione e cioè la ragion d'essere dell'organizzazione ed i valori cui si ispira,
- le politiche complessive, e cioè l'indirizzo dato dalla Direzione Generale, che consiste nel definire i campi prioritari di azione e quali metodi adottare per raggiungere gli obiettivi;
- le politiche e le strategie per il miglioramento continuo della qualità;
- gli obiettivi, che devono:
 - a) essere articolati nel tempo;
 - b) risultare congruenti con gli obiettivi dei livelli organizzativi sovraordinati;
 - c) contenere criteri ed indicatori di valutazione;
 - d) essere finalizzati alla risoluzione dei problemi di salute della popolazione;
- l'organizzazione interna 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 nonché esplicitati i livelli gerarchici;
 - b) i livelli di responsabilità;
 - c) le modalità di erogazione dei servizio;

- d) le prestazioni e/o le attività erogate;
- e) funzionigramma di tutti gli operatori.

La Direzione definisce annualmente il piano di lavoro che comprende:

- la tipologia ed il volume di attività previste;
- il piano organizzativo;
- la pianificazione degli obiettivi annuali;
- il piano annuale di sviluppo della qualità.

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

Struttura organizzativa

La Direzione, secondo i criteri del miglioramento continuo della qualità, definisce ed esplicita l'organizzazione e le politiche di gestione delle risorse umane ed economiche per:

- le attività ambulatoriali;
- le attività di ricovero a ciclo continuativo e diurno (acuti e post-acuti).

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

Gestione delle risorse umane

La Direzione definisce il fabbisogno di personale, sentiti i Servizi/Dipartimenti delle professioni sanitarie:

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

Il fabbisogno di personale deve essere opportunamente rivalutato, secondo le esigenze aziendali, in caso di trasformazioni che comportino significative variazioni di attività svolte ovvero istituzione di nuovi servizi.

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

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

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

Gestione delle risorse tecnologiche

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

La Direzione adotta un inventario delle apparecchiature in dotazione.

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

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

Gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamenti interni

La Direzione è responsabile della creazione delle condizioni organizzative che facilitino e consentano la promozione e il supporto ad attività valutative e di miglioramento dei processi di erogazione dei servizi e delle prestazioni, secondo le indicazioni contenute in questo stesso documento o nella normativa già emanata a livello nazionale o locale.

In tutti i presidi devono essere attivati programmi di valutazione e miglioramento delle attività. I programmi vengono selezionati in rapporto alle priorità individuate.

In ogni azienda deve esistere una struttura organizzativa (o un responsabile in relazione alla complessità della stessa) che presiede alle attività di valutazione degli esiti di miglioramento della qualità.

Deve, altresì, essere attivato un programma per la gestione del rischio clinico, che garantisca anche il monitoraggio degli eventi avversi.

Annualmente ogni struttura organizzativa effettua al proprio interno o partecipa ad almeno un progetto di valutazione e verifica di qualità favorendo il coinvolgimento di tutto il personale.

Tale attività sarà utilizzata anche per lo studio dell'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, con particolare riferimento agli episodi di ricovero e all'utilizzo di tecnologie complesse (R.M.N., T.A.C., Angioplastiche, etc.).

I laboratori di analisi, i servizi di anatomia – istologia - citologia patologica e i centri trasfusionali devono prevedere attività di controllo di qualità interne ed esterne e partecipare a programmi di miglioramento della qualità.

In tutte le articolazioni organizzativo-funzionali è favorito l'utilizzo delle linee guida predisposte dalle Società scientifiche o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica nelle varie branche specialistiche. Inoltre devono essere predisposte con gli operatori, linee guida, regolamenti interni che indichino il processo assistenziale con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità.

Ogni struttura organizzativa predispone una raccolta di regolamenti interni, linee guida, aggiornati per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti (selezionate per rischio, frequenza, costo). Il personale deve essere informato sull'esistenza di tali documenti, che sono facilmente accessibili e che vanno confermati o aggiornati almeno ogni tre anni.

Devono esistere evidenze almeno annuali di verifica della corrispondenza tra processi e procedure.

Devono, inoltre, essere predisposti documenti simili per lo svolgimento delle principali attività di supporto tecnico-amministrativo, in particolare:

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

Tutte le strutture devono prevedere regolamenti interni e linee guida, per lo svolgimento delle procedure tecniche, facilmente accessibili e a conoscenza degli operatori e devono verificare la corrispondenza tra processi e procedure.

Deve essere assicurato il rispetto delle vigenti disposizioni in materia di protezione dei dati personali.

Devono essere rispettate tutte le normative riguardanti il consenso informato del paziente.

Devono, altresì, essere rispettate tutte le normative vigenti in materia di protezione sanitaria della popolazione, dei lavoratori e delle persone soggette ad esposizioni mediche contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti.

E' disponibile un piano di formazione ed aggiornamento del personale.

Direzione di Struttura

Ogni struttura sanitaria deve avere un direttore/responsabile sanitario, in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente in relazione alla specifica tipologia assistenziale. Detta funzione, limitatamente alle strutture ospedaliere e residenziali, è incompatibile con la qualità di proprietario, comproprietario, socio o azionista della società che gestisce la struttura sanitaria.

Funzioni

Il direttore/responsabile sanitario svolge funzioni:

di indirizzo e coordinamento, comprendenti tra l'altro:

- direzione e coordinamento dei servizi sanitari ai fini igienico-organizzativi (tutela e sorveglianza dell'igiene ambientale e dei servizi alberghieri e di ristorazione collettiva raccolta, trasporto, stoccaggio e smaltimento dei rifiuti ospedalieri attività di pulizia, disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione, definizione delle strategie e dei protocolli di lotta alle infezioni ospedaliere ed occupazionali);
- organizzazione (impiego, destinazione, turni e congedi) del personale in rapporto alle esigenze dei servizi ed in base ai criteri fissati dall'Amministrazione;
- cura dell'applicazione del documento sull'organizzazione e sul funzionamento della struttura;
- promozione dell'introduzione e dell'utilizzo nell'organizzazione degli strumenti e delle metodologie necessarie alla verifica ed alla revisione della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie;
- promozione dell'introduzione e dell'utilizzo nelle organizzazione degli strumenti e delle metodologie necessarie per la gestione del rischio clinico;
- promozione, per quanto di competenza, delle iniziative per la formazione e l'aggiornamento del personale.

operative di supporto e attività di vigilanza, comprendenti tra l'altro:

- vigilanza e cura della tenuta dell'archivio sanitario (cartelle cliniche, schede cliniche ambulatoriali) e della relativa conservazione (in caso di cessazione dell'attività della struttura,

- la documentazione sanitaria deve essere consegnata al servizio di medicina legale dell'Azienda Sanitaria U.S.L. competente per territorio);
- rilascia agli aventi diritto copia delle cartelle cliniche e degli altri documenti previsti dalla normativa vigente;
- raccolta ed elaborazione dei dati statistici, anche finalizzati al miglioramento continuo della qualità complessiva delle prestazioni e del rapporto con l'utenza;
- vigila sul rispetto della riservatezza dei dati sanitari ed esprime parere obbligatorio sulla raccolta, elaborazione e trasmissione dei dati;
- controlla la regolare tenuta e l'aggiornamento di apposito registro contenente i dati anagrafici e gli estremi dei titoli professionali del personale addetto all'attività sanitaria;
- la responsabilità della pubblicità sanitaria;
- vigilanza sul rispetto della normativa in materia di sicurezza negli ambienti di lavoro;
- vigilanza sulla normativa in materia di protezione sanitaria, dei pazienti, della popolazione, dei lavoratori e delle persone soggette ad esposizioni mediche contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti;
- vigilanza sul rispetto delle norme in materia di sperimentazione clinica e partecipa alle attività delle commissioni e dei comitati etici a tal fine istituiti;
- vigilanza sull'approvvigionamento di quanto necessario per il funzionamento dei servizi e l'attività assistenziale rivolta all'utenza;
- trasmissione all'autorità competente delle denunce prescritte dalle disposizioni di legge;
- l'utilizzo dei locali;
- vigilanza e tenuta della documentazione relativa alle liste di attesa per i ricoveri e le prestazioni ambulatoriale;

istruttorie, comprendenti tra l'altro:

- proposta sulle modificazioni edilizie della struttura e sull'acquisto di apparecchiature, attrezzature ed arredi sanitari.

In caso di strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero ovvero in regime residenziale e semiresidenziale, il direttore/responsabile sanitario cura l'osservanza delle disposizioni concernenti la polizia mortuaria. Ed inoltre, in assenza di un servizio farmaceutico autonomo:

- vigila sulla gestione del servizio farmaceutico e sulla scorta di magazzino dei medicinali e dei prodotti terapeutici;
- controlla la regolare tenuta del registro di carico e scarico delle sostanze stupefacenti o psicotrope, in conformità con quanto disposto dalla normativa vigente;
- ha la responsabilità della farmacovigilanza.

0.3 SISTEMA INFORMATIVO

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

- sostanziare e ridefinire le politiche e gli obiettivi del presidio e della azienda;
- migliorare la qualità dei servizi e delle prestazioni;
- valutare il raggiungimento degli obiettivi, in riferimento agli obiettivi di salute;
- monitorare gli eventi avversi;
- fornire il ritorno informativo alle strutture organizzative, necessario per le valutazioni di loro competenza;
- rispondere al debito informativo nei confronti dei livelli sovra-ordinati.

La Direzione assicura:

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

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

Tutte le strutture, ai sensi del D.P.R. 318/99, devono prevedere un sistema di modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti l'attività sanitaria svolta, nonché di rilascio delle copie di detta documentazione agli utenti.

Il programma applicativo di informatizzazione del Pronto Soccorso (G.I.P.S.E.) per la elaborazione dei rapporti di pronto soccorso (R.P.S.) è comune ed è esteso a tutti i presidi della Regione.

1. STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO E DIURNO PER ACUZIE

Classificazione

Le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo c/o diurno, per acuzie e/o post-acuzie sono le seguenti:

- aziende ospedaliere di rilievo nazionale e di alta specializzazione;
- aziende ospedaliere regionali;
- presidi ospedalieri della U.S.L.;
- policlinici universitari;
- istituti di ricovero e cura a carattere scientifico;
- ospedali militari;
- ospedali classificati;
- case di cura.

1.0. REQUISITI DI CARATTERE GENERALE

1.0.1 Requisiti Strutturali e Tecnologici

Le strutture che svolgono attività di assistenza in regime di ricovero a ciclo continuativo e diurno devono disporre almeno dei seguenti servizi e locali:

- servizio di accettazione;
- area di degenza a ciclo continuativo e diurno per una capacità ricettiva minima di 30 posti letto ed unità funzionali di degenza con un minimo di 10 posti letto;
- locali di soggiorno ed attesa;
- locali per la direzione sanitaria e amministrativa;
- servizi per il pubblico ed i ricoverati;
- servizio di diagnostica per immagini;
- servizio di laboratorio di analisi chimico cliniche;
- servizio di emoteca;
- servizi per l'assistenza religiosa e relativi locali;
- servizio farmaceutico, ovvero un armadio farmaceutico in relazione alla capacità della struttura;
- reparto operatorio ove richiesto dalla tipologia;
- blocco parto e nursery ove richiesto dalla tipologia;
- locale per il medico di guardia e, se del caso, per l'ostetrica di guardia;
- servizio di anestesia-rianimazione, ove nella struttura si esplichi attività chirurgica e/o indagini di diagnostica e terapia per immagini;
- servizio di sterilizzazione, anche in convenzione;
- servizi di lavanderia, cucina e dispensa, guardaroba, disinfezione e disinfestazione, anche in convenzione;
- servizio mortuario;
- servizi per il personale;
- locali/spazi attrezzati per le centrali tecnologiche: termica, idrica, elettrica, telefonica, frigorifera, di condizionamento, di aspirazione e vuoto, di gas medicali, antincendio, ricerca persone, trattamento rifiuti, ecc..

1.0.2. Requisiti Organizzativi

Le strutture che svolgono attività di assistenza in regime di ricovero a ciclo continuativo e diurno, oltre a quanto indicato al precedente punto 0.2., devono possedere i seguenti requisiti:

- devono disporre di un Direttore Sanitario, in possesso della specializzazione in igiene e medicina preventiva ed almeno 5 anni di esperienza nel settore;
- per le strutture facenti capo ad un'unica istituzione di gestione, a strutture consorziate ovvero a presidi raggruppati in poli ospedalieri, fino ad un numero complessivo di 250 posti letto, tale requisito può essere soddisfatto con la nomina di un unico Direttore Sanitario coadiuvato da un vice direttore per ogni struttura;
- in tutte le strutture, il Direttore Sanitario deve essere presente, a tempo pieno, per almeno 36 ore/settimana;
- nelle strutture con più di 120 posti letto, il Direttore Sanitario deve essere a tempo pieno;
- devono disporre di medici specialisti per ciascuna specialità autorizzata in numero congruo rispetto alle prestazioni erogate;
- devono garantire la reperibilità nelle 24 ore per le Aree di specialità medica chirurgica presenti nella struttura;
- devono garantire un Servizio di guardia che assicuri l'assistenza medica H24 e ostetrica in caso sia presente un reparto di ostetricia;
- i contratti e le convenzioni attivati con soggetti esterni pubblici accreditati ovvero privati accreditati devono essere adeguatamente motivati per quel che concerne gli aspetti finanziari e finalizzati al superamento di specifiche situazioni di necessità dovute all'evidenziata impossibilità di raggiungere gli obiettivi aziendali con risorse interne, ed inoltre espressamente indicare:
 - il tipo di rapporto
 - la durata del rapporto stesso
 - il numero delle ore di lavoro previste
 - la natura dell'attività
 - le attribuzioni e funzioni limitatamente ai sanitari per quanto concerne le attività di assistenza, diagnosi e cura;
- devono disporre di un/una infermiere/a dirigente per ogni raggruppamento di specialità affini nonché di servizi per le professioni sanitarie, ai sensi della vigente disciplina di settore;
- il personale addetto all'assistenza (es. operatori socio – sanitari (O.S.S.), etc.) deve essere sempre affiancato da personale infermieristico, e terapisti in strutture di riabilitazione deve essere garantita la continuità assistenziale per l'attività ostetrica e pediatrica nelle varie forme (guardia attiva e reperibilità), ove previste;
- le unità di personale devono essere determinate in funzione dell'intensità e complessità dell'assistenza da garantirsi secondo specifici rapporti operatore/paziente ed infermiere/figure

di supporto. Almeno il 70% dell'impegno assistenziale deve essere assicurato da personale infermieristico professionale concorrono ad assicurare detto impegno anche terapisti della riabilitazione;

- l'intero organico del personale di assistenza rimane a disposizione del responsabile dell'Unità Operativa che ha il compito e la responsabilità di stabilire l'attività assistenziale giornaliera tenendo conto delle necessità, articolando opportunamente i turni di lavoro;
- per ogni ricoverato deve essere compilata la cartella clinica, firmata dal medico curante e sottoscritta dal medico responsabile dell'articolazione organizzativa. La cartella clinica deve avere un numero progressivo ed essere conservata a cura della Direzione Sanitaria;
- devono esistere appositi registri per l'accettazione, il pronto soccorso, la sala operatoria e la sala parto;
- fatta salva la legislazione vigente in materia di segreto professionale, la cartella clinica ed i registri devono essere esibiti a richiesta agli organi formalmente incaricati della vigilanza. In caso di cessazione dell'attività della struttura, la documentazione sanitaria viene depositata presso il servizio medico-legale della A.U.S.L. territorialmente competente;
- esiste una procedura per l'acquisizione del consenso informato.

1.1. SISTEMA EMERGENZA

Il Sistema dell'Emergenza Sanitarie (S.E.S.) è costituito da una fase di allarme, gestita dalle Centrali Operative del 118 e da due fasi di risposta, quella territoriale, gestita dal Sistema di Soccorso 118, e quella ospedaliera costituita dalla rete di servizi di emergenza che sono distinti, per il livello di cura erogata, in Pronto Soccorso Ospedaliero (P.S.O.), Dipartimento Emergenza Accettazione (D.E.A.) di I° livello e D.E.A. di II° livello.

Le strutture deputate all'emergenza-urgenza devono essere articolate secondo le seguenti tipologie che riflettono i diversi livelli di complessità assistenziale.

- Pronto Soccorso Ospedaliero.
- Medicina d'urgenza e Pronto Soccorso (P.S.) in Dipartimento Emergenza Accettazione di I° livello (D.E.A. I° livello).
- Medicina d'urgenza e P.S. in Dipartimento Emergenza Accettazione di II° livello (D.E.A. II° livello).

Concorrono, inoltre, alla rete dell'emergenza i Punti di Primo Intervento.

L'ospedale per essere sede di Pronto Soccorso, deve rispondere ai seguenti requisiti:

- interventi diagnostico – terapeutici di urgenza, compatibili con le specialità di cui è dotato
- primo accertamento diagnostico, clinico, strumentale e di laboratorio
- interventi intesi a stabilizzare le condizioni del paziente critico, garantendo, se necessario, il trasporto protetto verso il Dipartimento di Emergenza di afferenza.

Gli ospedali sede di D.E.A. di I° livello devono essere dotati di unità operative delle seguenti specialità:

- medicina generale;
- chirurgia generale;
- ostetricia e ginecologia;
- pediatria;
- cardiologia con U.T.I.C.;
- ortopedia e traumatologia;
- centro di rianimazione;
- terapia subintensiva neonatale;

- terapia intensiva polivalente.

Gli ospedali sede di D.E.A. di II° livello, oltre alle unità operative previste per i D.E.A. di I° livello, presentano obbligatoriamente le seguenti unità specialistiche:

- oculistica;
- otorinolaringoiatria;
- urologia;
- nefrologia ed emodialisi;
- psichiatria;
- neonatologia e terapia intensiva neonatale;
- cardiocirurgia c/o neurochirurgia e/o chirurgia vascolare c/o chirurgia toracica;
- diagnostica di alta ed altissima specializzazione: neuroradiologia e/o radiologia vascolare (T.A.C. e/o R.M.N.);
- riabilitazione intensiva del malato post-acuzie con opportuna e idonea struttura di ricovero in misura non inferiore al 5% dei posti letto di degenza;
- unità di trattamento neurovascolare o stroke unit.

Per le nuove costruzioni, è opportuno collocare il centro di rianimazione della struttura ospedaliera nelle adiacenze del D.E.A. di II° livello.

Aspetti organizzativi: il dipartimento

Il Dipartimento Emergenza Accettazione (D.E.A.) rappresenta un modello organizzativo multidisciplinare, con il compito di affrontare H24 i problemi diagnostici e terapeutici dei cittadini in situazioni di emergenza-urgenza, erogando prestazioni aventi caratteristiche di tempestività e completezza. Il D.E.A. costituisce, peraltro, la struttura organizzativa di coordinamento per lo svolgimento di funzioni complesse attraverso la gestione integrata delle risorse.

Il D.E.A., configurato come “Dipartimento a funzione” all’interno del Presidio Ospedaliero di AUSL e, di norma, come “dipartimento a funzione” nelle aziende ospedaliere, è articolato ovvero si avvale di una serie di Unità Operative che partecipano all’attività assistenziale con diversi gradi di integrazione:

- U.O.C. interamente integrate: P.S.-Medicina d’Urgenza e i reparti sub intensivi;
- U.O.C. parzialmente integrate: svolgono attività programmate e in urgenza (Chirurgia, Ortopedia-Traumatologia, Gastroenterologia, Diagnostica per immagini e di laboratorio, Medicina, Cardiologia, Broncopneumologia, Ematologia, ecc.).

All'interno del presidio ospedaliero, il D.E.A., oltre ai compiti assistenziali, svolge le seguenti funzioni:

- individua gli obiettivi programmatici;
- elabora e utilizza i percorsi clinico-decisionali verificandone il grado di condivisione e gli effetti sulla efficacia e la qualità delle prestazioni;
- individua e promuove iniziative ed elabora nuovi modelli organizzativi;
- promuove attività e modelli organizzativi finalizzati ad integrare l'attività in regime di continuità assistenziale con il territorio della ASL (ambulatorio dei codici bianchi, dimissioni protette, collegamenti operativi con la medicina di base e con i servizi distrettuali, ecc.).

Il ricovero di pazienti psichiatriche all'interno dei DEA di II° livello deve essere contiguo all'Area di Pronto Soccorso, per limitare il rischio di allontanamento dei soggetti in stato patologico acuto.

Al D.E.A. è preposto un direttore di dipartimento, nominato dal direttore generale secondo le modalità previste dalla vigente normativa, con il compito, tra l'altro, di fornire direttive ed indicazioni in ordine all'assetto organizzativo della struttura stessa.

Dal punto di vista metodologico, l'attività del D.E.A. si caratterizza per il coordinamento tra le diverse professionalità afferenti, al fine di assicurare la necessaria interdisciplinarietà operativa, così come di seguito riportato:

- Medici in servizio attivo che costituiscono il team fisso del Pronto Soccorso: assicurano la presenza continua nell'area e rispondono, dal punto di vista funzionale e gerarchico, al direttore della U.O.C. di P.S.-Medicina d'Urgenza.
- Medici "dedicati" all'area dell'emergenza: trattasi di medici appartenenti ad altre Unità Operative, chiamati a garantire gli interventi specialistici connessi alle esigenze del Pronto Soccorso e, per tali attività, rispondono funzionalmente al responsabile dell'Unità Operativa stessa di Pronto Soccorso.
- Medici che operano in regime di consulenza: appartenenti ad Unità Operative diverse da quelle afferenti al Pronto Soccorso, dal direttore delle quali dipendono funzionalmente e gerarchicamente. Detti medici consulenti sono tenuti al rispetto del regolamento funzionale del D.E.A. e delle procedure condivise.

1.1.1. PRONTO SOCCORSO OSPEDALIERO

Finalità

Il Pronto Soccorso Ospedaliero (P.S.O.) deve essere in grado di garantire il primo accertamento diagnostico-terapeutico di urgenza, stabilizzare le condizioni del paziente critico e, se necessario, garantire il trasporto presso la struttura ospedaliera d'emergenza con livello di cure più adeguato.

1.1.1.1. Requisiti strutturali

I locali del P.S.O. devono essere situati all'ingresso del presidio, essere facilmente individuabili con opportuna segnaletica e accessibili ai pazienti deambulanti ed ai mezzi di soccorso, inoltre l'accesso dei locali deve avvenire attraverso un percorso preferenziale.

Il P.S.O. deve disporre di collegamenti informativi (rete telefonica e telematica dedicata) con la Centrale Operativa "118" e con i D.E.A. di livello superiore.

Il P.S.O. dispone della seguente dotazione di ambienti:

- Camera calda (area coperta e riscaldata di accesso diretto per mezzi e pedoni);
- Spazio per il "Triage" e registrazione;
- Locale di attesa con telefono;
- Locale per la gestione dell'emergenza;
- Sala di osservazione temporanea per la rivalutazione critica del paziente in P.S. attrezzata con letti tecnici, in ragione di almeno 1 ogni 7000 accessi o frazioni, con almeno 1 letto monitorizzato (il numero dei letti monitorizzati deve comunque essere pari ad almeno il 30% dei letti tecnici);
- Sala prima visita/trattamento;
- Sala gessi;
- Locale per gli infermieri;
- Locale per il medico di guardia;
- Deposito pulito;
- Deposito sporco con vuotatoio;
- Deposito barelle e sedie a rotelle;
- Servizi igienici per gli utenti, di cui almeno uno idoneo all'eccesso per disabili;
- Spazi di sosta e studio per il personale medico e infermieristico;
- Area di decontaminazione, dotata di docce, situata all'esterno del Pronto Soccorso.

1.1.1.2 Requisiti impiantistici

Nel P.S.O., oltre a quanto previsto dalla normativa vigente relativamente a impianti e tecnologie ed in merito alla sicurezza di pazienti e operatori, devono essere garantiti:

- Impianto di chiamata con segnalazione acustica e luminosa;
- Impianto di illuminazione di emergenza;
- Impianto di gas medicali: prese vuoti e ossigeno.

I locali destinati alla gestione dell'emergenza chirurgica devono disporre di un impianto di condizionamento dell'aria analogo a quello previsto per gli ambulatori chirurgici.

Risorse tecnologiche e strumentali

Il P.S.O. dispone della seguente dotazione strumentale:

- Monitor multiparametrico per il controllo della F.C.-P.A.-E.C.G.-Saturimetria n. 1;
- Elettrocardiografo portatile n 2;
- Defibrillatore semiautomatico con stimolatore cardiaco esterno;
- Attrezzature per rianimazione cardiopolmonare (maschere facciali di tutte le misure, pallonc autoespansibile, circuito ventilatorio unidirezionale, laringoscopio e lame curve e rette per intubazione tracheale, mandrini per armare in tubi orotracheali, sistemi per mini – tracheotomia d'urgenza, maschere laringee di tutte le misure, cannule di Guedel di tutte le misure, catheter mouth, tubi tracheali di tutte le misure, set per incannulazione vena centrale, erogazione O₂, set per drenaggio toracico, valvole di Heimlich);
- Aspiratore;
- Set chirurgico di base (n. 2);
- Set per sutura e medicazioni (n. 4);
- Set per immobilizzazione colonna ed arti (n. 3);
- Sfigmomanometro (n. 2);
- Lampada scialitica;
- Set per gastrolusi;
- Set per rachicentesi;
- Set per tamponamento nasale;
- Set per trasfusioni;
- Pompe per infusione.

Il P.S.O. dispone di una dotazione, adeguata anche in termini quantitativi, di farmaci relativi a: rianimazione cardiorespiratoria, arresto cardiaco, ustioni, gravi emorragie, intossicazioni e materiale per infusioni.

1.1.1.3. Requisiti Organizzativi

Il Direttore-Responsabile è un dirigente medico in possesso dei requisiti previsti dalla vigente normativa per lo svolgimento delle funzioni apicali di area medica.

Devono essere presenti:

- Un medico H24 preferibilmente in possesso di idoneità in corsi di formazione di A.L.S./A.C.L.S./A.T.L.S..
- Un Infermiere professionale coordinatore.
- Tre infermieri H24 preferibilmente in possesso di idoneità in corsi di formazione B.L.S./B.L.S.D..
- Un infermiere addetto al Triage H12.
- O.S.S. in numero proporzionale al volume di attività.

Il P.S.O. che assicura l'assistenza di emergenza-urgenza per H24 è affiancato da figure professionali che operano in regime di consulenza:

- Un anestesista rianimatore.
- Un cardiologo.
- Un chirurgo.
- Un ortopedico traumatologo.
- Un radiologo.
- Un patologo clinico.
- Un medico internista.
- Un tecnico di Laboratorio.
- Un tecnico di Radiologia.

I medici sono addestrati alla rianimazione cardiorespiratoria ed alla assistenza in urgenza chirurgo – traumatologica, coadiuvati dagli specialisti.

Per un numero di accessi superiore a 25000 unità, il numero dei medici presenti deve essere pari a quelli previsti per il D.F.A. di I° livello.

1.1.2. MEDICINA D'URGENZA E P.S. IN D.E.A. DI I° LIVELLO

La U.O.C è comprensiva del P.S. e Medicina d'Urgenza. Una sezione di Osservazione temporanea è prevista per un numero di accessi superiore a 40.000/anno.

Finalità

La finalità della struttura di Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso è di garantire la integrazione funzionale di servizi ospedalieri che si occupano della gestione di pazienti critici che arrivano in regime di emergenza-urgenza.

La struttura è allocata nel Dipartimento di Emergenza Accettazione (D.E.A.) e possiede requisiti strutturali, impiantistici, tecnologici e organizzativi corrispondenti al livello di cure erogato e al volume di attività assistenziale.

La struttura di Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso è costituita dall'area di P.S. e dall'area di degenza nella quale sono presenti posti letto di terapia sub-intensiva (T.S.I.) in misura non inferiore al 20% dei P.L. totali.

1.1.2.1. Requisiti Strutturali

Area Pronto Soccorso e Osservazione Temporanea

L'area di Pronto Soccorso ed Osservazione Temporanea, oltre alla dotazione di ambienti descritti nel P.S.O., di cui al punto 1.1.1.1., deve disporre di:

- Locale per esami radiografici d'urgenza;
- Locale per esami endoscopici d'urgenza;
- Locale per posto di polizia;
- Spazi di attesa, singoli o aggregati, antistanti i locali degli esami strumentali.
- Area sosta salme.

Area Degenza

E' costituita da 10/20 posti letto regolari e da posti letto monitorizzati dotati di sistemi di allarme acustico in numero non inferiore al 20% del totale.

La medicina d'urgenza dispone della dotazione di ambienti di cui al punto 1.2..

1.1.2.2. Requisiti Impiantistici

L'impianto di condizionamento deve assicurare i seguenti parametri:

- una temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20-24 °C
- una umidità relativa estiva e invernale compresa tra 40-60%
- un ricambio aria (aria esterna senza ricircolo) di 6 vol/h

Devono essere garantite, inoltre, le condizioni previste dalla normativa vigente relativamente a impianti e tecnologie e in merito alla sicurezza di pazienti e operatori nonché i requisiti previsti dal Pronto Soccorso Ospedaliero.

Risorse Tecnologiche e Strumentali

Pronto Soccorso

- Monitor multiparametrico per il controllo della F.C.-P.A.-E.C.G.-Saturimetria: n 3
- Defibrillatori semiautomatici di cui 1 dotato di stimolatore esterno: n 2
- Elettrocardiografo con monitor e stampante: n 3
- Ecografo multifunzione: n 1
- Lampada scialitica: n 2
- Respiratore a pressione positiva intermittente: n 1
- Apparecchiature per la ventilazione invasiva
- Set per la confezione degli apparecchi gessati
- n.2 aspiratori elettrici
- n.2 sistemi di aspirazione "a muro" da collegarsi direttamente all'impianto del "vuoto"
- n.1 emogas-analizzatore dotato di sistema di dosaggio degli elettroliti, del glucosio ematico, di emoglobina, di ematocrito e carbossi – emoglobina
- n.1 carrello da rianimazione dotato di set per intubazione e ventilazione manuale, dotazioni per vie aeree difficili (secondo linee guida SIAARTI), set per incanalazione vasi centrali, set per decompressione toracica

Area Degenza

La medicina d'urgenza deve disporre della dotazione strumentale minima di cui al punto 1.2.2..

1.1.2.3. Requisiti Organizzativi

La Medicina d'Urgenza dispone di un organico autonomo di Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso (Area Medica).

Il Direttore-Responsabile è un dirigente medico in possesso dei requisiti previsti dalla vigente normativa per lo svolgimento delle funzioni apicali di area medica.

Il P.S. e la Medicina d'Urgenza sono organizzate come U.O.S. aggregate dotate ognuna di un Responsabile individuato dal Direttore della U.O.C.

Pronto Soccorso

Dotazione dei Dirigenti Medici

La dotazione di Dirigenti Medici è di 9 Unità per 25.000 accessi /anno con l'aggiunta di una unità per ogni ulteriore esubero di 4.000 accessi fino al limite di 50.000; con accessi superiori si aggiunge una unità ogni ulteriore esubero di 8.000.

Tale dotazione è parte integrante dell'organico della U.O.C. P.S.-Medicina d'Urgenza e costituisce il contributo che la stessa fornisce per la costituzione del team di P.S..

Organigramma:

I dirigenti medici in servizio attivo che compongono il team di Pronto Soccorso sono:

- Un internista in guardia attiva H24.
- Un ortopedico traumatologo in guardia attiva per H24.
- Un chirurgo in guardia attiva per H24.

I dirigenti medici "*dedicati*" in modo esclusivo H24 sono:

- Anestesista-Rianimatore (svolge anche un'attività nell'ambito dell'emergenza interna del presidio e dei trasferimenti interospedalieri in continuità di soccorso, per quanto di propria competenza).

Deve essere, inoltre, presente il seguente personale dedicato:

- Un tecnico di Radiologia.
- Un tecnico di Laboratorio.

- Un operatore per gestione dati e trasmissioni.
- Radiologo.
- Cardiologo.
- Patologo Clinico.

I dirigenti medici "consulenti" H24 sono:

- Ostetrico-Ginecologo
- Pediatra.
- Psichiatra.
- Endoscopista digestivo.

Altre linee di attività di consulenza sono: neurologia, neurochirurgia, endocrinologia, ematologia, oncologia, otorinolaringoiatria, allergologia, dermatologia.

Per l'insieme del Pronto Soccorso e dell'Osservazione Temporanea, è' prevista la seguente dotazione di Infermieri professionali:

- 1 infermiere coordinatore.
- 20 infermieri professionali distribuiti su tre turni con modulo di distribuzione 5-5-3 per volumi di accessi di 25.000-35.000/anno con l'aggiunta di una unità per ogni esubero di 15.000 accessi;

Gli ausiliari sono distribuiti su tre turni giornalieri in numero proporzionale al volume degli accessi.

Medicina d'Urgenza

La dotazione di dirigenti medici è la seguente:

- 4 dirigenti medici per la degenza ordinaria per un limite minimo di 1.500 assistiti/anno con l'aggiunta di una unità per ogni esubero ulteriore di 500 assistiti;
- 1 dirigente medico per la gestione della sezione subintensiva di grandezza non inferiore a 4 P.L..

La dotazione di infermieri è, per una sezione di 15/20 P.L., di 24 unità con l'aggiunta di un infermiere per turno per un esubero di 10 P.L., distribuiti come di seguito riportato:

- 3 Unità H24 per l'assistenza ordinaria;
- 1 Unità H24 per l'assistenza subintensiva;

- 1 coordinatore.

Gli ausiliari sono distribuiti su tre turni giornalieri in numero proporzionale al volume degli accessi.

1.1.3. MEDICINA D'URGENZA E P.S. IN D.E.A. II° LIVELLO

La Unità Operativa Complessa di Medicina d'Urgenza è costituita dal P.S. generale con annessa Area di Osservazione Temporanea e dell'Area di degenza della Medicina d'Urgenza. Nell'Area di degenza sono presenti posti letto di terapia subintensiva (T.S.I.).

Si differenzia dal D.E.A. di I° per:

- maggiore volume delle prestazioni assistenziali;
- dotazione di strutture ad elevata complessità assistenziale : cardio-angiocirurgia, chirurgia toracica, neurochirurgia, nefrologia ed emodialisi, terapia intensiva neonatale diagnostica per immagini vascolare e neurologica, diagnostica radiologica invasiva e radiologia interventistica, ematologia, oculistica, otiatria, grandi ustionati, trapianti di organo.

E' opportuno che il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) nelle strutture ospedaliere sede di DEA di II° livello sia contiguo al Pronto Soccorso per accogliere i pazienti in crisi acuta per i quali vi possono essere sia rischi di allontanamento sia difficoltà di integrazione fra servizi. In questi servizi andrà effettuato monitoraggio scritto degli eventi sentinella e dovranno essere messi a punto programmi formalizzati di individuazione e superamento delle cause di tali episodi. Andranno inoltre definite pratiche omogenee e/o linee guida almeno per quanto riguarda la terapia farmacologica e le modalità di integrazione con i servizi territoriali.

1.1.3.1 Requisiti strutturali

Area Pronto Soccorso e Osservazione Temporanea

L'Area di Pronto Soccorso e Osservazione Temporanea dispone della dotazione di ambienti di cui ai punti 1.1.1.1. e 1.1.2.1..

Deve, inoltre, essere dotata di:

- N.4 aspiratori elettrici
- N.4 aspiratori a muro.

L'Osservazione Temporanea deve essere dotata di un numero di letti pari ad almeno il 50% dei letti tecnici, 30% dei quali monitorizzati.

I requisiti impiantistici dell'Area sono analoghi a quelli del Pronto Soccorso.

Area Degenza

L'Area di degenza prevede 16/30 posti letto ed una sezione subintensiva con un numero di letti monitorizzati (T.S.I.) non inferiore al 30%. Le postazioni letto non a vista sono dotate di allarme acustico e di telemetria.

La struttura medicina d'urgenza dispone delle stesse dotazioni di ambienti dell'analoga struttura allocata all'interno del D.E.A. di 1° livello.

1.1.3.2. Requisiti Impiantistici

Sono garantite le condizioni previste dalla normativa vigente relativamente a impianti e tecnologie e in merito alla sicurezza di pazienti e operatori nonché i requisiti previsti dal Pronto Soccorso Ospedaliero.

Risorse tecnologiche e strumentali

Area Pronto Soccorso

L'area di Pronto Soccorso dispone della stessa dotazione strumentale e di farmaci dell'analoga struttura collocata presso il D.E.A. di 1° livello, ed inoltre:

- Monitor multiparametrico (n. 8);
- Elettrocardiografo portatile per ogni box di visita ;
- Respiratore a pressione positiva intermittente (n. 2);
- Apparecchiature per la ventilazione non invasiva (n.2);
- Defibrillatore con stimolatore cardiaco (n. 3);
- Impianto erogatore di O₂ a muro (P.S.) per ogni letto tecnico dotato di monitor (n. 4);
- Set per immobilizzazione colonna ed arti (n. 8);
- Aspiratori (n. 2);
- Sfigmomanometro (n. 6);
- Strumentario endoscopico completo;
- Apparecchio radiologico (n. 2);
- Apparecchi di laboratorio (emogasanalisi, osmometro, dosaggio elettroliti, dosaggio Hbematocrito, spettrofotometro per ciascuno n. 1);
- Set per approntamento apparecchi gessati (n. 10).

Area degenza

La medicina d'urgenza dispone della stessa dotazione strumentale e di farmaci dell'analoga struttura del D.E.A. di I livello.

1.1.3.3. Requisiti Organizzativi**Pronto Soccorso**

La dotazione di Dirigenti Medici è di 11 Unità per 50.000 accessi /anno con l'aggiunta di una unità per ogni ulteriore esubero di 8.000 accessi. Tale dotazione è parte integrante dell'organico della U.O.C. P.S.-Medicina d'Urgenza e costituisce il contributo che la stessa fornisce per la costituzione del team di P.S..

I dirigenti medici componenti la equipe di P.S. sono:

- un internista;
- un chirurgo;
- un ortopedico traumatologo;
- un cardiologo;
- un rianimatore.

I dirigenti medici "dedicati" in modo esclusivo sono:

- un radiologo;
- un patologo clinico;
- un pediatra;
- un ginecologo;

I dirigenti medici attivati in regime di consulenza sono:

- un neurologo;
- un neurochirurgo;
- un cardiologo e/o cardiocirurgo vascolare;
- un oculista;
- un otoiatra;
- un gastroenterologo (con funzioni di endoscopista digestivo)
- uno psichiatra.

Sono, inoltre, presenti con disponibilità H24:

- un capo tecnico di radiologia;
- un capo tecnico di laboratori;
- un tecnico di radiologia;
- un tecnico di laboratorio;
- un tecnici per radio e/o computer, telefax;
- un tecnici di endoscopia.

I servizi diagnostici di alta specializzazione devono assicurare la disponibilità H24 (T.A.C., radiologia vascolare, neuroradiologia ecc., compresa l'endoscopia digestiva).

La dotazione di infermieri professionali è di 30 unità, distribuite in tre turni con modulo 6-6-4 per un volume di accessi 50.000/anno, con aggiunta di una unità per ogni ulteriore esubero di 10.000 accessi/anno.

Gli ausiliari sono distribuiti su tre turni in numero proporzionale al volume di prestazioni.

Medicina d'Urgenza

La dotazione di Dirigenti Medici è la seguente:

- 4 dirigenti medici per la degenza ordinaria per un limite minimo di 1.500 assistiti/anno con l'aggiunta di una unità per ogni esubero ulteriore di 500 assistiti /anno.
- 2 dirigenti medici per la gestione di 4-8 letti subintensivi con l'aggiunta di 1 unità per l'esubero ulteriore di 8 letti.

La dotazione di I.P. per una sezione di 20/30 P.L. è di 30 unità con la seguente distribuzione:

- Un coordinatore.
- 4 Unità H24 per l'assistenza ordinaria.
- 2 Unità H24 per l'assistenza subintensiva per un numero di P.L. non inferiore a 8.

Gli ausiliari sono distribuiti su tre turni giornalieri in numero proporzionale al volume degli accessi.

1.1.4. RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA

Le attività di rianimazione e terapia intensiva sono dedicate al monitoraggio e al trattamento intensivo dei pazienti critici H24.

I pazienti candidati al ricovero in rianimazione e terapia intensiva possono essere raggruppati in due classi principali:

- a) pazienti che richiedono trattamento intensivo mirato, in quanto affetti da una o più insufficienze d'organo acute potenzialmente reversibili, tali da comportare pericolo di vita o d'insorgenza di complicanze maggiori;
- b) pazienti che richiedono monitoraggio e mantenimento delle funzioni vitali al fine di prevenire complicanze maggiori.

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

1.1.4.1. Requisiti Strutturali

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

- i locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia ed al volume delle attività erogate. La superficie minima da prevedersi per ogni degenza singola è di 16 mq, per degenze multiple è di 12 mq per posto letto;
- per le strutture di nuova costruzione, la superficie minima da prevedersi per ogni singola degenza è di 20 mq, per degenze multiple è di 16 mq per posto letto;
- zona filtro per il personale addetto;
- zona filtro per i degenti;
- almeno 1 stanza a degenza singola dotata di zona filtro per persone necessitanti di isolamento, adeguata per accogliere anche pazienti che necessitino di isolamento respiratorio a pressione negativa;
- un locale medici;
- un locale lavoro infermieri;
- servizi igienici per il personale;
- un deposito presidi sanitari ed altro materiale pulito;
- un deposito materiale sporco;
- un'area attesa/soggiorno visitatori;
- un'area per disinfezione e lavaggio attrezzature e materiali, in relazione alla dimensione dell'unità;

- Deposito bombole gas medicali.

L'Unità di Terapia Intensiva (U.T.I.) è articolata tra i 4 e i 12 posti letto e prevede ampliamenti per moduli di 4 posti letto. La configurazione interna può essere del tipo a degenze singole o degenze multiple.

I letti di degenza sono dotati di spazi tali da consentire agevoli manovre assistenziali sui quattro lati.

Nel caso che la degenza singola sia associata a degenze multiple, e che quindi lunga prevalentemente da locale di isolamento per pazienti infettivi o immunodepressi, deve essere collocata preferibilmente all'estremità del reparto.

Per le nuove costruzioni, la distanza tra due letti non deve essere inferiore a m 2,5. Le degenze devono essere di forma regolare, quadrate o rettangolari, ampiamente vetrate e orientate in modo da facilitare la sorveglianza diretta del paziente dalla centrale di controllo. Il paziente non deve avere la possibilità di vedere gli altri degenti.

1.1.4.2. Requisiti Tecnologici

L'unità di rianimazione e terapia intensiva deve disporre dei seguenti impianti:

- impianto di condizionamento ambientale che assicuri:
 - una temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20-26 °C
 - una umidità relativa estiva e invernale compresa tra 40-60%
 - un ricambio aria (aria esterna senza ricircolo) di 6 vol/h
 - un filtraggio dell'aria ad alta efficienza ed una filtrazione assoluta al 99,95% nei locali di isolamento
 - almeno un'Area assistenza con una pressione positiva o negativa (+ o - 10 Pa), regolabile in funzione dell'utilizzo (malato immunodepresso o contagioso, rispettivamente)
- un impianto di gas medicali (2 prese O₂, 2 prese vuoto, 1 presa aria compressa per posto letto), munito di allarme ottico e acustico per segnalazione di variazione di pressione dei gas medicali e/o dei guasti dell'impianto;
- 8 prese di forza motrice a posto letto;
- prese per apparecchi ad alto assorbimento di corrente;
- impianto rilevazione incendi;
- un lavabo in ogni stanza di degenza;
- un impianto elettrico di continuità per i sistemi di monitoraggio e per le apparecchiature atte al sostegno delle funzioni vitali.

La dotazione strumentale minima deve essere la seguente:

- 4 pompe da infusione a posto letto;
- un respiratore automatico dotato anche di allarme per deconnessione paziente;
- un monitor a posto letto per la rilevazione dei parametri vitali;
- una lampada scialitica;
- un diafanoscopio a parete ed un analogo dispositivo mobile, che possa essere trasferito all'occorrenza in vicinanza della postazione utile;
- frigoriferi per la conservazione di farmaci ed emoderivati;
- un carrello di emergenza dotato di: defibrillatore, pace maker esterno, materiale per assistenza respiratoria;
- presidi per la prevenzione delle piaghe da decubito;
- un sollevapazienti;
- letti elettrici per terapia intensiva con sistema di articolazione e materassi antidecubito.

Impianto dei gas medicali

Gli impianti dei gas medicali centralizzati (area medicale e ossigeno) devono fornire una pressione d'esercizio di 4 – 5 atmosfere che deve rimanere costante con un flusso di 20 l/min per ciascuna presa, quando tutte le prese sono in funzione. Manometri a vista dotati di allarmi acustici e visivi, che si attivano automaticamente in caso di ridotta pressione di alimentazione, devono essere ubicati in prossimità della U.T.I.. Le caratteristiche tecniche degli impianti dei gas centralizzati sono precisate da apposite normative CEN (pr EN 737 – 1,2,3) e ISO (32).

Impianto di aspirazione

L'impianto di aspirazione centralizzato (vuoto) deve garantire, quando tutte le prese sono in funzione, una pressione minima di aspirazione di 500 mm Hg (40 l/min costanti) per ciascuna presa.

Impianti di comunicazione

Si raccomandano due linee telefoniche esterne ogni 8 posti letto, una linea di emergenza a selezione passante ed un numero adeguato di linee interne. Un sistema di interfoni deve collegare ciascuna degenza di studi medici e la cucina con la centrale di controllo.

Si raccomanda inoltre un sistema di interfoni tra degenze e l'eventuale corridoio esterno per la comunicazione tra paziente e visitatori. Un allarme acustico e visivo deve poter essere attivato da ciascuna degenza e rilevato dalla centrale di controllo.

Un sistema di allarme analogo può essere collegato con il Pronto Soccorso. Se la disposizione delle degenze non permette la visione diretta del paziente, è raccomandabile l'installazione di un sistema TV a circuito chiuso ad amplificazione di luce con monitor di controllo nella centrale di sorveglianza.

Requisiti tecnologici dell' Area di Degenza

Ad integrazione di quanto già previsto nella dotazione strumentale minima, devono essere presenti all'interno dell'area di degenza:

Per ogni posto letto:

- N° 4 pompe infusionali endovenose;
- N° 1 pompa infusionale per nutrizione enterale;
- N° 1 ventilatore automatico, a concezione digitale, dotato di diverse opzioni;
- software ed hardware che permettano di soddisfare tutte le esigenze diagnostiche e terapeutiche, per neonati, bambini e adulti, e l'assistenza ventilatoria anche nelle condizioni più difficili; deve essere dotato di monitoraggio del loop ventilatorio, allarmi di flusso e di pressione, e di varie modalità di ventilazione del paziente;
- un monitor per la rilevazione dei parametri vitali, con metodo invasivo e non;
- letto elettrico per terapia intensiva, con sistemi di articolazione (Trendelemburg / Anti-Trendelemburg, zona testa, ginocchia, piedi) e materassi anti-decubito;
- sistemi di termoregolazione del paziente;

Ogni posto-letto deve essere fornito di un minimo di 16 prese elettriche divise in 4 gruppi.

In ogni area di degenza va prevista almeno una presa elettrica di tipo interbloccata per l'apparecchio radiologico.

Ogni posto-letto deve essere fornito di:

- un pulsante per "richiesta di aiuto urgente";
- un minimo di 4 prese per l'ossigeno e di 3 prese per l'aria medica;
- un minimo di 3 prese di vuoto.

Le prese dei gas medicali e del vuoto devono essere identificate con appositi colori ed etichette. Non dovrebbero essere posizionate ad altezza d'uomo per evitare lesioni al volto in caso di deconnessione.

Le travi a muro o i pensili da soffitto rappresentano la miglior soluzione per la distribuzione dei gas medicali e la corrente elettrica in quanto evitano la presenza di cavi a terra.

Nell'antisala delle degenze singole va posizionato un lavabo con acqua calda e fredda, di profondità e larghezza adeguata per evitare spruzzi, azionato in automatico o a pedale. Nelle degenze multiple va previsto almeno un lavabo ogni due posti-letto. I lavabi devono essere installati distanziati di almeno 5 cm dalla parete per agevolare pulizia e disinfezione.

Il 20% dei letti deve essere munito di prese d'acqua per la dialisi con filtri depuratori (opzionale).

E' consigliabile inoltre disporre di una presa per telefono, interfono a viva voce, TV, collegamento alla rete informatica ed eventuale telecamera per TV a circuito chiuso per ogni posto-letto.

1.1.4.3. Requisiti Organizzativi

La dotazione organica del personale medico ed infermieristico deve essere rapportata alla tipologia delle attività svolte.

Deve essere prevista:

- la presenza H24 di un dirigente medico anestesista rianimatore ogni 4 posti letto;
- la presenza di un infermiere coordinatore.

Per quanto concerne il personale infermieristico si pongono le seguenti indicazioni:

- i pazienti necessitano di monitoraggio e terapie strumentali di sostegno delle funzioni vitali: Rapporto infermiere-malato = 1/2, da garantire nell'arco delle 24 ore;
- i pazienti necessitano di monitoraggio e terapie non strumentali: rapporto infermiere - malato pari a 1:3, da garantire nell'arco delle 24 ore.

Nell'ambito della stessa struttura di rianimazione e terapia intensiva possono coesistere posti letto con livelli di cura diversi in rapporto alla tipologia dei ricoverati.

Devono essere previste procedure specifiche in caso di malfunzionamento degli impianti dei gas / medicali e del sistema di aspirazione.

Devono essere disponibili e venire seguite linee guida per il controllo delle infezioni nosocomiali.

1.1.4.4. Requisiti Strutturali e Tecnologici dell'Area di Sorveglianza

Centrale di Controllo

Si tratta di un'area logisticamente distinta all'interno della U.T.I., sita in prossimità delle degenze, che deve permettere il controllo visivo diretto dei pazienti e dei relativi monitoraggi. In quest'area deve essere prevista l'installazione di ripetitori dei segnali monitorati con relativi allarmi, terminali di reti informatiche, monitor di eventuali TV a circuito chiuso, telefoni, citofoni, interfonni, ecc.

Deve essere parzialmente isolata dall'ambiente circostante da una vetrata in grado di attutire la trasmissione dei suoni e garantire la riservatezza dei colloqui tra sanitari.

1.1.5. UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA (U.T.I.C.)

Nell'ambito delle strutture eroganti prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuzie, l'Unità di Terapia Intensiva Cardiologica è un servizio di terapia intensiva dedicato alla gestione clinico-assistenziale del paziente con Sindrome Coronarica Acuta (SCA) e/o patologie cardiologiche di particolare gravità e che ne mettono direttamente in pericolo la vita.

1.1.5.1. Requisiti Strutturali

L'U.T.I.C. deve essere collocato organizzativamente e funzionalmente nell'ambito di una Unità Operativa Cardiologica, con posti letto dedicati da un minimo di 4 ad un massimo di 12, in relazione al numero complessivo di posti letto dell'Unità Operativa medesima.

L'U.T.I.C. è ubicata in contiguità con l'area di degenza ordinaria cardiologica; sono previsti collegamenti preferenziali con il Pronto Soccorso e con l'Emodinamica.

Il rapporto letto U.T.I.C./letti degenza cardiologica è di almeno 1:3.

L'U.T.I.C. dispone della seguente dotazione di ambienti:

- area di degenza con letti attrezzati e configurata in modo tale da operare agevolmente intorno al letto, permettere l'accesso della barella e la movimentazione delle apparecchiature;
- una stanza a degenza singola dotata di filtro per pazienti necessitanti di isolamento;
- spazio controllo dei pazienti, attrezzato con consolle monitor, esterno all'area strettamente di degenza ma ad essa direttamente connesso;
- deposito attrezzature;
- deposito materiale pulito;
- area tecnica di lavoro con strumentazioni e attrezzature;
- locale per procedure semi-invasive ed invasive con radioscopia (in alternativa, accesso diretto in II24 a Camera Operatoria con Rx scopia);
- zona filtro per il personale;
- locale caposala;
- locale lavoro infermieri;
- locale medici;
- filtro visitatori;
- spazio attesa familiari.

I seguenti spazi possono essere in comune con la degenza in caso di contiguità:

- deposito materiale sporco, dotato di vuotatoio e lavapadelle;
- servizi igienici per il personale;
- stanza per medico di guardia;
- locale cucinetta;
- locale per colloqui con i familiari;
- locale deposito salma (non necessario se possibilità di usufruire in tempo reale della camera mortuaria).

Requisiti per specifici ambienti

- zoccolo lavabile di altezza pari a 2 metri;
- pavimenti lavabili e disinfettabili;
- colore chiaro con indici di riflessione dell'80-90% per il soffitto, 50% per le pareti, 15-30% per i pavimenti.

1.1.5.2. Requisiti Tecnologici

L'U.T.I.C. dispone dei seguenti impianti:

- impianto di condizionamento ambientale che assicuri:
 - temperatura interna invernale ed estiva 20-24 °C
 - umidità relativa estiva e invernale 40-60%
 - ricambio aria (aria esterna senza ricircolo) 6 vol/h
 - un filtraggio dell'aria ad alta efficienza ed una filtrazione assoluta al 99,95% nei locali di isolamento
 - pressione relativa positiva;
- impianto di gas medicali;
- impianto di chiamata con segnalazione acustica luminosa;
- impianto elettrico caratterizzato da:
 - continuità con alimentazione di sicurezza
 - alimentazione di emergenza
 - sicurezza con trasformatore di isolamento

- nodo equipotenziale
- pavimento antistatico
- illuminazione di tipo indiretto circa 300 lux.

L'U.T.I.C. dispone della seguente dotazione strumentale:

- trave testaletto: 2 prese per ossigeno, vuoto, aria compressa; 6 o più prese di corrente 220 V; 1 presa interbloccata per apparecchi RX portatili; prese di terra equipotenziali;
- 1 monitor E.C.G. a posto letto a tre o più canali con analizzatore tratto ST-T ed aritmie, con allarmi e memoria di 24 ore;
- 1 misuratore di pressione arteriosa non invasiva a posto letto, con allarmi e bracciali di diversa misura;
- misuratore a 2 vie di pressioni invasive, portata cardiaca con termodiluizione, ossimetria per il 25% dei posti letto;
- 1 elettrocardiografo a tre-sei canali + 1 di riserva;
- pompe di infusione per un totale di 4 vie a posto letto e con 2 vie di riserva per posto letto
- 2 defibrillatori bifasici;
- 2 carrelli di emergenza con il necessario per l'intubazione O.T.;
- 1 pace-maker temporaneo completo di accessori ogni 3 posti letto + 1 di riserva;
- 1 materasso antidecubito ogni 4 posti letto;
- 1 apparecchio per emogasanalisi*;
- 1 apparecchio per ACT o aPTT*;
- 1 ecocardiografo, completo di sonda transesofagea e sonda per vascolare (carotidi);
- 1 contropulsatore**;
- 2 aspiratori per broncoaspirazione;
- letti tecnici da terapia intensiva radiotrasparenti per tutti i posti letto;
- 1 diafanoscopio;
- 1 frigorifero per farmaci con allarme temperatura;
- 1 lampada scialitica portatile;
- 1 carrello per terapia.

** attrezzatura non necessaria nel caso di disponibilità immediata del laboratorio centrale*

*** nei centri IHub*

1.1.5. 3. Requisiti Funzionali ed Organizzativi

Le strutture cardiologiche sono distinte in due tipologie:

- a) **centro Hub:** presenza di U.T.I.C. collegata ad un Laboratorio di Emodinamica Interventistica con le seguenti caratteristiche tecnico-organizzative:
- reperibilità H24 e 7/7 giorni;
 - alto volume di attività per Centro e Operatori;
 - rapida attivazione ed esecuzione dell'angioplastica dall'arrivo del paziente con infarto miocardio;
 - uso del contropulsatore aortico;
 - supporto di anestesista-rianimatore in caso di necessità.
- b) **centro Spoke:** tutte le restanti situazioni.

L'U.T.I.C. dispone di personale commisurato alla numerosità e complessità della casistica trattata e comunque delle seguenti risorse umane, con attenzione particolare per i centri Hub:

1) Personale infermieristico per turno

- 2 infermieri (configurazione minima dell'Unità)
- ovvero 3 infermieri (configurazione dell'Unità da 5 a 8 posti letto)
- ovvero 3 infermieri + 1 infermiere ogni 2 posti letto ulteriori rispetto alla configurazione precedente.

2) Personale medico

E' garantita la presenza di un cardiologo di guardia H24.

L'U.T.I.C. garantisce la continuità assistenziale dei pazienti attraverso l'utilizzo di personale dedicato e in numero proporzionale al volume di attività, e comunque:

- 1 medico in continuità assistenziale nella fascia oraria del mattino (configurazione minima dell'Unità)
- ovvero 2 medici in continuità assistenziale nella fascia oraria del mattino (configurazione dell'Unità da 5 a 8 posti letto)

ovvero 3 medici in continuità assistenziale nella fascia oraria del mattino (configurazione dell'Unità > 8 posti letto o con funzione di centro Hub).

1.1.6. SERVIZIO DI EMODINAMICA

Nell'ambito delle strutture eroganti prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuzie, il Servizio di Emodinamica è un servizio dedicato alla esecuzione, da parte di personale altamente specializzato, di procedure cardiologiche invasive a scopo diagnostico (es: cateterismo cardiaco, arteriografia coronarica) o terapeutico (es: angioplastica per cutanea, stent) per la cura della Sindrome Coronarica Acuta sia in elezione sia in emergenza.

Vengono distinti i laboratori che operano in H12 ed in H24.

1.1.6.1. Requisiti Strutturali

Il laboratorio di Emodinamica è ubicato in prossimità dell'U.T.I.C. e del Pronto Soccorso o sono previsti collegamenti preferenziali con tali servizi.

Il Servizio di Emodinamica dispone della seguente dotazione di ambienti:

- sala di emodinamica dotata di pareti e porte con schermature piombate e gabbia di Faraday;
- sala controllo protetta con parete o vetro piombato;
- spazio per l'osservazione del paziente;
- locale per la preparazione e il lavaggio del materiale, attiguo alla sala di emodinamica;
- ambiente/spazio lavaggio - vestizione medici, attiguo alla sala di emodinamica;
- ambiente/spazio per la compressione vascolare, attiguo alla sala di emodinamica;
- locale per lo stoccaggio di materiale;
- deposito biancheria pulita;
- deposito sporco con vuotatoio;
- sala refertazione e archiviazione;
- servizi igienici differenziati per il personale e i pazienti;
- spazi per lo smaltimento dei rifiuti differenziati;
- locale per le attività di segreteria, anche in comune con altre funzioni.

Requisiti per specifici ambienti

- Sala di emodinamica avente dimensioni minime di 30 mq. Gli spazi sono configurati in modo tale da muoversi agevolmente attorno al tavolo e alla apparecchiatura radiologica durante le procedure e le eventuali manovre di assistenza o rianimazione.
- Parete lavabile o zoccolo impermeabile, lavabile e disinfettabile, di altezza pari a 2 metri.
- Pavimento antistatico, lavabile e disinfettabile.

1.1.6.2. Requisiti Tecnologici

Il Servizio di Emodinamica dispone dei seguenti impianti:

- impianto di condizionamento ambientale che assicuri:
 - temperatura interna invernale ed estiva 20-22 °C
 - umidità relativa estiva e invernale 40-60%
 - ricambio aria (aria esterna senza ricircolo) 6 vol/h;
 - filtrazione terminale dell'aria con filtro assoluto al 99,95%
 - pressione relativa positiva;
- impianto di gas medicali con prese: 2 gruppi ossigeno/aria compressa/vuoto per sala;
- impianto elettrico caratterizzato da:
 - continuità con alimentazione di sicurezza
 - alimentazione di emergenza
 - sicurezza con trasformatore di isolamento
 - nodo equipotenziale
 - illuminazione a intensità regolabile;
- dispositivi di legge per la prevenzione infortuni e la radioprotezione (collegamento con la fisica sanitaria).

Il Servizio di Emodinamica dispone della seguente dotazione strumentale:

- Pre-sala o spazio per l'osservazione del paziente:
 - 1 defibrillatore

- 1 elettrocardiografo: a tre o più derivazioni con allarmi, memoria e stampante
 - gruppo ossigeno-aria compressa-vuoto.
- Laboratorio di emodinamica:
- 1 elettrocardiografo: a tre o più canali
 - 1 respiratore automatico per ogni sala (anche di tipo pediatrico, qualora si pratichi cardiologia pediatrica)
 - 1 ossimetro per ogni sala
 - 1 strumento per misurare la portata cardiaca, anche inserito nel poligrafo
 - 1 set per la pericardiocentesi per ogni sala
 - 1 apparecchio per emogasanalisi*
 - 1 apparecchio per ACT o aPTT*.
- Sala di emodinamica:
- letto radiologico
 - stativo a C o a U
 - visione ottimale in scopia
 - acquisizione digitale delle immagini e archiviazione
 - lampada scialitica con alimentatore di sicurezza
 - 1 poligrafo con 12 derivazioni ECG, 3 contemporanee e 2 canali di pressione
 - 1 carrello di rianimazione
 - 1 defibrillatore
 - 2 pace-maker temporanei
 - attrezzature per la radioprotezione, in numero corrispondente agli operatori in attività (camice piombato; collare piombato; occhiali e guanti anti-raggi X; paratia anti-raggi X da porre fra paziente e operatore)
 - dotazioni di materiale d'uso corrente per il mantenimento della sterilità (camici e guanti sterili, teli sterili per il campo) e le procedure diagnostiche, in quantitativi commisurati all'attività
 - 1 iniettore
 - 2 pompe di infusione per ogni sala.
- Sala di refertazione:
- 2 PC dotati di software di visualizzazione per sala.

** attrezzatura non necessaria nel caso di disponibilità immediata del laboratorio centrale*

1.1.6.3. Requisiti Organizzativi

Il Servizio di Emodinamica dispone di personale commisurato alla numerosità e complessità della casistica trattata e comunque delle seguenti risorse umane per sala e turno di lavoro:

- 2 Medici;
- 2 Infermieri;
- 1 anestesista rianimatore dedicato H24;
- 1 Tecnico di radiologia;
- 1 O.S.S..

I centri Hub, per garantire il servizio ordinario, la reperibilità notturna e nei giorni festivi, dispongono complessivamente di 6 operatori interventisti dedicati.

1.1.7. UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA NEONATALE (U.T.I.N.)

Finalità

Le U.T.I.N. sono unità operative collocate in Istituti con reparto ostetrico e neonatologico di III° livello. E' possibile la presenza di una U.T.I.N. in un Istituto senza reparto ostetrico se collocata in un Ospedale di elevata specializzazione pediatrica.

Le U.T.I.N. sono reparti con presenza di letti di terapia intensiva e subintensiva. Tali unità devono essere funzionalmente collegate con le unità di I° e II° livello al fine di garantire un modello regionalizzato delle cure perinatali.

Destinatari

Caratteristiche dei neonati che necessitano di terapia intensiva:

- Neonato in ventilazione meccanica e per le 48 ore seguenti l'estubazione.
- Neonato con età post-concezionale < 28 settimane.
- Neonato con e.g. > 28 settimane ma con peso < 1000 gr., nei primi 10 gg di vita.
- Neonato in CPAP nasale, indipendentemente dalla FiO₂, nella prima settimana di vita.
- Neonato con RDS acuta o patologia polmonare cronica in ossigenoterapia con FiO₂ > 0.40 per almeno 8 ore al giorno, nella prima settimana di vita.
- Neonato con apnee ricorrenti che necessitino di più di 5 stimolazioni ogni 8 ore e/o almeno un intervento rianimatorio al giorno.
- Neonato con accessi vascolari arteriosi: catetere arterioso ombelicale, cannula arteriosa radiale o ulnare.
- Neonato con drenaggio chirurgico (toracico, peritoneale, ventricolare) nelle prime 24 ore.
- Neonato con patologia chirurgica maggiore, nel pre-operatorio e fino a 72 ore dopo l'intervento.
- Neonato con NEC non chirurgica, fino alla ripresa dell'alimentazione enterale.
- Neonato con patologia neurologica grave (convulsioni, sindrome post-ascitica o post-emorragica), fino a stabilizzazione.
- Neonato con patologia cardio-circolatoria grave (cardiopatía congenita, insufficienza cardiaca, ipotensione, aritmie), fino a stabilizzazione.
- Neonato con malattie metaboliche gravi, fino a stabilizzazione.
- Neonato con sepsi, nei primi 3 giorni dal sospetto diagnostico o fino alla stabilizzazione clinica.

- Neonato con meningite, nei primi 5 giorni di terapia o fino alla stabilizzazione clinica. Neonato con sindrome emorragica o trombotica in fase acuta. Neonato sottoposto a dialisi peritoneale o ad emofiltrazione.

Caratteristiche dei neonati che necessitano di assistenza subintensiva:

- Neonato con età post-concezionale < 28 settimane o peso alla nascita < 1000 gr., dopo i primi dieci giorni di vita, fino al raggiungimento di un'età post-concezionale di 32 settimane, di un peso di 1500 gr. e di un apporto alimentare ottimale (75% di alimento per OS e assenza di necessità di NP).
- Neonato con RDS acuta o patologia polmonare cronica in ossigenoterapia e/o CPAP nasale, con $FiO_2 < 0.40$ o con $FiO_2 > 0.40$ per meno di 8 ore al giorno, dopo la settimana di vita. Neonato con accessi vascolari venosi centrali (catetere ombelicale, catetere venoso centrale), fino a 48 ore dopo l'inserzione.
- Neonato con patologia chirurgica maggiore, nel post-operatorio dopo le 72 ore, fino al termine della prima settimana.
- Neonato con pregressa NEC non chirurgica, fino all'alimentazione enterale totale.
- Neonato con patologia neurologica grave (convulsioni, sindrome postasfittica o post-emorragica), dopo stabilizzazione iniziale.
- Neonato con sepsi accertata, con o senza meningite, dalla stabilizzazione clinica fino al termine della terapia antibiotica.
- Neonato con sindrome emorragica o trombotica in trattamento di mantenimento e in condizioni cliniche stabili.
- Neonato sottoposto ad exsanguinotrasfusione fino a 24 ore dopo l'intervento.

1.1.7.1. Requisiti Strutturali

Il modulo minimo di una U.T.I.N. è di almeno:

- 4 posti letto di Terapia Intensiva;
- 4 posti letto di Terapia Subintensiva.

1.1.7.2. Requisiti tecnologici

la U.T.I.N. dispone impianto di condizionamento ambientale che assicuri:

- temperatura interna invernale ed estiva 20-28 °C;
- umidità relativa estiva e invernale 40-60%;

- ricambio aria (aria esterna senza ricircolo) 6 vol/h;
- un filtraggio dell'aria ad alta efficienza.

La struttura dispone della seguente dotazione strumentale:

Terapia Intensiva

- Incubatrici (pari al n. dei posti letto + 50%).
- Respiratori (pari al n. dei posti letto + 2 riserva).
- O₂, CO₂ transcutanei (pari al n. dei posti letto + 2 riserva) Saturimetri O₂ (pari al n. dei posti letto + 2 riserva).
- PA cruenta (pari al n. dei posti letto).
- PA incruenta (pari al n. dei posti letto).
- Monitor cardiorespiratori (pari al n. dei posti letto + 2 riserva) Pompe infusionali (pari al n. dei posti letto x 2 + 30%) Aspiratori (pari al n. dei posti letto + 2 riserva) Ossimetri (pari al n. dei posti letto) 2 Incubatrici da trasporto.
- 1 Apparecchio Rx dedicato 1 Ecografo Doppler.
- 1 Emogasanalizzatore 1 Bilirubinometro.
- 1 Centrifuga da Ematocrito 1 Sterilizzazione incubatrici 1 Banca del latte.
- 1 Nutriz. Parenterale Totale.
- Sorgenti di O₂ e aria (pari al n. dei posti letto x 2) Sorgenti di vuoto (pari al n. dei posti letto).
- Miscelatori per gas e umidificatori (pari al n. dei posti letto) Prese elettriche (pari al n. dei posti letto x 10) Nebulizzatori (pari al 20% dei posti letto).
- Lampade per fototerapia (pari al 33% posti letto).

Terapia Subintensiva

- Incubatrici (pari al n. dei posti letto + 20%).
- Saturimetri O₂ (pari al n. dei posti letto).
- PA incruenta (pari al 30% dei posti letto).
- Monitor cardiorespiratori (pari al n. dei posti letto).
- Pompe infusionali (pari al n. dei posti letto).
- Aspiratori (pari al n. dei posti letto).
- Ossimetri (pari al 50% dei posti letto).
- 1 Bilirubinometro.

- Sorgenti di O₂ e aria (pari al n. dei posti letto x 2).
- Sorgenti di vuoto (pari al n. dei posti letto).
- Miscelatori per gas e umidificatori (pari al n. dei posti letto).
- Prese elettriche (pari al n. dei posti letto x 5).
- Nebulizzatori (pari al 20% dei posti letto).
- Lampade per fototerapia (pari al 33% dei posti letto).

1.1.7.3. Requisiti organizzativi

La U.T.I.N. deve avere accesso H24, tempestivo e preferenziale ai seguenti servizi: laboratorio, servizio trasfusionale, Rx, ecografia, T.A.C., R.M.N., ecocardiografia-doppler, diagnostica per immagini complessa.

La U.T.I.N. dispone di consulenza entro le 24 h dalla richiesta per le seguenti specialità: cardiocirurgia, neurochirurgia, chirurgia pediatrica, chirurgia plastica, oculistica, ortopedia, otorinolaringoiatria, neurologia.

La U.T.I.N. garantisce:

- Integrazione nel sistema di trasporto ed emergenza neonatale (S.T.E.N.).
- Assistenza respiratoria con CPAP o con ventilatore meccanico in modalità sia controllata che assistita (trigger). Nutrizione parenterale totale.
- Drenaggio pleurico e pericardio.
- Posizionamento di catetere centrale con la tecnica percutanea o chirurgica.
- Interventi terapeutici per tutte le patologie metaboliche (dialisi peritoneale).
- Determinazione in urgenza di: Hb, Ht, bil. totale, EAB ed emogasanalisi, elettroliti, osmolarità.
- Possibilità di riscontro autoptico.
- Produzione di un rapporto annuale statistico-epidemiologico sull'attività svolta.
- Servizio di follow-up dei neonati dimessi.
- Umanizzazione delle cure neonatali ("care" materno-neonatale).

La U.T.I.N. è collegata con i seguenti servizi:

- Centro immunotrasfusionale.
- Laboratorio analisi H24.
- Ecografia.

- Radiologia pediatrica.
- T.A.C., R.M.N., medicina nucleare.
- Anatomia patologica.
- Genetica medica.
- Neuropediatria.
- Chirurgia plastica.
- Recupero e riabilitazione funzionale.
- Chirurgia, cardiologia, neurochirurgia, dermatologia, ortopedia, oculistica, otorinolaringoiatria pediatriche.

La U.T.I.N. dispone del seguente personale:

- 7 medici (neonatologi o pediatri con esperienza specifica in ambito neonatologico che abbiano effettuato corsi di perfezionamento in neonatologia e di aggiornamento in perinatologia). Il rapporto tra medici e posti letto è pari a 1,5: 1 per la TIN e 0,33: 1 per la subTIN.
- 1 infermiere presente per turno ogni 2 neonati in terapia intensiva.
- 1 infermiere presente per turno ogni 4 neonati in terapia subintensiva 1 Neonatologo di guardia H24 + reperibilità integrativa.

1.1.8. UNITÀ DI TRATTAMENTO NEUROVASCOLARE (U.T.N.)

Finalità

L'Unità di Trattamento Neurovascolare (U.T.N.) e il Team Neurovascolare (T.N.V.) sono servizi ospedalieri dedicati alla gestione clinico-assistenziale del paziente con ictus acuto.

Le U.T.N. sono reparti di terapia semi intensiva.

Il T.N.V. (medici, fisioterapisti e tecnici esperti nella valutazione e nella cura delle vasculopatie cerebrali acute) coordina e supervisiona, su richiesta, gli interventi sui pazienti con ictus cerebrale, indipendentemente dal reparto in cui questi sono ricoverati.

I servizi in oggetto sono organizzati in una "rete" integrata assistenziale a garanzia di una corretta ed efficace gestione del paziente con ictus in fase acuta.

Destinatari

- L'U.T.N. gestisce le emergenze cerebrovascolari (pazienti con esordio dei sintomi di ictus entro le prime 3 ore dall'arrivo in ospedale) o pazienti in condizioni di criticità, non di pertinenza neurochirurgica.
- Il T.N.V. garantisce la corretta gestione dei pazienti ricoverati in strutture diverse dalle U.T.N. e la collaborazione con il medico di Pronto soccorso (P.S.) alla selezione dei casi che necessitano di trasferimento ai livelli superiori (U.T.N. I°, U.T.N. II°). Per ogni necessità diagnostica che non possa essere soddisfatta nel proprio ambito o in caso di indicazione al ricovero ai livelli superiori, il T.N.V. fa riferimento alla U.T.N. I° o II° di pertinenza territoriale.

1.1.8.1. UNITÀ DI TRATTAMENTO NEUROVASCOLARE

1.1.8.1.1. Requisiti Strutturali

L'U.T.N. è ubicata nell'area di accoglienza del paziente in emergenza (area del paziente critico) di un D.E.A. di II° livello di appartenenza o comunque nelle sue immediate vicinanze e dotata di un numero minimo di 4/6 posti letto.

L'U.T.N. II° dispone della seguente dotazione di ambienti :

- area degenza con superficie minima di 9 mq per posto letto;
- locale lavoro;

- deposito presidi sanitari ed altro materiale pulito;
- deposito materiale sporco;
- area per disinfezione e lavaggio attrezzature e materiali, in relazione alla dimensione dell'unità.

1.1.8.1.2. Requisiti tecnologici

L'U.T.N. dispone di un impianto di condizionamento ambientale che assicuri:

- una temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20-26 °C;
- una umidità relativa estiva e invernale compresa tra 40-60%;
- un ricambio aria (aria esterna senza ricircolo) di 6 vol/h;
- un filtraggio dell'aria ad alta efficienza ed una filtrazione assoluta al 99,95% nei locali di isolamento;
- una pressione positiva o negativa (+ o - 10 Pa), regolabile in funzione dell'utilizzo (malato immunodepresso o contagioso, rispettivamente).

La struttura dispone della seguente dotazione strumentale:

- 1 monitor per elettrocardiogramma (E.C.G.) e parametri vitali, 1 barra gas medicali (aria, vuoto, ossigeno) e 1 crono-infusore per letto;
- 1 centralina parametri vitali;
- apparecchiature per la gestione dell'emergenza: 1 defibrillatore; 1 set rianimazione; 1 elettrocardiografo portatile;
- apparecchiature per la diagnostica neuro e cardio-vascolare non invasiva: ecografo e apparecchio Duplex Scanner con sonde per Doppler Transcranico (TCD), per Ecocardiografia trans-esofagea (TTE).

1.1.8.1.3. Requisiti organizzativi

L'U.T.N. costituisce unità operativa semplice, afferente all'U.O.C. di neurologia, collocata all'interno di una struttura sede di D.E.A. di II° livello.

L'U.T.N. garantisce:

- diagnosi tempestiva clinico strumentale del tipo di ictus, della causa che lo ha determinato e della gravità della malattia;

- pronta attuazione dei provvedimenti terapeutici più adeguati nella fase acuta (farmacologici quali la terapia trombolitica, neurochirurgici, chirurgici vascolari o di neuro-radiologia interventistica);
- trasferimento entro e/o non oltre le 96 ore dall'accettazione dei pazienti, in ambiente appropriato alla cura della condizione clinica e/o della patologia emergente.

L'U.T.N. assicura un servizio di guardia attiva H24 per i pazienti ricoverati in U.T.N. e, se richiesto, nell'area dell'emergenza.

L'U.T.N. dispone del seguente personale:

- 1 responsabile Neurologo o Medico esperto con almeno 5 anni di comprovata esperienza nella gestione della malattia cerebrovascolare acuta o in possesso di titolo di master di II° livello in malattie cerebrovascolari;
- 1 neurologo o 1 medico esperto per 2 posti letto e per turno lavorativo, in possesso di attestato di frequenza al I° Modulo del master di II° livello in malattie cerebrovascolari o con almeno 3 anni di comprovata esperienza nella gestione della malattia cerebrovascolare acuta;
- 1 Infermiere con funzioni direttive;
- 1 Infermiere professionale, esperto in B.L.S., ogni 2 pazienti;
- 5 Ausiliari;
- Fisioterapisti;
- 1 Logoterapista.

Nell'U.T.N. sono definiti e formalizzati rapporti di collaborazione e di pronta reperibilità con neurochirurghi, chirurghi vascolari, radiologi, neuroradiologi, ultrasonografisti, cardiologi, rianimatori, esperti in riabilitazione neurologica.

L'U.T.N. ha accesso H24, tempestivo e preferenziale mediante protocolli definiti, oltre che ai servizi di supporto diagnostico e terapeutico previsti per il D.E.A. II° livello (radiologia generale per Roentgen diagnostica e medicina nucleare; neuroradiologia per T.C. e per R.M.N.; U.T.I.C.; dialisi; diagnostica per ultrasuoni), ai seguenti servizi:

- neuroradiologia per Angio-R.M., Angiografia digitale;
- Centro di Elettrostimolazione Cardiaca – C.E.S.C. (per l'impianto di pace-maker provvisori o definitivi),
- diagnostica per ultrasuoni per Ecocardiografia trans-toracica (T.T.) e trans-esofagea (T.E.).

1.1.9. PUNTI DI PRIMO INTERVENTO

Finalità

I Punti di Primo Intervento garantiscono la stabilizzazione del paziente in fase critica attivando, tramite C.O. 118, il trasporto presso l'ospedale più idoneo secondo protocolli definiti e un primo intervento medico in caso di: patologie diagnosticate ed inaggravanti; malesseri non ben definiti; piccoli atti medico-chirurgici; diagnostica strumentale semplice.

L'orario di effettivo funzionamento copre di norma le 24 ore.

Nelle zone ad alta densità turistica i Punti di Primo Intervento territoriale possono essere a carattere stagionale con adeguamento del servizio ai flussi.

I punti di primo intervento rappresentano una articolazione sul territorio dei D.E.A., cui afferiscono e si collegano.

I punti di primo intervento sono ubicati preferibilmente presso poliambulatori territoriali e/o ospedali non sede di D.E.A. e Pronto Soccorso.

Si integrano tra:

- punti di primo intervento collocati presso presidi delle Aziende U.S.L.;
- punti di primo intervento fissi, mobili o occasionali.

1.1.9.1. Requisiti Strutturali

Punti di primo intervento presso presidi delle Aziende U.S.L.:

- due ambulatori per visita;
- un ambiente per l'attesa;
- un locale per stazionamento del personale;
- depositi;
- servizi igienici, distinti per personale ed utenti.

1.1.9.2. Requisiti Tecnologici

Attrezzature di base per ambulatorio di tipo ospedaliero, compresa la disponibilità di O₂, integrate con:

- elettrocardiografo;
- aspiratore;
- monitor defibrillatore;
- set per sostegno alle funzioni vitali e materiale per effettuare una rianimazione cardiopolmonare di base ed avanzata, sia per adulto che per bambino (maschere facciali di tutte le misure, pallone autoespansibile, circuito ventilatorio unidirezionale, laringoscopio e lame curve e rette per intubazione tracheale, mandrini per armare in tubi orotracheali, sistemi per mini – tracheotomia d'urgenza, maschere laringee di tutte le misure, cannule di Guedel di tutte le misure, catheter mounth, tubi tracheali di tutte le misure, set per incannulazione vena centrale, erogazione O₂, set per drenaggio toracico, valvole di Heimlich).

Collegamento telefonico con la Centrale Operativa e il D.E.A. di riferimento.

1.1.9.3. Requisiti Organizzativi

Devono essere previsti specifici protocolli scritti di collegamento operativo con la Centrale Operativa, il D.E.A. di riferimento, i medici di base del territorio di riferimento.

La dotazione di personale non può comunque essere inferiore a:

- un infermiere professionale per tutto il tempo di apertura del servizio;
- un medico presente per tutto il tempo di apertura del servizio.

E' definito l'orario di attività, in genere articolato nelle 12/24 ore giornaliere, secondo specifiche esigenze territoriali.

Per i punti fissi, mobili o occasionali di primo intervento, si utilizzano, con la massima flessibilità, sia i medici in organico all'Azienda che i medici convenzionati per il sistema "118".

Deve essere prevista la registrazione dei casi trattati.

1.1.10. TRASPORTO INFERMI

1.1.10.1. Autoambulanza di trasporto

Devono essere presenti:

- Bombola di ossigeno più riserva (a norma del D.M. 3 gennaio 1990).
- Barella principale (possibilmente autocaricante).
- Barella atraumatica a cucchiaio.
- Pallone autoespansibile di rianimazione (con maschere facciali a tre misure). Set di medicazione.
- Biancheria monouso.
- Telo porta infermi con maniglie.
- Padella e pappagallo.
- Estintore da 3 Kg.
- Set di indumenti di protezione per trasporto infettivi.
- Clinical box per raccolta temporanea rifiuti sanitari.
- Defibrillatore semi – automatico.
- Tavola spinale lunga.

1.1.10.2. Autoambulanza di soccorso di base

Devono essere previste:

- Bombola di ossigeno più riserva (a norma del D.M. 3 gennaio 1990).
- Barella principale autocaricante.
- Barella atraumatica a cucchiaio e/o tavola spinale lunga con cinghie di contenzione e sistema di immobilizzazione del capo e del tronco.
- Pallone autoespansibile di rianimazione (con maschere facciali a tre misure).
- Set di medicazione.
- Set di medicazioni speciali per ustionati.
- Biancheria monouso.
- Telo porta infermi con maniglie.
- Padella e pappagallo.

- Aspiratore per secreti portatile a batteria e sondini.
- Set di collari cervicali rigidi con accesso tracheale.
- Steccobende a depressione o rigide per arti inferiori o superiori.
- Sfigmomanometro e fonendoscopio.
- Cannule di Guedel (tre misure).
- Set di ventimasck.
- Set per incanalamento vene periferiche.
- Soluzioni per reintegro volemia (cristalloidi in sacche in PVC o simili da 500 e 1000 ml colloidali in sacche in PVC o simili da 500 ml).
- Set di indumenti di protezione per trasporto infettivi.
- Faro di ricerca fisso o portatile.
- Sedia portantina.
- Forbici taglia abiti e multiuso.
- Set da scasso per incidenti stradali.
- Clinical box per raccolta temporanea rifiuti sanitari.
- Telo porta infermi con maniglie.
- Set di lacci emostatici arteriosi e venosi.
- Estintore da 3 Kg.
- Defibrillatore semi-automatico.

1.1.10.3. Autoambulanza di soccorso avanzato, di soccorso avanzato di base ed eliambulanza

E' presente la seguente dotazione:

- Barella principale autocaricante con cinghie di contenzione posizionata su piano traslabile sul senso orizzontale (con possibilità di posizionamenti Trendelenburg e anti-Trendelenburg e piano carico ad altezza variabile).
- Barella atraumatica a cucchiaio, con cinghie di contenzione e sistema di immobilizzazione del capo e del tronco.
- Tavola spinale lunga con cinghie di contenzione e sistema di immobilizzazione del capo e del tronco.
- Trauma estricatore (mod. Ked o similari).
- Ventilatore polmonare automatico asportabile con modulazione adulti/bambini, con fonte autonoma di alimentazione, sia elettrica che con ossigeno (bombola da 2,5 lt./minimo e bombola di scorta).

- Monitor defibrillatore portatile con registratore e stimolatore esterno, a funzionamento manuale e con sistema di alimentazione sia a 12 v. che a 220 v. e batterie ricaricabili (presenza di modulo semi automatico), possibilità di monitoraggio attività cardiaca tramite ECG a 12 derivazioni.
- Spremi sacca (almeno due).
- Aspiratore per secreti, portatile, utilizzabile anche per uso pediatrico e con batterie ricaricabili a funzionamento sia a 12 v. che a 220 v..
- Pompa a siringa per infusioni funzionante sia a 12 che 220 v..
- Impianto di ossigenoterapia centralizzato con almeno 2 prese di ossigeno in vano sanitario e 2 gorgogliatori.
- Sfigmomanometro aneroido e fonendoscopio con alloggiamento a parete.
- Steccobende in almeno tre misure, rigide o a depressione.
- Set completo di collari cervicali rigidi con accesso tracheale.
- Pallone rianimatore manuale per adulti e pediatrico (con maschere e cannule oro-faringee) e sacco reservoir (materiale autoclavabile in silicone)
- Saturimetro/pulsiossimetro portatile singolo o modulare con sensore rigido e predisposizione per monouso (per dita) e sensore per orecchio.
- Forbice di soccorso modello Robin o similare.
- Faro orientabile interno e impianto di illuminazione interno a lampade fluorescenti.
- Presa elettrica a 220 v. esterna con adeguato collegamento interno per la carica di tutte le attrezzature sanitarie.
- Adeguato numero di prese elettriche di 12 v. nel vano sanitario.
- Adeguati contenitori a parete per posizionamento del materiale farmacologico di scorta.
- N. 2 zaini di primo soccorso atti a contenere le dotazioni farmacologiche con interni a scomparti staccabili, atti alla preparazione di set: intubazione - ventilazione - medicazione - incanalamento - infusione chirurgico (2 primari e 2 di scorta).
- N. 1 otoscopio.
- Laringoscopio a tre lame e mandrino.
- Faro di ricerca fisso o portatile.
- Torce di illuminazione a batteria portatili (minimo 2).
- Segnalatori a luce rossa e arancione intermittenti portatili (minimo 2).
- Caschi di protezione per l'equipaggio (n. 4 di colore bianco).
- Frigorifero riscaldatore per contenimento farmaci.
- Sacchetti di nylon sterili e ghiaccio istantaneo.
- Termometro epitimpanico.

- Clinical box per raccolta temporanea rifiuti sanitari.
- Set di indumenti di protezione per trasporto infettivi.
- Set da scasso per incidenti stradali.
- Telo porta infermi con maniglie.

1.1.10.4. Mezzo di soccorso avanzato su autovettura

Sono presenti:

- Aspiratore portatile.
- Cateteri vescicali e sondini naso-gastrici.
- Monitor-defibrillatore portatile.
- Farmaci essenziali.
- Set chirurgici.
- Set per medicazioni.
- Set per ustionati.
- Sfigmomanometro.
- Materiale di base necessario per la gestione di base e avanzata delle vie aeree e del circolo nell'adulto e nel bambino.
- Pulsiossimetro.
- Ventilatore.
- Monitor multifunzioni.
- Frigorifero riscaldatore per contenimento farmaci.
- Ossigeno portatile.

Attrezzature tecniche:

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

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

1.1.10.5. Servizio Trasporto Emergenza Neonatale (S.T.E.N.)

Finalità

Un servizio dedicato per il trasporto neonatale è la modalità più efficace per fornire la migliore assistenza al neonato che deve essere trasferito.

Tale servizio, sempre attivo nelle 24 ore, deve prevedere un numero di ambulanze adeguato a rispondere alle richieste di trasferimento. Ciascuna ambulanza deve realizzare almeno 400 trasporti l'anno.

Personale per turno per ambulanza: 1 neonatologo, 1 infermiere professionale, 1 barelliere e 1 autista

Caratteristiche delle ambulanze

Le ambulanze e le attrezzature devono essere esclusivamente dedicate all'attività di trasporto per permettere la rapida attivazione, il perfetto coordinamento tra i diversi elementi e il loro stabile fissaggio o inserimento nell'incubatrice, così da creare il Sistema Incubatrice da Trasporto (SIT) da ancorare al veicolo.

Il SIT è una unità mobile completamente attrezzata per l'assistenza intensiva neonatale composta da:

- Incubatrice da trasporto (con: servocontrollo della temperatura; umidificatore con termostato; miscelatore e flussometro aria/O₂ ; bombola di O₂; bombola di aria o compressore; aspiratore; sistema di illuminazione; raccordi per il circuito dei gas dell'ambulanza).
- Ventilatore meccanico.
- Ossimetro.
- Saturimetro.
- Pompa per infusione o elastomero.
- Monitor cardio-respiratorio.
- Monitor per pressione arteriosa.
- Emogasanalizzatore portatile.
- Monitor per PtcO₂ e PtcCO₂.

Di tutta l'attrezzatura utilizzata per il trasporto devono essere facilmente reperibili e consultabili, anche in itinere, i manuali di istruzione.

Deve essere prevista la climatizzazione dell'abitacolo sanitario e l'uso di ammortizzatori speciali capaci di ridurre al minimo gli effetti del viaggio via terra.

Il SIT ha un peso che, a seconda delle varie ditte produttrici, oscilla tra 70 e 150 Kg, per cui bisogna prevedere un sistema di caricamento sul veicolo che utilizzi o un carrello autocaricante o uno scivolo manuale o un sistema di sollevamento automatico. Nel caso l'ambulanza sia dotata di sollevatori, deve essere possibile poter caricare e scaricare il SIT anche in caso di guasto del sistema di sollevamento.

Le ambulanze utilizzate per il trasporto neonatale devono poter fornire al SIT energia elettrica sia a 12 volt (corrente continua) che a 220 volt (corrente alternata tramite generatore o inverter) poiché l'autonomia delle batterie delle attrezzature è piuttosto breve (in genere non supera le due ore).

1.2. AREA DI DEGENZA PER I RICOVERI A CICLO CONTINUATIVO.

L'area di degenza deve essere strutturata in modo da garantire il rispetto della privacy dell'utente ed un adeguato comfort di tipo alberghiero, attraverso sistemi mobili di separazione degli spazi destinati ai posti letto nelle camere multiple.

Devono essere garantiti spazi comuni di raccordo tra le degenze e/o i servizi sanitari nei quali prevedere utilities per gli accompagnatori o visitatori, anche in prossimità dell'area di degenza.

1.2.1. Requisiti Strutturali

Per quanto riguarda gli aspetti organizzativi si rinvia ai provvedimenti ed alle direttive regionali in materia nonché ai singoli atti di autonomia aziendale.

L'area di degenza deve possedere i seguenti requisiti:

- le camere di degenza devono ospitare al massimo 4 posti letto. Deve essere previsto almeno un servizio igienico ogni 4 posti letto. Nelle nuove costruzioni le camere di degenza devono ospitare al massimo 2 posti letto ed avere il servizio igienico direttamente accessibile dalla camera;
- la struttura deve disporre di camere ad un letto nella misura minima del 10% di tutte le camere di degenza;
- la superficie delle camere di degenza deve essere di almeno 9 mq/p.l.; per le camere multiple nel computo della superficie si considerano, oltre al locale di degenza, i locali accessori direttamente accessibili dalla camera (WC, antibagno) rispettando comunque per il locale di degenza la dimensione minima di 7 mq/p.l..

Per le camere di degenza multiple delle strutture sanitarie esistenti, la capacità ricettiva è validata in deroga ai previsti 9 mq/p.l. a condizione che sia rispettato lo standard dimensionale di 7 mq/p.l. utili per il locale di degenza e la disponibilità di un adeguato servizio igienico interno alla camera di degenza.

Oltre al rispetto delle dimensioni minime prescritte, una camera di degenza multipla per essere validata per la capacità ricettiva indicata deve garantire l'agibilità per i percorsi e le attività che si svolgono all'interno della camera (accesso e movimento di barelle e carrozzine, normali e urgenti operazioni del personale medico e non medico ai due lati di ciascun letto, attività determinate dal posizionamento degli arredi fissi, della porta e della finestra degli eventuali radiatori).

La dotazione minima di ambienti di supporto alle degenze è la seguente:

- per ogni Unità Operativa deve esserci una camera con bagno accessibili (D.P.C.M. 236/89) fino ad un massimo di 30 p.l. o comunque per piano;

- un locale per visita e medicazioni;
- un locale di lavoro, in ogni piano di degenza, per il personale di assistenza diretta;
- uno spazio per il dirigente infermiere con funzioni di coordinamento;
- un locale per medici;
- uno spazio/locale per soggiorno. Per le Unità di Degenza di Riabilitazione e Post-acuzie il soggiorno per ogni piano dovrà essere dimensionato in relazione al numero di degenti del piano;
- un locale/spazio per il deposito del materiale pulito;
- un locale per deposito attrezzature;
- un locale/spazio in ogni piano di degenza, per il materiale sporco, dotato di vuotatoio e lavapadelle;
- un locale, in ogni piano di degenza, per il materiale sporco, dotato di vuotatoio e lavapadelle;
- una cucinetta di reparto;
- servizi igienici per il personale;
- uno spazio attesa visitatori, anche in prossimità delle aree di degenza;
- un bagno assistito;
- per le degenze pediatriche devono essere previsti spazi attrezzati di soggiorno e attività ludiche, ricreative e formative ad uso esclusivo dei bambini, proporzionati al loro numero. Lo spazio nella camera di degenza deve consentire la presenza dell'accompagnatore;
- per le degenze psichiatriche devono essere previsti locali specifici per colloqui/visite/psicoterapie, locali soggiorno e spazi per le attività comuni, in relazione al numero dei posti letto. Gli spazi possono essere comuni per le degenze in fase di acuzie e per quelle in fase di post-acuzie. La struttura di ricovero garantisce nel presidio o in presidi ad essa collegati tutte le prestazioni e le procedure diagnostiche e strumentali necessarie per l'appropriato trattamento e processo terapeutico.
- per le degenze psichiatriche, il servizio di diagnostica per immagini (radiologia) può essere effettuato mediante apparecchiature radiologiche portatili e le prestazioni di laboratorio di analisi possono essere acquisite anche da strutture esterne al presidio;
- per le degenze nefrologiche deve essere previsto uno spazio isolato per pazienti immunodepressi e per pazienti in dialisi peritoneale.

1.2.2. Requisiti Impiantistici Tecnologici

Nelle camere di degenza la temperatura non deve essere inferiore a 20° nella stagione invernale e non deve essere superiore a 28° nella stagione estiva.

L'area di degenza dispone dei seguenti impianti:

- un impianto illuminazione di emergenza nelle camere e nei bagni;
- un impianto forza motrice nelle camere;
- una presa forza motrice per apparecchiature portatili di radiologia;
- un impianto chiamata con segnalazione acustica e luminosa;
- un impianto gas medicali: prese vuoto e ossigeno.

Devo inoltre disporre della seguente dotazione minima strumentale:

- carrello per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore e unità di ventilazione normale;
- carrello per la gestione terapia;
- carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico;
- ausiliatori maggiori e minori per la movimentazione dei pazienti non autosufficienti.

1.2.3. Requisiti Organizzativi

La dotazione organica del personale addetto all'area di degenza deve essere rapportata al volume, alle tipologie ed alla complessità assistenziale delle attività, secondo criteri specificati dalla normativa regionale.

Devono essere garantiti i requisiti organizzativi riportati nei punti 0.2 e in 1.0.2.

1.2.4. Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (S.P.D.C.)

Definizione e Finalità

Il S.P.D.C. è una Unità Operativa ospedaliera, integrata nel DSM di competenza territoriale, dove vengono attuati i trattamenti psichiatrici volontari (TSV) e obbligatori (TSO) in condizioni di ricovero.

Ogni S.P.D.C. ha uno specifico bacino di utenza definito in ambito regionale.

In particolare il S.P.D.C. svolge:

- attività di diagnosi e cura nei confronti dei pazienti ricoverati;
- attività di integrazione e collegamento garantendo la continuità terapeutica con le strutture ed i servizi territoriali di salute mentale del bacino di utenza;
- attività di consulenza e collegamento nei reparti e nei servizi dell'ospedale nel quale è ubicato;

- attività di consulenza presso il PSO, DEA di I° e DEA di II° livello;
- attività di documentazione e comunicazione con l'Agenzia di Sanità Pubblica (A.S.P.).

Il S.P.D.C. è ubicato nel contesto dei presidi ospedalieri delle Aziende USL, di Aziende Ospedaliere, di Policlinici Universitari, di Ospedali Classificati, di Ospedali sede di DEA di II° livello, DEA di I° livello, PSO, Punto di Primo Intervento.

Il ricovero in S.P.D.C. avviene sempre attraverso i servizi di emergenza e accettazione sopra indicati.

Il S.P.D.C. assicura contatto, sostegno e informazione alle famiglie dei pazienti ricoverati.

1.2.4.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici

In riferimento alla peculiare tipologia degli utenti del Servizio, l'S.P.D.C. deve possedere, in aggiunta a quanto previsto per l'area di degenza (punti 1.2.1. e 1.2.2.), i seguenti requisiti strutturali specifici:

- vetri antisfondamento;
- specchi infrangibili;
- possibile spazio esterno recintato di pertinenza del S.P.D.C.;
- possibili spazi idonei dedicati ai ricoverati tabagisti;
- spazi soggiorno e stanze di colloquio.

1.2.4.2. Requisiti Organizzativi

La dotazione minima di personale per un S.P.D.C. con 15 posti letto è la seguente:

- 9 medici;
- 2 Psicologi;
- 1 assistente sociale;
- 1 caposala;
- 20 infermieri;
- 4 tecnici della riabilitazione;
- 2 OSS e 3 ausiliari o personale equivalente di pulizia.

In base al bacino di utenza e al numero di ricoveri/anno effettuati può essere aumentato il numero dei medici e degli infermieri.

14/07/2006

In caso di DH psichiatrico con almeno 2 p.l. annesso al S.P.D.C., la dotazione minima di personale è integrata con 1 medico, 1 psicologo, 2 infermieri.

1.3. AREA DI DEGENZA PER RICOVERI A CICLO DIURNO (DAY HOSPITAL)

Il Day Hospital, anche se è a destinazione interdisciplinare, 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).

1.3.1. Requisiti Strutturali

Il Day Hospital è un modello organizzativo che può essere localizzato in spazi adiacenti ma separati dagli ambienti di ricovero ordinario, in spazi dedicati all'interno di un dipartimento o in spazi comuni, centralizzati, utilizzabili da differenti unità operative.

La dotazione minima di ambienti è la seguente:

- uno spazio da dedicare alle attività di segreteria, registrazione, archivio;
- uno spazio attesa;
- locali visita/trattamento in numero proporzionale ai pazienti trattati giornalmente;
- un locale lavoro infermieri;
- una cucinetta anche in comune con le aree dedicate al ricovero ordinario;
- un deposito pulito anche in comune con le aree dedicate al ricovero ordinario;
- un deposito sporco anche in comune con le aree dedicate al ricovero ordinario;
- un deposito attrezzature anche in comune con le aree dedicate al ricovero ordinario;
- servizi igienici distinti per gli utenti e per il personale;
- un bagno accessibile;
- ambienti dedicati alla degenza con superficie non inferiore a 6 mq/p.l. o poltrona. Ogni ambiente non ospita più di 6 posti letto equivalenti, fatta eccezione per una articolazione dell'ambiente in box singoli;
- in relazione alla tipologia delle prestazioni possono essere previsti letti o poltrone;
- un'area soggiorno/pranzo, qualora la struttura non disponga di locali ristorante/mensa o comunque di percorsi di ristorazione per i pazienti.

1.3.2. Requisiti Tecnologici

I requisiti sono gli stessi dell'area degenza del punto 1.2

La dotazione minima strumentale è la seguente:

- attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e la rianimazione cardiopolmonare di base di cui deve essere controllata la funzionalità;
- nel locale visita trattamento, attrezzature idonee in base alle specifiche attività.

1.3.3. Requisiti Organizzativi

La dotazione organica del personale deve prevedere:

- un infermiere dirigente con funzioni di coordinatore dedicato nel caso di Day Hospital autonomo rispetto alle altre aree di degenza;
- personale di assistenza rapportato al volume delle attività e delle patologie trattate;
- la presenza di un medico ed un infermiere professionale nell'arco delle ore di attività di D.H.

Per ciascun paziente ricoverato in Day Hospital deve essere compilata e continuamente aggiornata (ad ogni ricovero) la cartella clinica.

1.4. AREA DI DEGENZA PER RICOVERI A CICLO DIURNO (DAY SURGERY)

Premessa

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

Per particolari necessità può essere programmato il pernottamento (one Day Surgery).

La Day Surgery richiede opportuna formazione tecnico professionale del personale che vi opera e si caratterizza per la specificità di alcuni aspetti organizzativi delle attività cliniche, quali la concentrazione nel tempo e nello spazio delle risorse e delle attività, l'utilizzo esclusivo ad attività elettive e programmate con esclusione delle prestazioni di emergenza-urgenza, la chiara definizione delle procedure e dei percorsi, la particolare attenzione nel garantire la continuità assistenziale.

L'attività di Day Surgery può essere organizzata secondo tre tipologie:

- a. unità integrata di Day Surgery monospecialistica o plurispecialistica posta all'interno di una struttura di ricovero a ciclo continuo;
- b. un presidio (ovvero unità autonoma dedicata) di Day Surgery costituito da una struttura esclusivamente dedicata all'erogazione di ricoveri a ciclo diurno, dotato quindi di ambulatori, area di degenza e sala operatoria, spazialmente e funzionalmente collegati e rispondenti a criteri di centralizzazione degli spazi e delle funzioni;
- c. posti letto dedicati nell'ambito di unità di degenza ordinaria presenti nelle strutture di ricovero per acuti.

Finalità

La Day Surgery costituisce un regime assistenziale diversificato dal ricovero ordinario, che consente un ampliamento dell'offerta sanitaria per cittadini e una maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, contribuendo altresì al miglioramento complessivo dell'efficienza delle strutture.

Nel garantire idonee condizioni di sicurezza, riducendo al contempo la permanenza dei pazienti all'interno delle strutture sanitarie, la Day Surgery consente anche di ottenere un minore disagio connesso all'esecuzione di diversi interventi chirurgici.

Lo sviluppo dell'attività di Day Surgery si inserisce nell'ambito del processo di razionalizzazione della rete ospedaliera e del miglioramento dell'accessibilità alle prestazioni sanitarie.

La Regione si riserva di emanare uno specifico elenco delle prestazioni erogabili in regime di Day Surgery entro e non oltre 30 gg dalla pubblicazione del presente documento.

Struttura organizzativa e tipologie di erogazione del servizio

L'attività di Day Surgery può essere organizzata secondo tre tipologie di struttura con diversi gradi di efficienza.

1. Unità integrata di Day Surgery, monospecialistica o plurispecialistica, posta all'interno di una struttura di ricovero a ciclo continuo pubblica o privata, dedicata all'erogazione di ricoveri a ciclo diurno per acuti. L'unità di Day Surgery può essere costituita da uno dei seguenti modelli:

- Dotazione di spazi di degenza, di ambulatori di sale operatorie dedicati alla Day Surgery, in relazione ad un elevato volume ed alla complessità della casistica trattata.
- Dotazione di spazi di degenza e ambulatori dedicati alla Day Surgery ed utilizzo programmato di sale operatorie in comune con altre unità operative.

L'attivazione di più unità dedicate monospecialistiche all'interno dello stesso nosocomio non è considerata rispondente a criteri di efficienza ed efficacia, in quanto moltiplica le esigenze frammentando al contempo le risorse.

2. (Presidio) unità autonoma dedicata di Day Surgery (centro chirurgico di Day Surgery), costituito da una struttura esclusivamente dedicata all'erogazione di ricoveri a ciclo diurno, dotato quindi di ambulatori, area di degenza e sala operatoria spazialmente e funzionalmente collegati e rispondenti a criteri di centralizzazione degli spazi e delle funzioni. Tale presidio deve essere inoltre funzionalmente collegato ad una struttura ospedaliera che effettui ricoveri ordinari per acuti, che sia situata ad una distanza compatibile con l'efficace gestione di eventuali complicanze e con la quale sia preventivamente stabilita una convenzione per la gestione dei casi non dimissibili nell'arco delle ore diurne. Devono essere, altresì, definite le procedure per la gestione delle emergenze nell'ambito della rete dell'emergenza-urgenza.

3. Posti letto dedicati nell'ambito di unità di degenza ordinaria, da utilizzarsi soltanto qualora il ricorso a tale attività sia sporadico e occasionale, e non sussistano perciò condizioni idonee all'attivazione di una unità operativa di Day Surgery.

L'attivazione di presidi autonomi di Day Surgery può essere utilizzata, in via prioritaria, per consentire la riconversione delle strutture della rete ospedaliera regionale. In tali presidi vanno previste modalità per assicurare l'effettuazione di indagini di base nell'ambito della biochimica clinica e dell'ematologia ed emocoagulazione, nonché le indagini di diagnostica per immagini e di tutti gli altri servizi che si rendano necessari in relazione alla tipologia delle prestazioni eseguite.

Destinatari e criteri clinici di riferimento

L'età del paziente, raccomandata tra 6 mesi e 75 anni dalle società scientifiche, non costituisce un limite formale, ma deve essere valutata in rapporto ai fattori clinici ed organizzativi.

Sono da considerare idonei i pazienti appartenenti alle classi di rischio I e II dell'American Society of Anesthesiologists (A.S.A.). I pazienti A.S.A. III possono essere inclusi soltanto dopo accurata valutazione e accordo tra chirurgo e anestesista.

1.4.1. Requisiti Strutturali

Area degenza

Devono essere previsti:

- Arca registrazione/segreteria/archivio.
- Attesa con servizi igienici di cui almeno uno accessibile a persone disabili.
- Zona di osservazione postoperatoria, anche dotata di più posti letto, purché sia garantita la privacy del paziente.
- Eventuali camere di degenza, in possesso dei requisiti di cui al punto 1.2.1. sono dotate di non più di quattro posti letto con servizio igienico.
- Locale visita e medicazioni.
- Locale lavoro per il personale di assistenza.
- Locale capo sala.
- Locale medici.
- Spogliatoio del personale dotato di servizi igienici.
- Depositi pulito, sporco dotato di vuotato io e lavapadelle, attrezzature.

Reparto operatorio

Si rinvia a quanto specificatamente previsto per il Reparto Operatorio (punto 1.3.1).

1.4.2. Requisiti Tecnologici

Area degenza

Si rinvia a quanto specificatamente previsto per l'Arca di degenza (punto 1.2.2).

Reparto operatorio

I requisiti delle sale operatorie sono gli stessi delle sale del complesso operatorio (punto 1.3.2).

All'interno di strutture complesse che presentano aree di degenza, servizi speciali di diagnosi e cura, ambulatori, ecc., alcuni requisiti strutturali (locali, spazi, ecc.) e tecnologici (impianti, attrezzature, ecc.) possono essere comuni, purché siano dimensionati avuto riguardo alla potenzialità della struttura e ne sia garantita la funzionalità.

1.4.3. Requisiti Organizzativi

L'attività di Day Surgery deve rientrare in un'organizzazione a ciclo diurno con orario di apertura del reparto di degenza che non preveda il pernottamento.

Per coprire particolari necessità assistenziali di ricoveri che richiedano un pernottamento programmato (one day surgery) le Aziende Sanitarie devono avvalersi del ricovero di un giorno in regime di degenza ordinaria.

Per operare in strutture di Day Surgery è richiesta una qualificazione professionale corrispondente ad esperienza lavorativa di almeno un quinquennio nella branca di appartenenza, preferibilmente integrata da elementi di formazione specifici.

Il numero di chirurghi, anestesisti ed infermieri deve essere rapportato al tipo ed al volume delle attività.

Per ogni unità operativa viene formalmente individuato un referente per la Day Surgery.

Per le unità dedicate autonome o integrate deve essere prevista la figura di un coordinatore medico.

Nell'arco delle ore di attività di Day Surgery deve essere garantita la presenza di almeno un medico appartenente alla disciplina richiesta per l'espletamento dell'attività, un medico specialista in anestesia/rianimazione e una figura infermieristica.

Le figure fondamentali del programma di Day Surgery sono:

- il Coordinatore/Responsabile di struttura dedicata alla Day Surgery (dirigente medico di anestesia-rianimazione o di chirurgia);
- la figura infermieristica di coordinamento dell'unità di Day Surgery (infermiere professionale con adeguato titolo).

Il Coordinatore/Responsabile è individuato all'interno dell'Atto di autonomia aziendale nell'ambito del quale sono individuate le modalità secondo le quali:

- partecipa alla programmazione dei fabbisogni di risorse;
- partecipa alla formulazione dei regolamenti interni per le procedure di ammissione, cura e dimissione e per le procedure di controllo di qualità;
- promuove l'identificazione dei protocolli diagnostico – terapeutici per la cura dei pazienti, la definizione dei regolamenti per il personale medico ed infermieristico, lo sviluppo dei programmi di aggiornamento, di qualificazione e di ricerca;
- è responsabile dell'audit interno;
- garantisce il coordinamento delle varie attività ed il rispetto delle procedure secondo le modalità definite con i referenti della unità operative afferenti alla Day Surgery;
- promuove le iniziative di formazione necessarie all'avvio della Day Surgery.

I presidi di Day Surgery (unità autonome dedicate) devono completare la dotazione organica con un direttore sanitario o vice direttore sanitario, secondo le modalità previste nei requisiti organizzativi di carattere generale (punto 1.0.2).

Dovranno essere predisposte specifiche procedure clinico organizzative per la fase di ammissione, cura e dimissione del paziente garantendo la continuità assistenziale.

Nel caso di prestazioni di radiologia interventistica deve essere garantita la presenza di un tecnico sanitario di radiologia medica.

I farmaci ed il materiale necessario per il trattamento di eventuali complicanze devono essere disponibili ed utilizzabili immediatamente.

1.5. REPARTO OPERATORIO

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

Il Reparto Operatorio deve essere articolato in zone progressivamente meno contaminate, dall'ingresso fino alle sale operatorie; appositi cartelli devono indicare chiaramente l'abbigliamento richiesto all'interno delle varie zone.

Nel Reparto Operatorio deve essere garantito un sistema strutturale che consenta di differenziare i percorsi per sporco o pulito, oppure, in alternativa, un sistema organizzativo che consenta la raccolta e la sigillatura in appositi contenitori puliti del materiale sporco all'interno delle stesse aree in cui è stato prodotto. Tali contenitori possono così transitare nel reparto per essere trasferiti all'esterno.

Le superfici delimitanti gli ambienti del Reparto Operatorio devono:

- permettere una facile pulizia;
- minimizzare le possibilità di accumulo di polveri o residui;
- essere generalmente compatibili con gli agenti chimici e fisici utilizzati, in particolar modo con gli agenti detergenti e sanificanti;
- essere idrofiliche;
- resistere agli urti.

1.5.1 Requisiti Strutturali

La dotazione minima di ambienti per il reparto è la seguente:

- uno spazio filtro di entrata degli operandi;
- locali filtro/spogliatoio per il personale addetto, dotati di relativi servizi igienici con doccia e lavaviso per il rischio biologico;
- locale/zona preparazione utenti;
- locale/zona risveglio utenti;
- locale/zona preparazione personale addetto;
- la sala operatoria:
 - le sale per piccoli interventi hanno una superficie non < 25 mq
 - le sale di chirurgia di media assistenza hanno una superficie non < 30 mq

- l' idoneità delle sale operatorie per le alte specialità dovrà essere verificata in relazione alla configurazione della sala con tutte le attrezzature;
- un deposito presidi e strumentario chirurgico e materiale pulito;
- un deposito armamentario e materiale di medicazione;
- un locale deposito materiale sporco;
- una sala gessi disponibile all'interno della struttura per le unità di ortopedia traumatologia.

Gli ambienti devono possedere i seguenti requisiti:

- superfici facilmente decontaminabili, resistenti al lavaggio e alla disinfezione;
- pavimentazione antistatica e conduttiva.

1.5.2. Requisiti Tecnologici

Il reparto operatorio deve disporre dei seguenti impianti:

- un impianto di condizionamento ambientale che assicuri:
 - una temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20-24 °C (escluse le cardiocirurgie)
 - una umidità relativa estiva ed invernale del 40-60%
 - un filtraggio dell'aria del 99,97% mediante filtri assoluti terminali nelle sale e presale
 - in caso di flusso turbolento, un ricambio aria/ora (aria esterna senza ricircolo) di minimo 15 v/h (20 v/h per le sale operatorie in cui si effettuino attività di cardiocirurgia, ortopedia o neurochirurgia); in caso di flussi laminari, ulteriori ricambi orari (rispetto ai 15 senza ricircolo) provenienti comunque dallo stesso ambiente e filtrati terminalmente con filtro assoluto al 99,95%
 - una pressione positiva a cascata dalla sala operatoria agli ambienti confinanti (di minimo 5 Pascal tra due ambienti confinanti);
 - pressostato differenziale con allarme acustico sulle batterie di filtri assoluti;
- un impianto di gas medicali e un impianto di aspirazione gas anestetici direttamente collegati alle apparecchiature di anestesia. Le stazioni di riduzione della pressione dei gas medicali devono essere doppie per ogni gas medicale/tecnico e tali da garantire un adeguato livello di affidabilità;
- un impianto rilevazione incendi;
- un impianto ottico e acustico di allarme segnalazione di pressione (alta-bassa) gas medicali e/o guasti all'impianto;

- un gruppo di continuità assoluto.

La dotazione strumentale minima deve essere la seguente:

a) Nel reparto:

- frigoriferi per la conservazione di farmaci ed emoderivati dotati di termometro, dotati di allarmi e distinti per farmaci ed emoderivati;
- un amplificatore di brillantezza;
- una autoclave (a norma pr UNI EN 13060 e sue evoluzioni in classe B oppure UNI EN 285) per la sterilizzazione d'emergenza del materiale chirurgico adatta alla sterilizzazione di dispositivi medici cavi e porosi e sottoposta a qualifica fisica e microbiologica annuale (UNI EN 554);
- dispositivi di protezione individuale;
- un gruppo per ossigenoterapia;
- un defibrillatore con cardiomonitor;
- un aspiratore per broncoaspirazione;
- all'occorrenza le seguenti apparecchiature:
 - broncoscopio
 - misuratore dei gas anestetici ambientali
 - sistemi di riscaldamento paziente
 - sistemi di recupero sangue
 - sistemi di monitoraggio emodinamico cruento;
- ventilatori automatici e apparecchiature di monitoraggio (P.A. invasiva e non, capnometria, saturimetro, ECO) nell'area risveglio;
- set monopaziente per gli interventi di tipo anestesilogico.

b) Per ogni sala operatoria:

- un apparecchio per anestesia con sistema di evacuazione dei gas dotato anche di spirometro e sistema di monitoraggio della concentrazione di ossigeno erogato e comprensivo di allarme per eventuale deconnessione del paziente e per i barotraumi;
- un respiratore automatico dotato anche di allarme per deconnessione paziente;
- un monitor per la rilevazione dei parametri vitali;
- un defibrillatore;

- un pallone Ambu;
- un elettrobisturi;
- un carrello portafferri;
- il carrello per l'anestesia;
- aspiratori distinti chirurgici e per broncoaspirazione;
- una lampada scialitica, dotata di gruppo di continuità esclusivo dedicato;
- un diafanoscopio a parete;
- container monopaziente appropriati per biancheria e garze sterili;
- container per teleria sporca;
- container per liquidi biologici e reperti anatomici;
- container per taglienti a chiusura ermetica per l'allontanamento dello strumentario (D.P.R.28/9/1990);
- strumentazione, confezionata in set monopaziente, adeguata per gli interventi di chirurgia generale e delle specialità chirurgiche;
- container a chiusura ermetica per l'allontanamento dello strumentario sporco;
- relativamente all'impianto dei gas medicali, almeno due prese per vuoto, due prese per ossigeno, due prese per aria compressa e due prese per N₂O;
- per la specialità di ortopedia: il tavolo operatorio ortopedico;
- per la specialità di oculistica: letto operatorio per oculistica, microscopio operatorio, criodiatermo-coagulatore, apparecchio per aspirazione, infusione e vitrectomia;
- per la specialità di otorinolaringoiatria: tavolo operatorio per ORL, microscopio operatorio;
- per la specialità di urologia: diatermocoagulatore, uretroscopio con ottica diagnostica ed operatoria;
- per la specialità di neurochirurgia: tavolo operatorio per neurochirurgia, aspiratore ad ultrasuoni, microscopio operatorio;
- per le specialità di oculistica, otorinolaringoiatria e neurochirurgia, il requisito può essere derogato ove ci sia la disponibilità di un letto multidisciplinare.

1.5.3 Requisiti Organizzativi

Ogni reparto operatorio, oltre al rispetto di quanto indicato ai punti 0.2. e 1.0.2., deve possedere i seguenti requisiti organizzativi:

- la dotazione organica del personale medico ed infermieristico deve essere rapportata alla tipologia e al volume degli interventi chirurgici; l'attivazione di una sala operatoria deve

comunque prevedere almeno: un responsabile del gruppo operatorio, un medico anestesista, due chirurghi, due infermieri professionali;

- deve essere presente un documento che descriva tutte le prestazioni offerte dal servizio;
- l'organizzazione del lavoro deve prevedere le procedure per fornire risposte adeguate sia alle richieste routinarie, sia alle richieste in emergenza/urgenza;
- deve essere previsto un documento informativo per i pazienti che descriva le modalità assistenziali ed i diritti tutelati.

In relazione alla tipologia, il reparto è organizzato per eseguire analisi estemporanee intra operatorie.

1.6. PUNTO NASCITA - BLOCCO PARTO

Il Punto nascita costituisce unità di assistenza per gravidanze e neonati fisiologici. L'attività viene svolta a livello ambulatoriale, area di degenza, blocco parto.

All'interno dello stesso presidio devono essere comunque disponibili le seguenti prestazioni diagnostiche: radiologia, le comuni analisi chimico-cliniche ed immunoematologiche.

Il blocco parto deve disporre di spazi per lo svolgimento dei parti, 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.

Nella degenza, l'area di assistenza neonatale deve essere in continuità con l'area di degenza di Ostetricia e Ginecologia.

Nella degenza l'area di assistenza neonatale deve privilegiare la presenza del neonato accanto alla madre (rooming-in).

Per le nuove costruzioni, tale presenza deve essere obbligatoria.

1.6.1 Requisiti Strutturali

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

- una zona filtro per le partorienti;
- una zona filtro per il personale addetto;
- un locale travaglio, non obbligatorio nel caso di un'area degenze con camere singole, con letto trasformabile in letto operatorio;
- la sala parto;
- zona osservazione post partum;
- una sala operatoria attivabile in caso di emergenza (in tal caso come sala operatoria può venire intesa anche la sala parto purché vi sia un letto trasformabile in letto operatorio);
- l'isola neonatale, di 8 mq per isola, localizzata all'interno della sala parto o comunicante con questa;
- un ambiente per la sterilizzazione d'emergenza del materiale chirurgico nel caso non esista la centrale di sterilizzazione;
- un deposito presidi e strumentario chirurgico;
- servizi igienici per le partorienti;
- un deposito materiale sporco;

- un deposito materiale pulito.

Il blocco parto deve inoltre possedere i seguenti requisiti:

- le sale travaglio-parto, le sale parto-operatorie e le sale parto devono avere una superficie minima di 30 mq comprensiva dell'isola neonatale;
- un pavimento e pareti lavabili e disinfettabili con garanzia di antistaticità dei pavimenti.

Il nido deve avere una capacità massima di 20 culle, fino a 1500 parti, oltre i 1500 e fino a 2000 parti l'anno un massimo di 30 culle, con uno spazio minimo di 2 mq/culla.

Il nido deve disporre dei seguenti spazi/locali:

- locale/spazio per culle mobili;
- spazio per visita neonati;
- spazio per una incubatrice e per una culla per patologia neonatale lieve.

1.6.2. Requisiti Tecnologici

Il blocco parto deve disporre dei seguenti impianti:

- un impianto di condizionamento ambientale che assicuri:
 - una temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20-24 °C
 - una umidità relativa estiva ed invernale compresa tra 30-60%
 - un ricambio aria/ora (aria esterna senza ricircolo) di 6 v/h; in caso di flussi laminari, ulteriori ricambi orari (rispetto ai 6 senza ricircolo) provenienti comunque dallo stesso ambiente e filtrati terminalmente con filtro assoluto al 99,95%;
- un impianto di gas medicali e un impianto di aspirazione gas anestetici direttamente collegati alle apparecchiature di anestesia. Le stazioni di riduzione della pressione dei gas medicali devono essere doppie per ogni gas medicale/tecnico e tali da garantire un adeguato livello di affidabilità;
- un impianto rilevazione incendi;
- un impianto ottico e acustico di allarme segnalazione di pressione (alta e bassa) dei gas medicali e/o guasti all'impianto;
- un gruppo di continuità assoluto;
- un impianto di chiamata dei sanitari con segnalazione acustica e luminosa.

La dotazione strumentale minima deve essere la seguente:

a) nell'area travaglio-parto:

- un letto idoneo per le diverse tipologie di sale;
- un testa letto con gas medicali;
- una lampada scialitica mobile;
- almeno un cardiocardiografo;
- un apparecchio di anestesia completo di tutti gli accessori;
- un defibrillatore;
- collegamenti fissi per aspirazione;
- un apparecchio vacuum extractor con relativi accessori sterili;
- un forcipe con relativi accessori sterili;
- set monopaziente pronti sterili per l'assistenza al parto;
- un orologio contasecondi a muro;
- una autoclave (a norma pr UNI EN 285) per sterilizzazione d'emergenza del materiale chirurgico adatta alla sterilizzazione di dispositivi medici cavi e porosi e sottoposta a qualifica fisica e microbiologica annuale (UNI EN 554);
- un elettrocardiografo;
- 2 rilevatori di pressione arteriosa incruenti per adulti;
- 2 saturimetri pulsati;
- un ecografo portatile (può essere in comune col reparto di ostetricia).

b) nell'isola neonatale:

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

1.6.3. Requisiti Organizzativi

L'articolazione dei turni del personale medico, ostetrico e infermieristico, sull'arco delle 24 ore, deve garantire la presenza di almeno:

- un medico ostetrico-ginecologo H24 (con pronta disponibilità nelle ore notturne);
- una ostetrica nelle 24 ore (con reperibilità di una seconda ostetrica nelle ore notturne).

I punti nascita devono assicurare una pronta disponibilità pediatrica da attivarsi sulla base delle previsioni del partogramma.

Deve essere garantita comunque l'assistenza al neonato anche attraverso il trasporto protetto.

1.7. MEDICINA NUCLEARE

La Medicina Nucleare consiste in attività diagnostica e/o terapeutica mediante l'impiego delle proprietà fisiche del nucleo atomico ed in particolare di radionuclidi artificiali. Questi ultimi sono impiegati per scopo diagnostico sia in vivo che in vitro. In caso di attività diagnostica in vitro, questa è svolta in locali chiaramente separati dall'attività in vivo.

L'attività può essere svolta anche in struttura ambulatoriale, in tal caso deve essere previsto un direttore tecnico abilitato.

1.7.1. Requisiti Strutturali

La dotazione minima di ambienti per l'unità di medicina nucleare è la seguente:

- un'area dedicata all'accettazione ed attività amministrative;
- un locale visita (studio medico);
- un locale destinato all'attesa degli utenti prima della somministrazione con disponibilità di servizio igienico normale dedicato, anche in comune con quello esterno al reparto, annesso alla zona attesa accompagnatori;
- un locale per la somministrazione all'utente di radiofarmaci;
- una sala di attesa calda per gli utenti iniettati;
- locale per lo stoccaggio e la manipolazione dei radioisotopi (camera calda);
- deposito per rifiuti radioattivi;
- una zona filtro destinata alla strumentazione della fisica sanitaria, con locali spogliatoio differenziati;
- locali spogliatoio differenziati;
- servizi igienici con scarichi controllati;
- servizi igienici per il personale, dotati di doccia, scarichi controllati, strumenti per la rilevazione di contaminanti e attrezzatura per la decontaminazione;
- un locale destinato ad ospitare la gamma camera;
- percorsi distinti per i pazienti prima e dopo la somministrazione di radionuclidi.

1.7.2. Requisiti Tecnologici

L'unità di medicina nucleare deve disporre dei seguenti impianti:

- un sistema di raccolta e monitoraggio dei rifiuti liquidi e biologici radioattivi, adeguato al carico previsto e collegato con il servizio igienico destinato agli utenti cui siano stati somministrati radioisotopi ed alla doccia di decontaminazione;
- un impianto di condizionamento con adeguato ricambio aria (almeno 5 v/h) e filtri assoluti in uscita, per le aree classificate come "*zona controllata*", con gradienti decrescenti verso la camera calda dove si dovrà avere il valore più basso;
- un impianto gas medicali (ossigeno e vuoto);
- un impianto rilevazione incendi.

L'unità deve inoltre possedere i seguenti requisiti:

- le aree classificate "zone controllate" devono essere dotate di apposita schermatura anti-radiazioni;
- nella camera calda deve essere presente un calibratore di dose;
- nella camera calda devono essere presenti schermi per siringhe e contenitori schermati per flaconi;
- nella camera calda devono essere presenti contenitori adeguatamente schermati per lo stoccaggio di rifiuti radioattivi solidi;
- un monitor ambientale;
- un contatore portatile per la rilevazione delle contaminazioni di superficie;
- un sistema di sviluppo su film o stampe immagini;
- attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardiopolmonare di base di cui è controllata la funzionalità;
- la sala diagnostica deve avere una gamma camera tomografica;
- la gamma camera tomografica deve essere dotata di un gruppo di continuità che garantisca il completamento della rilevazione in corso in caso di black out;
- la sala diagnostica, in caso di attività diagnostica in vitro, deve avere la strumentazione base di un laboratorio di analisi chimico-cliniche.

1.7.3. Requisiti Organizzativi

Il personale sanitario laureato e/o tecnico deve essere adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate.

Deve essere attivato, ai sensi della vigente disciplina di settore, un sistema di controllo di qualità.

E' prevista la comunicazione all'utente, al momento della prenotazione dell'indagine diagnostica, dei tempi di consegna, dei referti.

Nell'ipotesi di una sola gamma camera, deve essere formalizzato un protocollo di collaborazione con un'altra unità operativa di medicina nucleare, in modo da garantire la continuità dell'esame diagnostico in caso di guasto alle apparecchiature, in modo da garantire il completamento dell'indagine per gli utenti ai quali sia già stato somministrato un radioisotopo.

1.8. ATTIVITA DI RADIOTERAPIA

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

L'attività può essere svolta anche in struttura ambulatoriale, in tal caso deve essere previsto un direttore tecnico abilitato.

1.8.1. Requisiti Strutturali

La dotazione minima di ambienti dell'unità di radioterapia è la seguente:

- aree di attesa per gli utenti trattati;
- spazi adeguati per accettazione, attività amministrative ed archivio;
- una sala di simulazione;
- un bunker di terapia;
- un locale per la conformazione dei campi di irradiazione, per la contenzione e la protezione dell'utente in corso di terapia, per la verifica dosimetria;
- un locale visita;
- un locale per trattamenti farmacologici brevi;
- camera calda;
- locale a pressione negativa per lo stoccaggio e la manipolazione del materiale radioattivo;
- servizi igienici distinti per gli operatori e per gli utenti;
- uno o più spogliatoi per gli utenti in relazione alle sale di terapia e alle sale visite presenti e comunicanti con le stesse.

1.8.2. Requisiti Tecnologici

L'unità deve disporre di un impianto di condizionamento con adeguato ricambio d'aria (almeno 5 v/h).

La dotazione minima strumentale è la seguente:

- un simulatore per radioterapia ovvero la piena disponibilità di una diagnostica radiologica (convenzionale o computerizzata) dedicata alla definizione tecnica e pianificazione dei

trattamenti; è presente una unità di terapia a fasci collimati (telecobalto terapia, acceleratore lineare);

- una attrezzatura per la valutazione della dose singola e dei relativi tempi di trattamento;
- una apparecchiatura per il controllo dosimetrico clinico;
- un adeguato corredo di cassette radiografiche;
- una dotazione adeguata di attrezzature per lo sviluppo ed il fissaggio delle pellicole radiografiche;
- un impianto rilevazione incendi;
- un impianto di raccolta dei liquidi per lo sviluppo;
- un impianto di condizionamento con adeguato ricircolo aria.

In particolare, per quanto riguarda le caratteristiche tecniche delle prestazioni radioterapiche, occorre distinguere 4 categorie definite come segue:

Trattamenti di categoria A

Trattamenti a tecnica semplice rispondenti alle seguenti specifiche:

- campo collimato diretto o campi collimati contrapposti;
- campi non sagomati o sagomati con blocchi standard non personalizzati; o simulazione radiologica/documentazione fotografica;
- valutazione della dose limitata a punti definiti sull'asse centrale;
- verifica con film portale per trattamenti con fotoni di alta energia;
- nessun sistema di immobilizzazione o sistemi di immobilizzazione non personalizzati.

Trattamenti di categoria B

Trattamenti più complessi che richiedono:

- impiego di campi multipli, campi tangenziali, tecniche di movimento, grandi campi complessi con schermatura personalizzata;
- acquisizione dei dati anatomici del paziente tramite sezioni T.C. (o Risonanza Magnetica, R.M.);
- rappresentazione bidimensionale 2D della distribuzione di dose su più sezioni corporee;
- nessun sistema di immobilizzazione, sistemi di immobilizzazione non personalizzati o personalizzati in relazione a particolari trattamenti radianti (ad esempio testa e collo, linfoma, medulloblastoma).

I requisiti sottolineati sono imprescindibili per la definizione di categoria B.

Trattamenti di categoria C

Trattamenti che richiedono procedure di elevato livello tecnico quali:

- radioterapia conformazionale tridimensionale (3D Conformal RadioTherapy, 3DC.R.T.), stereotassi con tecnica conformazionale;
- rappresentazione tridimensionale (3D) della distribuzione di dose;
- impiego di procedure evolute per la valutazione della distribuzione di dose con particolare riferimento agli istogrammi dose volume;
- sistemi personalizzati di immobilizzazione di schermatura.

I requisiti sottolineati sono imprescindibili per la definizione di categoria C.

Si definisce come 3D-CRT una tecnica (13) che permetta di rendere clinicamente praticabile un trattamento radiante per via esterna conformato alla reale estensione e sviluppo della massa neoplastica, con notevole risparmio delle strutture sane e degli organi a rischio contigui; le tecniche conformazionali sono basate pertanto sulla definizione volumetrica, tridimensionale, del tumore e dell'anatomia degli organi a rischio secondo quanto definito nei rapporti tecnici dell'International Commission on Radiation Units and Measurements (ICRU) n. 50 (14) e n. 62 (15).

Trattamenti di categoria D

Tecniche speciali quali brachiterapia, irradiazione corporea totale (Total Body Irradiation, T.B.I.), radioterapia intraoperatoria (Intra Operative RadioTherapy, I.O.R.T.), irradiazione cutanea totale con elettroni (Total Skin Electron Irradiation, T.S.E.I.), radiocirurgia (con acceleratore lineare o gamma knife) e radioterapia a modulazione di intensità (Intensity Modulated Radio Therapy, I.M.R.T.), tecniche che richiedono attrezzature dedicate, esperienza specifica, intervento multidisciplinare.

Nel programmare la distribuzione e le dotazioni dei Centri esistenti e futuri, sarà compito degli organismi regionali tenere conto della categoria tecnica delle prestazioni che possono essere fornite in modo da coprire adeguatamente almeno i fabbisogni della popolazione residente, valutati sulla base dei dati epidemiologici. I Centri in grado di fornire prestazioni relative alle tecniche speciali dovrebbero essere programmati a livello nazionale, tenendo conto delle caratteristiche degli altri Centri e della facilità di accesso.

Dotazione minima di un Centro di radioterapia per prestazioni in categoria A

La dotazione che identifica un Centro di radioterapia è, di minima, costituita da:

- strumenti e attrezzature;
- una unità di AE (unità di telecobaltoterapia o acceleratore lineare; il mantenimento di Centri dotati di una sola unità di telecobaltoterapia è tuttavia da scoraggiare provvedendo alla sostituzione con un acceleratore lineare, possibilmente dotato di elettroni);
- un sistema dosimetrico a camera a ionizzazione e un fantoccio ad acqua per la caratterizzazione dei fasci;
- strumentazione per controlli di qualità;
- un sistema di simulazione;
- un sistema meccanico per il disegno dei profili corporei;
- un sistema di verifica geometrica dei campi di irradiazione mediante film;
- dispositivi di immobilizzazione e sagomatura non personalizzati.

Dotazione di personale:

- tre medici oncologi radioterapisti di cui uno con funzione di responsabile;
- un esperto in fisica medica totalmente dedicato alla radioterapia indipendentemente dall'U.O. alla quale afferisce;
- quattro tecnici di cui uno con funzione di coordinamento, adibiti anche alle attività di C.Q..

La coesistenza di unità di ortovoltaggio, anche in numero superiore a una, non modifica la qualifica di Centro minimo.

Il Centro minimo così descritto:

- deve avere un accordo di collaborazione con un altro Centro (preferibilmente con dotazioni superiori al minimo) situato a distanza ragionevolmente breve;
- preferibilmente deve trattare non più di 500 pazienti/anno;
- è preferibile che effettui prevalentemente prestazioni di categoria A.

Dotazione minima di un Centro di radioterapia per prestazioni in categoria B

Rispetto alle dotazioni di minima del punto precedente, l'esecuzione di prestazioni di categoria B deve inoltre prevedere:

- strumenti e attrezzature;

- un simulatore e la possibilità di accesso programmato ad un'apparecchiatura di tomografia computerizzata (in alternativa un T.C.-simulatore);
- sistema di allineamento laser;
- dispositivi di immobilizzazione e sagomatura personalizzati (officina);
- un fantoccio ad acqua computerizzato con movimentazione sui 3 assi;
- un sistema fotodensitometrico 2D computerizzato;
- un sistema di elaborazione dei piani di trattamento bidimensionale (2D);
- dotazione di personale.

La dotazione di personale è correlata al carico di lavoro. Il carico di lavoro massimo delle unità di AE è funzione della categoria di prestazione (A o B).

Quantunque sia ritenuto ideale che un Centro che lavora in categoria B abbia due unità di AE a disposizione, in caso sia in funzione un'unica attrezzatura la disponibilità minima di personale è la seguente:

- tre medici oncologi radioterapisti di cui uno con funzione di responsabile;
- due esperti in fisica medica totalmente dedicati alla radioterapia indipendentemente dalla U.O. alla quale afferiscono cinque tecnici di cui uno con funzione di coordinamento, adibiti anche alle attività di C.Q..

Dotazione minima di un Centro di radioterapia per prestazioni in categoria C

Rispetto alle dotazioni di un Centro che effettua prestazioni di categoria B, l'esecuzione di prestazioni di categoria C deve inoltre prevedere:

- strumenti e attrezzature;
- obbligatoriamente almeno un acceleratore lineare;
- un sistema di elaborazione di piani di trattamento 3D;
- si raccomanda il trasferimento via rete delle immagini T.C. (R.M.) di centratura (simulazione) al T.P.S..

La strumentazione per i C.Q. deve essere adeguata in relazione alle unità di AE impiegate e alla tipologia delle prestazioni erogate.

Dotazione di personale

La dotazione del personale è correlata al carico di lavoro. Il carico di lavoro massimo delle unità di AE è funzione della categoria di prestazione (A, B o C).

Quantunque sia ritenuto ideale che un Centro che lavora in categoria C abbia due macchine di AE a disposizione, in caso sia in funzione un'unica attrezzatura la disponibilità minima di personale è la seguente:

- quattro medici oncologi radioterapisti, di cui uno con funzione di responsabile;
- due esperti in fisica medica totalmente dedicati alla radioterapia indipendentemente dalla U.O. alla quale afferiscono;
- sei tecnici, di cui uno con funzione di coordinamento, adibiti anche alle attività di C.Q.

Considerando la forte crescita, sul territorio nazionale, del numero di trattamenti di categoria C, sarà probabilmente necessario riconsiderare le dotazioni di personale sopra menzionate. Sarà opportuno che future linee guida sui trattamenti di categoria C contengano indicazioni precise al riguardo.

Dotazione minima di un Centro di radioterapia per prestazioni in categoria D

Un Centro di radioterapia per prestazioni in categoria D deve erogare un numero minimo di prestazioni annue.

Detto numero minimo viene individuato sulla scorta dell'intervallo di tempo, ragionevolmente considerato minimo, necessario per mantenere una confidenza con l'applicazione tecnica della prestazione stessa. Si dà di seguito il numero minimo di prestazioni anno per i trattamenti di categoria D:

- brachiterapia (L.D.R., P.D.R., H.D.R., iodio): 12 casi/anno per ciascuna delle tecniche impiegate, globalmente comunque almeno 25 casi/anno;
- T.B.I.: essendo l'inclusione dei pazienti totalmente dipendente dai protocolli elaborati dagli ematologi, nonché da variabili cliniche, non si ritiene di poter identificare un numero minimo di prestazioni per anno. Risulta comunque consigliabile un numero minimo di almeno 10 T.B.I. annue a giustificazione della complessità della metodica e relativa organizzazione all'interno della struttura;
- Total skin: 10 casi/anno;
- Radiochirurgia: 20 casi/anno;
- I.O.R.T.: 25 casi/anno.

1.8.3. Requisiti Organizzativi

Il personale sanitario laureato e/o tecnico deve essere adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate.

Deve essere:

- Attivato, ai sensi della vigente normativa di settore, un sistema di controllo di qualità;
- compilata la cartella clinica di radioterapia;
- garantita ad ogni unità di radioterapia, in caso di necessità, la possibilità di accesso ad un settore di degenza ove sia possibile l'assistenza dei pazienti trattati.

Qualora vi fosse disponibilità di una sola unità di terapia, deve essere formalizzato un protocollo di collaborazione con un'altra unità operativa di radioterapia, in modo da garantire la continuità terapeutica in caso di guasto alle apparecchiature.

1.9. DIALISI OSPEDALIERA

Finalità

La dialisi è un trattamento terapeutico per pazienti affetti da insufficienza renale in fase uremica, che può essere effettuata in ambito extraospedaliero ed intraospedaliero, valutate le condizioni cliniche del paziente da parte del medico nefrologo e comunque sotto la responsabilità dello stesso specialista.

La rete dei servizi di dialisi ospedaliera della Regione Lazio si articola come segue:

- Centri di riferimento.
- Servizi di Nefrologia e Dialisi.

1.9.1. Centri di Riferimento

I centri di riferimento svolgono attività di prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie renali, sia in regime ambulatoriale che di degenza autonoma.

I centri di riferimento, in particolare:

- formulano proposte e programmi per la prevenzione delle malattie renali e verificano, successivamente, i relativi interventi attuativi;
- svolgono opera di educazione e sensibilizzazione dei medici di base e della popolazione sulle tematiche della nefrologia, dialisi e trapianto mediante incontri pubblici e conferenze;
- realizzano programmi di aggiornamento e ricerca;
- vigilano e sovrintendono sullo stato di salute dei pazienti in attesa di trapianto e/o trapiantati. Sulla base di protocolli operativi concordati, attivano il necessario collegamento funzionale con il sistema regionale di riferimento dei trapianti e con i vari centri di trapianto mediante l'aggiornamento clinico;
- assicurano, inoltre, l'assistenza post trapianto, garantendo al paziente sia la programmazione ed esecuzione degli esami periodici che l'assistenza in condizioni d'urgenza;
- devono effettuare non meno di due turni giornalieri di dialisi per 6 giorni la settimana per tutti i mesi, con un indice minimo di utilizzo di 3, 2 pazienti per posto di dialisi e debbono garantire l'assistenza in condizioni di urgenza H24 per tutti i giorni dell'anno;
- devono garantire una proiezione territoriale mediante dialisi domiciliare intra ed extra corporea e o attivazione di U.D.D. o C.A.L.;
- i centri di riferimento identificati come punti di coordinamento per la dialisi peritoneale, oltre ai compiti descritti, devono promuovere l'uso della relativa metodica, formare il personale

sanitario e svolgere appropriata opera di informazione e di educazione sanitaria nei confronti degli altri operatori e del pubblico.

I Centri di Riferimento sono collocati:

- nelle Aziende Ospedaliere, nei Policlinici Universitari sedi di D.E.A. di II° livello;
- negli strutture ospedaliere sedi di D.E.A. di I° livello, ove siano già attivati ed operanti centri di riferimento di nefrologia e dialisi;
- nelle strutture ospedaliere non sede di D.E.A., che già svolgono per ubicazione o casistica un ruolo di centro di riferimento.

Il Centro di Riferimento si articola in:

- area di degenza autonoma;
- centri di dialisi a collocazione intraospedaliero;
- area ambulatoriale e/o di Day-Hospital.

1.9.1.1. Area di Degenza Autonoma

Fermo restando quanto previsto nel punto 1.2., la degenza può essere realizzata come:

- U.O. autonoma di degenza;
- Letti di degenza in altre UU.OO..

Attività assistenziale in regime di degenza comprende la diagnosi e terapia delle malattie renali in fase non dialitica, l'assistenza in regime di degenza a pazienti con insufficienza renale acuta e a pazienti in dialisi cronica con necessità di trattamenti suppletivi per patologie intercorrenti o per complicanze legate alla dialisi.

Al riguardo vengono, pertanto, individuate due tipologie in cui suddividere l'assistenza in regime di degenza:

- a) assistenza per pazienti a grande rischio, siano essi in terapia dialitica che conservativa;
- b) assistenza a rischio ordinario.

Ai pazienti a grande rischio deve essere garantito sia in dialisi "bedside" nell'area di degenza che durante la degenza in generale un livello di assistenza basato su un rapporto infermieristico di 1:3.

La definizione di ciascun paziente come appartenente alla tipologia a) o b) deve risultare evidenziata nella cartella clinica con le date di passaggio da un area all'altra.

Ai fini del calcolo dell'organico generale del reparto di degenza deve essere individuato il numero medio prevedibile dei pazienti a grande rischio.

L'area di degenza, comunque realizzata, si avvale di personale medico, infermieristico ed ausiliario, adeguato numericamente e professionalmente all'assistenza nefrodialitica ed è strutturata tecnicamente e strumentalmente per garantire prestazioni di dialisi d'urgenza "bedside" (emodialisi, tecniche extra corporee ed intra-corporee continue).

La stessa area deve essere dotata delle apparecchiature necessarie all'esercizio della nefrologia d'urgenza (ecografo, osmometro, emogasanalizzatore, elettrocardiografo, monitor per la rilevazione dei parametri vitali, lettori per diagnostica su stick).

1.9.1.2. Centri di dialisi a collocazione intraospedaliera

Fermo restando quanto previsto al punto 3.5.1., il centro deve disporre di unità di dialisi ad alta assistenza per pazienti acuti e cronici ad alto rischio. Per la dialisi peritoneale, deve essere disponibile un'area separata dedicata all'addestramento, terapia e controllo dei pazienti.

1.9.1.3. Area Ambulatoriale e/o di Day Hospital

Fermo restando quanto previsto ai punti 3.5.1. e 1.3., il centro di riferimento deve disporre di un'area ambulatoriale e/o di Day Hospital per l'attività di diagnostica e terapia delle malattie renali e dell'ipertensione arteriosa, controllo periodico dei pazienti in dialisi ospedaliera e domiciliare, preparazione al trapianto e controllo post trapianto.

1.9.2. Servizi di Nefrologia e Dialisi

I Servizi di Nefrologia e Dialisi si collocano all'interno di strutture ospedaliere non individuate quali sedi di centri di riferimento. Detti servizi svolgono attività di prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie renali, effettuano assistenza dialitica dell'insufficienza renale acuta e cronica nel centro dialisi, per il trattamento domiciliare. Possono organizzare e gestire U.D.D., C.A.L., dialisi domiciliare ed attività ambulatoriali e devono garantire l'assistenza in condizioni d'urgenza in H24 per tutti i giorni dell'anno.

I Servizi di Nefrologia e Dialisi dispongono per le loro attività di:

- possibilità di ricovero con le modalità indicate per i centri di riferimento;
- centro di dialisi a collocazione intraospedaliera con almeno 10 posti, con i requisiti minimi di cui al punto 3.5.1. l'area destinata alla dialisi peritoneale deve essere separata dall'area emodialitica;
- area ambulatoriale ospedaliera o extra ospedaliera per la prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie renali, controllo dei pazienti in dialisi e di quelli in attesa di trapianto e trapiantati.

1.10. ATTIVITA' TRASFUSIONALI

1.10.1. SERVIZI DI IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE

Definizione

Il Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale è la struttura ospedaliera responsabile, sotto qualunque aspetto, della raccolta e del controllo del sangue umano e dei suoi componenti, qualunque ne sia la destinazione, nonché della lavorazione, conservazione, distribuzione ed assegnazione quando gli stessi siano destinati alla trasfusione.

Il Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale è preposto altresì alle attività di urgenza emergenza, autotrasfusione, aferesi terapeutica e di supporto ematologico, modulate sulle necessità delle strutture sanitarie del territorio di competenza.

Requisiti strutturali e tecnologici ed organizzativi per le parti comuni ad altre attività

Fatti salvi i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi specifici dei Servizi di Immunologia e Medicina Trasfusionale, di seguito riportati, si fa rinvio, per quanto applicabili, ai requisiti previsti nel presente provvedimento per:

- requisiti minimi organizzativi generali;
- requisiti minimi per l'attività ambulatoriale;
- requisiti minimi per i servizi di medicina di laboratorio per la parte di attività trasfusionale riconducibile all'attività analitica;
- requisiti minimi per il day hospital.

1.10.1.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici Specifici

Area di Accettazione e prelievi Donatori di Sangue

E' assicurata:

- Disponibilità di una sala di attesa con un adeguato numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza degli accessi.
- Sala visita con arredi previsti dai requisiti minimi per l'attività ambulatoriale.

- Disponibilità di locali per il prelievo provvisti di: poltrone da prelievo bilance da prelievo, sfigmomanometri, apparecchio per emometria, separatori cellulari dedicati alla produzione, termosaldatrici, da banco e portatile, attrezzature per rianimazione e trattamenti di emergenza.
- Disponibilità di un locale destinato al ristoro dei donatori dopo la donazione.

Unità di Raccolta Esterna

Le Unità di raccolta fisse e mobili esterne alla struttura trasfusionale debbono possedere requisiti strutturali ed organizzativi tali da garantire tutti gli interventi e tutte le fasi indispensabili per la donazione di sangue, la rintracciabilità del sangue, la tutela della salute del donatore e del ricevente.

Area delle prestazioni ambulatoriali

Il locale oltre ai requisiti generali deve contenere: letti ed attrezzature per terapia trasfusionale ambulatoriale (separatori cellulari dedicati alla terapia, poltrone e bilance da prelievo e salasso), attrezzature per rianimazione e trattamenti di emergenza.

Area di preparazione emocomponenti

Il locale deve contenere le seguenti attrezzature: cappa sterile, bilancia equilibratrice per centrifuga da scomposizione, centrifuga refrigerata per scomposizione sacche, attrezzature per separazione emocomponenti, termosaldatrice da banco e portatile, termosaldatrice per saldature sterili, agitatore per concentrati piastrinici, termostato, congelatore rapido, misuratore di pH.

Nell'area deve essere presente una zona per la validazione, etichettatura, stoccaggio, carico e scarico del sangue e i suoi componenti, nonché per l'assegnazione e distribuzione.

I locali devono contenere, oltre quelle previste per i servizi di medicina di laboratorio, le seguenti attrezzature: centrifuga da laboratorio, bilancia analitica, microscopio, agglutinoscopio, centrifughe da laboratorio di cui almeno una refrigerata, frigoriferi e armadi frigoriferi, emoteche standard, congelatori a -20, -30, -40 e -80°C, stufa termostatica a secco, bagno termostatico, scongelatore per plasma.

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

1.10.1.2. Requisiti Organizzativi Specifici

Deve essere predisposto un documento che espliciti i servizi offerti dalla struttura in via diretta ed i servizi forniti appoggiandosi ad altre strutture.

E' presente un dirigente responsabile della struttura in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente.

Sono disponibili procedure scritte e relative responsabilità, in materia di produzione, medicina trasfusionale, rapporti esterni, distribuzione dei farmaci emoderivati, secondo quanto previsto dal D.M. 25.1.2001 e dal D.P.C.M. 1.9.2000.

E' presente nella struttura una dotazione di personale medico, biologo, tecnico di laboratorio, infermieristico, ausiliario ed amministrativo adeguato alla tipologia dei servizi prestati ed ai carichi di lavoro determinati.

Sono disponibili procedure scritte che comprendono tutte le misure necessarie per assicurare la rintracciabilità del percorso, dal donatore al ricevente e viceversa, del sangue e dei suoi componenti, che sono raccolti, controllati lavorati, conservati, rilasciati e/o distribuiti nel territorio.

Sono garantite tutte le misure necessarie per assicurare che il sistema utilizzato per l'etichettatura del sangue e dei componenti raccolti, controllati, lavorati, conservati, rilasciati e/o distribuiti sia conforme al sistema di identificazione di cui al punto precedente e che comprenda tutte le informazioni necessarie.

Deve essere predisposta una specifica procedura in ordine agli incidenti gravi (evento accidentale o errore) connessi alla raccolta, controllo, lavorazione, conservazione e distribuzione del sangue e/o componenti e/o derivati, che possano influire sulla qualità e sicurezza, nonché qualunque reazione indesiderata grave, osservata durante o dopo la trasfusione, per la notifica alle autorità competenti e per il ritiro dalla distribuzione dei prodotti associati all'evento.

E' adottata una "cartelletta trasfusionale" da inserire nelle cartelle cliniche di degenza che contiene tutte le informazioni relative all'attività trasfusionale prestata.

E' disponibile una procedura che comprende tutte le misure necessarie per assicurare che tutti i dati siano resi anonimi in modo che il donatore non sia più identificabile.

Ogni struttura trasfusionale deve attuare un sistema di qualità quale presupposto essenziale per ridurre i rischi della trasfusione e contemporaneamente garantire il beneficio terapeutico ai pazienti che ricevono sangue e/o suoi componenti e prodotti.

Ogni struttura trasfusionale deve adottare un sistema informativo di raccolta, elaborazione ed archiviazione dei dati di struttura, processo ed esito.

Per tutto quanto non citato nel presente documento deve essere fatto riferimento al D.P.C.M. 1° settembre 2000: *"Atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie relative alla medicina trasfusionale"*.

1.10.2. FRIGOEMOTECHE

Il D.M. 1 settembre 1995 emana norme atte a definire le caratteristiche funzionali e i criteri di gestione delle frigoemoteche, di cui devono essere dotati gli ospedali privi di una propria autonoma struttura trasfusionale o sue articolazioni organizzative e le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate e non accreditate nell'ambito di apposita Convenzione.

Definizione

L'Emoteca o Frigoemoteca è un frigorifero atto alla conservazione del sangue, munito di termoregistratore e di dispositivo di allarme ottico e acustico, collegato con postazioni di guardia ove il personale presente sia in grado di rilevare ogni eventuale anomalia ed avvisare tempestivamente il medico di turno responsabile dell'emoteca.

La responsabilità della gestione della frigoemoteca è affidata al Direttore Sanitario della sede di ricovero.

Il Direttore Sanitario potrà affidare la gestione dell'attività concernente l'emoteca ad uno dei Reparti o Servizi operanti nell'Ospedale o Casa di cura, che provvederà con personale proprio ai compiti previsti dalla Convenzione sotto la responsabilità della struttura trasfusionale territorialmente competente.

Il D.S. può delegare la responsabilità della frigoemoteca a personale medico afferente alla medicina di laboratorio o comunque in possesso di specializzazione in patologia clinica.

Le case di cura private dotate di frigoemoteca, la cui tipologia e quantità delle prestazioni erogate comportino una più intensa attività di medicina trasfusionale, dovranno acquisire *"in loco"* un medico appartenente alla struttura trasfusionale pubblica di riferimento, con oneri a proprio carico.

1.10.2.1 Requisiti Strutturali e Tecnologici

Il locale destinato alla emoteca deve essere attrezzato con frigoriferi, atti alla conservazione del sangue dotati di termometro, di termoregistratore, e completi di dispositivi di allarme acustico e visivo interni e remoti (collegati con il centralino).

1.10.2.2. Requisiti Organizzativi

L'attività deve fare riferimento, nei termini di una apposita convenzione stipulata ai sensi della normativa vigente, alla struttura trasfusionale competente per territorio o a struttura trasfusionale diversa da quella competente previa acquisizione di parere favorevole di questa.

L'attività deve avere un medico responsabile (il Direttore sanitario o altro dirigente medico da questi formalmente delegato e appartenente ad una delle U.O. operanti nella struttura).

Le attività devono essere svolte a fronte di procedure scritte, protocolli e/o istruzioni di lavoro approvate, dal Responsabile della struttura trasfusionale di riferimento.

E' prevista da parte del medico responsabile la tenuta di un Registro di "*carico e scarico*" che deve contenere tutti i movimenti delle unità di sangue ed emocomponenti della frigoemoteca con modalità concordate con il Servizio d'immunematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT) di riferimento.

Deve essere sempre disponibile e facilmente reperibile una procedura relativa alla raccolta, qualificazione, assegnazione e conservazione delle unità autologhe pre-depositate per autotrasfusione.

Deve essere predisposta a cura del SIMT di riferimento una procedura operativa per l'assegnazione, la movimentazione e la ricostituzione della scorta di unità ematiche per l'emergenza.

Deve esistere:

- una procedura che regola le attività di manutenzione, taratura e controllo delle frigoemoteche e dei dispositivi di misurazione della temperatura;
- una procedura per l'acquisizione del consenso informato del paziente alla terapia trasfusionale e per l'autotrasfusione;
- una procedura che regola il debito informativo con la struttura di riferimento anche relativamente alle relazioni di avvenuta trasfusione che riportino anche la notifica di eventuali reazioni avverse alla trasfusione.

1.11. GESTIONE FARMACI E MATERIALE SANITARIO

1.11.1. Requisiti Strutturali e Organizzativi

Il servizio di farmacia deve essere posto sotto il controllo di un responsabile farmacista.

Devono essere previsti spazi per la segreteria e il deposito dei medicinali, del materiale di medicazione e degli specifici materiali di competenza.

Il servizio di farmacia, ove presente, deve disporre di spazi idonei per il deposito dei medicinali, dei dispositivi medici e chirurgici, 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 in particolare previsti:

- uno spazio apposito per la ricezione del materiale e la successiva registrazione dello stesso;
- un deposito per farmaci e dispositivi medici e chirurgici;
- un vano blindato, o un armadio antiscasso, per la conservazione degli stupefacenti;
- frigoriferi per la conservazione dei medicinali da custodire ad una determinata temperatura, dotati di registratori di temperatura, di un sistema di allarme, e possibilmente collegati a gruppi di continuità o ad una linea di alimentazione preferenziale;
- cappa di aspirazione forzata nel locale;
- pavimenti con superficie lavabile e disinfettabile;
- pareti con rivestimento impermeabile e lavabile fino ad una altezza massima di metri 2, relativamente ai locali adibiti a laboratorio;
- armadi chiusi a chiave per la custodia dei veleni e di tutte le sostanze per le quali è previsto un accesso controllato;
- deposito infiammabili debitamente autorizzato nel rispetto della normativa vigente;
- sostanze obbligatorie come previsto dalle farmacopee ufficiali italiana ed europea;
- spazi adeguati per il movimento in uscita dei farmaci e di ogni altro materiale sanitario;
- locale e attrezzature per preparazioni galeniche;

Il servizio di farmacia deve, inoltre, essere dotato di spazi adeguati per la correlata attività di supporto tecnico amministrativo, indispensabile al fine di assicurare la corretta ed economica gestione del servizio stesso.

1.11.2. Requisiti Tecnologici

Deve essere previsto un impianto di condizionamento ambientale (dotato di un adeguato sistema di controllo, e costante monitoraggio) che assicuri:

- una temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20-26 °C;
- una umidità relativa estiva ed invernale del 50% + -5%;
- un ricambio aria esterna/ora di 2 v/h;
- classe di purezza filtrazione con filtri a media efficienza.

Deve essere previsto un impianto rilevazione incendi anche nei depositi separati.

1.11.3. Locali adibiti a immagazzinamento, preparazione e somministrazione di chemioterapici antiblastici

I locali adibiti a immagazzinamento, preparazione e somministrazione dei chemioterapici antiblastici devono possedere i seguenti requisiti.

Immagazzinamento

I locali specificatamente destinati all'immagazzinamento dei chemioterapici antiblastici devono avere:

- idonei sistemi di aerazione;
- pavimenti in materiale plastico facilmente lavabile.

Preparazione

I locali riservati alla preparazione dei chemioterapici antiblastici devono essere dotati di pavimento e pareti rivestiti fino ad opportune altezze da materiale plastico facilmente lavabile (ad esempio PVC elettrosaldato munito di sguscio agli angoli).

E' opportuno poter disporre di una stanza filtro al fine di mantenere maggiormente isolato il locale di preparazione dagli altri locali.

Le porte di accesso devono essere del tipo a battente con apertura verso l'esterno.

Il locale deve inoltre essere protetto da turbolenze d'aria che potrebbero vanificare le misure di sicurezza.

All'interno della stanza deve essere previsto un "punto di decontaminazione" costituito da un lavandino a pedale e da un lavaocchi di sicurezza, anche situato in apposito box o servizio con accesso alla stanza.

Il sistema di condizionamento deve essere separato dall'impianto centralizzato.

In caso di condizionamento centralizzato, la stanza deve essere munita di sistema di esclusione a pulsante del condizionamento da azionare nel caso di accidentali spandimenti di farmaci allo stato di polveri. La velocità dell'aria immessa dall'impianto non deve superare 0,15 m/s e i ricambi d'aria nel locale non devono essere inferiori a 6 v/h.

Nella stanza è opportuno installare un pulsante per i casi di emergenza e predisporre un sistema viva voce, evitando la presenza di un telefono tradizionale.

All'interno della stanza filtro o del locale in cui si opera devono essere conservati i mezzi protettivi individuali ed i mezzi di sicurezza da impiegare in caso di spandimenti accidentali (maschere, camici monouso, soluzione di ipoclorito di sodio al 10% per la neutralizzazione chimica).

La soluzione ottimale è rappresentata da un sistema con labirinto obbligato di docce ed ambiente filtro per gli indumenti da lavoro. Tuttavia può essere sufficiente la presenza di una doccia per le emergenze.

Somministrazione

I locali in cui avviene la somministrazione di chemioterapici antitumorali devono avere:

- idonei sistemi di areazione;
- pavimenti di materiale plastico facilmente lavabile;
- un idoneo lavabo.

SERVIZI GENERALI DI SUPPORTO

1.12. SERVIZIO CUCINA

Il servizio di cucina può anche essere convenzionato o gestito in forma associata da più strutture, purché regolarmente autorizzate dall'autorità sanitaria competente. Il servizio cucina deve essere conforme alla normativa vigente in materia di igiene degli alimenti.

1.12.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici

Il servizio di cucina deve prevedere:

- spazi adeguati per la ricezione derrate, dispense e celle frigorifere;
- spazi per la preparazione/cottura, dotato di idonea cappa aspirante;
- spazi per il lavaggio e deposito per stoviglie e carrelli;
- un deposito rifiuti;
- un deposito materiali per pulizia;
- spogliatoi e servizi igienici per il personale, dotati di doccia, antibagno e sistema di azionamento non manuale;
- spazi per la preparazione, il lavaggio dei carrelli, stoviglie e portavivande dispongono di pareti a tutt'altezza con superfici lisce, impermeabili, lavabili e disinfettabili;
- spazi per la preparazione, il lavaggio dei carrelli, stoviglie e portavivande hanno pavimenti antisdrucciolo con superficie liscia lavabile e disinfettabile;
- in tutti gli spazi devono essere assicurate efficaci condizioni di illuminazione e ventilazione.

1.12.2. Requisiti Organizzativi

Sono garantiti:

- protocolli scritti circa le modalità di trasporto e confezionamento del cibo da e per la cucina;
- l'elaborazione delle tabelle dietetiche, dei menù e delle diete speciali.

I cibi distribuiti devono rispondere a quanto stabilito nelle tabelle dietetiche, nei menù e nelle diete speciali.

1.13. SERVIZIO LAVANDERIA

Il servizio di lavanderia può anche essere convenzionato o gestito in forma associata da più strutture sanitarie, purché regolarmente autorizzato dalla autorità sanitaria competente.

1.13.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici

Devono essere previsti ambienti separati per materiale sporco (contaminato) e pulito (decontaminato).

Per ogni ciclo di lavorazione devono essere garantiti:

- controllo e monitoraggio dei fattori critici del ciclo di lavaggio (temperatura, tempo e concentrazione dei disinfettanti);
- controllo carica batterica (Bioburden) prodotto lavato e stirato (semestrale);
- controllo e monitoraggio caricamento macchinari e dosaggio prodotti di lavaggio.

Nel caso di servizio di lavanderia interno devono essere previsti spazi adeguati per la raccolta e cernita della biancheria, per il lavaggio, l'asciugatura, il rammendo, la stiratura ed il deposito della biancheria pulita.

Il personale della lavanderia deve utilizzare tutti i dispositivi di protezione individuale per la prevenzione del rischio biologico.

1.13.2. Requisiti Organizzativi

Devono esistere:

- protocolli scritti circa le modalità di trasporto del materiale da e per la lavanderia;
- protocolli scritti per tutte le procedure attuate sul materiale ricevuto.

1.14. SERVIZIO DI STERILIZZAZIONE

Il servizio di sterilizzazione può anche essere convenzionato o gestito in forma associata da più strutture, purché regolarmente autorizzate dall'autorità sanitaria competente.

1.14.1. Requisiti Strutturali

Il servizio deve disporre dei seguenti ambienti:

- un locale destinato al ricevimento e lavaggio;
- un locale per ricezione, cernita, pulizia e preparazione;
- zona filtro per il personale, preliminare all'accesso al deposito materiale sterilizzato;
- un locale per confezionamento e sterilizzazione;
- un locale per stoccaggio e deposito materiale sterile;
- il percorso deve essere progressivo dalla zona sporca a quella pulita;
- nei locali per confezionamento e sterilizzazione e per stoccaggio e deposito materiale sterile, deve essere garantito l'accesso del personale e dei materiali in appositi filtri a doppia porta con aperture obbligate e/o bussole;
- spogliatoi e servizi igienici del personale.

1.14.2. Requisiti Tecnologici

Il servizio deve disporre dei seguenti impianti:

- nei locali di confezionamento e sterilizzazione, stoccaggio e deposito, deve essere previsto un impianto di condizionamento ambientale che assicuri:
 - una temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20-27 °C
 - una umidità relativa estiva ed invernale del 40-60%
 - un ricambio aria/ora esterna di 15 v/h;
- un impianto illuminazione di emergenza;
- un impianto di aria compressa.

La dotazione minima strumentale è la seguente:

- apparecchiatura di sterilizzazione (rispondente alla norma UNI EN 285 e convalidata annualmente secondo la norma UNI EN 554);

- apparecchiatura per il lavaggio del materiale da sottoporre a sterilizzazione (Ultrasuoni e Lavastrumenti 93°C/10 min.);
- un bancone con lavello resistente agli acidi ed agli alcali.

1.14.3. Requisiti Organizzativi

- La dotazione organica del personale addetto deve essere rapportata al volume delle attività e comunque è previsto all'interno dell'equipe almeno un infermiere professionale.
- Deve esistere un sistema di tracciabilità del prodotto.

1.15. SERVIZIO DI DISINFEZIONE

Il servizio di disinfezione può anche essere convenzionato o gestito in forma associata da più strutture, purché regolarmente autorizzate dall'autorità sanitaria competente.

1.15.1. Requisiti Strutturali

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

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

Per le nuove costruzioni, deve essere previsto un pavimento antisdruciolo nelle zone sporche con adeguata pendenza per garantire i necessari scarichi.

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

Il servizio deve prevedere:

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

1.15.2. Requisiti Tecnologici

Il servizio deve disporre dei seguenti impianti:

- un impianto di condizionamento ambientale che assicuri: una temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20-27 °C, una umidità relativa estiva ed invernale del 40-60%, un ricambio aria/ora esterna di 15 v/h;
- l'impianto illuminazione di emergenza;
- l'impianto di aria compressa.

Devono essere previste apparecchiature idonee al trattamento del materiale.

1.15.3. Requisiti Organizzativi

La dotazione organica del personale addetto deve essere rapportata al volume delle attività e, comunque, prevede all'interno dell'equipe almeno un infermiere professionale.

1.16. SERVIZIO MORTUARIO

Il servizio mortuario può anche essere convenzionato o gestito in forma associata da più strutture, purché regolarmente autorizzate dall'autorità sanitaria competente. L'ubicazione del Servizio Mortuario deve consentire 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

1.16.1. Requisiti Strutturali

Il servizio deve prevedere:

- locali destinati all'osservazione, deposito ed esposizione delle salme;
- uno spazio attesa per dolenti con servizio igienico;
- un deposito materiale;
- locali e servizi igienici per il personale;
- il servizio di riscontro autoptico può essere esternalizzato;
- celle frigorifere;
- se presente, la sala autoptica deve essere attrezzata per il riscontro diagnostico e per l'eventuale prelievo delle parti anatomiche;
- se presente, la superficie minima della sala autoptica deve essere non inferiore a 25 mq.

1.16.2. Requisiti Tecnologici

Il Servizio Mortuario deve essere dotato di un impianto di condizionamento ambientale che assicuri, limitatamente al locale osservazione/sosta salme:

- una temperatura interna invernale ed estiva non superiore a 18 °C;
- una umidità relativa del 60% + o - 5%.

Deve essere presente l'impianto di illuminazione di emergenza.

2. STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO PER POST-ACUZIE

2.0. REQUISITI GENERALI

Finalità

Le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero in post-acuzie sono dirette all'assistenza ed al recupero funzionale indifferibile di pazienti che hanno superato la fase di acuzie, ma che hanno necessità di ulteriori interventi valutativi e terapeutici intensivi non erogabili efficientemente in regimi alternativi al ricovero.

Destinatari

I soggetti destinatari sono pazienti post-acuti affetti da disabilità importanti o gravi patologie che determinano la non autosufficienza temporanea e che richiedono una tutela medica specialistica riabilitativa ed interventi di nursing ad elevata specialità nell'arco delle 24 ore e nelle ore diurne non erogabili in forma extraospedaliera.

Classificazione

Le strutture di riabilitazione ospedaliera si articolano come di seguito riportato:

- LUNGODEGENZA MEDICA (RIABILITAZIONE INTERMEDIA O ESTENSIVA) caratterizzate da un moderato impegno terapeutico (da uno a tre ore giornaliere) e da un forte intervento di supporto assistenziale (denominata anche post-acuzie o riabilitativa) Cod 60.
- LUNGODEGENZA ALTA INTENSITA' (L.A.I.) destinata a pazienti in stato vegetativo permanente ovvero in stato di minima coscienza, senza ulteriori possibilità di recupero significative, portatori di tracheotomia e/o alimentazione artificiale.
- RIABILITAZIONE INTENSIVA per pazienti in fase subacuta che richiedono un elevato impegno diagnostico, medico specialistico in termini di complessità e/o di durata dell'intervento (almeno tre ore giornaliere di terapia specifica in regime di ricovero ordinario ed almeno due ore, se in regime di ricovero diurno) comprendenti anche le attività di riabilitazione specialistica: Cardiologica e Respiratoria. (cod. 56), nonché neurologica.
- DAY HOSPITAL RIABILITATIVO dedicato a pazienti affetti da patologie disabilitanti di varia natura che necessitano di interventi di valutazione e/o di trattamento riabilitativo intensivo nell'arco della giornata, senza necessità di assistenza continua medico infermieristica nell'arco delle 24 ore.

- ALTE SPECIALITA' RIABILITATIVE comprendenti le attività riabilitative che richiedono un particolare impegno di qualificazione (mezzi, attrezzature, personale) secondo quanto stabilito dal D.M. 29.01.1992 e sono deputate:
 - al trattamento degli csiti delle mielolesioni - **Unità spinali** (COD. 28)
 - al trattamento di pazienti post-comatosi con gravi disturbi della coscienza e/o con danni neurologici di estrema gravità - **Riabilitazione ad Alta Intensità (R.A.I.)** (COD 75)
 - al trattamento delle gravi disabilità in età evolutiva - **Unità per le disabilità gravi dell'età evolutiva (U.D.G.E.E.)**.

Le strutture di post-acuzie possono costituire presidi autonomi ovvero unità operative all'interno di presidi ospedalieri ovvero inseriti in complessi polifunzionali che comprendono strutture ospedaliere c/o residenziali socio-sanitarie.

2.0.1. Requisiti Strutturali Generali

Tutte le strutture devono essere in possesso dei requisiti di carattere generale per le strutture di ricovero a ciclo continuo e diurno di cui ai punti 1.0.1., 1.2.1., nonché quelli previsti per tutti i servizi di supporto.

Ad integrazione dei requisiti previsti al punto 1.2.1., devono essere posseduti i requisiti sottoclenati.

Per le nuove costruzioni, la camera di degenza singola deve avere una superficie di mq 12 e, per le camere multiple, la superficie utile non deve essere inferiore a mq 9 per singolo posto letto. La verifica dell'agibilità e del servizio igienico deve considerare la particolare condizione degli ospiti.

Devono essere previsti servizi igienici adeguati ai pazienti non autosufficienti a servizio di almeno 1/3 dei posti letto, con possibilità di accesso e rotazione completa delle carrozzine, accesso diretto o immediatamente attiguo alla camera, dotato di lavandino, wc, doccia e, laddove possibile, bidet.

Le camere a più posti letto devono essere attrezzate per garantire la privacy del singolo paziente, mediante l'utilizzo di adeguati tendaggi e pannelli mobili.

Per le nuove strutture, le porte dei locali ad uso dei ricoverati devono avere una larghezza minima di cm 120.

Deve essere prevista un'area destinata alla valutazione con locali per le visite specialistiche e per le valutazioni diagnostico-prognostiche non inferiore a 12 mq, comunque collocati nella struttura ospedaliera.

Le prestazioni di laboratorio analisi e di radiologia convenzionale comprensiva di ecografie e grande diagnostica neurologica per immagini possono essere acquisite anche da strutture esterne al presidio in cui è collocata l'Unità Operativa, ad esclusione della radiologia convenzionale per la riabilitazione.

Qualora la struttura di post-acuzie sia collocata nell'ambito di complessi sanitari ospedalieri o socio-sanitari residenziali, è consentita l'utilizzazione di spazi in comune, quali quelli corrispondenti alle aree generali e di supporto, all'area di socializzazione, all'area della valutazione e delle terapie nonché all'area di attesa e di deposito. In tal caso, gli spazi in comune dovranno essere di dimensioni tali da soddisfare le esigenze del numero complessivo degli assistiti nell'intera struttura.

2.0.2. Requisiti Tecnologici Generali

Ad integrazione dei requisiti previsti al punto 1.2.2. devono essere posseduti i requisiti sottoelencati.

La dotazione strumentale deve essere correlata quantitativamente e qualitativamente ai bisogni dell'utenza e delle diverse tipologie di attività, assicurandone uno svolgimento sicuro, efficace ed efficiente.

In relazione alla specifica attività svolta nella struttura ed alla tipologia degli utenti, devono essere presenti:

- attrezzature e dispositivi per la valutazione diagnostica;
- presidi e risorse tecnologiche atte allo svolgimento di prestazione mediche, infermieristiche e riabilitative nonché specialistiche necessarie;
- attrezzature e presidi per realizzare le varie tipologie di esercizio terapeutico e di riabilitazione funzionale negli ambienti dedicati, per attività individuali e/o di gruppo;
- attrezzature elettromedicali per la terapia fisica e strumentale, di supporto e completamento all'esercizio terapeutico.

Devono essere disponibili:

- letti servoassistiti mobili a tre snodi regolabili in altezza predisposto per spondine e relativi "trapezi" ed "archetti alzacoperte";
- (in relazione alla tipologia dei malati - es. pazienti traumatizzati cranici provenienti dalla terapia intensiva/rianimazione - deve essere presente un congruo numero di letti servoassistiti elettricamente che consentano la facile esecuzione di tutte le manovre assistenziale ed il corretto posizionamento del paziente;
- materassi e cuscini antidecubito;
- carrozzine e ausili per la mobilità del paziente.

2.0.3. Requisiti Organizzativi Generali

Ad integrazione dei requisiti previsti ai punti 1.0.2. e 1.2.3., devono essere posseduti i requisiti sottoelencati.

Nei presidi autonomi ovvero nei presidi inseriti in complessi che comprendono strutture residenziali socio-sanitarie deve essere previsto un direttore sanitario con i requisiti di legge.

All'interno delle strutture per post-acuzie ad alta recettività complessiva ovvero con più articolazioni funzionali e nei complessi polifunzionali, così come nelle strutture ambulatoriali nelle quali coesistono nella stessa unità immobiliare più tipologie funzionali (ad es. laboratorio analisi, diagnostica per immagini, e riabilitazione) riconducibili ad un unico soggetto titolare, deve essere previsto, in analogia a quanto disposto per le strutture di ricovero, un unico direttore sanitario in possesso di specializzazioni in igiene e medicina preventiva (o titolo equipollente).

Deve essere assicurata la presenza di una équipe multi professionale che, per unità operative di 20 posti deve essere composta da:

- medico dirigente in possesso della specializzazione correlata alla tipologia dell'utenza ovvero con documentata attività di servizio per almeno cinque anni nel settore;
- infermieri professionali per ogni turno;
- tecnici della riabilitazione (fisioterapista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 741; terapeuta occupazionale ex D.M. 17 gennaio 1997, n. 136; terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva ex D.M. 17 gennaio 1997, n. 56; logopedista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 742);
- il personale professionista sanitario per la riabilitazione deve essere in possesso dello specifico titolo professionale abilitante o di un titolo reso equipollente in forza di legge;
- psicologo e assistente sociale (anche non dedicati);
- medici specialisti a consulenza.

Il numero degli operatori deve essere correlato alle caratteristiche particolari dell'utenza assistita.

E' opportuno l'intervento di personale riabilitativo anche durante la fase acuta della patologia.

In presenza di due o più unità operative deve essere garantita la presenza di una dirigenza infermieristica.

Per ogni paziente deve essere assicurata:

- la valutazione multidimensionale, attraverso appositi strumenti validati, dei problemi/bisogni sanitari, riabilitativi, cognitivi, psicologici e di nursing della persona al momento dell'ammissione e periodicamente;

- la predisposizione di un piano di assistenza individualizzato ovvero uno o più progetti riabilitativi alla cui redazione collaborano i componenti dell'équipe professionale, ciascuno per le proprie competenze, corrispondente ai problemi/bisogni identificati;
- l'istituzione di una cartella personale contenente tutte le informazioni sanitarie necessarie per la continuità assistenziale, periodicamente aggiornata dal personale.

Devono essere definiti e documentati i collegamenti funzionali con le strutture di emergenza.

Devono esistere procedure formalizzate di raccordo con i servizi sanitari del distretto di residenza del paziente anche al fine di garantire l'eventuale continuità degli interventi riabilitativi dopo la dimissione.

Devono esistere modalità operative che facilitino le relazioni con la famiglia e favoriscano la partecipazione della stessa al progetto riabilitativo, soprattutto per pazienti appartenenti all'età evolutiva e all'area della senescenza.

2.1. LUNGODEGENZA MEDICA (RIABILITAZIONE INTERMEDIA O ESTENSIVA)

Le strutture ospedaliere di lungodegenza, in generale, assistono in regime di ricovero pazienti provenienti abitualmente dalle diverse aree assistenziali mediche e chirurgiche, non autosufficienti affetti da patologie ad equilibrio instabile e disabilità croniche non stabilizzate o in fase terminale.

Detti pazienti hanno necessità di trattamenti sanitari rilevanti, anche orientati al recupero, e di sorveglianza medica continuativa nelle 24 ore nonché nursing infermieristico non erogabile in forme alternative.

Le attività di lungodegenza medica si esplicano, di norma, entro 60 giorni dal ricovero nella struttura fatta eccezione per i pazienti con stato vegetativo o stato di minima coscienza permanente.

Le strutture di lungodegenza medica possono costituire presidi autonomi ovvero unità operative all'interno di presidi ospedalieri ovvero essere inseriti in complessi polifunzionali che comprendono strutture ospedaliere e/o residenziali.

2.1.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici

Le strutture di lungodegenza devono possedere i requisiti generali di cui ai punti 2.0.1. e 2.0.2.

2.1.2. Requisiti Organizzativi

Oltre ai requisiti generali di cui al punto 2.0.3. devono essere posseduti i requisiti sottoriportati.

Deve essere assicurata la presenza di una équipe multi professionale che, per unità operative di 20 posti deve essere composta da:

- medico dirigente in possesso della specializzazione correlata alla tipologia dell'utenza (geriatra, neurologo, fisiatra o altro specialista) ovvero con documentata attività di servizio per almeno cinque anni nel settore;
- infermieri professionali (rapporto 1 a 4);
- tecnici della riabilitazione (fisioterapista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 741; terapeuta occupazionale ex D.M. 17 gennaio 1997, n. 136; terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva ex D.M. 17 gennaio 1997, n. 56; logopedista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 742);
- il personale professionista sanitario per la riabilitazione deve essere in possesso dello specifico titolo professionale abilitante o di un titolo reso equipollente in forza di legge;
- O.S.S. (rapporto di 1 a 4);
- psicologo e assistente sociale (anche non dedicati);

- medici specialisti a consulenza (cardiologo, neurologi, urologo, ginecologo, otorinolaringoiatra, etc).

In presenza di due o più unità operative deve essere garantita la presenza di una dirigenza infermieristica.

Devono esistere procedure formalizzate per l'accesso dalle strutture ospedaliere per acuti riguardanti l'appropriatezza del ricovero.

Devono esistere procedure formalizzate per il raccordo con i servizi sanitari del distretto di residenza del paziente per assicurare la continuità assistenziale dopo la dimissione.

2.2.LUNGODEGENZA ALTA INTENSITA' L.A.I.

La struttura ospedaliera di Lungodegenza di Alta Intensità (L.A.I.) è finalizzata al trattamento di pazienti affetti dagli esiti di gravi encefalopatie acquisite (patologiche o post traumatiche), che determinano multiple e complesse menomazioni fisiche, cognitive e comportamentali, in fase di stabilizzazione clinica.

L'attività di assistenza a questi soggetti è caratterizzata da:

- attività di nursing con fisioterapia al mantenimento delle condizioni già raggiunte all'interno delle UU.OO. ospedaliere di provenienza (reparti di Terapia Intensiva, Neurochirurgia ecc.) nonché alla prevenzione di ulteriori complicanze da patologie sovrapposte;
- continua sorveglianza medica adeguata allo "status" di ogni singolo paziente da parte di staff medico-specialistico;
- programmazione concordata con l'équipe medico-specialistica, dell'intervento guidato e della collaborazione dei parenti in tutte quelle attività che, con stimoli familiari al paziente, mirino a risvegliare una coscienza reattiva all'ambiente esterno.

Le caratteristiche dei pazienti destinati alla L.A.I. sono date dalla concomitanza di almeno tre dei seguenti criteri:

- provenienza da una Terapia Intensiva, Neurochirurgia o R.A.I.;
- presenza di tracheotomia;
- nutrizione parenterale con accesso venoso centrale;
- nutrizione enterale con sondino naso-gastrico o peg;
- stato di coma, stato vegetativo o di minima coscienza;
- tetraplegia o tetraparesi;
- sindrome disautonomica vegetativa;
- sindrome da prolungato allettamento (ulcere, anchilosi, ipotrofia, polineuropatia);
- dipendenza totale per l'alimentazione, il controllo degli sfinteri, l'igiene personale.

2.2.1. Requisiti Strutturali

Oltre ai requisiti di cui al punto 2.0.1., devono essere garantiti:

- almeno due posti letto dotati di monitoraggio delle funzioni vitali ed eventuale ventilazione meccanica che possono necessitare per i pazienti di recente trasferiti dalle terapie intensive o per possibili aggravamenti improvvisi;

- un bagno assistito per immersione totale in posizione supina;
- una sala medicazione, attrezzata anche per la piccola chirurgia, dotata di scialitica e stativo.

2.2.2 Requisiti tecnologici

Oltre ai requisiti di cui al punto 2.0.2., devono essere presenti:

- apparecchi per aerosolterapia;
- -apparecchi per saturimetria transcutanea;
- broncoaspiratori;
- sollevatori con diversi tipi di imbracature;
- un pesapersone per disabili;
- disponibilità di valutazioni neurofisiopatologiche, urodinamiche, monitoraggio pressorio, e.g.a..

2.2.3 Requisiti organizzativi

Le UU.OO. di L.A.I. devono essere collocate all'interno di una struttura di lungodegenza medica, con un massimo di 10 p.l..

Sono presenti:

- medici dirigenti con specializzazione in fisiatria, neurologia, anestesia, geriatria ovvero con 5 anni di attività di servizio, in rapporto 1:5, di cui uno responsabile;
- infermieri professionali in rapporto di 1:5, di cui uno caposala-coordinatore;
- terapisti della riabilitazione in rapporto 1:5, di cui uno coordinatore;
- O.S.S. in rapporto 1:3;
- assistente sociale part-time;
- consulente psicologo.

Inoltre l'attività medica dovrà essere obbligatoriamente integrata con l'accesso costante e programmato di fisiatra, anestesista-rianimatore, neurologo.

Dovranno essere anche garantite le consulenze e gli eventuali trattamenti specialistici che si rendessero necessari durante il ricovero.

2.3. RIABILITAZIONE INTENSIVA

Finalità

Le strutture di riabilitazione assicurano interventi riabilitativi a pazienti con menomazioni e disabilità complesse che richiedono, per la gravità della non autosufficienza programmi di riabilitazione intensiva c/o valutativi nonché la possibilità di interazioni con altre discipline specialistiche.

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

Le attività di riabilitazione intensiva in regime di ricovero si esplicano, di norma, entro 60 giorni dal ricovero.

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

Destinatari

Gli interventi sono rivolti a pazienti con menomazioni e disabilità recuperabili, di natura e gravità tali da rendere necessaria una tutela sanitaria ed interventi di nursing ad elevata specialità nonché interventi valutativi e terapeutici non erogabili in forma extraospedaliera.

2.3.1. Requisiti Strutturali

Le strutture di riabilitazione possono costituire presidi autonomi ovvero unità operative all'interno di presidi ospedalieri ovvero essere inseriti in complessi polifunzionali che comprendono strutture ospedaliere e/o residenziali.

Oltre ai requisiti indicati nel punto 2.0.1. deve essere presente un'area destinata all'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione comprendente:

- locali e palestra per attività dinamiche e di gruppo con superficie complessiva di almeno 100 mq per 20 utenti, con uno standard di 5 mq/paziente;
- spazi per attività statiche o individuali, attrezzate un rapporto alla tipologia dell'intervento articolate in locali/spazi di almeno 9 mq;
- ambiente/ spazio per il coordinamento dei terapisti e lo svolgimento delle funzioni connesse, preferibilmente nelle vicinanze della palestra;
- servizio igienico per disabili.

2.3.2. Requisiti Tecnologici

Oltre ai requisiti generali di cui al punto 2.0.2. devono essere posseduti i requisiti sotto riportati.

Devono essere presenti:

- materiali e strumenti per la valutazione: sistema di valutazione neurofisiopatologica, sussidi manuali ed elettronici per la valutazione delle attività motorie, sussidi manuali ed elettronici per la valutazione del linguaggio e delle turbe neuropsicologiche, spirometro etc.
- attrezzature per la riabilitazione motoria: letto per fisioterapia, cuscini di gomma piuma a densità graduata di diverse forme e dimensioni, lavabili, materassini per attività pavimento di varie dimensioni, specchi a muro (non quadrettati) e specchi montati su carrello, parallele, spalliera svedese, cyclette, deambulatori ad altezza regolabile, ausili vari per la deambulazione, cicloergometro, apparecchiature per magnetoterapia - elettroterapia antalgica - ionoforesi - elettroterapia ad ultrasuoni - isocinetica - microonde - laser terapia - tens, biofeedback.

Devono essere presenti materiali e strumenti per la terapia occupazionale e la logoterapia.

2.3.3. Requisiti Organizzativi

Oltre ai requisiti generali di cui al punto 2.0.3 e ad integrazione degli stessi devono essere posseduti i requisiti sottoriportati.

Deve essere assicurata la presenza di una équipe multi professionale che, per unità operative di 20 posti deve essere composta da:

- medico dirigente in possesso della specializzazione correlata alla tipologia dell'utenza (medico specialista in medicina fisica e riabilitativa o altro specialista) ovvero con documentata attività di servizio per almeno cinque anni nel settore;
- infermieri professionali per ogni turno (rapporto 1 a 3);
- tecnici della riabilitazione (fisioterapista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 741; terapeuta occupazionale ex D.M. 17 gennaio 1997, n. 136; terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva ex D.M. 17 gennaio 1997, n. 56; logopedista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 742);
- O.S.S. (rapporto di 1 a 5);
- psicologo e assistente sociale (part-time);
- medici specialisti a consulenza (cardiologo, neurologi, urologo, ginecologo, etc).

In presenza di due o più unità operative deve essere garantita la presenza di una dirigenza infermieristica.

Le strutture di riabilitazione dotate di più unità operative, fino a 100 posti letti devono individuare, oltre al personale sopradescritto, un'ulteriore figura medica in possesso di specializzazione in medicina fisica e riabilitazione o specialità equipollente con le funzioni di responsabile.

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

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

Devono esistere procedure formalizzate per l'accesso dalle strutture ospedaliere per acuti riguardanti l'appropriatezza del ricovero.

Devono esistere procedure formalizzate per il raccordo con i servizi sanitari del distretto di residenza del paziente per assicurare la continuità degli interventi riabilitativi dopo la dimissione.

2.4. DAY HOSPITAL RIABILITATIVO

Finalità

Il Day Hospital riabilitativo rappresenta un modalità di erogazione degli interventi di riabilitazione intensiva ed è dedicato a pazienti affetti da patologie disabilitanti di varia natura che necessitano di interventi di valutazione e/o di trattamento riabilitativo intensivo nell'arco della giornata, senza necessità di assistenza continua medico infermieristica nell'arco delle 24 ore.

Le funzioni del D.H. riabilitativo sono rivolte principalmente a:

- prevenire la istituzionalizzazione dei soggetti a rischio accelerando e facilitando la restituzione del paziente al proprio contesto socio-familiare;
- attuare controlli ed interventi medico riabilitativi complessivi in alternativa ai ricoveri ripetuti in caso di riacutizzazione od aggravamento di una patologia invalidante;
- facilitare la fornitura e l'addestramento all'utilizzo di protesi, ortesi, ausili mediante la effettuazione di specifiche sedute di valutazione e addestramento all'uso;
- consentire un intervento di riabilitazione intensiva quando il ricovero ordinario costituisca una specifica controindicazione (come ad esempio, nell'età evolutiva o dopo ospedalizzazione prolungata).

In considerazione della peculiarità degli interventi di riabilitazione intensiva erogati in regime di D.H. l'indice ottimale di rotazione giornaliera dei pazienti per posto letto è pari a 1 a 7.

Destinatari

Il trasferimento in D.H. dal regime di ricovero ordinario avviene quando:

- il paziente ha raggiunto un livello di autonomia funzionale che non necessiti della tutela in ambiente ospedalizzato per tutte le 24 ore;
- non sussistono necessità rilevanti di nursing infermieristico per tutte le 24 ore;
- è presente un adeguato supporto familiare in assenza di barriere che non rendano praticabile il D.H. con sicurezza e continuità.

Per il paziente in D.H. proveniente dal proprio domicilio o da altri reparti valgono le stesse procedure di presentazione, accoglimento e presa in carico previste per il ricovero ordinario nell'Unità di Riabilitazione Intensiva.

2.4.1. Requisiti Strutturali Tecnologici e Organizzativi

Oltre ai requisiti del Day Hospital medico di cui al punto 1.3., devono essere posseduti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti per le UU.OO. di riabilitazione intensiva dimensionati alla quantità dell'utenza.

Nel Day Hospital riabilitativo neuromotorio gli ambienti per la degenza possono essere sostituiti con locali di soggiorno attesa con superficie non inferiore a 4 mq a posto letto.

L'attività di D.H. riabilitativo non è vincolata unicamente alla presenza fisica del posto letto dedicato, in quanto è legata alla disponibilità di posti cura intesi come spazi e tempi terapeutici.

2.5. ALTE SPECIALITA' RIABILITATIVE

Le Alte Specialità Riabilitative si inquadrano nel III° livello e svolgono le seguenti funzioni:

- ricovero di soggetti affetti da gravi disabilità di competenza, sulla base di specifici protocolli di accesso e di collegamento con le strutture di I e II livello;
- ricovero per rivalutazioni o per interventi terapeutici di breve durata e di alta specialità su richiesta dei centri di II e I livello;
- consulenza e valutazioni per predisporre, adattare, verificare il progetto riabilitativo individuale predisposto su richiesta dei centri di I e II livello.

Le Alte Specialità sono deputate:

- al trattamento degli esiti delle mielolesioni Unità spinali (COD. 28);
- al trattamento di pazienti post-comatosi con gravi disturbi della coscienza e/o con danni neurologici di estrema gravità - Riabilitazione ad Alta Intensità (R.A.I.) (COD 75);
- al trattamento delle gravi disabilità in età evolutiva - Unità per le disabilità gravi dell'età evolutiva (U.D.G.E.E.).

Le Alte Specialità costituiscono centri a valenza sovraziendale e/o regionali e sono strettamente integrati funzionalmente con la rete complessiva dei servizi sanitari di riabilitazione di II e I livello con i quali dovranno raccordarsi per seguire il disabile nel proprio territorio di vita garantendo il completamento del percorso riabilitativo secondo programmi ben definiti e vincolanti.

Le strutture dei punti 2.5.1. e 2.5.2. devono essere strettamente raccordate sulla base di protocolli condivisi, con le strutture afferenti al sistema dell'emergenza /urgenza individuati sul territorio ed in particolare con i D.E.A. di II° livello e con i Trauma Center al fine di fornire la propria consulenza immediatamente dopo il trauma e durante le eventuali fasi di ricovero in rianimazione, neurochirurgia, ortopedia nonché garantire un tempestivo accoglimento del soggetto neuroleso.

Le UU.OO. garantiscono quindi l'intervento delle competenze riabilitative fin dalle prime ore dall'insorgenza dell'evento lesivo, attraverso una corretta impostazione del progetto riabilitativo individuale, assicurando un intervento tempestivo, multiprofessionale e multidisciplinare durante la degenza presso l'area funzionale dell'emergenza.

Dette strutture devono assicurare, oltre al ricovero ordinario, attività di Day Hospital e ambulatoriale per assicurare la continuità del percorso riabilitativo e contrastare l'ospedalizzazione prolungata.

2.5.1 UNITÀ SPINALI

Finalità

L'Unità Spinale garantisce l'unitarietà dell'intervento riabilitativo rispetto alle esigenze del soggetto mieloleso nella globalità fisica, psichica, affettiva, emozionale relazionale e sociale, segue l'evoluzione del paziente attraverso la predisposizione e la realizzazione di un adeguato progetto riabilitativo individuale e diversi programmi terapeutici garantendo la continuità nei diversi momenti nei quali si realizzano le azioni previste, mantenendo tale responsabilità anche nella post-dimissione.

Dal punto di vista organizzativo, l'Unità Spinale è collocata all'interno di ospedali sedi di D.E.A. di II° livello e deve avvalersi in forma organizzata, oltre che delle specialità già previste nel D.E.A. (atte a garantire l'emergenza medica, chirurgica, ortopedica, neurochirurgica e rianimatoria) delle seguenti attività specialistiche: urologia ed urodinamica, chirurgia plastica, neurofisiopatologica, pneumologia e diagnostica per immagini, incluse T.C. e R.M..

Devono essere assicurati i seguenti servizi diagnostici di riferimento:

Neuro-psicologia:

- Valutazione delle funzioni corticali superiori (linguaggio, prassie, memoria, gnosie, funzioni attivo-percettive e di controllo).
- Disturbi neurocomportamentali.

Neurofisiologia:

- E.E.G. on line.
- E.E.G. quantitativo (brain mapping) o Potenziali evocati cognitivi o Potenziali evocati acustici.
- Potenziali evocati somatosensoriali o Potenziali evocati visivi.
- Potenziali evocati sacrali.
- E.M.G.-E.N.G..
- Stimolazione magnetica.
- Valutazione neurovegetativa.

Urologia:

- Urodinamica.
- Holter delle vescicole.
- Impianto di catetere sovrapubico.
- Cistoscopia.

Oculistica

- Campimetria.
- Schermo di Hess.
- Lampada a fessura.

Cardiologia

- E.C.G..
- E.C.G. dinamico.
- Valutazione ergometrica.

Broncopneumologia:

- Funzionalità respiratoria.

Radiologia :

- Rx.
- T.C..
- R.M. 1,5 TESLA con F.F.E. e FLAIR.
- Videofloroscopia della deglutizione.
- Scintigrafia ossea standard e con linfociti marcati.
- Ecografia.

Diagnostica con ultrasuoni-Chirurgia vascolare:

- Doppler sono grafia.
- Ecodoppler monografia.
- Ecocolordoppler monografia.
- Procedure chirurgiche d'urgenza.

Patologia clinica:

- Chimica clinica.
- Microbiologia.
- Virologia.
- Immunologia.
- Ormonali.

Neurochirurgia

- Misurazione della pressione intracranica.
- Trattamento degli idrocefali ipertensivi e normotensivi.
- Trattamento di raccolte subdurali subacute e croniche.
- Impianto di pompa per infusione per endorachide di Baclofen.

Gastroenterologia

- Endoscopia digestiva.
- Impianto PEG.

Chirurgia toracica

- Fibrobroncoscopia.
- Laserterapia.
- Impianto endoprotesi tracheali.
- Procedure chirurgiche d'urgenza.

Infettivologia:

- Consulenze.

Otorinolaringoiatria

- Audiometria.
- Esame vestibolare.
- Rinoscopia.
- Laringoscopia.

Ortopedia e traumatologia :

- Ortesi gessate progressive.
- Trattamento ossificazioni eterotopiche.
- Allungamento tendini.
- Procedure chirurgiche d'urgenza.

2.5.1.1. Requisiti Strutturali

Oltre ai requisiti di cui al punto 2.0.1., per la riabilitazione intensiva devono essere previsti:

- almeno 2 posti letto dotati di monitoraggio intensivo delle funzioni vitali ed eventuale ventilazione meccanica destinati ai pazienti recentemente trasferiti dalle unità di cure intensive che possono avere necessità o per situazioni di possibile aggravamento;
- due bagni assistiti di cui uno dotato di ampia vasca per immersione totale del paziente in posizione supina ovvero doccia attrezzata;
- una sala medicazione attrezzata anche per la piccola chirurgia (compresa lampada scialitica e stativo).

È prevista la presenza di un'area piscina destinata sia all'attività di idroterapia che all'attività natatoria con annesso spogliatoio e servizio wc – doccia.

Devono essere presenti spazi destinati al soggiorno e al tempo libero.

2.5.1.2. Requisiti Tecnologici

Oltre ai requisiti previsti al punto 2.0.2., per la riabilitazione intensiva devono essere presenti:

- apparecchi per aerosol terapia ad ultrasuoni;
- apparecchi per la saturimetria transcutanea;
- broncoaspiratori;
- sollevatori per pazienti di cui almeno due elettrici, uno a barella e con diverse tipologie di imbracature (ad amaca standard, ad amaca con appoggiatesta) con possibilità di raccolta e deposizione del paziente a livello del pavimento;
- un sistema pesapersone per disabili;
- ventilatore, anche portatile;
- letti attrezzati per il monitoraggio cardiorespiratorio non invasivo;
- disponibilità di un sistema di valutazione neurofisiopatologica per elettromiografie, elettroencefalografie, potenziali evocati somatosensoriali, potenziali evocati motori;
- disponibilità di uno spirometro ed apparecchio per E.G.A.;
- disponibilità di un sistema di valutazione urodinamica;
- disponibilità di un sistema di monitoraggio pressorio.

Ed inoltre per le attività di rieducazione motoria:

- lettini per rieducazione motoria (100 x 200 cm) ad altezza variabile elettricamente (da 44 a 85 cm);
- lettini per rieducazione motoria di dimensioni 200 x 200 cm ad altezza variabile (da 44 a 85 cm).

Eventuale attrezzatura per la piscina:

- un sollevatore fisso per trasferimento in acqua;
- braccioli e tavolette per idroterapia;
- salvagenti muniti di corde per il recupero.

Area di degenza

Devono essere presenti:

- letti poliarticolati in clinostatismo e verticalizzanti a 90°;
- materassi antidecubito (schiuma o lattice);

- testa letto con impianto centralizzato per vacuum, O₂, sistema di chiamata e luci;
- un modulo contenitore per ogni paziente, con vari ripiani atti a contenere: biancheria pulita, materiale per l'igiene, capi di abbigliamento per l'esterno, piccolo materiale ortesico per i posizionamenti;
- un contenitore per conservare le ortesi;
- piani di lavoro;
- un modulo ad U attrezzato per l'osservazione infermieristica;
- carrozzine speciali;
- 10 imbracature per il sollevamento del paziente;
- 2 sollevatori;
- 2 sistemi di pesatura del paziente;
- 1 barella doccia;
- 1 barella a cucchiaio;
- 1 vasca a farfalla;
- 2 kinetec arto inferiore;

2.5.1.3. Requisiti Organizzativi

Oltre ai requisiti generali di cui al punto 2.0.3 e ad integrazione degli stessi devono essere posseduti i requisiti sottoriportati.

Deve essere assicurata la presenza di una équipe multi professionale che, per unità operative di 20 posti deve essere composta da:

- medici dirigenti in possesso della specializzazione in fisiatria, neurologia o altra specializzazione equipollente, ovvero con documentata attività di servizio per almeno cinque anni nel settore (rapporto 1 a 7);
- infermieri professionali per ogni turno (rapporto 1 a 1 di cui uno coordinatore);
- tecnici della riabilitazione (terapisti della riabilitazione, occupazionali, logoterapisti con particolare esperienza nella terapia cognitiva e foniatrica, psicomotricisti per l'età evolutiva) (rapporto di 1 a 3 di cui uno coordinatore);
- O.S.S. (rapporto di 1 a 5);
- psicologo e neuropsicologo (part-time);
- assistente sociale.

Inoltre l'attività medica dovrà essere obbligatoriamente integrata con l'accesso costante e programmato delle sottoelencate specialità: neurologia, fisiatria, urologia, neurochirurgia, chirurgia generale e plastica.

In particolare dovranno essere garantite, se non erogate dal personale medico all'interno del nucleo fisso, le seguenti attività: ortopedico, neurotraumatologo c/o neurochirurgo, anestesista rianimatore, otorinolaringoiatra, chirurgo maxillofaciale e chirurgo toracico.

Devono esistere:

- procedure formalizzate per l'accesso dalle strutture ospedaliere per acuti riguardanti l'appropriatezza del ricovero;
- procedure formalizzate per il raccordo con i servizi sanitari del distretto di residenza del paziente per assicurare la continuità degli interventi riabilitativi dopo la dimissione.

2.5.2. RIABILITAZIONE AD ALTA INTENSITÀ (R.A.I.)

Finalità

La Riabilitazione ad alta intensità (R.A.I.) è deputata alla presa in carico dei pazienti affetti dagli esiti di gravi traumatismi cranioencefalici ad altre gravi cerebrolesioni acquisite come i coma post-anossici, gravi emorragie secondarie a malformazioni vascolari, ischemie cerebrali estese c/o a livello del tronco encefalico, esiti di interventi neurochirurgici caratterizzati nella loro evoluzione clinica da un periodo di coma più o meno protratto e dal coesistere di gravi menomazioni fisiche, cognitive e comportamentali nonché gravi turbe psicologiche che determinano disabilità multiple e complesse. Sono pertanto esclusi gli esiti di cerebropatie degenerative.

Gli interventi sono rivolti ad utenti che presentano un alto rischio di instabilità medica, hanno la necessità di un regolare contatto individuale con medici specialisti per la valutazione, l'erogazione ed il controllo degli interventi riabilitativi nonché multiple e complesse necessità di nursing riabilitativo ad alta intensità di cura.

Nelle UU.OO. di R.A.I. devono essere assicurate le seguenti attività specialistiche: rianimazione e terapia intensiva, neurochirurgia, medicina riabilitativa, neurologia, otorinolaringoiatria, oculistica, chirurgia generale, medicina generale, endocrinologia, psichiatria, chirurgia maxillofacciale, ortopedia e traumatologia.

Nelle UU.OO. di R.A.I. possono essere offerti i seguenti servizi:

- Fisiocinesiterapia.
- Riabilitazione cognitiva.
- Terapia occupazionale.
- Rieducazione respiratoria.
- Terapia foniatrica (riabilitazione, deglutizione e fonazione).
- Riabilitazione linguaggio (servizio afasia).
- Riabilitazione urologia.
- Neuropsicologia/psicologia clinica.
- Riabilitazione ortoptica (diplopia e disturbi della visione).
- Trattamento spasticità.
- Idrochinesiterapia (piscina).
- Supporto tecnico ortopedico e carrozzine personalizzate.
- Supporto sociale.

Diagnostica disponibile:

- Tomografia computerizzata.
- Risonanza magnetica.
- Ecografia e doppler.
- Radiologia generale.
- Videofluoroscopia (cinematografia della deglutizione).
- Fibrolaringoscopia.
- Endoscopia.
- Spirometria.
- Urodinamica e cistomanometria.
- Potenziali evocati.
- Elettromiografia.
- Elettroencefalografia.

Consulenze specialistiche:

- Neurologica.
- Ortopedica.
- Neurochirurgica.
- Chirurgia generale.
- Infettivologica.
- Endocrinologia.
- Pneumologia.
- Urologia.
- Cardiologica.
- Dermatologica.
- Otorinolaringoiatra/foniatra.
- Oculistica.
- Rianimatoria.
- Chirurgia plastica.
- Chirurgia maxillo facciale.

- Chirurgia funzionale.

Criteri di inclusione

- a) Coma con Glasgow Coma Scale < 8 nella fase acuta (trauma cranico e coma di altra causa).
- b) Durata del coma di almeno 48 ore.
- c) Ricovero in Rianimazione e Neurochirurgia per almeno 7 giorni.

Caratteristiche dei pazienti

Presenza di almeno tre dei seguenti criteri:

- provenienza diretta dalla Rianimazione o dalla Neurochirurgia;
- presenza di tracheostomia;
- presenza di stenosi tracheale, diagnosticata mediante esame fibroscopico;
- presenza di alimentazione parenterale (accesso venoso centrale);
- presenza di alimentazione enterale (sondino naso-gastrico o PEG “*percutaneous endoscopic gastrostomy*”);
- diagnosi di coma, stato vegetativo o stato di minima coscienza;
- tetraplegia o tetraparesi;
- sindrome disautonomica vegetativa (sudorazione profusa, tachicardia, tachipnea., crisi ipertoniche, ipertermie recidivanti);
- sindrome psicorganica grave (agitazione psicomotoria o inerzia o atteggiamento oppositivo o mutismo e/o assenza di collaborazione);
- sindrome da prolungato allettamento (ulcere da decubito, anchilosi articolari, retrazioni capsulo-tendinee, ipotrofia muscolare diffusa, polineuropatia (*critical illness polyneuropathy*));
- spasticità invincibile resistente ai comuni trattamenti antispastici;
- dipendenza totale per l'alimentazione, la cura, l'igiene personale e il controllo degli sfinteri (incontinenza urinaria e fecale).

2.5.2.1. Requisiti Strutturali

Oltre ai requisiti previsti al punto 2.0.1., per la riabilitazione intensiva devono essere previsti:

- almeno una stanza singola attrezzata per l'accoglimento di pazienti in fase di agitazione, dotata di spazi e attrezzature idonee a garantire la sicurezza del paziente e del personale di assistenza e cura;

- almeno 2 posti letto dotati di monitoraggio intensivo delle funzioni vitali ed eventuale ventilazione meccanica destinati ai pazienti recentemente trasferiti dalle unità di cure intensive che possono avere necessità o per situazioni di possibile aggravamento;
- due servizi igienici assistiti per pazienti non autosufficienti, di cui uno dotato di ampia vasca per immersione totale del paziente in posizione supina;
- una sala medicazione attrezzata anche per la piccola chirurgia (compresa lampada scialitica e stativo).

è auspicabile la presenza di un'area piscina destinata sia all'attività di idroterapia che all'attività natatoria con annesso spogliatoio e servizio wc – doccia.

2.5.2.2. Requisiti Tecnologici

Oltre ai requisiti previsti al punto 2.0.2., per la riabilitazione intensiva devono essere presenti:

- apparecchi per aerosol terapia ad ultrasuoni;
- apparecchi per la saturimetria transcutanea;
- broncoaspiratori;
- sollevatori per pazienti di cui almeno due elettrici, uno a barella e con diverse tipologie di imbracature (ad amaca standard, ad amaca con appoggiatesta) con possibilità di raccolta e deposizione del paziente a livello del pavimento;
- un sistema pesapersone per disabili;
- ventilatore, anche portatile;
- letti attrezzati per il monitoraggio cardiorespiratorio non invasivo;
- disponibilità di un sistema di valutazione neurofisiopatologica per elettromiografie, elettroencefalografie, potenziali evocati somatosensoriali, potenziali evocati motori;
- disponibilità di uno spirometro ed apparecchio per E.G.A.;
- disponibilità di un sistema di valutazione urodinamica;
- disponibilità di un sistema di monitoraggio pressorio;
- disponibilità di un fibrolaringoscopio.

Ed inoltre per le attività di rieducazione motoria:

- lettini per rieducazione motoria (100 x 200 cm) ad altezza variabile elettricamente (da 44 a 85 cm);
- lettini per rieducazione motoria di dimensioni 200 x 200 cm ad altezza variabile (da 44 a 85 cm).

Eventuale attrezzatura per la piscina:

- un sollevatore fisso per trasferimento in acqua;
- braccioli e tavolette per idroterapia;
- salvagenti muniti di corde per il recupero;
- reperibilità anestesiologicala e disponibilità di un ventilatore meccanico;
- disponibilità di stanze attrezzate con monitor per la valutazione delle funzioni vitali;
- disponibilità di saturimetro fisso e portatile, ed emogasanalizzatore;
- disponibilità di letti speciali, basculanti, verticalizzabili, materassi antidecubito, vasca e sollevatori.

2.5.2.3. Requisiti Organizzativi

Oltre ai requisiti generali di cui al punto 2.0.3. e ad integrazione degli stessi, devono essere posseduti i requisiti sottoriportati.

Deve essere assicurata la presenza di una équipe multi professionale che assicuri un impegno riabilitativo quotidiano di almeno 3 ore.

Quest'ultima, per unità operative di 20 posti, deve essere composta da:

- medici dirigenti in possesso della specializzazione in fisiatria, neurologia o altra specializzazione equipollente, ovvero con documentata attività di servizio per almeno cinque anni nel settore (rapporto 1 a 7);
- infermieri professionali per ogni turno (rapporto 1 a 1 di cui uno coordinatore);
- tecnici della riabilitazione: terapisti della riabilitazione, occupazionali, logoterapisti con esperienza nella terapia cognitiva e foniatrica, psicomotricisti per l'età evolutiva, ortottisti (rapporto di 1 a 3 di cui uno coordinatore);
- O.S.S. (rapporto di 1 a 5);
- psicologo e neuropsicologo (part-time);
- assistente sociale.

Inoltre l'attività medica dovrà essere obbligatoriamente integrata con l'accesso costante e programmato delle sottoelencate specialità: neurologia, fisiatria, urologia, neurochirurgia, chirurgia generale e plastica.

In particolare dovranno essere garantite, se non erogate dal personale medico all'interno del nucleo fisso, le seguenti attività: ortopedico, neurotraumatologo e/o neurochirurgo, anestesista rianimatore, otorinolaringoiatra, pneumologo, chirurgo maxillofacciale e chirurgo toracico.

Devono esistere procedure formalizzate per l'accesso dalle strutture ospedaliere per acuti riguardanti l'appropriatezza del ricovero.

Devono esistere procedure formalizzate per il raccordo con i servizi sanitari del distretto di residenza del paziente per assicurare la continuità degli interventi riabilitativi dopo la dimissione.

2.5.3. UNITÀ PER LA RIABILITAZIONE DELLE GRAVI DISABILITÀ IN ETÀ EVOLUTIVA (U.D.G.E.E.)

Finalità

L'Unità per la riabilitazione delle gravi disabilità in età evolutiva (U.D.G.E.E.) è espressamente destinata ad affrontare i complessi e gravi problemi diagnostici, valutativi e rieducativi delle patologie motorie e cognitive congenite od acquisiti nella prima infanzia e nell'età evolutiva.

L'Unità si caratterizza prevalentemente con un'attività di consulenza, valutazione e riabilitazione per poter rispondere alle seguenti problematiche:

- assistenza respiratoria;
- problematiche cognitive;
- turbe del comportamento;
- disturbi psicologici;
- assistenza ortesica e superamento barriere architettoniche.

Le finalità della struttura sono:

- approfondimento diagnostico relativo alle menomazioni e disabilità dell'infanzia;
- formulazione tecnica operativa del progetto riabilitativo e del programma terapeutico nonché controllo della sua realizzazione;
- progettazione e validazione di ausili ortopedico cognitivi e sperimentazione di materiale innovativo;
- attività di ricerca clinica e di documentazione del progresso scientifico nel settore dell'infanzia;
- raccolta ed elaborazione di dati epidemiologici.

2.5.3.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici

L'U.D.G.E.E. va prevista per bacini regionali di utenza e con una dotazione di 10 posti letto in camere da un letto per ogni singolo disabile attrezzate per accogliere nella stessa uno dei genitori.

2.5.3.2. Requisiti Organizzativi

L'Unità deve essere dotata di personale specificatamente addestrato, qualificato e numericamente adeguato, comprendente:

- medici fisiatri;

- neuropsichiatri infantili;
- infermieri addestrati;
- fisioterapisti;
- logopedisti;
- terapisti occupazionali;
- psicologi;
- tecnici ortopedici;
- operatori tecnici di assistenza;
- animatori;
- assistenti sociali.

L'U.D.G.E.E. deve garantire una adeguata informazione ed addestramento formalizzato ai familiari c/o al personale che effettua l'assistenza domiciliare.

Devono esistere procedure formalizzate di raccordo con i servizi sanitari del distretto di residenza del paziente anche al fine di garantire l'eventuale continuità degli interventi riabilitativi dopo la dimissione.

2.5.4. ALTA SPECIALITA' NEURORIABILITATIVA (A.S.Ne.)

Finalità

L'Alta Specialità Neuroriabilitativa (A.S.Ne.) (cod.75) è deputata alla presa in carico dei pazienti affetti dagli esiti di gravi cerebrolesioni acquisite come gravi emorragie secondarie a malformazioni vascolari, ischemie cerebrali estese e/o a livello del tronco encefalico, gravi cerebrolesioni derivate da patologie oncologiche primarie o secondarie e dal coesistere di gravi menomazioni fisiche, cognitive e comportamentali nonché gravi turbe psicologiche che determinano disabilità multiple e complesse, compresi gli esiti di cerebropatie degenerative (Sclerosi Multipla, Parkinson, etc.) e sindrome di Guillain Barré e similari.

Gli interventi sono rivolti ad utenti che presentano un alto rischio di instabilità medica, hanno la necessità di un regolare contatto individuale con medici specialisti per la valutazione, l'erogazione ed il controllo degli interventi riabilitativi nonché multiple e complesse necessità di nursing riabilitativo ad alta intensità di cura.

Nelle UU. OO. di A.S.Ne. devono essere assicurate le seguenti attività specialistiche: medicina riabilitativa, neurologia, otorinolaringoiatria, oculistica, oncologia, medicina generale, endocrinologia, psichiatria.

Nelle UU. OO. di A.S.Ne. possono essere offerti i seguenti servizi:

- Fisiocinesiterapia.
- Riabilitazione cognitiva.
- Terapia occupazionale.
- Rieducazione respiratoria.
- Terapia foniATRica (riabilitazione, deglutizione e fonazione).
- Riabilitazione del linguaggio (servizio afasia).
- Riabilitazione urologia.
- Neuropsicologia/psicologia clinica/psico-oncologia.
- Riabilitazione ortottica (diplopia e disturbi della visione).
- Terapia del dolore oncologico.
- Terapia nutrizionale.
- Trattamento spasticità.
- Idrocinesiterapia (piscina).
- Supporto tecnico ortopedico e carrozzine personalizzate.
- Supporto sociale.

Diagnostica disponibile:

- Tomografia computerizzata.
- Risonanza magnetica.
- Ecografia e doppler.

- Radiologia generale.
- Videofluoroscopia (cinematografia della deglutizione).
- Fibrolaringoscopia.
- Endoscopia.
- Spirometria.
- Urodinamica e cistomanometria.
- Potenziali evocati.
- Elettromiografia.
- Elettroencefalografia.

Consulenze specialistiche:

- Neurologia.
- Ortopedia.
- Angiologia.
- Neurochirurgia.
- Oncologia.
- Psico-oncologia.
- Chirurgia generale.
- Infettivologia.
- Pneumologia.
- Urologia/andrologia.
- Cardiologia.
- Dermatologia.
- Otorinolaringoiatria/foniatra.
- Oculistica.
- Chirurgia plastica.
- Chirurgia maxillo facciale.
- Medico nutrizionista.

Criteri di inclusione e caratteristiche dei pazienti

Presenza di almeno tre dei seguenti criteri:

- Per gli ictus, provenienza diretta dalla Stroke Unit, Terapia Intensiva, Neurochirurgia, Neurologia.
- Per gli ictus, ischemia o emorragia cerebrale insorta da non oltre 15 giorni.
- Per i pazienti affetti da patologia oncologica, provenienza da reparti di terapia intensiva, neurochirurgia, radio terapia, oncologia e neurologia.
- Presenza di alimentazione enterale (sondino naso-gastrico o "*Percutaneous Endoscopic Gastrostomy*" - PEG).
- Emiplegia, emiparesi, tetraplegia o tetraparesi.
- Sindrome disautonomica vegetativa (sudorazione profusa, tachicardia, tachipnea, crisi ipertoniche, ipertermie recidivanti).

- sindrome psicorganica grave (agitazione psicomotoria o inerzia o atteggiamento oppositivo o mutismo e/o assenza di collaborazione);
- sindrome da prolungato allettamento (ulcere da decubito, anchilosi articolari, retrazioni capsulo-tendinee, ipotrofia muscolare diffusa, polineuropatia (critical illness polineuropathy).
- Presenza di tracheotomia.
- Spasticità invincibile resistente ai comuni trattamenti antispastici.
- Barthel all'ingresso inferiore a 50 (dipendenza grave o completa).
- Disturbi cognitivi, afasia, eminenza spaziale ed aprassia.

2.5.4.1. Requisiti Strutturali

Oltre ai requisiti previsti al punto 2.0.1., per l'Alta Specialità Neuroriabilitativa devono essere previsti:

- almeno una stanza singola attrezzata per l'accoglimento di pazienti in fase di agitazione, dotata di spazi e attrezzature idonee a garantire la sicurezza del paziente e del personale di assistenza e cura;
- almeno n.2 posti letto, dotati di monitoraggio intensivo delle funzioni vitali ed eventuale ventilazione meccanica, destinati ai pazienti recentemente trasferiti dalle unità di cure intensive che possono avere necessità o per situazioni di possibile aggravamento;
- n.2 servizi igienici assistiti per pazienti non autosufficienti, di cui uno dotato di ampia vasca per immersione totale del paziente in posizione supina;
- una sala medicazione attrezzata anche per la piccola chirurgia (compresa lampada scialitica e stativo).

E' auspicabile la presenza di un' area piscina destinata sia all'attività di idroterapia che all'attività natatoria con annesso spogliatoio e servizio wc-doccia.

2.5.4.2. Requisiti Tecnologici

Oltre ai requisiti previsti al punto 2.0.2., per la Riabilitazione Intensiva devono essere presenti:

- apparecchi per aerosol terapia ad ultrasuoni (o impianto di aria medicata);
- apparecchi per la saturimetria transcutanea;
- broncoaspiratori (o impianto di aspirazione a vuoto);
- sollevatori per pazienti di cui almeno due elettrici, uno a barella e con diverse tipologie di imbracature (ad amaca standard, ad amaca con appoggiatesta) con possibilità di raccolta e deposizione del paziente a livello del pavimento;
- un sistema pesapersone per disabili;
- un ventilatore, anche portatile;
- letti attrezzati per il monitoraggio cardiorespiratorio non invasivo;
- disponibilità di un sistema di valutazione neurofisiopatologica per elettromiografie, elettroencefalografie, potenziali evocati somatosensoriali, potenziali evocati motori;
- disponibilità di uno spirometro ed apparecchio per EGA;

- disponibilità di un sistema di valutazione urodinamica;
- disponibilità di un sistema di monitoraggio pressorio;
- disponibilità di un fibrolaringoscopio.

Ed inoltre per le attività di rieducazione motoria:

- lettini per rieducazione motoria (100 x 200 cm) ad altezza variabile elettricamente (da 44 a 85 cm);
- lettini per rieducazione motoria di dimensioni 200 x 200 cm ad altezza variabile (da 44 a 85 cm).
- attrezzatura per la piscina:
 - un sollevatore fisso per trasferimento in acqua;
 - braccioli e tavolette per idroterapia;
 - salvagente muniti di corde per il recupero.

2.5.4.3. Requisiti Organizzativi

Oltre ai requisiti generali di cui al punto 2.0.3. e ad integrazione degli stessi, devono essere posseduti i requisiti sotto riportati.

Deve essere assicurata la presenza di una equipe multi professionale che assicuri un impegno riabilitativo quotidiano di almeno 3 ore.

Quest'ultima, per unità operative di 20 posti, deve essere composta da:

- medici dirigenti in possesso della specializzazione in fisiatria, neurologia o altra specializzazione equipollente, ovvero con documentata attività di servizio per almeno cinque anni nel settore (rapporto 1 a 7);
- infermieri professionali (rapporto 1 a 2 di cui uno coordinatore ogni 60 posti);
- tecnici della riabilitazione: terapisti della riabilitazione, occupazionali, logoterapisti con esperienza nella terapia cognitiva e foniatrica, psicomotricisti per l'età evolutiva, ortottisti (rapporto 1 a 3 di cui uno coordinatore ogni 60 posti);
- O.S.S. (rapporto 1 a 5);
- psicologo, neuropsicologo, psico-oncologo (part-time);
- nutrizionista;
- assistente sociale.

Inoltre l'attività medica deve essere obbligatoriamente integrata con l'accesso costante e programmato delle seguenti specialità: neurologia, fisiatria, urologia, neurochirurgia, chirurgia generale e plastica.

In particolare devono essere garantite, se non erogate dal personale medico all'interno del nucleo fisso, le seguenti attività: ortopedia, neurotraumatologia e/o neurochirurgia, anestesia e rianimazione, otorinolaringoiatria, oncologia, pneumologia, chirurgia maxillofacciale.

Devono esistere procedure formalizzate per l'accesso dalle strutture ospedaliere per acuti riguardanti l'appropriatezza del ricovero.

Devono esistere procedure formalizzate per il raccordo con i servizi sanitari del distretto di residenza del paziente per assicurare la continuità degli interventi riabilitativi dopo la dimissione.

3. STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA IN REGIME AMBULATORIALE

3.0. *AMBULATORI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA*

Finalità

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

Le strutture ambulatoriali possono essere collocate anche in presidi che erogano prestazioni di ricovero, in questo caso si distinguono in:

- a) strutture che svolgono le prestazioni esclusivamente per i degenti;
- b) strutture che svolgono attività sia per i degenti che per pazienti esterni.

Per poliambulatori si intende l'insieme di più branche specialistiche.

Le finalità degli ambulatori medici concernono la prevenzione, la diagnosi, la terapia, la riabilitazione, il monitoraggio del decorso delle malattie e della terapia, la ricerca.

Classificazione

Le strutture che erogano prestazioni di attività specialistica in ambito ambulatoriale sono classificate in:

- I° Liv.: strutture ambulatoriali collocate in presidi che non erogano prestazioni di ricovero.
II° Liv.: strutture ambulatoriali collocate in presidi che erogano prestazioni di ricovero.

3.0.1. Requisiti Strutturali

I locali e gli spazi devono essere accessibili e funzionali alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate e provvisti della relativa destinazione d'uso relativa.

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

- ambienti per l'esecuzione delle prestazioni, che garantisca il rispetto della privacy dell'utente, in particolare con arca separata per spogliarsi;
- spazi di attesa, accettazione, attività amministrative;

- servizi igienici distinti per utenti e personale di cui almeno uno accessibile alle persone disabili;
- spazio/locali per deposito di materiale pulito;
- spazio/locali per deposito di materiale sporco;
- armadio o locale per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni;
- spazio/locale spogliatoio per il personale;
- contenitore/armadio/locale per eventuale deposito rifiuti speciali.

Per le strutture poliambulatoriali, gli spazi comuni (bagni utenti, personale, accessibili, spogliatoi, sala attesa, ecc.) devono essere condivisi dalle varie branche.

3.0.2. Requisiti Impiantistici

In tutti i locali, devono essere di regola assicurate l'illuminazione e la ventilazione naturali o artificiali.

In caso di locali seminterrati, la struttura deve essere in possesso dell'autorizzazione in deroga, secondo la vigente normativa.

3.0.3. Requisiti Tecnologici

Attrezzature, apparecchiature e presidi medico chirurgici in relazione alla specificità dell'attività svolta.

Deve essere presente l'attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardiopolmonare di base (pallonc autoespansibile, corredato di maschere facciali e cannule orofaringee, sfigmomanometro e fonendoscopio, laccio emostatico siringhe e farmaci di pronto intervento, materiale per medicazione).

Nel caso in cui vengano effettuate procedure invasive, ricerche diagnostiche con manovre complesse, oltre alla dotazione di cui sopra, devono essere presenti: defibrillatore semi-automatico, pulsiossimetro ed aspiratore.

3.0.4. Requisiti Organizzativi

Ogni struttura erogante prestazioni ambulatoriali deve possedere almeno:

- un direttore responsabile, in possesso della specializzazione nella disciplina alla quale afferiscono le attività svolte. Nei poliambulatori con un massimo di cinque specialità, dette funzioni possono essere svolte anche da uno dei medici specialisti presenti;

- personale infermieristico, se necessario per lo svolgimento delle attività;
- personale amministrativo, se necessario, in relazione al volume delle attività svolte;
- un ausiliario con mansioni esecutive.

Deve essere assicurata la presenza, durante lo svolgimento della attività medico specialistica, di almeno un medico, quale responsabile delle attività svolte nell'ambulatorio.

Le registrazioni e le copie dei referti sono conservate secondo le modalità ed i tempi sanciti dalla normativa vigente.

Deve essere assicurata la presenza, durante lo svolgimento della attività medico specialistica, di almeno un medico, quale responsabile delle attività svolte nell'ambulatorio.

Le registrazioni e le copie dei referti sono conservate secondo le modalità ed i tempi sanciti dalla normativa vigente.

Il direttore del laboratorio deve provvedere all'aggiornamento continuo delle proprie conoscenze e di quelle del personale laureato e tecnico.

3.1. PRESIDI DI LABORATORIO

Finalità

L'attività di medicina di laboratorio fornisce informazioni ottenute con metodi chimici, fisici o biologici su tessuti, liquidi o su altri materiali biologici, ai fini della prevenzione, della diagnosi, del monitoraggio della terapia e del decorso della malattia e ai fini della ricerca.

La tipologia di prestazioni eseguite nei diversi laboratori e la dotazione strumentale hanno un diverso grado di complessità commisurato alla realtà sanitaria ed alla tipologia dei quesiti diagnostici posti al laboratorio.

Classificazione

- 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, della microbiologia, sieroinmunologia e citologia.
- 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, dell'immunologia, della microbiologia, della virologia, della citoistopatologia, della biologia molecolare e della genetica di laboratorio.
- Laboratori generali di base con settori specializzati: sono laboratori ad organizzazione complessa che comprendono Unità Operative o moduli specializzati (giustificati dalla varietà di tipologia analitica, complessità dei quesiti diagnostici proposti, carico di lavoro) ed utilizzano tecnologie di livello superiore.

I requisiti strutturali, organizzativi e di valutazione e miglioramento della qualità devono essere posseduti da tutte le tipologie di laboratorio di cui sopra.

I requisiti tecnologici invece si differenziano per tipologia di Laboratorio. Quindi per quanto riguarda i Laboratori Specializzati, questi devono fare riferimento esclusivamente alla parte specifica di ogni settore specializzato che la caratterizza.

3.1.1. PRESIDI DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO

3.1.1.1. Requisiti Strutturali

Eventuali centri prelievo potranno essere istituiti secondo le norme vigenti, solo in caso di comprovata necessità.

I centri prelievo e l'attività in service saranno oggetto di un apposito regolamento da emanarsi successivamente alla pubblicazione del presente documento.

E' fatto divieto ai laboratori pubblici e privati di istituire stazioni decentrate o centri mobili di prelievo, fatta eccezione per i seguenti casi, previa comunque specifica autorizzazione della Regione:

- particolari condizioni geo - morfologiche del territorio;
- rilevanti motivi di carattere socio - sanitario o scientifico.

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

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

- area di attesa, anche comune ad altre attività ambulatoriali, dotata di posti a sedere che rispettino i picchi di frequenza degli accessi;
- spazio definito per i prelievi che consenta il rispetto della privacy dell'utente;
- almeno un locale per l'esecuzione analisi nonché almeno un locale per ogni settore specialistico;
- se presente, la microbiologia deve essere in un locale o spazio dedicato, provvisto di cappa a flusso laminare;
- servizi igienici distinti per utenti e personale di cui almeno uno accessibile alle persone disabili;
- uno spazio definito per le attività amministrative e di archivio;
- uno spazio definito per il lavaggio ed il trattamento del materiale d'uso;
- uno spazio definito per stoccaggio e gestione rifiuti.

I presidi devono possedere i seguenti requisiti:

- superficie totale non inferiore ai 100 mq;
- per ogni settore specializzato la superficie totale aumenta di ulteriori 12 mq;
- nei locali destinati alle attività analitiche, le superfici di lavoro devono essere effettivamente impermeabili e decontaminabili; le pareti fino a 2 m ed i pavimenti devono essere rivestiti di materiali idonei ad una efficace decontaminazione da inquinanti biologici.

3.1.1.2. Requisiti Tecnologici

Il servizio deve prevedere un sistema informatico gestionale.

La dotazione minima strumentale è la seguente:

- analizzatore automatico per esami emocrociometrici, fotometro con possibilità di misura nel vicino U.V. (340 nm) termostato, analizzatore automatico per chimica clinica con idoneo sistema per la determinazione degli elettroliti, apparecchiatura per determinazione delle proteine tramite metodo elettroforetico, analizzatore automatico per coagulazione, analizzatore per immunometria, centrifughe, microscopio a campo chiaro, campo scuro e con contrasto di fase, agitatori, termostato, frigoriferi, congelatore a -20 °C, cappa chimica con idoneo aspiratore, un bagnomaria termoregolabile, attrezzature e farmaci per il primo soccorso;
- qualora vengano eseguiti esami microbiologici, si deve prevedere anche una cappa a flusso laminare verticale (classe II), un dispositivo per anaerobiosi, un microscopio ottico binoculare, un autoclave;
- qualora vengano eseguiti esami citologici, si deve prevedere uno spazio dedicato, un idoneo sistema di colorazione e un microscopio binoculare con ottica planare.

Deve essere previsto un impianto di condizionamento o di climatizzazione con adeguati ricambi d'aria, naturale o forzata.

3.1.2. LABORATORI GENERALI DI BASE CON SETTORI SPECIALIZZATI

Oltre alla dotazione prevista per i laboratori generali di base, per ogni settore specializzato devono essere previste le seguenti attrezzature:

Biochimica Clinica e Tossicologia

Qualora vengano effettuate analisi immunometriche con isotopi radioattivi, devono essere previsti contatori gamma o beta manuali o automatici.

Qualora vengano effettuate analisi immunometriche, i locali devono possedere i sistemi di protezione previsti dalla vigente legislazione così come adeguati sistemi di raccolta e smaltimento di materiale radioattivo.

Devono essere previsti:

- uno spettrofotometro UV – visibile;
- un gas-cromatografo o HPLC (qualora si eseguano esami tossicologici);
- uno spettrofotometro ad assorbimento atomico (qualora si eseguano determinazioni di metalli pesanti).

Ematologia e Coagulazione

Devono essere previsti:

- un analizzatore ematologico automatico multiparametrico con possibilità di esecuzione della formula leucocitaria;
- un coagulometro automatico che esegue anche tecniche cromogeniche;
- un citofluorimetro (qualora si esegua la determinazione delle sottopopolazioni linfocitarie).

Microbiologia, Virologia e Immunologia

- Devono essere presenti termostati a CO₂ (idoneo sistema per la produzione di ambiente a CO₂), un microscopio con accessori per fluorescenza e contrasto di fase, sistema per identificazione germi ed antibiogrammi, sistemi per analisi immunometriche, sierologiche, virologiche, parassitologiche, incubatori.

- Qualora vengano effettuati esami utilizzando C^{14} , i locali a ciò destinati devono essere in possesso dei sistemi di protezione previsti dalla vigente legislazione, ed sistemi di raccolta e smaltimento del materiale radioattivo.
- Qualora si eseguano test che prevedono l'amplificazione genica, devono essere presenti termociclatore cappa per estrazione.

3.1.2.1. *Requisiti Organizzativi*

Il Direttore responsabile deve essere un medico, un biologo, un chimico, ovvero in possesso di specializzazione equipollente, a seconda delle branche specialistiche interessate. Nel caso in cui il direttore sia un chimico o un biologo deve essere compreso tra i collaboratori un laureato in medicina e chirurgia.

Devono essere presenti:

- un professionista abilitato e un tecnico di laboratorio, durante l'attività specifica;
- un professionista abilitato alla esecuzione dei prelievi, durante l'orario dei prelievi.

Devono essere predisposti:

- un documento che descrive tutti i servizi/prestazioni offerti dal laboratorio e nel quale sono esplicitati gli esami che vengono eseguiti direttamente con quali procedure ed attrezzature e quelli che vengono inviati ad altre strutture;
- un manuale o raccolta delle procedure diagnostiche.

Ogni esame del manuale delle procedure diagnostiche contiene:

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

Devono essere garantite le condizioni di ottimale conservazione dei campioni e di sicurezza per gli operatori, mediante uso di un adeguato sistema di trasporto e conservazione.

Devono esistere documenti di servizio (regolamenti interni) per:

- il riconoscimento degli utenti;
- l'identificazione dei campioni;
- il trasferimento del materiale biologico dalle zone di prelievo al laboratorio;

- i processi di sanificazione (pulizia ambiente, procedure di disinfezione e di sterilizzazione decontaminazione, etc);
- lo smaltimento dei rifiuti e dei liquidi reflui.

Devono essere inoltre previsti:

- un registro per gruppi sanguigni (conservati per 5 anni);
- un documento per la valutazione dei rischi;
- un elenco dei dispositivi di protezione individuale.

Reagenti, materiale di controllo, materiale di calibrazione devono possedere etichette che ne indichino: identità, titolo o concentrazione, condizioni di conservazione raccomandate, data di preparazione e di scadenza ed ogni altra informazione necessaria per l'uso corretto.

Deve esistere un sistema di archiviazione cartacea o magnetica che contiene:

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

Valutazione e Miglioramento della Qualità

Il laboratorio deve disporre di una Carta dei Servizi per gli utenti, contenente almeno le modalità di accesso.

Il laboratorio svolge programmi di Controllo Interno di Qualità e partecipa a programmi di Valutazione Esterna di Qualità a diffusione nazionale o internazionale, promossi dalla Regione.

3.1.3. LABORATORIO DI CITOISTOLOGIA

3.1.3.1. Requisiti Strutturali

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

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

- uno spazio/locale per le attività amministrative e di archivio;
- uno spazio/locale per accettazione;
- locali idonei alle caratteristiche della struttura in cui è collocato e delle dimensioni delle attività assistenziali;
- un locale per il lavaggio ed il trattamento del materiale d'uso;
- servizi igienici per il personale.

3.1.3.2. Requisiti Tecnologici

La dotazione strumentale deve comprendere:

- un banco con sistema di aspirazione per valutazione macroscopica e allestimento prelievi;
- un microscopio binoculare con ottica idonea (almeno planare) per ciascuna diagnostica;
- dotazioni tecnologiche essenziali per l'espletamento dell'attività diagnostica istocitopatologica.

Devono essere presenti le seguenti attrezzature (istologia / citologia):

- microscopio;
- microtomo;
- inclusore paraffina;
- processatore (per disidratazione);
- citocentrifuga;
- cappa chimica;
- stufa;
- bagno maria;
- istoteca.

3.1.3.3. *Requisiti Organizzativi*

- Il Direttore responsabile deve essere in possesso dei requisiti di legge necessari allo svolgimento della funzione.
- Devono esistere documenti di servizio (regolamenti interni) per:
 - l'identificazione dei campioni
 - il trasferimento del materiale biologico dalle zone di prelievo al servizio
 - i processi di sanificazione (pulizia ambiente, procedure di disinfezione e di sterilizzazione, decontaminazione, etc.
 - lo smaltimento dei rifiuti.
- Il Servizio deve svolgere programmi di Controllo Interno di Qualità.
- Deve esistere un Documento per la valutazione dei rischi (626/94).
- Deve esistere un Elenco Dispositivi di Protezione Individuale.
- Reagenti, materiale di controllo, materiale di calibrazione devono presentare etichette che ne indichino identità, titolo o concentrazione, condizioni di conservazione raccomandate data di preparazione e di scadenza ed ogni altra informazione necessaria per l'uso corretto.
- Deve esistere un sistema di archiviazione che contiene:
 - i risultati degli esami sugli utenti (conservati per almeno un anno)
 - i risultati dei controlli di qualità interni (conservati per almeno un anno)
 - i risultati dei controlli di qualità esterni, se attivati (conservati per almeno tre anni)
 - i preparati citologici (conservati per almeno cinque anni)
 - i preparati istologici (conservati per almeno venti anni).
- Deve esistere una raccolta delle procedure diagnostiche.
- Ogni esame della raccolta delle procedure diagnostiche deve contenere:
 - preparazione dell'utente agli esami (qualora previsto)
 - modalità di raccolta, trasporto e conservazione del campione
 - caratteristiche e descrizione del metodo analitico impiegato
 - modalità di compilazione, trasmissione e consegna dei referti.

3.2. PRESIDI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

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

Nelle strutture di ricovero e cura a ciclo continuativo e diurno lo svolgimento delle attività è assicurato in regime di elezione programmata c/o in regime di emergenza-urgenza.

3.2.1. Requisiti Strutturali

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

Le strutture che erogano prestazioni di diagnostica monospecialistica o di diagnostica plurispecialistica, devono possedere requisiti strutturali adeguati alla complessità delle prestazioni erogate.

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

- un'area di attesa dotata di un idoneo numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza degli accessi;
- spazi idonei per accettazione, attività amministrative ed archivio;
- servizi igienici distinti per gli operatori e per gli utenti, di cui uno "accessibile";
- una sala di radio diagnostica, con annessi spazi/spogliatoi e disponibilità di servizio igienico in relazione alle tipologie di esami specialistici;
- un locale per l'esecuzione degli esami ecografici, qualora previsti;
- un locale per la refertazione e archivio;
- un'area tecnica di stretta pertinenza degli operatori medici e tecnici;
- un locale/spazio per deposito materiale pulito;
- un locale/spazio per deposito materiale sporco;
- uno spazio/armadio per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni;
- un locale/spazio chiaramente segnalato per la raccolta e l'immagazzinamento dei rifiuti tossici nocivi fino all'oro allontanamento.

3.2.2. Requisiti Tecnologici

Deve essere presente un impianto di condizionamento o di climatizzazione con adeguati ricambi d'aria naturale o forzata (almeno 3 v/h).

Le strutture che erogano prestazioni di diagnostica monospecialistica o di diagnostica plurispecialistica devono possedere requisiti tecnologici adeguati alla complessità delle prestazioni erogate.

La dotazione strumentale deve comprendere:

- un generatore trifase, preferibilmente ad alta frequenza, di potenza non inferiore a 30KW e tavolo di controllo e comando;
- un tavolo radiografico preferibilmente ribaltabile, telecomandato, con serigrafo, Potter Bucky, intensificatore di brillantezza con circuito televisivo;
- un tubo radiogeno a doppio fuoco anodo rotante;
- l'attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardiopolmonare di base di cui è controllata la funzionalità e relativi farmaci;
- un adeguato sistema di stampa;
- apparecchio radiologico portatile, limitatamente alle strutture di ricovero.

3.2.3. Requisiti Organizzativi

Ogni struttura erogante prestazioni di diagnostica per immagini deve possedere i seguenti requisiti organizzativi:

- il personale sanitario e/o tecnico deve essere adeguato alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate, nel rispetto della normativa e delle disposizioni vigenti, con particolare riferimento alla radioprotezione del paziente;
- deve essere attivato, ai sensi della vigente disciplina di settore, un sistema di controllo di qualità con controlli interni ed esterni;
- per le indagini a carattere invasivo o con contrasto che comportino rischio, sia per il tipo di indagine sia per la patologia in atto con preventiva documentata visita anestesiológica, deve essere disponibile, all'interno della struttura, un anestesista rianimatore;
- i referti devono includere almeno: i dati anagrafici, la data dell'esame e del referto, il nominativo del medico che referta e la tipologia di esame, nel rispetto delle norme sulla privacy;
- presso ogni struttura di diagnostica per immagini devono essere comunicati all'utente, al momento della prenotazione, la data di esecuzione dell'indagine diagnostica e i tempi di consegna dei referti.

Devono esistere:

- procedure scritte, datate e firmate, relative all'esecuzione delle diverse tipologie di indagine;
- procedure scritte per la refertazione in ogni suo aspetto che comprendono anche la consegna;

- procedure scritte per la periodica verifica del regolare funzionamento delle apparecchiature.

3.3. PRESIDI DI RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE

Sono considerati ambulatori di F.K.T. le strutture che forniscono prestazioni orientate alla prevenzione dei danni secondari nelle patologie disabilitanti o a rischio di sviluppo delle disabilità e al trattamento delle disabilità minimali, segmentarie e/o transitorie.

Essi svolgono attività specialistiche ambulatoriali (di cui al D.M. 22.7.1996 e successive modifiche e integrazioni).

3.3.1. Requisiti Strutturali

- Sono presenti ambulatori o studi medici per visite specialistiche e valutazioni diagnostico-prognostiche cliniche attinenti alle patologie trattate.
- E' garantito il rispetto della privacy degli utenti.
- In caso di attività di gruppo (gruppo formato da non più di 5 persone), il locale palestra deve essere non inferiore a 35 mq; per ogni paziente oltre i 5, la superficie deve essere aumentata di almeno 5 mq.
- Sono presenti box di dimensioni minime di 4 mq (con un massimo scarto del 10% della superficie complessiva) per attività di rieducazione motoria, massoterapia, manipolazioni articolari, terapia fisica e strumentale e di 7 mq per persone disabili.
- La divisione tra gli ambienti di cui sopra può essere effettuata anche mediante divisori mobili, purché idonei a garantire agli utenti la necessaria riservatezza.
- Deve essere inoltre previsto un locale per attività dinamiche individuali di almeno 12 mq, aumentato di 4 mq per ogni paziente;
- Le apparecchiature che erogano onde elettromagnetiche, rispettano le norme di sicurezza previste dalla normativa vigente.
- un'area attrezzata per il trattamento, qualora previsto, dei disturbi comunicativi/integrativi.
- Gli spazi per il deposito di materiale pulito e sporco sono separati.
- Esistono spazi per materiale d'uso ed attrezzature.

Devono essere presenti:

- Servizi igienici distinti per utenti e personale di cui almeno uno accessibile alle persone disabili.
- Spogliatoi per il personale ed i pazienti, ove necessita.
- Spazi/ambienti per l'attesa e le attività di segreteria ed archivio.

La struttura garantisce sempre la completa fruibilità degli spazi da parte di tutti i possibili utenti

affetti dalle diverse tipologie di disabilità.

3.3.2. Requisiti Tecnologici ed impiantistici

Le strutture che erogano prestazioni di diagnostica monospecialistica o di diagnostica plurispecialistica devono possedere requisiti tecnologici adeguati alla complessità delle prestazioni erogate.

Devono essere presenti:

- Attrezzature e dispositivi per la valutazione quali: goniometro e scale di valutazione delle varie menomazioni e disabilità.
- Presidi e risorse tecnologiche atti allo svolgimento di prestazioni da parte dei medici specialisti e degli altri operatori professionali della riabilitazione.
- Attrezzature e presidi per realizzare le varie tipologie di esercizio terapeutico e di rieducazione funzionale quali: lettini, materassini, specchio a muro, deambulatore e/o girello, spalliere, bastoni, parallele, scale, palloni medicali, birilli, pallone bobath, piani oscillanti, cunei e cilindri, polsiere, cavigliere, pesi, ecc.
- Attrezzature elettromedicali per la terapia fisica e strumentale in relazione alle attività per cui è richiesta l'autorizzazione.
- Attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardiopolmonare di base di cui è controllata la funzionalità e farmaci di pronto soccorso (adrenalina, cortisonici, antistaminici, diuretici, antiipertensivi, anticonvulsivanti, broncodilatatori).

3.3.3. Requisiti Organizzativi

Per quanto riguarda le strutture di nuova realizzazione, il Direttore responsabile è un medico in possesso della specializzazione in medicina fisica e riabilitativa o disciplina equipollente ovvero di un'anzianità di servizio di almeno 5 anni nel settore.

I soggetti che svolgono le funzioni di Direttore responsabile, all'entrata in vigore del presente provvedimento, conservano tale posizione.

In particolare, il Direttore responsabile:

- garantisce la formulazione e l'applicazione del regolamento interno;
- risponde della idoneità del personale, delle attrezzature e degli impianti;
- vigila sull'osservanza delle norme igienico sanitarie, sulla efficienza e sicurezza dello strumentario e dei locali, sulla validità e corretta applicazione delle metodologie in uso;
- coordina il lavoro del personale operante nella struttura;
- è responsabile della registrazione e conservazione delle cartelle cliniche degli utenti;

- provvede all'aggiornamento delle metodiche;
- è responsabile delle segnalazioni obbligatorie previste dalla normativa vigente e del rispetto delle norme di sicurezza nei confronti del personale e degli utenti.

Il Direttore responsabile, o comunque un medico, deve essere sempre presente durante l'attività del centro, qualora siano effettuate terapie ove è richiesta la presenza del medico.

Il presidio deve disporre di personale in possesso delle necessarie qualificazioni professionali, in numero proporzionale agli accessi ambulatoriali e alla tipologia dell'attività svolta.

Deve comunque operare stabilmente, presso il presidio almeno un tecnico della riabilitazione (fisioterapista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 741; terapeuta occupazionale ex D.M. 17 gennaio 1997, n. 136; terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva ex D.M. 17 gennaio 1997, n. 56; logopedista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 742).

Nei presidi poliambulatoriali cui è preposto un direttore sanitario per i compiti generali di organizzazione, restano ferme le attribuzioni e le responsabilità del direttore responsabile di branca, secondo quanto sopra specificato nell'ambito degli indirizzi e direttive di carattere generale.

In caso di assenza o di impedimento del direttore responsabile, le sue funzioni vengono temporaneamente assunte da un altro medico fornito delle specializzazioni previste per la direzione tecnica o, in mancanza, di un'anzianità di servizio di almeno tre anni nella corrispondente branca specialistica.

3.4 CENTRI AMBULATORIALI DI RIABILITAZIONE (ex art. 26 della L. 833/78)

Sono considerati centri ambulatoriali di riabilitazione quelle strutture che erogano prestazioni volte a consentire il massimo recupero possibile delle funzioni lese a seguito di eventi patogeni o lesionali; essi si differenziano dalle attività ambulatoriali specialistiche di recupero e rieducazione funzionale per la globalità del trattamento sull'handicap, che richiede un contestuale apporto multidisciplinare medico – psicologico – pedagogico.

3.4.1. Requisiti minimi Strutturali

La struttura garantisce la completa fruibilità degli spazi da parte di tutti i possibili utenti affetti dalle diverse patologie 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.

Le strutture devono essere dotate di ambienti specifici con dimensioni, arredi ed attrezzature adeguati allo svolgimento delle attività coerenti con i programmi e gli obiettivi propri della struttura.

Ambienti comuni

- Ambulatori o studi medici per visite specialistiche e valutazioni diagnostico-prognostiche cliniche attinenti alle patologie trattate.
- servizi igienici distinti per utenti e personale di cui almeno uno accessibile alle persone disabili
- Spogliatoi per i pazienti e per il personale.
- Arce di attesa, attività di archivio adeguati alle patologie e al volume di attività previste.

Ambienti specifici

- Gli ambienti specifici per lo svolgimento delle attività devono garantire un minimo di 7 mq per posto cura.
- Gli ambienti possono essere suddivisi con strutture mobili purché idonee a garantire la riservatezza.
- Gli ambienti specifici sono attrezzati a seconda del tipo di riabilitazione svolta, articolati in locali e spazi per:
 - chinesiterapia e terapia fisica
 - idrochinesiterapia

- psicomotricità
 - rieducazione logopedia, audiofonologica e neurolinguistica
 - rieducazione neurologica e neuropsicologica
 - terapia occupazionale ed ergoterapia
 - rieducazione neurovisiva e ortottica
 - psicoterapia
 - rieducazione cardiorespiratoria
 - rieducazione urologia
 - orientamento psico-pedagogico
 - prescrizione, collaudo ed addestramento all'uso di ortesi, protesi e ausili.
- Sono presenti aree attrezzate per attività di gruppo (palestre), per attività statiche e dinamiche.
 - In caso di attività di gruppo (gruppo formato da non più di 5 persone), il locale palestra deve essere non inferiore a 35 mq; per ogni paziente oltre i 5, la superficie deve essere aumentata di almeno 5 mq.
 - Sono presenti aree attrezzate per attività individuali (motorie, respiratorie, neuropsicologiche, ecc.).
 - Sono presenti box di dimensioni minime di 4 mq per attività di massoterapia, manipolazioni articolari, terapia fisica e strumentale e di 7 mq per persone disabili.
 - È presente un'area attrezzata per il trattamento, qualora previsto nel progetto terapeutico, dei disturbi comunicativi/integrativi.

3.4.2. Requisiti minimi Tecnologici ed Impiantistici

La dotazione strumentale deve essere correlata quantitativamente e qualitativamente ai bisogni dell'utenza ed alle diverse tipologie di attività assicurandone uno sviluppo sicuro, efficace ed efficiente.

In funzione degli obiettivi della struttura e della tipologia dell'utenza devono essere presenti:

- attrezzature e dispositivi per la valutazione delle varie menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa;
- presidi necessari e risorse tecnologiche atti allo svolgimento di prestazioni da parte dei medici specialisti e degli altri operatori professionali della riabilitazione;
- attrezzature e presidi per realizzare le varie tipologie di esercizio terapeutico e di riduzione funzionale negli ambienti dedicati, per attività individuali e/o di gruppo;

- attrezzature elettromedicali per la terapia fisica e strumentale di supporto e complemento all'esercizio terapeutico;
- attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardiopolmonare.

3.4.3. Requisiti minimi Organizzativi

Il Centro ambulatoriale di riabilitazione funziona per minimo 7 ore giornaliere e per 5 giorni alla settimana.

Il Direttore responsabile è un medico laureato in medicina e chirurgia iscritto all'albo professionale dei medici chirurghi in possesso di specializzazione attinente alla disabilità prevalentemente trattata (es. medicina fisica e riabilitazione, e/o neurologia, e/o neuropsichiatria, c/o disciplina equipollente) ovvero possedere un'anzianità di servizio di 5 anni nel settore.

Il Direttore responsabile:

- garantisce la formulazione e l'applicazione del regolamento interno;
- risponde della idoneità del personale, delle attrezzature degli impianti;
- vigila sulla puntuale osservanza delle norme igienico sanitarie, sulla efficienza e sicurezza dello strumentario e dei locali, sulla validità e corretta applicazione delle metodologie in uso;
- coordina il lavoro del personale operante nella struttura;
- è responsabile della registrazione delle cartelle cliniche degli utenti;
- provvede all'aggiornamento delle metodiche;
- è responsabile delle segnalazioni obbligatorie previste dalla normativa vigente e del rispetto delle norme di sicurezza nei confronti del personale e degli utenti.

Il Direttore responsabile, o comunque un medico, deve essere sempre presente durante l'attività del centro, qualora siano effettuate terapie ove è richiesta la presenza del medico.

Il presidio deve disporre di personale in possesso delle necessarie qualificazioni professionali, in numero proporzionale agli accessi ambulatoriali e alla tipologia dell'attività svolta.

Deve comunque operare stabilmente, presso il presidio almeno un tecnico della riabilitazione (fisioterapista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 741; terapeuta occupazionale ex D.M. 17 gennaio 1997, n. 136; terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva ex D.M. 17 gennaio 1997, n. 56; logopedista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 742).

Nei presidi poliambulatoriali cui è preposto un direttore sanitario per i compiti generali di organizzazione, restano ferme le attribuzioni e le responsabilità del direttore responsabile di branca, secondo quanto sopra specificato nell'ambito degli indirizzi e direttive di carattere generale.

In caso di assenza o di impedimento del direttore responsabile, le sue funzioni vengono temporaneamente assunte da un altro medico fornito delle specializzazioni previste per la direzione tecnica o, in mancanza, di un'anzianità di servizio di almeno tre anni nella corrispondente branca specialistica.

Le attività di recupero e rieducazione funzionale sono assicurate dall'equipe multidisciplinare, composta da personale medico specialista, da personale dell'area psicologica e pedagogica, tecnici della riabilitazione, educatori e personale di assistenza sociale.

Si deve garantire la globale presa in carico per tutto l'iter terapeutico previsto la dotazione organica del personale è rapportata alla tipologia della struttura ed al volume delle prestazioni rese.

3.5. PRESIDI DI DIALISI

Finalità

La dialisi è un trattamento terapeutico ambulatoriale per pazienti affetti da insufficienza renale in fase uremica, che può essere effettuata in ambito extraospedaliero ed intraospedaliero, valutate le condizioni cliniche del paziente da parte del medico nefrologo e comunque sotto la responsabilità dello stesso specialista.

La dialisi in ambito ambulatoriale extraospedaliero tratta uremici cronici stabilizzati.

La dialisi in ambito ambulatoriale ospedaliero tratta pazienti uremici cronici stabilizzati, ad alto rischio clinico, affetti da insufficienza renale acuta.

Classificazione

La rete dei servizi di dialisi ambulatoriale della Regione Lazio è costituita da:

- Centro Dialisi di Riferimento Regionale e Centri Dialisi Ospedalieri con funzioni, tra l'altro, di organizzazione delle attività assistenziali domiciliari, di direzione e di sorveglianza delle attività svolte dalle unità dialitiche decentrate nonché di coordinamento di quelle svolte presso le unità dialitiche decentrate per anziani nell'ambito delle R.S.A..
- Centro di Dialisi Ambulatoriale.
- Unità di Dialisi Decentrate.
- Unità di Dialisi Decentrate per Anziani.

I centri dialisi nella collocazione in ambito ospedaliero o extra ospedaliero devono possedere i requisiti di seguito indicati.

3.5.1. CENTRO DIALISI AMBULATORIALE

3.5.1.1. Requisiti Strutturali

- E' presente una sala di attesa, accessibile anche ai pazienti non deambulanti, con posti a sedere per tutti gli utenti di un turno.
- La capacità massima di un Centro dialisi è di n. 24 posti.
- I posti per sala dialisi non devono superare il numero di 15.
- Per ciascun posto dialisi sono previsti almeno 6 mq e lo spazio centrale tra due file di letti contrapposti non può essere inferiore a metri 0,90, deve essere accessibile almeno da 3 lati.
- Disponibilità di tavolo servitore per ogni posto dialisi per posare oggetti d'uso del paziente durante la seduta di dialisi.
- Tutte le sale dialisi sono collocate in unica area funzionale in cui tutti i locali e servizi sono destinati all'attività di dialisi.

Devono essere presenti:

- una sala dialisi contumaciale per pazienti infetti dotata di spogliatoi, servizi igienici con interposta zona filtro;
- spogliatoi, distinti in uomini e donne, forniti di armadietti, sedie e servizi igienici, completi di materiali d'uso, per gli utenti, entrambi con accesso esterno dalle sale dialisi;
- un ambulatorio/stanza di uso esclusivo per le visite e medicazioni;
- un magazzino per i materiali di consumo;
- un locale di stoccaggio e riparazione delle apparecchiature;
- un locale per lo stoccaggio dei rifiuti.

3.5.1.2. Requisiti Tecnologici Impiantistici

Devono essere presenti:

- Un sistema pesa persone (letto o poltrona bilancia) per ogni posto dialisi.
- Un armadio ed un frigo per l'adeguata conservazione dei farmaci sia di emergenza che per quelli connessi alla terapia dialitica.
- Un elettrocardiografo, un defibrillatore, un ambu di cui è controllata periodicamente la funzionalità, kit di farmaci e presidi medico chirurgici necessari per le prime emergenze cardiorespiratorie.

- Apparecchiature per esami di laboratorio semplici (emoglobina e/o ematocrito, elettroliti, emogas).
- Un gruppo elettrogeno o di continuità che assicuri il termine dei trattamenti in atto in ogni condizione.
- Un monitor per metodiche dialitiche in “continuo”.
- Apparecchiature per il monitoraggio cardiocircolatorio e pressorio.

Le apparecchiature di dialisi (monitor) rispettano le norme di sicurezza CE. Sono in numero di 1,3 per ogni posto dialisi, vengono revisionate ogni anno e comunque sostituite ogni 8 anni.

Sono garantiti monitor dedicati per pazienti HBV, HCV, HIV positivi e per dialisi in emergenza. Le stanze di dialisi sono dotate di climatizzazione dell'aria in grado di garantire una temperatura tra 20 e 26 °C ed umidità compresa tra 40 e 60%; è comunque consigliabile una temperatura non inferiore di 6/7 °C rispetto alla temperatura esterna.

Il trattamento dell'acqua per dialisi, situato in locale idoneo separato è dotato di sistema di controllo ed allarme, è attuato mediante:

- serbatoi di stoccaggio con quantità necessaria almeno per un turno di dialisi;
- pretrattamento;
- osmosi inversa con due gruppi di preparazione dell'acqua posti in parallelo e/o in serie (biosmosi);
- circuito di distribuzione dell'acqua trattata di tipo biosanitario posto a vista o comunque facilmente ispezionabile.

In caso di trattamento di pazienti in regime di assistenza domiciliare, sono disponibili posti tecnici di dialisi extracorporea in caso di complicanze della dialisi domiciliare o cambiamento di metodica.

3.5.1.3. Requisiti Organizzativi

L'attività dialitica è articolata su due o tre turni giornalieri, per sei giorni la settimana.

Il Direttore Responsabile, regolarmente assunto, è uno specialista in Nefrologia o figura equipollente. Detta figura risponde della regolarità dei servizi, dell'invio dei pazienti nella sala contumaciale e dell'organizzazione del Centro, ferma restando la responsabilità professionale dei singoli operatori.

Durante i turni di dialisi, è garantita:

- la presenza nel centro dialisi, durante tutte le ore di trattamento, di personale medico (Nefrologo, o specializzazione equipollente, che abbia 6 mesi di frequenza regolare e

comprovata presso un Centro ospedaliero; 1 medico fino a 8 pazienti, più un medico fino a ulteriori 8 pazienti);

- la presenza continua di infermieri professionali con almeno 6 mesi di addestramento regolare e comprovato (2 infermieri fino a 8 pazienti più 1 infermiere fino a ulteriori 4 pazienti). L'assistenza al paziente in trattamento dialitico in sala contumaciale deve essere effettuata da personale infermieristico specificatamente dedicato.

Durante le ore di attività del centro è garantita la presenza di almeno 1 ausiliario ogni 10 pazienti più un ausiliario fino a ulteriori 6.

E' assicurato:

- l'uso da parte di tutto il personale di materiali protettivi monouso per le operazioni di tipo sanitario verso il paziente, nonché kit monouso contenenti il materiale sanitario;
- il cambio di biancheria nei letti o poltrone ad ogni turno di dialisi, o in alternativa l'uso di biancheria monouso.

Va considerato il cambio turno per necessità impellenti del paziente.

Deve essere assicurata la disponibilità di indumenti monouso per l'accesso in sala dialisi.

Sono previsti collegamenti funzionali ed organizzativi precisi (protocolli scritti) con una struttura di ricovero ospedaliera (Pubblica o Privata) vicina dotata di pronto soccorso e rianimazione che garantisce la pronta disponibilità medica ed infermieristica nelle 24 ore per la dialisi d'urgenza.

E' garantita la nomina con le funzioni proprie del medico referente per le problematiche degli accessi vascolari.

Esiste un programma di formazione aggiornato continuo "ad hoc" per il personale infermieristico di dialisi.

Esistono criteri formalizzati per l'effettuazione della terapia presso il Servizio Ospedaliero, U.D.D., U.D.D.A., o domicilio.

E' fornito l'elenco delle prestazioni erogate e viene consegnato gratuitamente al paziente un manuale informativo sulla dialisi ed informazioni tecniche.

E' garantita la possibilità per i pazienti di effettuare dialisi extracorporea e/o dialisi peritoneale, quest'ultima anche in accordo con altre strutture.

Per ciascun paziente è predisposto un piano di trattamento con le indicazioni delle modalità di presa in carico, della strategia dialitica e terapeutica sulla base delle condizioni cliniche e sociali del paziente.

Per ciascun paziente ad ogni trattamento è redatta una scheda dialitica, con specifica delle membrane dialitiche, linee per circolazione extracorporea, liquidi e concentrati utilizzati e farmaci somministrati.

Esiste una cartella corredata dal profilo clinico anamnesico e relativi aggiornamenti e terapia domiciliare somministrata.

Ad ogni paziente viene effettuata con cadenza massimo mensile una visita medica con comunicazione delle informazioni cliniche (analisi, referti).

Esistono criteri formalizzati per l'immissione dei pazienti trapiantabili in lista d'attesa per il trapianto e per la gestione della lista.

E' garantito il collegamento funzionale con il medico referente per le problematiche delle liste d'attesa del Centro di Riferimento Regionale di Nefrologia e Dialisi competente per territorio.

E' garantita l'integrazione tra l'assistenza del servizio e i centri trapianto di riferimento (sia per i pazienti in lista che per i trapiantati).

Esistono e vengono seguiti:

- protocolli di disinfezione delle attrezzature, dell'impianto dell'acqua e del circuito di distribuzione dell'acqua per dialisi, delle modalità di sanificazione ambientale e smaltimento rifiuti;
- protocolli dei controlli chimici e biologici dell'acqua per dialisi.

E' disponibile un sistema informatico gestionale.

E' predisposto un regolamento di centro, valido anche sulle U.D.D., U.D.D.A. e C.A.L. dipendenti, concordato con una o più Associazioni degli utenti. Devono essere previsti: la disponibilità di accesso e bacheche nel centro dialisi riservati alle Associazioni, i criteri di trasparenza e gestione della lista di attesa, la corretta modalità di informazione, i comfort di tipo alberghiero per i pazienti durante le ore di dialisi (es. telefono al posto dialisi per comunicazioni improcrastinabili).

Disponibilità di idoneo parcheggio gratuito facilmente accessibile con capacità di almeno la metà dei posti dialisi del centro.

Il Centro può avvalersi di specialisti psicologi e dietologi.

3.5.2. UNITÀ DI DIALISI DECENTRATE PER ANZIANI (U.D.D.A.)

Le U.D.D.A. sono situate presso le R.S.A., con presenza significativa di ospiti neuropatici. Queste strutture dipendono funzionalmente dal Centro di riferimento.

3.5.2.1 Requisiti strutturali, tecnologici ed impiantistici

Sono gli stessi dei centri dialisi ambulatoriali di cui al punto 3.5.1.1. e 3.5.1.2.

3.5.2.2 Requisiti specifici organizzativi

E' garantita l'effettuazione di almeno il 50% delle prestazioni dialisi ai pazienti ricoverati nella struttura rispetto ai pazienti ambulatoriali esterni.

Il Centro ambulatoriale è aperto per almeno tre giorni alla settimana. Il responsabile della U.D.D.A. è il responsabile del centro di riferimento.

Per gli altri requisiti organizzativi si fa riferimento a quelli dei centri ambulatoriali di cui al punto 3.5.1.3..

3.5.3. UNITÀ DI DIALISI DECENTRATE (U.D.D.)

Sono situate, di norma, in ospedali non sede di D.E.A. , ma possono essere collocate in strutture extraospedaliere.

Nelle U.D.D. effettuano dialisi con assistenza medica prioritariamente i pazienti che insistono per motivi residenziali o di lavoro nell'area assistita dall'U.D.D..

Non possono essere sottoposte a dialisi persone a rischio definito con potenziale necessità di emergenza a carattere polidisciplinare, i quali devono essere trattati nel Centro di riferimento.

Le U.D.D. dipendono funzionalmente dal Centro di riferimento.

3.5.3.1 Requisiti strutturali, tecnologici ed impiantistici

Sono gli stessi dei centri ambulatoriali di cui al punto 3.5.1.1. e 3.5.1.2..

3.5.3.2 Requisiti organizzativi specifici

L'Unità di Dialisi Decentrata è aperta per almeno 3 giorni alla settimana.

Il responsabile della U.D.D. è il direttore del Centro di Riferimento.

Per gli altri requisiti organizzativi si fa riferimento a quelli dei centri ambulatoriali di cui al punto 3.5.1.3..

3.6. CENTRO AMBULATORIALE PER IL TRATTAMENTO DELLE PERSONE IN STATO DI DIPENDENZA

Finalità generali

I requisiti relativi alle diverse tipologie di strutture assistenziali fanno riferimento all'atto di intesa Stato – Regioni del 5 agosto 1999. L'autorizzazione al funzionamento, limitatamente al privato determina l'iscrizione dei servizi all'apposito Albo istituito dalla Regione Lazio (ex art. 16 D.P.R. 309/90).

3.6.1. Requisiti Strutturali

Devono essere previsti:

- Un locale di attesa.
- Un locale per accoglienza utenti e informazione.
- Un ambulatorio (ad eccezione dei programmi di rete) ove somministrare anche la terapia farmacologica nel caso sia prevista dalla tipologia d'intervento.
- Un locale per consulenza medico psichiatrica, psicologica e sociale (ad eccezione dei programmi di rete).
- Un locale per la direzione da utilizzare anche per le riunioni e l'archivio.
- Servizi igienici per il personale e per l'utenza.

All'interno di strutture ambulatoriali può essere collocata la sede operativa per l'attività domiciliare.

3.6.2. Requisiti Tecnologici

Sono presenti un frigorifero, ove sia prevista la terapia farmacologica, ed una cassaforte.

Il servizio dispone degli adeguati supporti tecnologici in termini di apparecchiature telefoniche, fax, e dotazioni informatiche (hardware, software e collegamenti in rete).

3.6.3. Requisiti Organizzativi

Nell'ambito dell'attività ambulatoriale, deve essere individuato un responsabile in possesso di Diploma di Laurea coerente con la tipologia d'intervento.

Il Responsabile garantisce un impegno di servizio per almeno 36 ore settimanali.

Il Responsabile non può essere sostituito, salvo gravi e documentati motivi, per almeno dodici mesi dalla designazione. In ogni caso deve essere previsto un sostituto della medesima qualificazione professionale, eventualmente appartenente ad altro servizio della medesima regione.

La documentazione relativa alla tipologia d'intervento deve contenere: principi, modelli teorici di riferimento, definizione del target, definizione degli obiettivi, definizione della azioni/prestazioni, definizione delle fasi e dei tempi, esplicitazione delle risorse umane impiegati e dei metodi di supervisione utilizzati, definizione degli strumenti di monitoraggio, definizione degli strumenti di valutazione (punti 2 e 4 dei requisiti generali).

Il Responsabile è affiancato da ulteriori operatori, in possesso di idonei titoli e requisiti professionali per un numero complessivo di personale non inferiore ad una unità ogni dieci utenti.

Fino a due unità di personale (escluso il responsabile), deve essere instaurato rapporto di lavoro per 18 ore settimanali ciascuno, per le ulteriori unità può essere previsto il tempo parziale purché assicurato il monte ore complessivo necessario.

In ogni caso deve essere garantita la presenza continuativa di personale per tutta la durata di svolgimento dell'attività.

Le ONLUS possono avere fino al 25% della dotazione minima di personale in formazione.

Deve essere:

- garantita la formazione degli operatori tramite riunioni di équipe ed aggiornamento periodico;
- utilizzata una cartella individuale che contenga i dati relativi al paziente (dati anagrafici, data inizio programma, operatori di riferimento, diagnosi), gli strumenti di valutazione utilizzati, il piano di trattamento con aggiornamenti, le prestazioni erogate, le verifiche, i risultati raggiunti e motivazione della chiusura del programma;
- assicurato un sistema di archiviazione (possibilmente sia informatizzato sia cartaceo) delle cartelle che consenta un rapido accesso ai dati;
- adottato un regolamento interno contenente: diritti e obblighi degli utenti, norme regole di comportamento e di vita comunitaria, impiego degli utenti nelle attività di vita comunitaria.

Devono essere:

- adottati documenti di registrazione delle attività nonché di registrazione giornaliera di utenti;
- programmate ed effettuate regolarmente riunioni di équipe e aggiornamento periodico.

E' previsto il possesso di specifica documentazione relativa alla copertura assicurativa di rischio, infortunio e danno provocato o subito da operatori, volontari, tirocinanti e utenti.

3.7. CONSULTORIO FAMILIARE

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

3.7.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici

Numero locali e spazi in relazione alla popolazione servita. Ciascun Consultorio Familiare dispone almeno di:

- locale per accoglienza utenti, segreteria informazioni;
- locale per consulenza psicologica diagnostica e terapeutica;
- locali per visite ostetrico- ginecologiche, pediatriche, ecc.;
- spazi per riunioni;
- spazi per le attività dei consulenti;
- spazi di attesa, accettazione, attività amministrative;
- servizi igienici distinti per utenti e personale di cui almeno uno accessibile alle persone disabili;
- spazio archivio.

In tutti i locali, devono essere di regola assicurate l'illuminazione e la ventilazione naturali o artificiali, secondo la normativa vigente.

3.7.2. Requisiti Organizzativi

- Presenza delle figure professionali mediche, personale infermieristico e di assistenza sociale di cui all'art. 3 della legge n. 405/75.
- La dotazione di personale e la presenza nelle attività ambulatoriali sono programmate in relazione alla popolazione servita.
- Le attività e le prestazioni consultoriali in ambito sociale e sanitario sono caratterizzate da unitarietà ed integrazione funzionale.

3.8. CENTRI AMBULATORIALI DI TERAPIA IPERBARICA

Le camere iperbariche devono essere progettate, costruite e collaudate in ottemperanza a quanto prescritto specificamente dal Regio Decreto 12/05/1927 n. 824, dal D.M. 21/11/1972 e relative Raccolte VSR, M ed S, dal D.M. 21/5/1974 e relativa Raccolta E, dalle circolari tecniche di aggiornamento dei citati decreti emanate dall'ex ANCC e dell'ISPESL e dalle altre norme relative alla costruzione, uso ed impiego dei dispositivi medici (Direttiva Europea n. 93/42/CEE recepita in Italia con Decreto Legislativo 24/2/1997 n. 46).

3.8.1. Requisiti Strutturali e Impiantistici

Tutte le camere iperbariche, anche esistenti, devono soddisfare le specifiche normative riguardanti le camere di nuova costruzione.

Il locale che ospita una camera iperbarica deve essere ubicato al piano terra dell'edificio e rispondere ai requisiti previsti dalle vigenti norme relative alle "installazioni pericolose" all'interno degli Ospedali e/o Case di Cura e/o Strutture ambulatoriali.

Le strutture devono essere resistenti al fuoco; all'interno delle camere non devono essere installati motori elettrici e non devono essere presenti prese a spina; non sono ammesse valvole a sfera.

Devono essere presenti:

- una sala per medicazioni;
- una sala per urgenze e rianimazioni;
- un locale per lavaggio e disinfezione sterilizzazione del materiale;
- un locale "filtro" per materiale sporco, ove necessario;
- una zona deposito per materiale pulito e sterilizzato;
- un locale per personale tecnico ed infermieristico;
- uno spazio per lo stoccaggio delle attrezzature e dei gas;
- uno spazio per i compressori e gli accumulatori;
- uno spazio per il deposito di parti di ricambio;
- uno spazio per la manutenzione e la riparazione delle attrezzature;
- uno spazio per le pratiche amministrative ed i protocolli delle procedure di impiego e delle procedure di emergenza.

Il locale permette la rimozione della camera per eventuali ispezioni totali per la sua manutenzione e per eventuali prove idrauliche.

La camera iperbarica è posizionata in modo da poter essere accessibile da ogni lato per:

- controlli ed ispezioni durante il funzionamento;
- permettere le necessarie operazioni di manovra.;
- agevolare l'ingresso dei pazienti nel suo interno;
- posizionare strumentazioni di controllo (telecamere, sistemi per l'illuminazione etc.).

Lo spazio fruibile all'interno della camera iperbarica tiene conto sia delle dimensioni di ingombro delle attrezzature da introdurre, sia della introduzione e permanenza di eventuali barelle, sedie a rotelle, sedili.

La camera iperbarica, progettata per permettere l'entrata e l'uscita di persone durante il trattamento terapeutico, prevede una camera di decompressione di capacità sufficiente a contenere almeno due persone ed eventuale sedia a rotelle.

E' previsto un vano passa-oggetti per il trasferimento di medicine o altro materiale che debbano essere introdotti con urgenza nella camera stessa.

Il pavimento del locale è progettato e costruito in modo da poter sostenere il peso sia della camera iperbarica sia delle attrezzature di supporto e funzionamento.

Il pavimento (se si prevede la possibilità di effettuare nel locale prove idrauliche sulla camera iperbarica per eventuali future riparazioni o modifiche) sopporta il peso della quantità d'acqua necessaria per l'esecuzione della prova di pressione.

Le camere iperbariche sono equipaggiate con un pavimento che sia strutturalmente in grado di sostenere le persone e le attrezzature necessarie per l'effettuazione delle terapie e delle manutenzioni.

Il pavimento della camere è costruito con materiale non ferroso, non combustibile ed antistatico ed è dotato di messa a terra efficiente ed equipotenziale con fasciame.

In presenza di una intercapedine fra pavimento e fondo, il pavimento è dotato di aperture per permetterne l'accesso, l'ispezione e la pulizia.

Se non è possibile disporre di tali aperture, il pavimento è removibile.

Se il pavimento è costituito da elementi removibili, questi sono fermamente bloccati, con collegamenti non permanenti, alla struttura rigida e collegati ad essa in modo da ottenere una equipotenzialità elettrica.

Le tubazioni della camera iperbarica interne o passanti attraverso la pare sono costituite in rame, in bronzo o in acciaio.

Nel locale esiste un impianto di rivelazione ed estinzione degli incendi che interessa anche il quadro di controllo e manovra.

Sono disponibili per gli operatori idonei sistemi di respirazione in caso di incendio.

I sistemi di respirazione sono ubicati in maniera che gli operatori possano rimanere alla consolle di manovra della camera iperbarica in caso di emergenza.

Il locale adibito alla camera iperbarica è attrezzato con un sistema di illuminazione di emergenza che si attiva automaticamente qualora venga a mancare la sorgente principale di energia elettrica.

Per tale evenienza il quadro di manovra e di controllo è alimentato da un sistema di alimentazione elettrica di emergenza.

Il quadro di manovra e di controllo della camera iperbarica è posizionato in modo da non ostacolare la movimentazione di persone ed attrezzature.

Le sorgenti per l'illuminazione interna sono progettate e costruite per essere installate all'esterno della camera iperbarica e portare l'illuminazione all'interno mediante fibre ottiche o elementi similari oppure attraverso oblò trasparente.

In caso di sorgente per l'illuminazione interna, attraverso oblò trasparente, la sorgente di luce non causa l'innalzamento della temperatura del materiale trasparente oltre quella massima prevista per lo stesso materiale dalla norma di ammissione all'impiego per apparecchi a pressione.

Le valvole degli impianti di distribuzione dell'ossigeno (o altri gas respiratori) sono tutte del tipo a volantino per l'alta pressione.

3.8.2. Requisiti Tecnologici

Le porte di accesso sono del tipo tagliafuoco.

Devono essere presenti almeno:

- un kit di rianimazione manuale (canule, maschere, etc);
- un elettrocardiografo;
- un sistema di misurazione della pressione arteriosa non invasivo;
- un sistema di aspirazione interno alla camera iperbarica;
- un sistema di aspirazione esterno alla camera iperbarica;
- l'attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardiopolmonare di base, di cui è controllata la funzionalità.

I sedili e le suppellettili da installare sono costruiti con materiale ignifugo (classe 0 o 1), antistatico, senza bordi taglienti o acuminati e sono dotati di messa a terra per essere equipotenziali col fasciame.

Le imbottiture dei sedili e dei materassi sono ottenute da materiali ignifughi (classe 0 o 1).

Se viene usato materiale di rivestimento per attutire gli cchi e i rumori, tale materiale è esso stesso ignifugo ed antistatico.

3.8.3. Requisiti Organizzativi

Tutto il personale è informato e formato sulla prevenzione dei rischi in ambiente iperbarico.

Tutto il personale adotta misure atte a mantenere adeguati livelli di sicurezza, secondo quanto indicato dalle linee guida nazionali (ISPESL).

3.9 CENTRO DI SALUTE MENTALE

Espleta le funzioni indicate per il CSM dal D.P.R. 7/4/1994.

Il CSM è una struttura territoriale ad accesso diretto per accogliere, valutare e rispondere ai bisogni di salute mentale dei cittadini, in età maggiore dei 18 anni, residenti nel bacino di utenza.

Il CSM garantisce la continuità del percorso di cura e di assistenza degli utenti presi in carico.

Il CSM effettua, attraverso interventi multidisciplinari prevalentemente strutturati in équipes, visite specialistiche, trattamenti psicoterapeutici, interventi infermieristici, interventi sociali e di rete, programmi riabilitativi, trattamenti farmacologici, interventi di ascolto e di supporto ai familiari.

Le attività possono essere svolte nel presidio, a livello domiciliare e/o nel contesto di vita dell'utente. Il CSM opera attraverso trattamenti territoriali intensivi anche su pazienti a basso consenso alle cure; inoltre garantisce il collegamento con gli altri servizi di salute mentale per il percorso di cura dell'utente."

3.9.1. Requisiti Minimi Strutturali e Tecnologici

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

- locale per accoglienza utenti, segreteria informazioni;
- locali per attività diagnostiche, visite psichiatriche, trattamenti psicoterapeutici, interventi sociali, interventi infermieristici;
- locale visita medica;
- locale per riunioni;
- spazio archivio;
- spazi di attesa, accettazione, attività amministrative;
- servizi igienici distinti per utenti e personale di cui almeno uno accessibile alle persone disabili;
- locale spogliatoio per il personale;
- locale/spazio per deposito materiale pulito e locale/spazio per deposito materiale sporco;
- locale per la conservazione degli archivi e dei dati sensibili;
- locale medicheria con armadio farmaceutico.

Ogni CSM deve essere dotato di almeno 2 PC, per le attività SISP e per le attività clinico-amministrative, di almeno un'autovettura di servizio, di almeno 2 linee telefoniche e di un fax.

In tutti i locali, devono essere di regola assicurate l'illuminazione e la ventilazione naturali o artificiali, secondo la normativa vigente.

3.9.2. Requisiti Minimi Organizzativi

E' assicurata:

- la presenza di personale medico ed infermieristico per tutto l'orario di apertura e la presenza di almeno 1 psicologo e 1 assistente sociale ogni giorno nel turno antimeridiano o pomeridiano;
- la presenza programmata delle altre figure professionali di cui al D.P.R. 7/4/94, in relazione alla popolazione del territorio servito;
- l'apertura è di almeno 12 ore al giorno dal lunedì al venerdì e dalle 8 alle 14 del sabato e dei prefestivi, con accoglienza a domanda, organizzazione attività territoriale, intervento in condizioni di emergenza-urgenza;
- il collegamento con il Dipartimento di Emergenza-Urgenza;
- il collegamento con le altre strutture per la Tutela della Salute Mentale di cui al D.P.R. 7/4/94;
- la presenza di una figura amministrativa per ogni CSM non collocato all'interno di un presidio sanitario polifunzionale.

4. STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE

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

Finalità

Le R.S.A. sono strutture sanitarie residenziali socio-sanitarie, gestite da soggetti pubblici o privati, organizzate per nuclei, finalizzate a fornire ospitalità, prestazioni sanitarie, assistenziali di recupero funzionale e di inserimento sociale nonché di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale per patologie croniche nei confronti di persone non autosufficienti, non assistibili a domicilio e che non necessitano di ricovero in strutture tipo ospedaliero o in centri di riabilitazione di cui all'art. 26 della L. 833/78.

L'ospitalità può essere anche temporanea e programmata per:

- a) completamento di programmi riabilitativi già iniziati presso una struttura ospedaliera.
- b) riduzione del carico assistenziale della famiglia per brevi e determinati periodi.

L'ospitalità temporanea può essere prevista come permanenza dell'ospite per tutto l'arco della giornata ovvero durante la notte per specifiche patologie.

Le R.S.A. possono essere ubicate all'interno di strutture polifunzionali ove sono organizzati:

- servizi socio sanitari a ciclo diurno diretti a persone parzialmente autosufficienti e non autosufficienti;
- servizi sanitari ambulatoriali aperti alla fruizione della generalità dei cittadini;
- unità di degenza preferibilmente per la riabilitazione e lungodegenza post-acuzie;
- servizi socio-assistenziali residenziali e non residenziali rivolti ad anziani e persone con disabilità.

Nelle R.S.A. possono essere istituite Unità di Dialisi Decentrate per Anziani (U.D.D.A.) che dovranno assicurare le prestazioni di dialisi con priorità agli ospiti nefropatici rispetto agli utenti esterni

Destinatari

Le R.S.A. sono diversamente strutturate , in termini organizzativi in funzione delle seguenti aree di intervento:

- **senescenza** riferita a persone anziane con temporanea, totale o prevalente limitazione della propria autosufficienza per patologie cronico-degenerative;
- **disabilità** riferita a persone adulte portatrici di disabilità funzionale in condizione di notevole dipendenza, anche affette da malattie croniche;

In ciascun nucleo sono ospitate, di norma persone afferenti alla medesima area di intervento.

Può essere previsto nell'ambito delle R.S.A. un nucleo per persone affette da malattia da Alzheimer o altre sindromi demenziali in relazione alla programmazione aziendale.

4.1.1. R.S.A. IN REGIME DI RESIDENZIALITÀ

4.1.1.1. Requisiti Strutturali

La capacità recettiva è minima di 20 posti e massima di 80, in via eccezionale fino a 120 posti (strutture ubicate in zone ad alta densità abitativa ovvero derivanti da riconversioni di strutture sanitarie di ampia dimensioni ovvero per documentate esigenze del territorio dell'azienda U.S.L. dove la struttura è ubicata)

La R.S.A. è articolata in nuclei di minimo 10 e massimo 20 persone.

Area della residenzialità

Area abitativa

Devono essere previsti:

- Camere da 1,2,3,4, letti; all'interno di ogni camera deve essere garantita la privacy di ogni singolo ospite e l'accesso e il movimento delle carrozzine.
- Servizi igienici adeguati ai pazienti non autosufficienti a servizio di almeno un terzo dei posti letto, con possibilità di accesso e rotazione completa delle carrozzine, accesso diretto o immediatamente attiguo alla camera, dotato di lavandino, wc, doccia e, laddove possibile, bidet.

Servizi di nucleo (ogni 10-20 ospiti):

- Locale soggiorno/ gioco/ TV/ spazio collettivo.
- Angolo cottura.
- Sala da pranzo anche plurinucleo.
- Locale di servizio per il personale di assistenza con annessi servizi igienici.
- Bagno assistito (è consentita l'installazione di docce per persone disabili in luogo delle vasche ospedaliere; in tal caso dovranno essere garantiti spazi idonei a consentire le manovre al personale di assistenza. Il bagno assistito non è richiesto qualora tutte le camere del nucleo siano fornite di bagno autonomo attrezzato per la non autosufficienza).
- Armadi per la biancheria pulita.
- Locale deposito materiale sporco con vuotatoio e lavapadelle (anche articolato per piano).
- Locale deposito per attrezzature, carrozzine e materiale di consumo etc.(anche articolato per piano).

Area destinata alla valutazione e alle terapie

Devono essere previsti:

- Locali e attrezzature per prestazioni ambulatoriali e per valutazioni specifiche.
- Area destinata all'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione.
- Locali e palestra con attrezzature per le specifiche attività riabilitative previste, anche in comune con altre U.O.

Area della socializzazione

Devono essere previsti:

- Servizi per l'assistenza religiosa e relativi locali.
- Angolo bar, anche in comune con altre U.O. (in alternativa distributori automatici di alimenti e bevande).
- Sale e soggiorni polivalenti.
- Locali per servizi all'ospite (barbiere, parrucchiere, podologo).
- Sale per le attività occupazionali.
- Aree verdi attrezzate all'interno del complesso; qualora ciò non sia possibile, le aree verdi attrezzate possono collocarsi anche fuori dalla struttura, nelle vicinanze della stessa, fatta salva comunque la possibilità da parte degli assistiti di accedervi facilmente.
- Servizi igienici.

Aree generali e di supporto

Devono essere previsti:

- Ingresso con portineria, posta, telefono.
- Uffici amministrativi.
- Cucina, dispensa e locali accessori (se il servizio è appaltato all'esterno un locale per lo sporzionamento).
- Lavanderia e stireria (se il servizio è appaltato all'esterno locali per lo stoccaggio).
- Magazzini.
- Spogliatoi per il personale con annessi servizi igienici.

- Camera mortuaria con sala dolenti.
- Depositi pulito e sporco.

Tutti i corridoi le scale ed i locali di passaggio devono essere forniti di corrimano.

Qualora la R.S.A. sia collocata nell'ambito di complessi sanitari o socio-sanitari polifunzionali è consentita l'utilizzazione di spazi in comune quali quelli corrispondenti alle aree generali e di supporto, all'area di socializzazione e all'area della valutazione e delle terapie. In tal caso, gli spazi in comune dovranno essere di dimensioni tali da soddisfare le esigenze del numero complessivo degli assistiti nell'intera struttura.

Standard dimensionali

Gli standard dimensionali cui riferirsi nella realizzazione delle residenze sono determinati nelle misure che seguono.

Va tenuto presente che gli standard rapportati alle persone sono da considerarsi netti, in quanto fanno riferimento a superfici utili per lo svolgimento delle funzioni specifiche:

- a) la superficie totale utile funzionale della strutture è fissata in mq 40/45 per ospite;
- b) per gli alloggi:
 - mq 28 per una persona
 - mq 38 per due persone
 - mq 52 per tre persone
- c) per le camere (bagno escluso):
 - mq 12 per una persona
 - mq 18 per due persone
 - mq 26 per tre persone
 - mq 32 per quattro persone
- d) le restanti aree di attività e di servizio sono da dimensionarsi nel computo complessivo di 40/45 mq per ospite di cui alla precedente lettera a);
- e) nel caso di strutture preesistenti e di ristrutturazioni sono accettabili misure in eccesso o in difetto entro il 20% degli standard di riferimento.

4.1.1.2. Requisiti Tecnologici

Nelle camere dell'area abitativa la temperatura non deve essere inferiore a 20° C nella stagione invernale e non deve essere superiore a 28° C nella stagione estiva.

Per ogni struttura almeno un ambulatorio è attrezzato con un carrello per la gestione dei casi di urgenza, completo di elettrocardiografo.

Devono essere disponibili i farmaci per il trattamento delle urgenze (adrenalina, cortisonici, antistaminici, diuretici, antiipertensivi, anticonvulsivanti, broncodilatatori, cardiocinetici).

Devono essere presenti:

- attrezzature per la riabilitazione motoria (letto per fisioterapia, cuscini di gomma piuma, tappeto di gomma piuma, parallele, scala svedese, cyclette, pedaliera, apparecchiature per magnetoterapia- elettrostimolazione - ionoforesi);
- materiali e strumenti per la riabilitazione cognitiva (materiali modellabili, oggetti per la stimolazione stereognosica, memory test, etc);
- materiali e strumenti per la terapia occupazionale;
- materiali e strumenti per l'attività ricreativa e di socializzazione;
- attrezzature per l'area abitativa particolarmente adatte ad ospiti non deambulanti e non autosufficiente (letti, materassi e cuscini antidecubito etc.);
- in caso di strutture a più piani, impianti elevatori tra cui almeno un montalettighe idoneo per le persone disabili.

4.1.1.3. Requisiti Organizzativi

L'organizzazione della R.S.A. deve garantire all'ospite:

- il rispetto della dignità e della libertà personale, della riservatezza, dell'individualità e delle convinzioni religiose;
- la continuità dei rapporti sociali e della vita di relazione;
- un ambiente di vita il più possibile simile alla comunità di provenienza per orari e ritmi di vita, nonché la personalizzazione del proprio spazio residenziale;
- la socializzazione all'interno della R.S.A. anche con l'apporto del volontariato e di altri organismi esterni;
- un intervento globale ed interdisciplinare attuato da operatori qualificati;
- la partecipazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento ovvero delle persone che, al di fuori dei rapporti di parentela intrattengono con l'ospite relazioni di carattere affettivo.

I livelli assistenziali garantiti nell'ambito della R.S.A. sono articolati in relazione alla complessità dell'assistenza da erogare, così come segue:

- livello medio-basso;
- livello medio-alto.

Entrambi i livelli devono essere presenti nella struttura.

La R.S.A. è collegata funzionalmente con i servizi territoriali facenti capo alle attività socio - sanitarie del distretto, comprendenti in particolare l'assistenza di medico di M.G. e il Centro di Assistenza Domiciliare .Inoltre in relazione alle specifiche patologie degli ospiti alle vicine strutture ospedaliere, alle strutture specialistiche poliambulatoriali nonché ai Dipartimenti di Salute Mentale.

Nella R.S.A. devono essere garantite tutte le prestazioni che concorrono al mantenimento delle capacità residue degli ospiti ovvero al recupero dell'autonomia in relazione alla loro patologia al fine di raggiungere e mantenere il miglior livello possibile di qualità di vita. In particolare nelle R.S.A. sono erogate:

- prestazioni di medicina generale, specialistiche, farmaceutiche, a carico del S.S.R., alle condizioni e con le modalità previste per la generalità dei cittadini, anche attraverso i servizi distrettuali ed aziendali;
- prestazioni infermieristiche;
- prestazioni riabilitative;
- consulenza e controllo dietologico;
- prestazioni di aiuto personale e di assistenza tutelare;
- prestazioni protesiche, odontoiatriche complete e podologiche alle condizioni e con le modalità previste per la generalità dei cittadini;
- prestazioni di prevenzione della sindrome da immobilizzazione con riduzione al massimo del tempo trascorso a letto;
- prestazioni di tipo alberghiero comprendenti alloggio, vitto e servizi generali rapportati alle particolari condizioni degli ospiti;
- attività di animazione, occupazionale, ricreativa di integrazione e di raccordo con l'ambiente familiare e sociale di origine;
- trasporto e accompagnamento ed eventuale assistenza per la fruizione di prestazioni sanitarie all'esterno della R.S.A.;
- prestazioni per la cura personale (barbiere ,parrucchiere e simili) a richiesta degli ospiti e con oneri a carico degli stessi;
- l'assistenza religiosa e spirituale favorendo la presenza di diversi assistenti religiosi a seconda della confessione degli ospiti;
- qualora sia presente all'interno della R.S.A. una U.D.D.A. la stessa dovrà possedere i requisiti strutturali ed organizzativi specificamente previsti.

La Direzione della R.S.A. è affidata:

- a) al Medico Responsabile in possesso della specializzazione correlata alla tipologia dell'utenza (geriatra, fisiatra o altro specialista) ovvero con documentata attività di servizio per almeno

cinque anni nel settore con presenza di almeno quattro ore giornaliere per sei giorni alla settimana e con responsabilità dell'assistenza sanitaria e delle condizioni psicofisiche degli ospiti;

- b) all'Infermiere Dirigente in possesso della qualificazione ed esperienza professionale prevista per accedere al livello D.S. (art. 12 del CCNL 7 aprile 1999) con la responsabilità della direzione organizzativa ed alberghiera.

La R.S.A. deve essere inoltre in possesso del seguente personale:

- c) infermieri professionali in numero variabile, in relazione al livello assistenziale della R.S.A. o del nucleo, con un rapporto minimo, per il livello medio – basso, di uno ogni otto ospiti e, per il livello medio alto, di uno ogni cinque ospiti, assicurando comunque la presenza di almeno un infermiere per turno;
- d) terapisti della riabilitazione, in numero variabile in relazione al livello assistenziale della R.S.A. e del nucleo con un rapporto minimo di uno ogni dieci ospiti;
- e) terapisti occupazionali, in numero variabile in relazione al livello assistenziale della R.S.A. e del nucleo con un rapporto minimo di uno ogni dieci ospiti;
- f) educatori professionali, in numero variabile in relazione al livello assistenziale della R.S.A. e del nucleo con un rapporto minimo di uno ogni dieci ospiti;
- g) operatori socio - sanitari o in mancanza figure equipollenti in numero variabile con un rapporto minimo uno ogni sei ospiti;
- h) assistente sociale.

In relazione alla specifica connotazione della R.S.A. o del nucleo con un rapporto minimo il personale di cui delle lettere c),d),e), f), g), fermo restando il numero complessivo, può essere articolato diversamente tra le diverse figure professionali in rapporto alle esigenze prevalenti degli ospiti.

La R.S.A. deve essere dotata di personale amministrativo nonché di personale da adibire ai servizi generali in rapporto al numero degli ospiti e al sistema organizzativo della struttura. detto personale può essere anche in comune con altre U.O..

Per ogni ospite deve essere assicurata anche in collaborazione con i servizi distrettuali e la partecipazione del Medico di Medicina Generale:

- la valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente;
- la stesura di un piano di assistenza individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati;
- l'istituzione di una cartella personale contenente tutte le informazioni sanitarie e sociali necessarie per la continuità assistenziale, periodicamente aggiornata dal personale.

Deve esse predisposto un regolamento interno, da consegnare agli ospiti al momento dell'ingresso, il quale deve contenere oltre alle norme di salvaguardia dei principi organizzativi di cui al punto 0.2.

- la dotazione del personale con le rispettive attribuzioni compiti;
- le norme igienico sanitarie;
- le finalità ed i metodi riabilitativi, l'organizzazione della vita all'interno della struttura con particolare riguardo agli orari dei pasti ed alle modalità dei rapporti con la famiglia, gli amici e gli aderenti alle associazioni di volontariato;
- l'indicazione delle modalità di accesso da parte degli ospiti alle prestazioni erogate dal S.S.R.;
- l'indicazione delle prestazioni a pagamento e l'importo delle relative tariffe;
- le modalità di raccolta dei segnali di disservizio.

Presso la R.S.A. deve essere istituito perciò un apposito registro o altro mezzo di rilevazione concordato con l'Azienda U.S.L. nel quale sono riportate le interruzioni, anche temporanee di trattamento o di ospitalità, tali registrazioni devono essere aggiornate dal personale amministrativo e rese disponibili per i controlli di vigilanza.

Deve essere istituito un apposito registro o altro mezzo di rilevazione nel quale sono riportate le interruzioni, anche temporanee di trattamento o di ospitalità, tali registrazioni devono essere aggiornate dal personale amministrativo e rese disponibili per i controlli di vigilanza.

Deve essere assicurata all'interno della R.S.A. l'accesso alle associazioni di volontariato e la partecipazione alle attività di socializzazione degli ospiti.

In particolare, nelle R.S.A. è costituito il comitato di partecipazione, composto da rappresentanti degli ospiti, delle loro famiglie, delle associazioni di volontariato, delle associazioni di tutela dei diritti, del sindacato pensionati maggiormente rappresentativo a livello provinciale e della Consulta regionale per l'handicap, con il compito, tra l'altro, di concorrere alla programmazione, gestione e verifica delle attività all'interno della struttura, anche in rapporto a quanto previsto nel presente paragrafo in materia di dignità, libertà personale e riservatezza dell'ospite.

Il comitato di partecipazione raccoglie e valuta le istanze degli ospiti, in particolare per quanto riguarda le iniziative e le attività collaterali intese a promuovere maggiore autonomia e maggiore integrazione degli stessi all'interno delle R.S.A. e, all'esterno, con il tessuto sociale, formulando le conseguenti proposte alla direzione della struttura.

Il comitato di partecipazione è costituito da:

- 2 rappresentanti degli ospiti;
- 1 rappresentante delle famiglie;

- 1 rappresentante delle associazioni di volontariato che operano all'interno della struttura;
- 1 rappresentante delle associazioni di tutela dei diritti;
- 1 rappresentante del sindacato pensionati maggiormente rappresentativo a livello regionale;
- 1 rappresentante della Consulta Regionale per l'handicap.

4.1.2. R.S.A. IN REGIME DI SEMIRESIDENZIALITÀ

Finalità

Le residenze sanitarie assistenziali organizzano, preferibilmente, anche attività in regime semi-residenziali diretti a persone parzialmente autosufficienti o non autosufficienti.

Tali attività possono essere esercitate:

- all'interno di strutture esclusivamente dedicate ad attività in regime semiresidenziale, con capacità ricettiva massima di 30 pazienti;
- all'interno di strutture di tipo residenziale, secondo una percentuale compresa tra il 10 ed il 20% della capacità ricettiva complessiva (totale posti letto) della struttura medesima.

4.1.2.1. Requisiti Strutturali

Devono essere previsti:

- Locali per accertamenti psicodiagnostici.
- In caso di attività di gruppo (gruppo formato da non più di 5 persone), locale palestra non inferiore a 35 mq; per ogni paziente oltre i 5, la superficie deve essere aumentata di almeno 5 mq.
- Cucinetta.
- Locali spogliatoio, con annessi servizi igienici, in comune con altre U.O..
- Locale attività pedagogico-educativa, addestramento professionale, tempo libero, di superficie pari a 3 mq per ospite.
- Spazi di soggiorno – relax, dotati di poltrone reclinabili, di superficie pari a 3 mq per ospite.
- Locale spogliatoio guardaroba.
- Aree verdi attrezzate all'interno del complesso; qualora ciò non sia possibile, le aree verdi attrezzate possono collocarsi anche fuori dalla struttura, nelle vicinanze della stessa, fatta salva comunque la possibilità da parte degli assistiti di accedervi facilmente.

Qualora nella struttura non venga svolta anche altra attività assistenziale in forma residenziale e/o ambulatoriale, devono essere previsti:

- uno spazio per attesa;
- un locale per accoglienza e per attività amministrative;
- un locale adibito alla direzione del servizio, utilizzabile anche per riunioni d'equipe;

- spogliatoi del personale;
- servizi igienici distinti per gli utenti attrezzato per la disabilità e per il personale;
- un locale per deposito del materiale pulito, con armadi per i materiali d'uso, strumentazione, farmaci e dispositivi medici;
- un locale per il deposito del materiale sporco.

Standard dimensionali

Gli standard dimensionali cui riferirsi nella realizzazione delle residenze sono determinati nelle misure che seguono.

Va tenuto presente che gli standard rapportati alle persone sono da considerarsi netti, in quanto fanno riferimento a superfici utili per lo svolgimento delle funzioni specifiche:

- f) la superficie totale utile funzionale della struttura è fissata in mq 40/45 per ospite;
- g) per gli alloggi:
 - mq 28 per una persona
 - mq 38 per due persone
 - mq 52 per tre persone
- h) per le camere (bagno escluso):
 - mq 12 per una persona
 - mq 18 per due persone
 - mq 26 per tre persone
 - mq 32 per quattro persone
- i) le restanti aree di attività e di servizio sono da dimensionarsi nel computo complessivo di 40/45 mq per ospite di cui alla precedente lettera a);
- j) nel caso di strutture preesistenti e di ristrutturazioni sono accettabili misure in eccesso o in difetto entro il 20% degli standard di riferimento.

4.1.2.2. Requisiti Tecnologici

Per ogni struttura almeno un ambulatorio è attrezzato con un carrello per la gestione dei casi di urgenza, completo di elettrocardiografo.

Devono essere disponibili i farmaci per il trattamento delle urgenze (adrenalina, cortisonici, antistaminici, diuretici, antiipertensivi, anticonvulsivanti, broncodilatatori, cardiocinetici).

Devono, inoltre, essere presenti attrezzature e dispositivi per la valutazione delle varie menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa.

Presidi e attrezzature atte allo svolgimento di prestazioni da parte dei medici specialisti e degli altri operatori professionali della riabilitazione.

Devono essere presenti:

- attrezzature per la riabilitazione motoria (letto per fisioterapia, cuscini di gomma piuma, tappeto di gomma piuma, parallele, scala svcdesc, cyclette, pedaliera, apparecchiature per magnetoterapia – elettrostimolazione - ionoforesi);
- materiali e strumenti per la riabilitazione cognitiva (materiali modellabili, oggetti per la stimolazione stereognosica, memory test, ecc.).
- materiali e strumenti per l'attività ricreativa e di socializzazione.

Sono presenti materiali e strumenti per la terapia occupazionale.

4.1.2.3. Requisiti Organizzativi

La durata di permanenza presso la struttura di ciascun ospite non può essere inferiore a 6 ore, comprensive della colazione e del pasto.

Per i requisiti organizzativi si fa riferimento al punto 4.1.1.3..

4.1.3 RESIDENZE PROTETTE (R.P.)

Finalità

Le Residenze protette (R.P.) sono strutture sanitarie residenziali socio-sanitarie gestite da soggetti pubblici o privati con capacità ricettiva inferiore ai 20 pp.ll. che erogano prestazioni riabilitative di mantenimento finalizzate a fornire prestazioni sanitarie, di recupero funzionale, di inserimento sociale nonché di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale, per patologie croniche nei confronti di persone non autosufficienti non assistibili a domicilio e che non necessitano di ricovero in strutture tipo ospedaliero o in centri di riabilitazione di cui all'art. 26 della L. n.833/78.

I principi che ispirano la gestione delle Residenze protette sono quelli di una dimensione "familiare" capace di aderire ai bisogni di vita delle persone, di permeabilità agli scambi sociali promuovendone la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società.

I programmi riabilitativi sono individualizzati e debbono prevedere un respiro temporale adeguato ai bisogni ed alle capacità dei pazienti.

L'ospitalità può essere anche temporanea e programmata per:

- completamento di programmi riabilitativi già iniziati presso una struttura ospedaliera
- riduzione del carico assistenziale della famiglia per brevi e determinati periodi.

L'ospitalità temporanea può essere prevista come permanenza dell'ospite per tutto l'arco della giornata oppure durante la notte per specifiche patologie.

Le R.P. possono essere ubicate all'interno di strutture polifunzionali ove sono organizzati:

- servizi socio-sanitari a ciclo diurno diretti a persone parzialmente autosufficienti e non autosufficienti;
- servizi sanitari ambulatoriali aperti alla fruizione della generalità dei cittadini;
- unità di degenza preferibilmente per la riabilitazione e lungodegenza post-acuzie;
- servizi socio-assistenziali residenziali e non residenziali rivolti ad anziani e portatori di handicap.

Destinatari

Le R.P. intervengono nelle aree:

- senescenza riferita a persone anziane con temporanea, totale o prevalente limitazione della propria autosufficienza per patologie cronico-degenerative;
- disabilità riferita a persone adulte portatrici di disabilità funzionale in condizione di notevole dipendenza anche affette da malattie croniche. La disabilità è riferita a persone con limitazioni funzionali derivanti da patologie che compromettono in maniera grave e stabile l'abilità di eseguire determinate attività indispensabili per l'autonomia quotidiana. La disabilità comporta

inabilità o limitazioni gravi a svolgere i compiti richiesti abitualmente ad ogni individuo negli ambiti della vita quotidiana.

4.1.3.1 RESIDENZE PROTETTE (R.P.) IN REGIME DI RESIDENZIALITÀ

4.1.3.1.1 Requisiti Strutturali

La capacità recettiva minima è di **6 posti** e massima di **12**.

La struttura è organizzata per tipologie di bisogni assistenziali e per età.

Area della residenzialità

Area abitativa

Devono essere previsti:

- Camere da 1,2,3,4 letti; all'interno di ogni camera deve essere garantita la privacy di ogni singolo ospite e l'accesso e il movimento delle carrozzine ove previsto dalla tipologia dell'utenza.
- Servizi igienici adeguati ai pazienti non autosufficienti, ove previsti, a servizio di almeno un terzo dei posti letto, con possibilità di accesso e rotazione completa delle carrozzine, accesso diretto o immediatamente attiguo alla camera dotato di lavandino, di w.c., doccia e, laddove possibile, bidet.

Servizi

- Sala da pranzo anche plurinucleo/Locale soggiorno/gioco/ TV/ spazio collettivo;
- Angolo cottura;
- Locale di servizio per il personale di assistenza;
- Bagno assistito, ove previsto dall'utenza (è consentita l'installazione di docce per persone disabili in luogo delle vasche ospedaliere; in tal caso dovranno essere garantiti spazi idonei a consentire le manovre al personale di assistenza. Il bagno assistito non è richiesto qualora tutte le camere siano fornite di bagno autonomo attrezzato per la non-autosufficienza).
- Armadi per la biancheria pulita;
- Area destinata alla valutazione e all'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione.

Qualora la RP sia collocata nell'ambito di complessi sanitari o socio-sanitari polifunzionali è consentita l'utilizzazione di spazi in comune quali quelli corrispondenti all'area di socializzazione e all'area della valutazione e delle terapie. In tal caso, gli spazi in comune dovranno essere di dimensioni tali da soddisfare le esigenze del numero complessivo degli assistiti dell'intera struttura.

4.1.3.1.2 Requisiti tecnologici

Nelle camere dell'area abitativa la temperatura non deve essere inferiore a 20 gradi centigradi nella stagione invernale e non deve essere superiore a 28 gradi centigradi nella stagione estiva.

Devono essere presenti:

- carrello per la gestione dei casi di urgenza, completo di elettrocardiografo;
- farmaci per il trattamento delle urgenze;
- attrezzature e dispositivi per la valutazione delle varie menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa
- presidi e attrezzature atte allo svolgimento di prestazioni da parte dei medici specialisti e degli altri operatori professionali della riabilitazione
- attrezzature ed elettromedicali portatili per la terapia fisica e strumentale di supporto a completamento dell'esercizio terapeutico.

4.1.3.1.3 Requisiti Organizzativi

L'organizzazione della R.P. deve garantire all'ospite:

- il rispetto della dignità e della libertà personale, della riservatezza, dell'individualità e delle convinzioni religiose;
- la continuità dei rapporti sociali e della vita di relazione;
- un ambiente di vita il più possibile simile alla comunità di provenienza per orari e ritmi di vita, nonché la personalizzazione del proprio spazio residenziale;
- la socializzazione all'interno della R.P. anche con l'apporto del volontariato e di altri organismi esterni;
- un intervento globale ed interdisciplinare attuato da operatori qualificati;
- la partecipazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento ovvero delle persone che, al di fuori dei rapporti di parentela intrattengano con l'ospite relazioni di carattere affettivo.

La R.P. è collegata funzionalmente con i servizi territoriali delle Aziende USL, in particolare quelli facenti capo alle attività sanitarie del distretto, comprendenti anche l'assistenza dei medici di M.G..

Inoltre, in relazione alle specifiche patologie degli ospiti, la R.P. è collegata funzionalmente alle vicine strutture ospedaliere, alle strutture specialistiche poliambulatoriali.

Nella R.P. devono essere garantite tutte le prestazioni che concorrono al mantenimento delle capacità residue degli ospiti ovvero al recupero dell'autonomia in relazione alla loro patologia al fine di raggiungere e mantenere il miglior livello possibile di qualità di vita. In particolare nelle R.P. sono erogate:

- prestazioni di medicina generale, specialistiche, farmaceutiche, a carico del S.S.R., alle condizioni e con modalità previste per la generalità dei cittadini, anche attraverso i servizi distrettuali ed aziendali;
- prestazioni infermieristiche;
- prestazioni riabilitative;
- consulenza e controllo dietologico;
- prestazioni di aiuto personale e di assistenza tutelare;
- prestazioni protesiche, odontoiatriche complete e podologiche alle condizioni e con le modalità previste per la generalità dei cittadini;
- prestazioni di prevenzione della sindrome da immobilizzazione con riduzione al massimo del tempo trascorso a letto;
- prestazioni di tipo alberghiero comprendenti alloggio, vitto e servizi generali rapportati alle particolari condizioni degli ospiti;
- attività di animazione, occupazionale, ricreativa di integrazione e di raccordo con l'ambiente familiare e sociale di origine;
- prestazioni per la cura personale (barbiere, parrucchiere e simili) a richiesta degli ospiti e con oneri a carico degli stessi;
- l'assistenza religiosa e spirituale favorendo la presenza di diversi assistenti religiosi a seconda della confessione degli ospiti;

La Direzione della R.P. è affidata:

- a) al Medico Responsabile in possesso della specializzazione correlata alla tipologia dell'utenza (geriatra, fisiatra o altro specialista) ovvero con documentata attività di servizio per almeno cinque anni nel settore e con responsabilità dell'assistenza sanitaria e delle condizioni psicofisiche degli ospiti;

La R.P. deve essere inoltre in possesso del seguente personale:

- b) Infermieri professionali, fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali, educatori professionali, assistenti sociali in numero variabile in relazione al livello assistenziale della R.P.
- c) Operatori socio-sanitari o in mancanza figure similari in numero variabile secondo gli standard regionali.

Lo psicologo deve garantire la propria presenza per almeno otto ore settimanali.

In relazione alla specifica connotazione della R.P. il personale di cui alle lettere b) e c), fermo restando il numero complessivo, può essere articolato diversamente tra le diverse figure professionali in rapporto alle esigenze prevalenti degli ospiti.

La R.P. deve essere dotata di personale amministrativo nonché di personale da adibire ai servizi generali in rapporto al numero degli ospiti e al sistema organizzativo della struttura. Detto personale può essere anche in comune con altre U.O.

Per ogni ospite deve essere assicurata anche in collaborazione con i servizi distrettuali e la partecipazione del Medico di Medicina Generale:

- la valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente;
- la stesura di un piano di assistenza individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati;
- l'istituzione di una cartella personale contenente tutte le informazioni sanitarie e sociali necessarie per la continuità assistenziale, periodicamente aggiornata.

Nel caso di persone affette da disagio mentale il D.S.M. di competenza territoriale del paziente dovrà svolgere l'attività valutativa per l'inserimento dello stesso nel nucleo del disagio mentale, nonché funzioni di vigilanza e controllo sull'attività assistenziale offerta dalla struttura, stabilendo, in accordo con l'equipe della R.P. il tempo di permanenza e le eventuali dimissioni.

Deve essere predisposto un regolamento interno, da consegnare agli ospiti al momento dell'ingresso, il quale deve contenere oltre alle norme di salvaguardia dei principi organizzativi:

- la dotazione del personale con le rispettivi attribuzioni compiti;
- le norme igienico sanitarie;
- le finalità ed i metodi riabilitativi, l'organizzazione della vita all'interno della struttura con particolare riguardo agli orari dei pasti ed alle modalità dei rapporti con la famiglia, gli amici e gli aderenti alle associazioni di volontariato;
- l'indicazione delle modalità di accesso da parte degli ospiti alle prestazioni erogate dal S.S.R.;
- l'indicazione delle prestazioni a pagamento e l'importo delle relative tariffe;
- le modalità di raccolta dei segnali di disservizio.

Presso la R.P. deve essere istituito perciò un apposito registro o altro mezzo di rilevazione concordato con l'Azienda U.S.L. nel quale sono riportate le interruzioni, anche temporanee di trattamento o di ospitalità, tali registrazioni devono essere aggiornate dal personale amministrativo e rese disponibili per i controlli di vigilanza.

Deve essere assicurata all'interno della R.P. l'accesso alle associazioni di volontariato e la partecipazione alle attività di socializzazione degli ospiti.

In particolare, nelle R.P. può essere costituito il comitato di partecipazione, composto da rappresentanti degli ospiti, delle loro famiglie, delle associazioni di volontariato, delle associazioni di tutela dei diritti, del sindacato pensionati maggiormente rappresentativo a livello provinciale e della Consulta regionale per l'handicap, con il compito, tra l'altro, di concorrere alla programmazione, gestione e verifica delle attività all'interno della struttura.

Il comitato di partecipazione è costituito da:

- 2 rappresentanti degli ospiti;
- 1 rappresentante delle famiglie;

- 1 rappresentante delle associazioni di volontariato che operano all'interno delle strutture;
- 1 rappresentante delle associazioni di tutela dei diritti;
- 1 rappresentante del sindacato pensionati maggiormente rappresentativo a livello regionale;
- 1 rappresentante della Consulta Regionale per l'handicap.

4.2. PRESIDI DI RIABILITAZIONE FUNZIONALE A FAVORE DI PERSONE PORTATRICI DI DISABILITA' FISICHE PSICHICHE E SENSORIALI (ex art.26 L. 833/78)

Si definiscono Presidi di riabilitazione extra ospedaliera le strutture che erogano prestazioni a ciclo diurno o continuativo, che provvedono al recupero funzionale e sociale di persone portatrici portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste dipendenti da qualunque causa.

I principi che ispirano la gestione delle microstrutture sono quelli di una dimensione "familiare" capace di aderire ai bisogni di vita delle persone, di permeabilità agli scambi sociali promuovendone la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società.

I programmi riabilitativi sono individualizzati e debbono prevedere un respiro temporale adeguato ai bisogni ed alle capacità dei pazienti.

4.2.1. PRESIDI DI RIABILITAZIONE IN REGIME RESIDENZIALE

4.2.1.1. Requisiti Strutturali

La capacità recettiva minima è di 6 posti, mentre quella massima ammonta ad 80.

La struttura è articolata in nuclei di minimo 6 e massimo 20 persone.

Area della residenzialità

Area abitativa

Devono essere previsti:

- Camere da 1,2,3,4, letti; all'interno di ogni camera deve essere garantita la privacy di ogni singolo ospite e l'accesso e il movimento delle carrozzine.
- Servizi igienici adeguati ai pazienti non autosufficienti a servizio di almeno un terzo dei posti letto, con possibilità di accesso e rotazione completa delle carrozzine, accesso diretto o immediatamente attiguo alla camera, dotato di lavandino, wc, doccia e, laddove possibile, bidet.
- Servizi di nucleo (ogni 10-20 ospiti).
- Locale soggiorno/ gioco/ TV/ spazio collettivo.
- Angolo cottura.
- Sala da pranzo anche plurinucleo.

- Locale di servizio per il personale di assistenza con annessi servizi igienici.
- Bagno assistito (è consentita l'installazione di docce per persone disabili in luogo delle vasche ospedaliere; in tal caso dovranno essere garantiti spazi idonei a consentire le manovre al personale di assistenza. Il bagno assistito non è richiesto qualora tutte le camere del nucleo siano fornite di bagno autonomo attrezzato per la non autosufficienza).
- Armadi per la biancheria pulita.
- Locale deposito materiale sporco con vuotatoio e lavapadelle (anche articolato per piano).
- Locale deposito per attrezzature, carrozzine e materiale di consumo etc.(anche articolato per piano).

Area destinata alla valutazione ed alle terapie

Devono essere previsti:

- Locali e attrezzature per prestazioni ambulatoriali e per valutazioni specifiche.
- Area destinata all'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione.
- Locali e palestra con attrezzature per le specifiche attività riabilitative previste, anche in comune con altre U.O..
- Locali per le attività occupazionali.

Area della socializzazione

Devono essere presenti:

- Servizi per l'assistenza religiosa e relativi locali.
- Angolo bar, anche in comune con altre U.O. (in alternativa distributori automatici di alimenti e bevande).
- Sale e soggiorni polivalenti.
- Locali per servizi all'ospite (barbiere, parrucchiere, podologo).
- Aree verdi attrezzate all'interno del complesso; qualora ciò non sia possibile, le aree verdi attrezzate possono collocarsi anche fuori dalla struttura, nelle vicinanze della stessa, fatta salva comunque la possibilità da parte degli assistiti di accedervi facilmente.
- Servizi igienici.

Aree generali e di supporto

Devono essere previsti:

- Ingresso con portineria, posta, telefono.
- Uffici amministrativi.
- Cucina, dispensa e locali accessori (se il servizio è appaltato all'esterno un locale per lo sporzionamento).
- Lavanderia e stireria (se il servizio è appaltato all'esterno locali per lo stoccaggio).
- Magazzini.
- Spogliatoi per il personale con annessi servizi igienici.
- Camera mortuaria con sala dolenti.
- Depositi pulito e sporco.

Tutti i corridoi le scale ed i locali di passaggio devono essere forniti di corrimano.

Qualora la struttura sia collocata nell'ambito di complessi sanitari o socio - sanitari polifunzionali, è consentita l'utilizzazione di spazi in comune quali quelli corrispondenti alle aree generali e di supporto, all'area di socializzazione e all'area della valutazione e delle terapie. In tal caso, gli spazi in comune dovranno essere di dimensioni tali da soddisfare le esigenze del numero complessivo degli assistiti nell'intera struttura.

Standard dimensionali

Gli standard dimensionali cui riferirsi nella realizzazione dei presidi sono determinati nelle misure che seguono.

Va tenuto presente che gli standard rapportati alle persone sono da considerarsi netti, in quanto fanno riferimento a superfici utili per lo svolgimento delle funzioni specifiche:

- k) la superficie totale utile funzionale della strutture è fissata in mq 40/45 per ospite;
- l) per gli alloggi:
 - mq 28 per una persona
 - mq 38 per due persone
 - mq 52 per tre persone
- m) per le camere (bagno escluso):
 - mq 12 per una persona
 - mq 18 per due persone
 - mq 26 per tre persone

mq 32 per quattro persone

- n) le restanti aree di attività e di servizio sono da dimensionarsi nel computo complessivo di 40/45 mq per ospite di cui alla precedente lettera a);
- o) nel caso di strutture preesistenti e di ristrutturazioni sono accettabili misure in eccesso o in difetto entro il 20% degli standard di riferimento.

Requisiti Strutturali per le microstrutture (6-12 posti)

- Per strutture fino a 12 posti letto, caratteristiche delle civili abitazioni ed organizzazione interna che garantiscano sia gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana, sia le specifiche attività sanitarie, con spazi dedicati per il personale, per i colloqui e per le riunioni.
- Collocazione in normale contesto residenziale urbano, in modo da agevolare i processi di socializzazione.
- Nel caso in cui la riabilitazione in microcomunità rappresenti una delle tipologie di offerta riabilitativa che preveda l'erogazione degli interventi in regime residenziali, e/o semiresidenziale, e/o ambulatoriale la sede operativa può essere collocata all'interno della struttura di offerta di detti servizi.
- Deve essere prevista una sede operativa autonoma nel caso in cui l'attività riabilitativa in micro-comunità venga svolta in maniera esclusiva.
- La dotazione minima di ambienti della sede operativa è il seguente:

Uno spazio per l'attesa

Un locale per accoglienza e per attività amministrative

Un locale adibito alla Direzione del servizio, utilizzabile anche per riunioni d'equipe

Servizi igienici distinti per utenti e per il personale

Spazio per i materiali d'uso, strumentazione e dispositivi medici

Raccoglitori per il materiale sporco con eventuale raccolta rifiuti speciali, se necessaria.

Gli spazi debbono essere privi di barriere a meno che l'autorizzazione della struttura non preveda l'esplicita esclusione dei disabili fisici dai possibili utenti.

4.2.1.2. Requisiti Tecnologici ed impiantistici

Nelle camere dell'area abitativa la temperatura non deve essere inferiore a 20° C nella stagione invernale e non deve essere superiore a 28° C nella stagione estiva.

Per ogni struttura almeno un ambulatorio è attrezzato con un carrello per la gestione dei casi di urgenza, completo di elettrocardiografo.

Devono essere disponibili i farmaci per il trattamento delle urgenze (adrenalina, cortisonici, antistaminici, diuretici, antiipertensivi, anticonvulsivanti, broncodilatatori, cardiocinetici).

Devono essere presenti:

- attrezzature per la riabilitazione motoria (letto per fisioterapia, cuscini di gomma piuma, tappeto di gomma piuma, parallelele, scala svedese, cyclette, pedaliera, apparecchiature per magnetoterapia - elettrostimolazione - ionoforesi);
- materiali e strumenti per la riabilitazione cognitiva (materiali modellabili, oggetti per la stimolazione stereognosica, memory test, etc.);
- materiali e strumenti per la terapia occupazionale;
- attrezzature per l'area abitativa particolarmente adatte ad ospiti non deambulanti e non autosufficiente (letti, materassi e cuscini antidecubito etc.).

In caso di strutture a più piani, impianti elevatori tra cui almeno un montalettighe idoneo per le persone disabili.

Requisiti tecnologici per le microcomunità (6-12):

- carrello per la gestione dei casi di urgenza, completo di elettrocardiografo
- farmaci per il trattamento delle urgenze
- attrezzature e dispositivi per la valutazione delle varie menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa
- presidi e attrezzature atte allo svolgimento di prestazioni da parte dei medici specialisti e degli altri operatori professionali della riabilitazione
- attrezzature ed elettromedicali portatili per la terapia fisica e strumentale di supporto a completamento dell'esercizio terapeutico.

4.2.1.3. Requisiti Organizzativi

La direzione del servizio è affidata ad un medico in possesso di specializzazione correlata alla disabilità trattata ovvero possedere un'anzianità di servizio di almeno 5 anni nel settore.

Il responsabile del centro può assumere anche la direzione dell'attività semi residenziale, ambulatoriale e domiciliare, nel caso in cui detti tipi d'intervento rappresentino le diverse tipologie di offerta assistenziale nella medesima struttura.

Il Direttore responsabile:

- garantisce la formulazione e l'applicazione del regolamento interno;
- risponde della idoneità del personale, delle attrezzature degli impianti;
- vigila sulla puntuale osservanza delle norme igienico sanitarie, sulla efficienza e sicurezza dello strumentario e dei locali, sulla validità e corretta applicazione delle metodologie in uso;
- coordina il lavoro del personale operante nella struttura;

- è responsabile della registrazione delle cartelle cliniche degli utenti;
- provvede all'aggiornamento delle metodiche;
- è responsabile delle segnalazioni obbligatorie previste dalla normativa vigente e del rispetto delle norme di sicurezza nei confronti del personale e degli utenti.

In caso di assenza o di impedimento del direttore responsabile le sue funzioni vengono temporaneamente svolte da un altro medico con specializzazioni previste per la direzione tecnica o in mancanza di un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nel settore.

Il presidio deve disporre di personale in possesso delle necessarie qualificazioni professionali, in numero proporzionale alla tipologia ed al volume dell'attività svolta.

Il Presidio deve essere dotato di una équipe pluridisciplinare composta da:

- fisiatra o disciplina equipollente, Neurologo o disciplina equipollente ed inoltre, per le attività rivolte all'età evolutiva, Neuropsichiatria infantile o disciplina equipollente;
- psicologo;
- professionisti sanitari della riabilitazione (Fisioterapisti, educatori professionali, TdR, terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, logopedista, Terapisti occupazionali etc.) in numero proporzionato al volume di attività;
- assistente sociale;
- responsabile personale infermieristico;
- consulenti (Medici specialisti o altre professioni sanitarie).

Ogni struttura erogatrice deve correlare la presenza della tipologia del personale specialistico dell'équipe alle caratteristiche della disabilità. I dirigenti area infermieristica, gli infermieri professionali, i terapisti della riabilitazione, gli assistenti sociali e gli educatori, possono essere tra loro intercambiabili in relazione alla tipologia dei pazienti presenti nella struttura a condizione che il numero complessivo del monte ore previsto sia rigidamente rispettato.

Sono programmate ed effettuate regolarmente riunioni di équipe e aggiornamento periodico.

Per ogni singolo paziente deve essere redatto un progetto riabilitativo, con monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni della disabilità, da parte dell'équipe multiprofessionale comprendente uno o più programmi terapeutici.

Deve essere:

- utilizzata una cartella individuale che contenga i dati relativi al paziente (dati anagrafici, data inizio programma, operatori di riferimento, diagnosi) gli strumenti di valutazione utilizzati, il piano di trattamento con aggiornamenti, le prestazioni erogate, le verifiche, i risultati raggiunti e motivazione della chiusura del programma;
- assicurato un sistema di archiviazione delle cartelle che consenta un rapido accesso ai dati.

Sono previste specifiche modalità di registrazione delle attività.

Le attività di recupero e rieducazione funzionale sono caratterizzate da modalità di lavoro di equipe.

Si deve garantire la globale presa in carico per tutto l'iter terapeutico previsto la dotazione organica del personale è rapportata alla tipologia della struttura ed al volume delle prestazioni rese.

Deve essere garantita alla famiglia una adeguata informazione e partecipazione nonché specifico addestramento prima del rientro del paziente al proprio ambiente di vita.

4.2.2. PRESIDI DI RIABILITAZIONE IN REGIME SEMIRESIDENZIALE

L'attività di riabilitazione a ciclo diurno può essere svolta in strutture autonome ovvero inserita all'interno di strutture residenziali.

4.2.2.1. Requisiti Strutturali

Devono essere previsti:

- Locali per accertamenti psicodiagnostici.
- In caso di attività di gruppo (gruppo formato da non più di 5 persone), locale palestra non inferiore a 35 mq; per ogni paziente oltre i 5, la superficie deve essere aumentata di almeno 5 mq.
- Cucinetta.
- Locali spogliatoio, con annessi servizi igienici, in comune con altre U.O.
- Locale attività pedagogico-educativa, addestramento professionale, tempo libero, di superficie pari a 3 mq per ospite.
- Spazi di soggiorno – relax, dotati di poltrone reclinabili, di superficie pari a 3 mq per ospite.
- Locale spogliatoio guardaroba.

Qualora nella struttura non venga svolta anche altra attività assistenziale in forma residenziale e/o ambulatoriale, devono essere previsti:

- uno spazio per attesa;
- un locale per accoglienza e per attività amministrative;
- un locale adibito alla direzione del servizio, utilizzabile anche per riunioni d'equipe;
- spogliatoi del personale;
- Aree verdi attrezzate all'interno del complesso; qualora ciò non sia possibile, le aree verdi attrezzate possono collocarsi anche fuori dalla struttura, nelle vicinanze della stessa, fatta salva comunque la possibilità da parte degli assistiti di accedervi facilmente.
- servizi igienici distinti per gli utenti attrezzato per la disabilità e per il personale;
- un locale per deposito del materiale pulito, con armadi per i materiali d'uso, strumentazione, farmaci e dispositivi medici;
- un locale deposito del materiale sporco.

Requisiti Strutturali per le microstrutture (6-12 posti)

- Per strutture fino a 12 posti, caratteristiche delle civili abitazioni ed organizzazione interna che garantiscano sia gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana, sia le specifiche attività sanitarie, con spazi dedicati per il personale, per i colloqui e per le riunioni.
- Collocazione in normale contesto residenziale urbano, in modo da agevolare i processi di socializzazione.
- Nel caso in cui la riabilitazione in microcomunità rappresenti una delle tipologie di offerta riabilitativa che preveda l'erogazione degli interventi in regime residenziali, e/o semiresidenziale, e/o ambulatoriale la sede operativa può essere collocata all'interno della struttura di offerta di detti servizi.
- Deve essere prevista una sede operativa autonoma nel caso in cui l'attività riabilitativa in micro-comunità venga svolta in maniera esclusiva.
- La dotazione minima di ambienti della sede operativa è il seguente:

Uno spazio per l'attesa

Un locale adibito alla Direzione del servizio, utilizzabile anche per riunioni d'equipe e per le attività amministrative

Servizi igienici distinti per utenti e per il personale

Spazio per i materiali d'uso, strumentazione e dispositivi medici

Raccoglitori per il materiale sporco con eventuale raccolta rifiuti speciali, se necessaria.

Gli spazi debbono essere privi di barriere a meno che l'autorizzazione della struttura non preveda l'esplicita esclusione dei disabili fisici dai possibili utenti.

4.2.2.2. Requisiti Tecnologici

Per ogni struttura almeno un ambulatorio è attrezzato con un carrello per la gestione dei casi di urgenza, completo di elettrocardiografo.

Devono essere disponibili i farmaci per il trattamento delle urgenze (adrenalina, cortisonici, antistaminici, diuretici, antiipertensivi, anticonvulsivanti, broncodilatatori, cardiocinetici).

Attrezzature e dispositivi per la valutazione delle varie menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa.

Presidi e attrezzature atte allo svolgimento di prestazioni da parte dei medici specialisti e degli altri operatori professionali della riabilitazione.

Devono essere presenti:

- attrezzature per la riabilitazione motoria (letto per fisioterapia, cuscini di gomma piuma, tappeto di gomma piuma, parallele, scala svedese, cyclette, pedaliera, apparecchiature per magnetoterapia – elettrostimolazione - ionoforesi);

- materiali e strumenti per la riabilitazione cognitiva (materiali modellabili, oggetti per la stimolazione stereognosica, memory test, ecc.).

Sono presenti materiali e strumenti per la terapia occupazionale.

Requisiti tecnologici per microcomunità (6-12 posti)

- carrello per la gestione dei casi di urgenza, completo di elettrocardiografo
- farmaci per il trattamento delle urgenze
- attrezzature e dispositivi per la valutazione delle varie menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa
- presidi e attrezzature atte allo svolgimento di prestazioni da parte dei medici specialisti e degli altri operatori professionali della riabilitazione
- attrezzature ed elettromedicali portatili per la terapia fisica e strumentale di supporto a completamento dell'esercizio terapeutico.

4.2.2.3. Requisiti Organizzativi

La durata di permanenza presso la struttura di ciascun ospite non può essere inferiore a 6 ore, comprensive della colazione e del pasto.

Per i requisiti organizzativi si fa riferimento al punto 4.2.1.3..

Ogni struttura erogatrice deve correlare la presenza della tipologia del personale specialistico dell'equipe alle caratteristiche della disabilità.

I dirigenti area infermieristica, gli infermieri professionali, gli operatori della riabilitazione, gli assistenti sociali e gli educatori, sono presenti in relazione alla tipologia dei pazienti presenti nella struttura a condizione che il numero complessivo del monte ore previsto sia rigidamente rispettato.

4.3. STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE

Definizioni

Le Strutture Residenziali psichiatriche sono così suddivise:

- **Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative (S.R.T.R.)** (appartengono a questa categoria le autorizzazioni già rese per Comunità Terapeutico-Riabilitative): strutture sanitarie di tipo comunitario per il trattamento volontario globale- psicoterapeutico, farmacologico, relazionale e sociale- di pazienti preferibilmente giovani e agli esordi psicopatologici, con disturbi in fase di acuzie, post-acuzie o sub-acuzie, non trattabili a domicilio, che non necessitano di trattamenti in regime di ricovero e che necessitano di una temporanea e specializzata presa in carico in un contesto di vita quotidiana alternativo a quello abituale. Le S.R.T.R., quali mediatori della relazione terapeutica, hanno la finalità di far superare la fase di acuzie, post-acuzie o sub-acuzie e di favorire l'acquisizione di soddisfacenti capacità relazionali e di adeguati livelli di autonomia personale. Le S.R.T.R. garantiscono un'assistenza 24 ore/24 e si suddividono in:
 - **S.R.T.R. per trattamenti comunitari intensivi:** strutture per pazienti con disturbi in fase di acuzie e post-acuzie, che richiedono interventi intensivi relazionali, farmacologici e psicoterapeutici, con una permanenza massima nella struttura orientativamente di 60 giorni.
 - **S.R.T.R. per trattamenti comunitari estensivi:** strutture per pazienti con disturbi in fase di sub-acuzie, che richiedono interventi relazionali, psicoterapeutici e farmacologici, con una permanenza massima nella struttura orientativamente di 2 anni e successivo reinserimento nell'abituale contesto di vita o in un contesto abitativo autonomo supportato a livello domiciliare, o successivo passaggio graduale in strutture con minore impegno e/o specificità assistenziale a valenza socio-riabilitativa o socio-assistenziale (LR n.41/03).
- **Strutture Residenziali Socio-Riabilitative (S.R.S.R.):** strutture socio-sanitarie di tipo comunitario per il trattamento volontario riabilitativo e il reinserimento sociale di pazienti adulti con un processo di stabilizzazione della patologia ed aspetti disabilitanti, non trattabili a domicilio o in strutture socio-assistenziali, che necessitano di periodi di ospitalità di medio-lungo termine in un contesto comunitario o alloggiativo familiare a diversi livelli di assistenza. Le S.R.S.R., quali mediatori della "restituzione sociale", hanno la finalità di favorire l'acquisizione della maggiore autonomia possibile per consentire l'uscita dall'ambito dell'assistenza psichiatrica e il possibile reinserimento sociale, attraverso il rientro in famiglia, o in un contesto abitativo autonomo supportato a livello domiciliare, o l'inserimento in strutture socio-assistenziali, o il passaggio in strutture della stessa tipologia ma con minore livello di intensità di protezione assistenziale socio-sanitaria. Le S.R.S.R. si suddividono in:
 - **S.R.S.R. a elevata intensità assistenziale socio-sanitaria (24 ore/24)** (appartengono a questa categoria le autorizzazioni già rese per comunità riabilitative-residenziali): strutture per pazienti con un grado di stabilizzazione della patologia ed aspetti disabilitanti da richiedere una protezione assistenziale socio-sanitaria continuativa nelle 24 ore.

- **S.R.S.R. a media intensità assistenziale socio-sanitaria (12 ore/24)** (appartengono a questa categoria le autorizzazioni già rese per Comunità di Convivenza e Comunità Alloggio): strutture per pazienti con un grado di stabilizzazione della patologia e con livelli di autonomia quotidiana tali da richiedere una protezione assistenziale socio-sanitaria nelle sole 12 ore diurne. Il percorso socio-riabilitativo e la permanenza in queste strutture devono essere orientati verso un'ulteriore possibile diminuzione dell'assistenza e verso l'acquisizione delle autonomie necessarie per uscire dall'ambito assistenziale psichiatrico.
- **S.R.S.R. a bassa intensità assistenziale socio-sanitaria con presenza di personale per fasce orarie** (appartengono a questa categoria le autorizzazioni già rese per Gruppi Appartamento): strutture per pazienti con un grado di stabilizzazione della patologia e con sufficienti livelli di autonomia tali da richiedere un supporto sociale e riabilitativo solo per una parte della giornata da parte di figure professionali con funzioni di sostegno e di supporto alla gestione della vita quotidiana.

Finalità e Destinatari

Le strutture residenziali psichiatriche esplicano le funzioni terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative per utenti di esclusiva competenza psichiatrica, tranne quelle strutture residenziali specificatamente dedicate a pazienti che presentano una comorbidità per disturbi psichiatrici e per dipendenza/abuso da sostanze psicotrope.

Agli ospiti delle strutture residenziali psichiatriche devono essere garantiti:

- Un ambiente il più possibile simile, per orari e ritmi della vita quotidiana, ad un contesto di vita familiare ed un clima emotivo favorente la convivenza comunitaria;
- La continuità dei rapporti sociali e della vita di relazione, fatte salve giustificate indicazioni cliniche contrarie;
- La socializzazione all'interno e all'esterno della struttura anche con l'apporto di organizzazioni di partecipazione e di volontariato;
- La partecipazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento e/o il coinvolgimento delle persone che, al di fuori del rapporto di parentela, intrattengono con l'ospite relazioni di carattere affettivo, fatte salve giustificate indicazioni cliniche contrarie;
- Il collegamento con le strutture del DSM del territorio su cui insiste la struttura residenziale psichiatrica e il collegamento con le strutture del DSM di provenienza, ovvero di pertinenza territoriale per la presa in carico.

4.3.1. Requisiti minimi Strutturali

Tutte le Strutture Residenziali Psichiatriche devono essere in possesso di quanto segue:

- Collocazione in normale contesto residenziale urbano e/o facilmente raggiungibile con i mezzi pubblici, in modo da agevolare i processi di socializzazione.
- Numero complessivo di locali e spazi in relazione alla popolazione assistita, con possibilità di spazi collettivi con funzioni polivalenti, fatto salvo lo spazio dedicato alla custodia dei farmaci.
- Numero massimo di posti 20.
- Per le strutture fino a 10 posti di ospitalità, caratteristiche delle civili abitazioni ed organizzazione interna che garantiscano sia gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana, sia

le specifiche attività sanitarie, con spazi dedicati per il personale, per i colloqui e per le riunioni.

- Per le strutture oltre i 10 posti di ospitalità, i requisiti di cui all'all. "A" del D.P.C.M. 22 dicembre 1989, limitatamente ai criteri n.5, n.7, n.9, lettere a) e b), lettera f) in relazione alle dimensioni della struttura, e n.10. Per le aree di attività e di servizio di cui alla lettera c) punto 10, possono essere computate aree esterne attrezzate per finalità terapeutico-riabilitative sino al 30% del computo complessivo. Possono essere concesse deroghe relativamente al servizio di preparazione dei pasti e di ristorazione interna per gli ospiti, se l'attività rientra nei programmi riabilitativi e condotta a dimensione familiare.

4.3.2. Requisiti minimi Organizzativi

I requisiti minimi di seguito indicati si riferiscono a strutture per 20 posti di ospitalità. Deve essere assicurata:

- Per le Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative per trattamenti comunitari intensivi, la presenza di personale di assistenza nelle 24 ore, così come di seguito riportato:

- a) 5 figure professionali appartenenti al ruolo sanitario medico o psicologico (medici psichiatri, psicologi), di cui almeno 3 medici psichiatri, di cui 1 con funzione di responsabile della struttura, anche per gli aspetti igienico-sanitari.
- b) 6 figure professionali appartenenti al ruolo sanitario infermieristico (infermieri), con presenza di almeno 1 unità nelle 24 ore, anche per le strutture con 10 ospiti.
- c) 3 operatori del ruolo sanitario educativo-riabilitativo per diplomati o laureati con laurea breve (educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, tecnici della psicologia).
- d) 5 operatori socio-sanitari (OSS).
- e) 1 assistente sociale per 12 ore a settimana.
- f) figure professionali per le funzioni ausiliarie e amministrative per un totale di 24 ore a settimana (ausiliari, addetti alla cucina, economi del programma, ecc.).

Le presenze di cui sopra possono variare nelle varie fasce di professionalità o specializzazioni a seconda del modello terapeutico indicato nella richiesta di autorizzazione, purché per ogni singola categoria siano rispettati i numeri minimi, le qualifiche non siano di livello inferiore a quelle previste per la categoria ed in totale l'organico mantenga il rapporto 1:1 sui posti autorizzati, con presenza nei turni di almeno 3 addetti di giorno e 2 di notte, di cui 1 del ruolo infermieristico, per le strutture con 20 posti di ospitalità.

Per le strutture autorizzate per meno di 20 posti le figure professionali di cui ai punti b), c) e d) saranno ridotte in proporzione, fermo restando il rapporto tra il numero complessivo delle unità di personale a tempo pieno e il numero dei posti di ospitalità autorizzati pari ad almeno 1:1. Per le strutture fino a dieci posti deve essere garantita una presenza nei turni di almeno 2 addetti di giorno e 1 di notte, di cui 1 del ruolo infermieristico.

Ogni struttura deve mantenere un registro con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata ai sensi della vigente normativa.

- Per le Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative per trattamenti comunitari estensivi, la presenza di personale di assistenza nelle 24 ore, così come di seguito riportato:

- a) 4 figure professionali appartenenti al ruolo sanitario medico o psicologico (medici psichiatri, psicologi), di cui almeno 1 medico psichiatra, con funzione di responsabile per gli aspetti igienico-sanitari.
- b) 1 infermiere, o unità equivalenti, per 36 ore a settimana, con orario ripartito a fasce orarie diurne per 7 giorni a settimana.
- c) 6 operatori del ruolo sanitario educativo-riabilitativo per diplomati o laureati con laurea breve (educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, tecnici della psicologia).
- d) 8 operatori socio-sanitari (OSS).
- e) 1 assistente sociale per 12 ore a settimana.
- f) figure professionali per le funzioni ausiliarie e amministrative per un totale di 24 ore a settimana (ausiliari, addetti alla cucina, economi del programma, ecc.).

Le presenze di cui sopra possono variare nelle varie fasce di professionalità o specializzazioni a seconda del modello terapeutico indicato nella richiesta di autorizzazione, purché per ogni singola categoria siano rispettati i numeri minimi, le qualifiche non siano di livello inferiore a quelle previste per la categoria ed in totale l'organico mantenga il rapporto 1:1 sui posti autorizzati, con presenza nei turni di almeno 3 addetti di giorno e 2 di notte, di cui 1 del ruolo sanitario, per le strutture con 20 posti di ospitalità.

Per le strutture autorizzate per meno di 20 posti le figure professionali di cui ai punti b), c) e d) saranno ridotte in proporzione, fermo restando il rapporto tra il numero complessivo delle unità di personale a tempo pieno e il numero dei posti di ospitalità autorizzati pari ad almeno 1:1. Per le strutture fino a dieci posti deve essere garantita una presenza nei turni di almeno 2 addetti di giorno e 1 di notte.

Ogni struttura deve mantenere un registro con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata ai sensi della vigente normativa.

- Per le Strutture Residenziali Socio-Riabilitative a elevata intensità assistenziale socio-sanitaria (24 ore/24): presenza di personale come di seguito riportato:

- a) 3 figure professionali appartenenti al ruolo sanitario medico o psicologico (medici psichiatri, psicologi), di cui almeno 1 medico psichiatra, con funzione di responsabile per gli aspetti igienico-sanitari.
- b) 1 infermiere, o unità equivalenti, per 36 ore a settimana, con orario ripartito a fasce orarie diurne per 7 giorni a settimana.
- c) 7 operatori del ruolo sanitario educativo-riabilitativo per diplomati o laureati con laurea breve (educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, tecnici della psicologia).
- d) 5 operatori socio-sanitari (OSS).
- e) 1 assistente sociale per 12 ore a settimana.
- f) figure professionali per le funzioni ausiliarie e amministrative per un totale di 12 ore a settimana (ausiliari, addetti alla cucina, economi del programma, ecc.).

Le presenze di cui sopra possono variare nelle varie fasce di professionalità o specializzazioni a seconda del modello riabilitativo indicato nella richiesta di autorizzazione, purché per ogni singola

categoria siano rispettati i numeri minimi, le qualifiche non siano di livello inferiore a quelle previste per la categoria ed in totale l'organico mantenga il rapporto 0,8:1 sui posti autorizzati, con presenza nei turni di almeno 2 addetti di giorno e 2 di notte, di cui 1 del ruolo sanitario, per le strutture con 20 posti di ospitalità.

Per le strutture autorizzate per meno di 20 posti le figure professionali di cui ai punti b), c) e d) saranno ridotte in proporzione, fermo restando il rapporto tra il numero complessivo delle unità di personale a tempo pieno e il numero dei posti di ospitalità pari ad almeno 0,8:1. Per le strutture fino a dieci posti deve essere garantita una presenza nei turni di almeno 2 addetti di giorno e 1 di notte.

Ogni struttura deve mantenere un registro con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata ai sensi della vigente normativa.

- Per le Strutture Residenziali Socio-Riabilitative a media intensità assistenziale socio-sanitaria (12 ore/24): presenza di personale come di seguito riportato:

a) 3 figure professionali appartenenti al ruolo sanitario medico o psicologico (medici psichiatri, psicologi), di cui almeno 1 medico psichiatra, con funzione di responsabile per gli aspetti igienico-sanitari.

b) 1 infermiere, o unità equivalenti, per 36 ore a settimana, con orario ripartito a fasce orarie diurne per 7 giorni a settimana.

c) 6 operatori del ruolo sanitario educativo-riabilitativo per diplomati o laureati con laurea breve (educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, tecnici della psicologia).

d) 3 operatori socio-sanitari (OSS).

e) 1 assistente sociale per 12 ore a settimana.

f) figure professionali per le funzioni ausiliarie e amministrative per un totale di 12 ore a settimana (ausiliari, addetti alla cucina, economi del programma, ecc.).

Le presenze di cui sopra possono variare nelle varie fasce di professionalità o specializzazioni a seconda del modello riabilitativo indicato nella richiesta di autorizzazione, purché per ogni singola categoria siano rispettati i numeri minimi, le qualifiche non siano di livello inferiore a quelle previste per la categoria ed in totale l'organico mantenga il rapporto 0,7:1 sui posti autorizzati, con presenza nei turni di almeno 2 addetti, di cui 1 del ruolo sanitario, per le strutture con 20 posti di ospitalità.

Per le strutture autorizzate per meno di 20 posti le figure professionali di cui ai punti b), c) e d) saranno ridotte in proporzione, fermo restando il rapporto tra il numero complessivo delle unità di personale a tempo pieno e il numero dei posti di ospitalità pari ad almeno 0,7:1. Per le strutture fino a dieci posti deve essere garantita una presenza nei turni di 2 addetti.

Ogni struttura deve mantenere un registro con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata ai sensi della vigente normativa.

- Per le Strutture Residenziali Socio-Riabilitative a bassa intensità assistenziale socio-sanitaria con presenza di personale per fasce orarie: presenza di personale per moduli di massimo 10 pazienti così come di seguito riportato:

a) 2 figure professionali appartenenti al ruolo sanitario medico o psicologico (medici psichiatri, psicologi), di cui 1 medico psichiatra, con funzione di responsabile per gli aspetti igienico-sanitari.

- b) 1 infermiere , o unità equivalenti, per 12 ore a settimana, con orario ripartito a fasce orarie diurne per 6 giorni a settimana.
- c) 2 operatori del ruolo sanitario educativo-riabilitativo per diplomati o laureati con laurea breve (educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, tecnici della psicologia).
- d) 1 operatori socio-sanitari (OSS).
- e) figure professionali per le funzioni ausiliarie e amministrative per un totale di 6 ore a settimana (ausiliari, addetti alla cucina, economi del programma, ecc.).

Le presenze di cui sopra possono variare nelle varie fasce di professionalità o specializzazioni a seconda del modello riabilitativo indicato nella richiesta di autorizzazione, purché per ogni singola categoria siano rispettati i numeri minimi, le qualifiche non siano di livello inferiore a quelle previste per la categoria ed in totale l'organico mantenga il rapporto 0,5:1 sui posti autorizzati, con presenza nei turni di 2 addetti, di cui 1 del ruolo sanitario.

Per le strutture autorizzate per meno di 10 posti le figure professionali di cui ai punti b), c) e d) saranno ridotte in proporzione.

Ogni struttura deve mantenere un registro con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata ai sensi della vigente normativa.

4.4. CENTRI DIURNI PSICHIATRICI E DAY HOSPITAL PSICHIATRICI

Finalità e destinatari

I Centri diurni ed i Day Hospital psichiatrici sono individuati così come di seguito riportato:

- **il Day Hospital (D.H.).** E' una struttura semiresidenziale di tipo ospedaliero funzionalmente collegata alle strutture mediche e chirurgiche dell'ospedale nella quale vengono articolati programmi terapeutici e riabilitativi a breve e medio termine programmati e coordinati dal C.S.M..
Ha la funzione di affrontare le situazioni sub-acute emergenti, con finalità diagnostiche, di prevenzione al ricovero, di trattamento precoce e di avvio o di recupero del progetto terapeutico. La sua configurazione strutturale dovrà prevedere la presenza di locali idonei per i trattamenti, che possono andare da quelli farmacologici infusivi a quelli psicoterapeutici individuali e di gruppo.
Il D.H. è una struttura in cui possono essere ottimizzate procedure di osservazione di pazienti psichiatrici con finalità diagnostiche sia in senso descrittivo che in senso psicologico-clinico. Ciò può determinarsi attraverso un'attività psicodiagnostica e sistematiche procedure protocollate di valutazione delle risorse psichiche delle difettualità in ordine alla messa a punto di programmi terapeutico-riabilitativi.
Il D.H. costituisce pertanto un prototipo di struttura intermedia le cui funzioni non sono solamente quelle di accompagnare i pazienti nel percorso di uscita da una situazione di scompenso e favorirne il reingresso nella società, ma di realizzare strutturalmente e funzionalmente un'area terapeutica a cui i pazienti accedono anche direttamente, secondo i programmi del C.S.M..
- **il Centro Diurno (C.D.).** E' una struttura intermedia con funzioni socio-sanitarie (socio-terapeutiche e socio-riabilitative) in cui si erogano prestazioni e attività destinate a quegli utenti che, pur trovandosi in situazioni gravi e con bisogni di trattamenti socio-sanitari tesi a ridurre tendenze passivizzate, necessitano di mantenere un legame forte con il contesto di vita familiare e/o sociale. Il CD è pertanto una struttura funzionale al progetto terapeutico e all'inserimento sociale, sia nelle situazioni critiche che nei trattamenti a lungo termine; svolge una funzione di intermediario tra il ricovero e la cura ambulatoriale, tra un intervento globale e la delega alla famiglia o al contesto sociale di appartenenza.
Il CD si rivolge a:
 - a) utenti in situazioni critiche e/o in dimissione dal S.P.D.C. o dalle case di cura neuropsichiatriche accreditate;
 - b) utenti inviati per l'osservazione al fine di una maggiore comprensione diagnostica e terapeutica;
 - c) utenti che necessitano di interventi favorevoli il recupero di aspetti comunicativi e relazionali;
 - d) utenti che possono giovare di interventi mirati all'apprendimento di attività pre-formative e pre-lavorative in un contesto protetto."

Il Centro Diurno svolge, sulla base del progetto personalizzato concordato con l'equipe inviante, attività socio-riabilitative e socio-terapeutiche, attività espressive, attività per favorire l'acquisizione di livelli di autonomia, attività di integrazione sociale, attività di promozione e attuazione di formazione e aggiornamento professionale.”

4.4.1. Requisiti minimi Strutturali del centro diurno

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

4.4.2. Requisiti minimi Organizzativi del centro diurno

Le risorse di personale sono definite in relazione alla popolazione servita, fermi restando i requisiti minimi previsti dal DPR 14.01.97. In particolare:

- apertura non inferiore a 36 ore settimanali da suddividere in 5 o 6 giorni a seconda della tipologia di CD;
- presenza di psicologi e/o psichiatri, programmata o per fasce orarie;
- presenza di educatori professionali, assistenti sociali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, operatori socio-sanitari, infermieri, operatori sociali e istruttori per attività specifiche, a seconda delle attività previste dal CD e alla sua eventuale collocazione in presidi con altre strutture del DSM o presidi sanitari polifunzionali;
- collegamento funzionale con le altre strutture territoriali e ospedaliere del DSM, per garantire la continuità terapeutica.

4.4.3. Requisiti minimi Strutturali del Day Hospital Psichiatrico

- La tipologia del Day Hospital deve essere adattata ed integrata in rapporto alle specifiche funzioni ed alle caratteristiche operative e strutturali di cui al D.P.R. 7 aprile 1994.
- Locali e spazi in relazione alla popolazione servita.

4.4.4. Requisiti minimi Organizzativi del Day Hospital Psichiatrico

- Apertura non inferiore a 36 ore settimanali da suddividere in 5 o 6 giorni

- Di norma ubicato in presidi ospedalieri, garantendo comunque il riconoscimento formale dei posti letto equivalenti, l'esecuzione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative specifiche, ed il personale necessario.
- Collegamento funzionale con una struttura di ricovero e con altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al D.P.R. 7 aprile 1994.
- La dotazione minima di personale per un D.H. con 2 posti letto è di 1 psichiatra, 1 psicologo, 2 infermieri. Le dotazioni strutturali e di personale del D.H. possono essere ampliate in relazione a programmi e funzioni specifiche assunti dal D.H. in relazione a specifici bisogni della popolazione del bacino di utenza.

4.5. CENTRI RESIDENZIALI PER CURE PALLIATIVE (HOSPICE)

Finalità e destinatari

E' un servizio di tipo residenziale e domiciliare per l'assistenza in ricovero temporaneo di pazienti affetti da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, per i quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non è possibile o appropriata e, in special modo, per pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di assistenza palliativa e di supporto.

La capacità recettiva all'interno della struttura residenziale non deve essere superiore a 30 posti, suddivisi in nuclei da 9 a 18.

4.5.1. Requisiti Strutturali

Area destinata alla residenzialità

- La struttura deve essere ubicata in una zona ben collegata mediante mezzi pubblici.
- Ogni nucleo è dotato di camere singole, con superficie tra i 9 ed i 14 mq.
- La camera, dotata di adeguati arredi e di servizio igienico, deve consentire la permanenza (notturna) di un accompagnatore e lo svolgimento di interventi medici.

Per ogni nucleo, devono essere presenti:

- una tisaneria/cucina;
- un deposito biancheria pulita;
- un deposito attrezzature, carrozzine e materiale di consumo, anche internucleo;
- un deposito biancheria sporca con vuotatoio;
- un ambulatorio medicheai;
- un soggiorno polivalente ovvero spazi equivalenti anche in ambiti da destinare a diverse attività (ristorazione, conversazione, lettura);
- una postazione per il personale di assistenza in posizione idonea;
- servizi igienici per il personale.

Devono essere, inoltre, previsti:

- un locale vuotatoio e lavapadelle;
- un bagno assistito, anche internucleo.

Area destinata alla valutazione e alla terapia

Sono presenti:

- un locale ed attrezzature per terapia antalgica e prestazioni ambulatoriali anche in comune per più moduli ubicati orizzontalmente;
- un locale per la preparazione e manipolazione dei farmaci e preparazioni nutrizionali anche in comune per più moduli ubicati orizzontalmente (solo in caso tale funzione venga svolta direttamente nell'Hospice);
- un locale per colloqui con il personale (psicologo, assistente sociale etc.).

Area generale di supporto

Devono essere presenti:

- un ingresso con portineria, telefono, spazio per le relazioni con il pubblico e spazio archivio;
- uno spogliatoio del personale con servizi igienici;
- uno spogliatoio e locali di sosta e lavoro per il personale volontario;
- un locale per riunioni d'equipe;
- servizi per l'assistenza religiosa e relativi locali;
- un locale cucina;
- un locale dispensa;
- un locale lavanderia/stireria.

Qualora i servizi siano dati in appalto, non sono necessari i predetti locali; in tal caso deve esserci un locale per lo stoccaggio.

Qualora l'hospice sia collocato nell'ambito di complessi sanitari o socio-sanitari polifunzionali è consentita l'utilizzazione di spazi in comune, quali quelli corrispondenti alle aree generali e di supporto. In tal caso, gli spazi in comune devono essere di dimensioni tali da soddisfare le esigenze del numero complessivo degli assistiti nell'intera struttura.

Qualora l'hospice non sia localizzato in una struttura sanitaria, sono richiesti:

- una camera mortuaria (una ogni 10 posti letto);
- uno spazio per i dolenti;
- una sala per il culto;
- un locale per uso amministrativo;

- un magazzino.

4.5.2. Requisiti Tecnologici

Devono essere presenti:

- un impianto di gas medicali;
- un carrello per la gestione delle emergenze e relativi farmaci;
- un elettrocardiografo.

4.5.3. Requisiti Organizzativi

- E' permessa la personalizzazione delle stanze.
- Deve essere individuato un responsabile clinico della struttura (Hospice).
- Il Responsabile sanitario della struttura Hospice deve essere un medico con comprovata esperienza in materia di "Medicina Palliativa" e "Terapia del dolore".
- In particolare sono richiesti tre anni di servizio presso strutture pubbliche ovvero cinque presso strutture private accreditate, eroganti assistenza in favore di pazienti oncologici in fase terminale.
- E' garantito un servizio di guardia medica H24.
- L'equipe multiprofessionale è costituita da:
 - medici
 - psicologi
 - infermieri
 - operatori tecnici dell'assistenza e/o operatori sociosanitari
 - terapisti della riabilitazione
 - assistenti sociali
 - altre figure professionali individuate in base alle esigenze specifiche.
- Il personale della struttura deve essere articolato, in funzione dei pazienti in carico, secondo i rapporti di seguito riportati:
 - 1/10 (personale medico);
 - 1/5 (personale infermieristico);
 - 1/8 (O.S.S.).
- Per ogni singolo paziente deve essere redatto un progetto assistenziale, con monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni delle condizioni cliniche, da parte dell'equipe multiprofessionale.

- La Direzione promuove la personalizzazione dell'assistenza anche mediante riunioni periodiche di équipe finalizzate alla definizione, alla verifica ed alla rimodulazione del piano terapeutico.
- Deve essere assicurata la continuità assistenziale con l'assistenza domiciliare prevedendo per ogni posto residenziale tre posti cura domiciliari (D.G.R. 315/03).
- Deve essere promossa la collaborazione con le associazioni di volontariato.
- Deve essere assicurata l'assistenza spirituale nel rispetto della volontà e della libertà di coscienza del cittadino.
- Il Centro garantisce adeguato sostegno spirituale ai pazienti ed ai relativi familiari, sia nella fase antecedente al decesso che in quella di elaborazione del lutto, nel rispetto della volontà e della libertà di coscienza degli interessati.
- Il Centro garantisce, attraverso l'utilizzazione di risorse esterne, adeguata assistenza psicologica ai pazienti ed ai relativi familiari, sia nella fase antecedente al decesso che in quella di elaborazione del lutto, nonché al personale in forza alla struttura stessa.
- Il Centro garantisce al paziente adeguata assistenza fisioterapica.

4.6. CASE ALLOGGIO PER PERSONE CON HIV E/O AIDS

Finalità e destinatari

"La Casa Alloggio per persone affette da malattie da HIV/AIDS è una residenza collettiva ad elevata integrazione socio/sanitaria per l'assistenza in fase estensiva e di lungo assistenza che prevede la presa in carico globale della persona con HIV/AIDS, e che assicura, nell'ambito di una continuità assistenziale, successiva al ricovero ospedaliero o all'invio dei servizi socio/sanitari, anche funzioni educativo/assistenziali oltre che di trattamento a domicilio".

4.6.1. Requisiti Strutturali

La Casa Alloggio dispone di minimo 6 (sei) e massimo 10 (dieci) posti letto per gli ospiti.

La Casa Alloggio è dotata:

- di locale ad uso infermeria con adeguata attrezzatura funzionante, conforme alla normativa vigente, e in numero sufficiente alle necessità del servizio, composta da: armadio farmaceutico; strumentazione per l'attività ambulatoriale di medicina di base; un porta rifiuti per materiale infetto (rifiuti speciali); schedario con chiave per la custodia delle cartelle o dell'altra modulistica adottata per la registrazione delle prestazioni;
- di camere per gli ospiti adeguatamente attrezzate (dotazione minima per ospite: letto; comodino; armadio; campanello di chiamata);
- di bagni accessibili alle persone disabili attrezzati con vasca;
- di locali ad uso comune (dotazione minima: locale esclusivamente adibito ai pasti; spazio soggiorno/locale polifunzionale; locale per colloqui riservati);
- di cucina di tipo domestico, comunque attrezzata per preparare tre pasti giornalieri con piatti caldi, con locale dispensa attrezzato per la corretta conservazione dei cibi;
- di lavanderia/stireria/guardaroba di tipo domestico comunque attrezzata per soddisfare il fabbisogno di ogni ospite (dotazione minima: annesso deposito di biancheria sporca e per il materiale di consumo opportunamente areato);
- di un servizio per l'accompagnamento degli ospiti (valore soglia: una vettura funzionante).

4.6.2. Requisiti Organizzativi

Il personale è in numero sufficiente per i carichi di lavoro relativi all'attività prevista.

Dotazione minima: 1 coordinatore organizzativo; 1 medico con esperienza documentata nel campo dell'AIDS; 1 infermiere ogni 3 ospiti; 1 operatore tecnico dell'assistenza (o analogo) ogni 2 ospiti; 1 psicologo; 1 assistente sociale; 1 cuoco; 1 addetto alle pulizie.

E' garantito il funzionamento della Casa Alloggio H24 per sette giorni la settimana.

La direzione della Casa Alloggio fa capo al coordinatore organizzativo con documentata formazione specifica e/o esperienza nel medesimo ambito e al responsabile delle attività sanitarie con specifiche caratteristiche: medico specialista in materie infettive o con esperienza documentata nel campo dell'AIDS.

E' identificato il coordinatore per gli aspetti psicologici a sostegno degli ospiti e degli operatori. Caratteristiche: psicologo con esperienza documentata nel campo dell'AIDS.

E' identificato il coordinatore per gli aspetti sociali nel rapporto con gli ospiti ed i loro familiari.

Caratteristiche: assistente sociale con esperienza documentata nel campo dell'AIDS.

Sono effettuate revisioni periodiche di coordinamento delle attività sanitarie, sociali ed organizzative.

Va definito un documento in cui siano presenti le attribuzioni delle specifiche funzioni/attività effettivamente svolte da ciascuna figura professionale, comprese quelle relative ai casi di emergenza o ad eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici).

Tutti gli operatori dispongono di copertura assicurativa.

Esistono procedure scritte per la prevenzione dei rischi professionali collegati all'assistenza delle persone HIV positive e la gestione delle esposizioni.

Le procedure prevedono la redazione di un manuale ad uso degli operatori e volontari in cui sono elencati i rischi più frequenti e la corretta modalità per evitare incidenti.

Esistono procedure scritte per la formazione del personale sull'individuazione, la segnalazione, la prevenzione e la gestione dei rischi più frequenti e importanti.

Le procedure prevedono la programmazione di un ciclo di aggiornamento specifico del personale.

Vengono forniti i mezzi necessari alla prevenzione di tali rischi.

Esistono documenti di servizio (contratti) concordati con i servizi competenti circa lo smaltimento dei rifiuti speciali.

Sono documentate pratiche uniformi e procedure o linee - guida scritte per quanto riguarda le modalità di presa in carico dei pazienti.

E' garantita la presa in carico entro 15 giorni dall'autorizzazione del Centro Coordinamento Trattamento a Domicilio (C.C.T.A.D.).

Per ciascun ospite viene formulato ed è documentato il Piano di assistenza individualizzato.

Il Piano individualizzato contiene: interventi assistenziali programmati; indicazione dei responsabili di tali interventi; obiettivi misurabili con le scadenze di verifica ed è concordato dall'unità valutativa della Casa Alloggio con il centro referente di malattie infettive.

Per ciascun ospite viene formulata ed è documentata la presenza della cartella personale.

Sono documentati gli incontri periodici tra le diverse figure professionali della Casa Alloggio per promuovere l'integrazione e la continuità assistenziale.

Esistono evidenze e documentazioni:

- di pratiche uniformi e procedure scritte di collaborazione con i Centri o Servizi di diagnostica di laboratorio e di radiodiagnostica situati nel territorio;
- relative all'accesso dei pazienti agli altri servizi sanitari e sociali di cui necessitano.

Sono documentate:

- pratiche uniformi e procedure con cui gli ospiti ricevono informazioni chiare e complete sulla natura del loro disturbo, sul trattamento proposto, sugli eventuali effetti collaterali dei farmaci, sul decorso del disturbo;
- pratiche uniformi e procedure per la somministrazione dei farmaci da parte del personale non infermieristico;
- pratiche uniformi e procedure per la cura delle persone allettate.

Le procedure prevedono: cicli di aggiornamento specifico degli operatori.

4.7. STRUTTURE PER LA CURA E RIABILITAZIONE DELLE PERSONE IN STATO DI DIPENDENZA

Finalità

Premesso quanto già evidenziato all'interno delle "finalità generali" di cui al punto 3.6., si riportano di seguito i requisiti relativi alle strutture residenziali e semiresidenziali per la cura e la riabilitazione delle persone in stato di dipendenza.

4.7.1. STRUTTURE RESIDENZIALI

4.7.1.1. Requisiti Strutturali

Le strutture residenziali possono avere una diversa capacità recettiva:

- fino a otto posti (in tal caso devono essere soddisfatti i requisiti previsti per le civili abitazioni);
- da otto a trenta posti;
- oltre trenta posti.

Le strutture residenziali con oltre i trenta posti devono essere organizzate in moduli.

Ogni modulo per un massimo di trenta posti deve essere dotato di:

- camere da letto con un massimo di n.6 posti/utente (devono essere garantiti 6 mq a posto, bagno escluso);
- locali e servizi igienici completi (almeno 1 ogni 6 utenti);
- per le nuove strutture, locali e servizi igienici completi (almeno 1 ogni 4 utenti);
- locali per pranzo e soggiorno.

Ogni struttura deve essere dotata di:

- locali e servizi per il responsabile della struttura e per gli operatori;
- ambulatorio (ove eventualmente somministrare la terapia farmacologica, se prevista dal programma);
- locali per attività riabilitative adeguati al numero dei posti ed alle modalità di intervento previste nel progetto riabilitativo;

- spazio per le riunioni;
- uno spazio per l'archivio;
- locali per cucina e dispensa;
- lavanderia e guardaroba;
- spazio per il personale.

Nel caso sia prevista la presenza di minori in trattamento, qualora non presente il gruppo familiare la struttura deve garantire la disponibilità di camere da letto e locali ad essi dedicati.

Tutti i locali dovranno essere adeguatamente arredati, favorendo la personalizzazione dello spazio fisico, compatibilmente con il progetto riabilitativo.

4.7.1.2. Requisiti Tecnologici

Deve essere presente un frigorifero, ove sia prevista la terapia farmacologica, ed una cassaforte.

Il servizio dispone degli adeguati supporti tecnologici in termini di apparecchiature telefoniche, fax, e dotazioni informatiche (hardware, software e collegamenti in rete).

4.7.1.3. Requisiti Organizzativi

E' individuato un responsabile in possesso di Diploma di Laurea coerente con la tipologia d'intervento.

Il Responsabile garantisce un impegno di servizio per almeno 36 ore settimanali.

Il Responsabile non può essere sostituito, salvo gravi e documentati motivi, per almeno dodici mesi dalla designazione. In ogni caso deve essere previsto un sostituto della medesima qualificazione professionale, eventualmente appartenente ad altro servizio della medesima regione.

La documentazione relativa alla tipologia d'intervento deve contenere: principi, modelli teorici di riferimento, definizione del target, definizione degli obiettivi, definizione delle azioni/prestazioni, definizione delle fasi e dei tempi, esplicitazione delle risorse umane impiegati e dei metodi di supervisione utilizzati, definizione degli strumenti di monitoraggio, definizione degli strumenti di valutazione.

Il Responsabile è affiancato da ulteriori operatori, in possesso di idonei titoli e requisiti professionali per un numero complessivo di personale non inferiore ad una unità ogni dieci utenti.

Per ciascuna tipologia d'intervento è prevista la dotazione di personale minima sottoindicata:

- per gli interventi pedagogico riabilitativi integrati: n.1 operatore qualificato (laurea di I° livello) e n.1 operatore di supporto;
- per gli interventi terapeutico riabilitativi integrati: n.1 psicologo, n.1 assistente sociale in maniera coerente con la tipologia d'intervento, n.1 educatore professionale o figura equipollente, n.1 medico (in caso di comorbilità psichiatrica il medico può essere sostituito da n.1 psichiatra), n.1 infermiere professionale in coerenza con l'intervento previsto (in caso di somministrazione farmacologica).

Fino a due unità di personale (escluso il responsabile), deve essere instaurato rapporto di lavoro per 18 ore settimanali ciascuno, per le ulteriori unità può essere previsto il tempo parziale purché assicurato il monte ore complessivo necessario.

In ogni caso deve essere garantita la presenza continuativa di personale per tutta la durata di svolgimento dell'attività.

Le ONLUS possono avere fino al 25% della dotazione minima di personale in formazione.

Deve essere:

- garantita la formazione degli operatori tramite riunioni di équipe ed aggiornamento periodico;
- utilizzata una cartella individuale che contenga i dati relativi al paziente (dati anagrafici, data inizio programma, operatori di riferimento, diagnosi), gli strumenti di valutazione utilizzati, il piano di trattamento con aggiornamenti, le prestazioni erogate, le verifiche, i risultati raggiunti e motivazione della chiusura del programma;
- assicurato un sistema di archiviazione, secondo la normativa vigente;
- adottato un regolamento interno contenente: diritti e obblighi degli utenti, norme regole di comportamento e di vita comunitaria, impiego degli utenti nelle attività di vita comunitaria.

Devono essere:

- adottati documenti di registrazione delle attività nonché di registrazione giornaliera di utenti;
- programmate ed effettuate regolarmente riunioni di équipe e aggiornamento periodico.

E' previsto il possesso di specifica documentazione relativa alla copertura assicurativa di rischio, infortunio e danno provocato o subito da operatori, volontari, tirocinanti e utenti.

All'interno di strutture residenziali può essere collocata la sede operativa per l'attività domiciliare.

4.7.2. STRUTTURE SEMI RESIDENZIALI

Le strutture semiresidenziali possono avere una diversa capacità recettiva:

- fino a otto posti (in tal caso devono essere soddisfatti i requisiti previsti per le civili abitazioni);
- da otto a trenta posti;
- oltre trenta posti.

4.7.2.1. Requisiti Strutturali

- Locale per l'accoglienza utenti ed informazioni.
- Locali e servizi per il responsabile della struttura e per gli operatori.
- Ambulatorio (ove eventualmente somministrare la terapia farmacologica, se prevista dal programma).
- Locali per attività riabilitative adeguati al numero dei posti ed alle modalità di intervento previste nel progetto riabilitativo.
- Un locale per le riunioni.
- Uno spazio per l'archivio.
- Locali per cucina e dispensa.
- spazio per il personale.
- Servizi igienici per utenti e operatori.

In caso di ospitalità notturna devono essere previste camere da letto con un massimo di n.6 posti/utente (devono essere garantiti 6 mq a posto, bagno escluso).

Tutti i locali dovranno essere adeguatamente arredati, favorendo la personalizzazione dello spazio fisico, compatibilmente con il progetto riabilitativo.

All'interno di strutture semiresidenziali può essere collocata la sede operativa per l'attività domiciliare.

4.7.2.2. Requisiti Tecnologici

Sono presenti un frigorifero, ove sia prevista la terapia farmacologica, ed una cassaforte.

Il servizio dispone degli adeguati supporti tecnologici in termini di apparecchiature telefoniche, fax, e dotazioni informatiche (hardware, software e collegamenti in rete).

4.7.2.3. Requisiti Organizzativi

E' individuato un responsabile in possesso di Diploma di Laurea coerente con la tipologia d'intervento.

Il Responsabile garantisce un impegno di servizio per almeno 36 ore settimanali.

Il Responsabile non può essere sostituito, salvo gravi e documentati motivi, per almeno dodici mesi dalla designazione. In ogni caso deve essere previsto un sostituto della medesima qualificazione professionale, eventualmente appartenente ad altro servizio della medesima regione.

La documentazione relativa alla tipologia d'intervento deve contenere: principi, modelli teorici di riferimento, definizione del target, definizione degli obiettivi, definizione della azioni/prestazioni, definizione delle fasi e dei tempi, esplicitazione delle risorse umane impiegati e dei metodi di supervisione utilizzati, definizione degli strumenti di monitoraggio, definizione degli strumenti di valutazione.

Il Responsabile è affiancato da ulteriori operatori, in possesso di idonei titoli e requisiti professionali per un numero complessivo di personale non inferiore ad una unità ogni dieci utenti.

Per ciascuna tipologia d'intervento è prevista la dotazione di personale minima sottoindicata:

- per gli interventi pedagogico riabilitativi integrati: n.1 operatore qualificato (laurea di I° livello) e n.1 operatore di supporto;
- per gli interventi terapeutico riabilitativi integrati: n.1 psicologo, n.1 assistente sociale in maniera coerente con la tipologia d'intervento, n.1 educatore professionale o figura equipollente, n.1 medico (in caso di comorbidità psichiatrica il medico può essere sostituito da n.1 psichiatra), n.1 infermiere professionale in coerenza con l'intervento previsto (in caso di somministrazione farmacologica).

Fino a due unità di personale (escluso il responsabile), deve essere instaurato rapporto di lavoro per 18 ore settimanali ciascuno, per le ulteriori unità può essere previsto il tempo parziale purché assicurato il monte ore complessivo necessario.

In ogni caso deve essere garantita la presenza continuativa di personale per tutta la durata di svolgimento dell'attività.

Le ONLUS possono avere fino al 25% della dotazione minima di personale in formazione.

Deve essere:

- garantita la formazione degli operatori tramite riunioni di équipe ed aggiornamento periodico;
- utilizzata una cartella individuale che contenga i dati relativi al paziente (dati anagrafici, data inizio programma, operatori di riferimento, diagnosi), gli strumenti di valutazione utilizzati, il

piano di trattamento con aggiornamenti, le prestazioni erogate, le verifiche, i risultati raggiunti e motivazione della chiusura del programma;

- assicurato un sistema di archiviazione, secondo la normativa vigente;
- adottato un regolamento interno contenente: diritti e obblighi degli utenti, norme regole di comportamento e di vita comunitaria, impiego degli utenti nelle attività di vita comunitaria.

Devono essere:

- adottati documenti di registrazione delle attività nonché di registrazione giornaliera di utenti;
- programmate ed effettuate regolarmente riunioni di équipe e aggiornamento periodico.

È previsto il possesso di specifica documentazione relativa alla copertura assicurativa di rischio, infortunio e danno provocato o subito da operatori, volontari, tirocinanti e utenti.

All'interno di strutture residenziali può essere collocata la sede operativa per l'attività domiciliare.

Le strutture semi residenziali devono essere aperte per almeno n.40 ore settimanali.

4.8. OSPEDALE DI COMUNITA'

Finalità

L' Ospedale di comunità è una struttura sanitaria extraospedaliera che offre una residenzialità temporanea, di norma per un massimo trenta giorni, dopo la dimissione da strutture per acuti per completamento delle cure ovvero per situazioni cliniche non trattabili a domicilio, ma che non richiedono il ricorso a strutture ospedaliere per acuzie e post-acuzie.

L'Ospedale di comunità assicura interventi sanitari caratterizzati da un medio livello di medicalizzazione (assistenza medica assicurata dal Medico di M.G.), ma contemporaneamente di livello medio-alto per gli aspetti di nursing e riabilitativi, finalizzati al mantenimento ovvero al recupero dell'autonomia (rimobilizzazione, prevenzione ovvero trattamento precoce delle lesioni da decubito, riabilitazione dell'apparato urinario dopo cateterizzazione etc.) nonché alla cura della persona.

Destinatari

Nell'ospedale di comunità sono accolti pazienti con patologie di grado lieve-medio, di norma appartenenti all'area della senescenza e della disabilità, non assistibili a domicilio, in particolari momenti di acuzie al fine di evitare ricoveri ospedalieri inappropriati, ovvero nel periodo di immediata post-acuzie per favorire, attraverso un percorso assistenziale intermedio, il rientro a domicilio in condizioni adeguate e contrastare il fenomeno dei ricoveri ripetuti.

Detta tipologia assistenziale deve derivare dalla riconversione di strutture ospedaliere di piccole dimensioni ovvero da strutture sanitarie o sociosanitarie funzionanti pubbliche o private accreditate.

4.8.1. Requisiti Strutturali Generali

L'Ospedale di Comunità può costituire presidio autonomo se derivato dalla riconversione di una struttura ospedaliera ovvero unità operativa all'interno di un presidio ospedaliero ovvero inserito in complessi polifunzionali che comprendono strutture ospedaliere e/o residenziali.

Tutte le strutture devono essere in possesso dei requisiti di carattere generale di cui al punto 0.1 ed i servizi di supporto di cui ai punti 1.12., 1.13., 1.14., 1.15., 1.16..

La capacità recettiva minima è di 10 posti e massima di 40 organizzati in nuclei da dieci a venti posti.

Le camere possono essere da 1, 2, 3, 4 letti; all'interno di ogni camera deve essere garantita la privacy di ogni singolo ospite e l'accesso e il movimento delle lettighe e delle carrozzine.

I servizi igienici devono essere attrezzati per la non autosufficienza (nel caso in cui le camere non siano dotate di bagno autonomo i servizi igienici dovranno essere presenti in numero minimo di uno ogni due camere, ovvero di un servizio igienico per un numero massimo di quattro ospiti).

Per gli aspetti dimensionali si fa riferimento all'allegato A, criterio n. 10, del D.P.C.M. 22.12.1989.

Deve essere prevista un'area destinata alla valutazione con locali per le visite specialistiche e per le valutazioni diagnostico-prognostiche.

Deve essere presente un'area destinata all'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione comprendente:

- locali e palestra per attività dinamiche e di gruppo;
- spazi per attività statiche o individuali, attrezzate in rapporto alla tipologia dell'intervento articolate in locali/spazi;
- ambiente/spazio per il coordinamento dei terapisti e lo svolgimento delle funzioni connesse, preferibilmente nelle vicinanze della palestra.

Devono essere previsti spazi di soggiorno e svago per uso esclusivo dei pazienti e dei familiari proporzionati al numero degli stessi.

Le prestazioni di laboratorio analisi e di radiologia convenzionale possono essere acquisite dalla struttura in cui è collocato l'Ospedale di comunità ovvero da presidi esterni.

Qualora l'Ospedale di comunità sia collocato nell'ambito di complessi sanitari ospedalieri o socio-sanitari residenziali è consentita l'utilizzazione di spazi in comune quali quelli corrispondenti alle aree generali e di supporto, all'area di socializzazione e all'area della valutazione e delle terapie. In tal caso, gli spazi in comune dovranno essere di dimensioni tali da soddisfare le esigenze del numero complessivo degli assistiti nell'intera struttura.

4.8.2. Requisiti Tecnologici Generali

La dotazione strumentale deve essere correlata quantitativamente e qualitativamente ai bisogni dell'utenza e delle diverse tipologie di attività, assicurandone uno svolgimento sicuro, efficace ed efficiente.

In relazione alla tipologia delle persone assistite devono essere presenti:

- attrezzature e dispositivi per la valutazione diagnostica;
- presidi e risorse tecnologiche atte al svolgimento di prestazione mediche, infermieristiche e riabilitative nonché specialistiche necessarie;

- attrezzature e presidi per realizzare le varie tipologie di esercizio terapeutico e di riabilitazione funzionale negli ambienti dedicati, per attività individuali e/o di gruppo;
- attrezzature elettromedicali per la terapia fisica e strumentale, di supporto e completamento all'esercizio terapeutico.

Devono essere disponibili:

- materassi e cuscini antidecubito;
- carrozzine e ausili per la mobilità del paziente.

4.8.3. Requisiti Organizzativi Generali

Tutte le strutture devono essere in possesso dei requisiti di carattere generale di cui al punto 0.2.

Deve essere individuato un responsabile Medico, di norma, con documentata attività di servizio per almeno dieci anni nel settore delle cure primarie.

Nei presidi autonomi ovvero nei presidi inseriti in complessi che comprendono strutture residenziali socio-sanitarie il responsabile medico assume anche le competenze igienico-organizzative.

L'assistenza medica viene assicurata dai Medici di Medicina Generale con i quali devono essere stipulati appositi accordi a livello regionale ed aziendale.

Le prestazioni specialistiche, farmaceutiche e protesiche sono assicurate dal S.S.R., alle condizioni e con le modalità previste per la generalità dei cittadini, attraverso i competenti servizi distrettuali ed aziendali.

Deve essere assicurata la presenza di una équipe multi professionale che, per unità operative di 20 posti deve essere composta da:

- infermiere dirigente;
- infermieri professionali (rapporto uno a quattro e comunque almeno uno per turno);
- tecnici della riabilitazione (terapisti della riabilitazione, occupazionali, logoterapisti, psicomotricisti, etc.) (rapporto uno a dieci);
- O.S.S. (rapporto di uno a tre);
- assistente sociale (anche non dedicata);
- medici specialisti a consulenza.

Per ogni paziente deve essere assicurata:

- la valutazione multidimensionale, attraverso appositi strumenti validati, dei problemi/bisogni sanitari, riabilitativi, cognitivi, psicologici e di nursing della persona al momento dell'ammissione e periodicamente;
- la predisposizione di un piano di assistenza individualizzato ovvero un progetto riabilitativo alla cui redazione collaborano i componenti dell'équipe professionale, ciascuno per le proprie competenze, corrispondente ai problemi/bisogni identificati;
- l'istituzione di una cartella personale contenente tutte le informazioni sanitarie necessarie per la continuità assistenziale, periodicamente aggiornata dal personale.

Deve esistere un regolamento interno che individua i destinatari degli interventi e le patologie trattabili, i requisiti e criteri per l'accesso dei pazienti, le condizioni di esclusione, le modalità di erogazione dell'assistenza ed i tempi massimi di trattamento nonché le funzioni e i compiti dei diversi operatori.

Devono esistere procedure formalizzate per assicurare l'appropriatezza dell'accesso dalle strutture ospedaliere per acuti.

Devono esistere procedure formalizzate per il raccordo con i servizi sanitari del distretto di residenza del paziente per assicurare sia l'accesso dal domicilio sia la continuità assistenziale dopo la dimissione.

Devono esistere modalità operative che facilitino le relazioni con la famiglia e favoriscano la partecipazione al programma assistenziale nonché l'eventuale continuazione dello stesso al domicilio.

5. STABILIMENTI TERMALI

Ai sensi della legge n. 323 del 24 ottobre 2000 "*Riordino del settore termale*", le cure termali sono erogate negli stabilimenti delle aziende termali che utilizzano, per le finalità terapeutiche, acque minerali e termali nonché fanghi, sia naturali sia artificialmente preparati, muffe e simili, vapori e nebulizzazioni, stufe naturali e artificiali, qualora le proprietà terapeutiche delle stesse acque siano state riconosciute ai sensi del combinato disposto dell'art. 6, lett. t), della legge n. 833 del 23 dicembre 1978 e dell'art. 119, comma 1, lett. d), del decreto legislativo n. 112 del 31 marzo 1998.

Gli stabilimenti termali erogano le prestazioni idrotermali di cui all'art. 36 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Per quanto non previsto nel presente documento, occorre far riferimento, in ordine alla definizione dei requisiti per l'autorizzazione all'apertura ed esercizio degli stabilimenti termali, all'Accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sancito nel corso della seduta della Conferenza Stato-Regioni del 23 settembre 2004.

5.1. Requisiti Strutturali Tecnologici ed Organizzativi

Ai sensi dell'art. 3 della L. n. 323/00, le cure termali sono erogate presso le aziende termali in possesso dei seguenti requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi:

- disponibilità di un medico responsabile delle attività sanitarie svolte nello stabilimento, ove di tale compito non si occupi personalmente il direttore sanitario;
- presenza di un medico per tutto l'orario giornaliero di apertura dei reparti termali, ovvero garanzia di pronta assistenza medica per tutto l'orario giornaliero di apertura degli stessi reparti, assicurata attraverso un servizio di guardia medica privato;
- presenza presso l'Azienda termale delle seguenti attrezzature e farmaci di pronto soccorso:
 - uno sfigmomanometro
 - un apparecchio manuale di rianimazione
 - una bombola di ossigeno completa di manometro e di riduttore
 - siringhe di plastica monouso e laccio emostatico
 - aghi, filo e pinza per sutura
 - farmaci: analettici e cardiotonici, antispastici e sedativi, cortisone per uso endovenoso, emostatici per applicazioni topiche e per uso parenterale, ipotensivi e coronodilatatori, antiallergici, antistaminici broncodilatatori

- elettrocardiografo e defibrillatore automatico.

Per quanto compatibile con la natura e la modalità di esecuzione delle cure termali, si rinvia a quanto previsto per le attività ambulatoriali, di cui al punto 3.

5.2. Requisiti specifici per l'erogazione dei cicli di cura della riabilitazione neuromotoria e della rieducazione motoria del motuleso e della riabilitazione della funzione respiratoria

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

A. ciclo della riabilitazione neuromotoria e della rieducazione funzionale del motuleso:

a) personale

1. medico specialista in recupero e rieducazione funzionale di motulesi e neurolesi o in ortopedia o discipline equipollenti o affini;
2. terapisti della riabilitazione;
3. massofisoterapisti.

b) servizi diagnostici

1. gabinetto di radiologia interno o convenzionato;
2. laboratorio di diagnostica chimico-clinica interno o convenzionato;
3. gabinetto di elettrofisiologia attrezzato anche per esami elettromiografici interno o convenzionato.

c) attrezzature terapeutiche

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

B. ciclo della riabilitazione della funzione respiratoria

a) personale

1. medico specialista in pneumologia o discipline equipollenti o affini, o in fisopatologia e fisiochinesiterapia respiratoria, o in recupero e riabilitazione funzionale o in discipline equipollenti o affini;
2. terapisti della riabilitazione.

b) servizi/attrezzature diagnostiche

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

c) attrezzature terapeutiche

1. apparecchi per la crenoterapia inalatoria singola e/o collettiva (aerosol, humages, inalazioni, nebulizzazioni);
2. apparecchi per ventilazione meccanica assistita a pressione positiva intermittente;
3. palestra per chinesiterapia respiratoria collettiva;
4. box per chinesiterapia respiratoria singola e per drenaggio posturale.

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

6. STUDI ODONTOIATRICI, MEDICI E DI ALTRE PROFESSIONI SANITARIE

6.1. ASSISTENZA SPECIALISTICA ODONTOIATRICA

Premessa

Si considerano strutture odontoiatriche gli ambienti e i locali ove si eseguono prestazioni odontoiatriche.

Le strutture odontoiatriche si differenziano in:

- studio odontoiatrico;
- ambulatorio odontoiatrico.

6.1.1. STUDIO ODONTOIATRICO

Si definisce studio odontoiatrico privato l'ambiente privato e personale in cui l'odontoiatra esercita la sua libera attività professionale di diagnosi e terapia, in forma singola o associata.

La titolarità dello studio odontoiatrico privato s'identifica col singolo odontoiatra o con gli odontoiatri associati, prestatori dell'opera professionale cui sono abilitati: non è prevista quindi la presenza del Direttore Sanitario Responsabile.

Lo studio odontoiatrico privato non è "tecnicamente" aperto al pubblico perché compete al titolare ogni decisione discrezionale in ordine ai giorni e agli orari d'apertura, e all'erogazione delle prestazioni previo appuntamento.

6.1.1.1. Requisiti Strutturali e Impiantistici

Sono presenti spazi per attesa, accettazione e/ o attività amministrative separati dalla sala in cui è presente l'unità operativa. In caso di più riuniti presenti nello stesso locale, deve essere garantita la privacy dei singoli pazienti.

Il locale che contiene una unità operativa ha una superficie pari ad almeno 9 metri quadrati.

Devono essere presenti:

- servizio igienico ad uso dei pazienti;

- uno spazio o locale per deposito di materiale pulito;
- uno spazio o locale per deposito di materiale sporco diviso da quello per il materiale pulito;
- spazi o armadi per deposito di materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni. Tutti i materiali, farmaci, confezioni soggetti a scadenza, portano in evidenza la data della scadenza stessa;
- le pareti perimetrali e i pavimenti devono essere realizzati in superfici detergibili e disinfettabili.

Devono, altresì, essere presenti:

- uno spazio o locale per la sterilizzazione;
- uno spazio o locale per deposito rifiuti diviso dal locale in cui si effettua la prestazione;
- in tutti i locali efficaci condizioni di illuminazione e ventilazione;
- un lavello con dispenser per sapone ed asciugamani monouso per ogni sala in cui si effettuano le prestazioni e nel locale igienico;
- lavabi a comando non manuale e facilmente disinfettabili;
- almeno un apparecchio radiologico per radiografie indorali;
- un'autoclave per la sterilizzazione dello strumentario idonea alla sterilizzazione di dispositivi medici cavi e porosi;
- riunito odontoiatrico in regola con le norme vigenti;
- produzione di aria compressa divisa dall'aspirazione;
- un kit di rianimazione cardiopolmonare di base per gli interventi di emergenza.

Nello studio vengono correttamente utilizzate le seguenti misure barriera: guanti monouso, visiere per la protezione degli occhi, naso, bocca oppure occhiali a lenti larghe e mascherina.

Viene garantito per ogni utente l'utilizzo di materiale e strumenti disinfettati, sterilizzati e adeguatamente conservati.

6.1.1.2. Requisiti Organizzativi

Il Sanitario, al fine di potere esercitare l'attività di odontoiatra ed acquisire la titolarità dello studio odontoiatrico, deve essere in possesso di uno dei seguenti titoli:

- laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria, abilitazione all'esercizio della professione ed iscrizione all'Albo provinciale degli odontoiatri;
- laurea in Medicina e Chirurgia, abilitazione all'esercizio della professione, specializzazione in campo odontoiatrico ed iscrizione all'Albo provinciale degli odontoiatri oppure all'Albo Provinciale dei Medici con annotazione, ai sensi dell'art. 5 della Legge 409/85;

- laurea in Medicina e Chirurgia, abilitazione all'esercizio della professione, ed iscrizione all'Albo provinciale degli odontoiatri ai sensi della vigente normativa;
- dentisti abilitati ai sensi della Legge 493/30 e iscritti all'Albo degli Odontoiatri.

Le prestazioni di igiene professionale possono essere svolte, oltre che dalle suindicate professionalità, anche da igienisti/e in possesso del relativo diploma.

La presenza di personale ausiliario dipendente, di consulenti odontoiatrici, di collaboratori odontoiatrici con rapporto di lavoro occasionale o continuativo, d'apparecchiature, anche complesse, nonché d'apparecchiature radiografiche per l'attività occasionale di carattere complementare all'esercizio dell'odontoiatria, non modifica la natura di "studio privato d'odontoiatria".

6.1.2. AMBULATORIO ODONTOIATRICO

Per ambulatorio odontoiatrico si intende un Presidio odontoiatrico privato o pubblico, qualificato come impresa autonoma, che può essere gestita dal singolo imprenditore, da una società o da una associazione professionale, e distinta dai sanitari che ivi operano, preposto alla erogazione di prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione a favore di tutti i pazienti richiedenti nelle situazioni che non richiedono ricovero neanche a ciclo diurno.

6.1.2.1. Requisiti Strutturali e Impiantistici

Sono previsti spazi per attesa, accettazione e/ o attività amministrative separati dalla sala in cui è presente l'unità operativa. In caso di più riuniti presenti nello stesso locale, deve essere garantita la privacy dei singoli pazienti.

Il locale che contiene una unità operativa ha una superficie pari ad almeno 9 metri quadrati.

E' prevista la presenza di:

- servizi igienici;
- uno spazio o locale per deposito di materiale pulito;
- uno spazio o locale per deposito di materiale sporco diviso da quello per il materiale pulito;
- spazi o armadi per deposito di materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni.

Le pareti perimetrali e i pavimenti devono essere realizzati in superfici detergibili e disinfettabili.

Sono, inoltre, previsti:

- uno spazio o locale per la sterilizzazione;
- uno spazio o locale per deposito rifiuti diviso dal locale in cui si effettua la prestazione;
- in tutti i locali sono assicurate efficaci condizioni di illuminazione e ventilazione;
- un lavello con dispenser per sapone ed asciugamani monouso per ogni sala in cui si effettuano le prestazioni e nel locale igienico.

I lavabi previsti sono a comando non manuale e facilmente disinfettabili.

E' presente nell'insediamento odontoiatrico:

- almeno un apparecchio radiologico per radiografie indorali;
- un'autoclave per la sterilizzazione dello strumentario idonea alla sterilizzazione di dispositivi medici cavi e porosi;

- riunito odontoiatrico in regola con le norme vigenti.

La produzione di aria compressa è divisa dall'aspirazione.

Nello studio vengono correttamente utilizzate le seguenti misure barriera: guanti monouso, visiere per la protezione degli occhi, naso, bocca oppure occhiali a lenti larghe e mascherina.

Tutti i materiali, farmaci, confezioni soggetti a scadenza, portano in evidenza la data della scadenza stessa.

Viene garantito per ogni utente l'utilizzo di strumenti sterili.

Il materiale disinfettato o sterile viene adeguatamente conservato.

E' presente un kit di rianimazione cardiopolmonare di base per gli interventi di emergenza.

6.1.2.2. Requisiti Organizzativi

Il Sanitario, al fine di potere esercitare l'attività di odontoiatra ed acquisire la titolarità dello studio odontoiatrico, deve essere in possesso di uno dei seguenti titoli:

- Laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria, abilitazione all'esercizio della professione ed iscrizione all'Albo provinciale degli odontoiatri.
- Laurea in Medicina e Chirurgia, abilitazione all'esercizio della professione, specializzazione in campo odontoiatrico ed iscrizione all'Albo provinciale degli odontoiatri oppure all'Albo Provinciale dei Medici con annotazione, ai sensi dell'art. 5 della Legge 409/85.
- Laurea in Medicina e Chirurgia, abilitazione all'esercizio della professione, ed iscrizione all'Albo provinciale degli odontoiatri ai sensi della Legge 409/85 e 471/88.
- Dentisti abilitati ai sensi della Legge 493/30 e iscritti all'Albo degli Odontoiatri.

Le prestazioni di igiene professionale possono essere svolte, oltre che dalle suindicate professionalità, anche da igienisti/e in possesso del relativo diploma.

L'ambulatorio odontoiatrico deve obbligatoriamente prevedere la presenza di un Direttore Sanitario Responsabile, abilitato all'esercizio della professione, con almeno cinque anni di anzianità di servizio.

6.3. CENTRI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE

Finalità

Per attività di chirurgia ambulatoriale si intende la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici ed anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive o seminvasive, senza ricovero, in ambulatorio, che non prevedono durante la loro esecuzione la perdita di coscienza o di mobilità di segmenti scheletrici; pertanto devono essere somministrate dosi di anestetico locale tali da consentire all'utente di deambulare al termine dell'atto chirurgico.

La chirurgia ambulatoriale non è compatibile con l'uso dell'anestesia generale o della sedazione per via endovenosa nonché con l'anestesia loco-regionale ad eccezione fatta per l'anestesia tronculare.

6.3.1. Requisiti Strutturali

Gli ambulatori devono essere localizzati in aree facilmente accessibili ai pazienti e ad eventuali mezzi soccorso.

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

- uno spazio attesa, accettazione, attività amministrative;
- una zona preparazione pazienti;
- un ambiente chirurgico, non inferiore a 20 mq, dotato di lettino tecnico, lampada scialitica e carrello anestesia dedicata all'esecuzione delle prestazioni sanitarie che garantisca il rispetto della privacy dell'utente (con area separata per spogliarsi qualora la tipologia di attività ambulatoriale ne preveda la necessità);
- un deposito materiali sterili e strumentario chirurgico;
- un spazio di osservazione per i pazienti che hanno subito l'intervento;
- un locale visita e trattamento;
- uno spazio per la preparazione del personale sanitario all'atto chirurgico;
- uno spazio/locale per la sterilizzazione e disinfezione dello strumentario, qualora non esista un servizio centralizzato di sterilizzazione o l'affidamento a centrali esterne;
- servizi igienici distinti per utenti e personale, di cui almeno uno accessibile alle persone disabili;
- uno spazio spogliatoio per il personale;
- una zona per il lavaggio e la disinfezione delle apparecchiature che dovranno poi essere sterilizzate;

- uno spazio/locale per la gestione dei rifiuti speciali;
- uno spazio/locale per deposito di materiale pulito ed uno spazio/locale per materiale sporco.

Negli ambulatori protetti per esami endoscopici, deve essere prevista una sala dedicata di superficie non inferiore a 20 mq comprensivi del locale per l'endoscopia e di un locale distinto per il lavaggio, disinfezione e sterilizzazione degli strumenti, per gli esami endoscopici da eseguire in ambulatori protetti.

6.3.2. Requisiti Tecnologici

In tutti i locali sono assicurate efficaci condizioni di illuminazione e ventilazione.

Qualora la struttura non usufruisca di un servizio esterno di sterilizzazione, un'autoclave per la sterilizzazione dello strumentario in regola con le disposizioni relative alla direttiva europea 93/42/CEE, sono previste una imbustatrice per ferri, una lavastrumenti.

Nel locale chirurgico devono essere garantite, da apposito impianto di climatizzazione, le seguenti condizioni microclimatiche:

- ricambi aria/ora 6 v/h ottenuti con aria esterna, senza ricircolo;
- temperatura invernale ed estiva tra i 20 ed i 24°C;
- umidità relativa compresa tra i 40 ed il 60%, ottenuta con umidificatore e regolata da apposito igrometro;
- filtraggio dell'aria al 99,97%.

Deve inoltre essere presente un sistema di alimentazione di emergenza.

La dotazione strumentale deve essere la seguente:

- lo strumentario necessario per l'eventuale ventilazione assistita e per l'intubazione tracheale;
- un tavolo con comando non manuale, nel locale/spazio preparazione chirurgici;
- attrezzature idonee in base alle specifiche attività e lettino tecnico, nel locale visita-trattamento;
- un carrello per la gestione delle emergenze, completo di un cardiomonitor con defibrillatore e unità di ventilazione manuale, un carrello per la gestione dei farmaci di pronto soccorso e un carrello per le medicazioni con strumentario chirurgico, presenti nell'ambiente chirurgico.

Devono essere utilizzate le seguenti misure barriera: guanti monouso, visiere per la protezione degli occhi, naso e bocca oppure occhiali a lenti larghe e mascherina.

6.3.3. *Requisiti Organizzativi*

Ogni struttura erogante prestazioni ambulatoriali chirurgiche deve possedere i seguenti requisiti organizzativi;

- presenza di almeno un medico, indicato quale responsabile delle attività svolte, durante lo svolgimento della attività ambulatoriale nell'ambulatorio;
- personale infermieristico adeguato e specificamente formato in relazione agli accessi ed alla tipologia dell'attività chirurgica;
- anestesista all'interno degli ambulatori chirurgici oculistici, dermatologici etc. non protetti, in relazione alla tipologia ed alla complessità degli atti effettuati. Per ogni procedura dovranno essere elaborati specifici protocolli di ammissione e cura.

Vengono seguiti protocolli dettagliati per:

- la sanificazione degli ambienti;
- le modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione, confezionamento e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori.

Deve essere predisposta una specifica procedura per la preparazione del paziente all'intervento ed una procedura per la sorveglianza del paziente nell'immediato post-operatorio.

Le prestazioni effettuate sono registrate e corredate dalle generalità riferite dall'utente nel documento sanitario.

Le registrazioni e le copie dei referti sono conservate secondo le modalità sancite dalla normativa vigente.

Deve esistere:

- una procedura per la raccolta del consenso informato;
- un protocollo dettagliato per le procedure di verifica del corretto funzionamento dell'autoclave secondo quanto indicato dalle norme armonizzate alla 93/42/CEE;
- un registro stupefacenti e sostanze psicotrope.

6.4. STUDI DI MEDICINA ESTETICA

La Medicina estetica rappresenta una branca medica di recente acquisizione che opera nel settore della prevenzione e della correzione dei problemi estetici che possono determinare, nel tempo, comparsa di patologie e/o disturbi psicofisici da non accettazione del problema estetico.

Il Servizio è indirizzato a tutti coloro che vivono con disagio un problema di disarmonia del proprio corpo. Questo determina un stato psichico alterato che, secondo le basi della psico – neuro – endocrino – immunologia, si può evidenziare con una problematica organica a carico dei sistemi neurologico, endocrino ed immunitario.

Inoltre, la recente trasformazione della medicina estetica in medicina fisiologica o del benessere, ha allargato la fascia di destinatari di questo servizio a tutti quelli che richiedono una valutazione della propria età biologica al fine di ottimizzare le proprie performance psicofisiche, prevenendo i danni caratteristici del processo d'invecchiamento.

Le prestazioni eseguite negli studi di medicina ad indirizzo estetico sono di pertinenza delle seguenti discipline:

- endocrinologia;
- scienze dell'alimentazione e dietetica;
- dermatologia;
- angiologia.

I quadri clinici che interessano alla medicina estetica sono gli stati iniziali di future patologie.

Su questa base, sono d'interesse medico – estetico:

- la panniculopatia edemato – fibro – sclerotica;
- le adiposità, generalizzate e localizzate, in eccesso;
- l'invecchiamento cutaneo sia da crono che foto ageing;
- l'invecchiamento generale.

6.4.1. Requisiti Strutturali

Lo studio di medicina estetica deve rispettare le norme logistiche ed igieniche di qualsiasi ambulatorio medico e deve prevedere, come base minima:

- una sala d'attesa;

- un locale adibito a segreteria;
- una stanza di consultazione;
- una stanza d'operatività.

6.4.2. Requisiti Tecnologici

La dotazione strumentale deve prevedere il minimo indispensabile per eseguire una diagnosi corretta delle principali forme cliniche oggetto del settore e la strumentazione necessaria al trattamento restituivo e correttivo delle stesse ed in particolare:

- computer;
- bilancia con altimetro;
- plicometro;
- podoscopio;
- filo a piombo;
- ecografo con sonda lineare da 7,5 MHz;
- colorimetro a 550 nm per dosaggio dei free radicals;
- kit articolare;
- corneometro;
- sebometro;
- phmetro;
- lampada di Wood;
- drenaggio linfatico pneumatico;
- elettrostimolatore;
- ossigenoclasti;
- ultrasuoni a 3 MHz.

6.4.3. Requisiti Organizzativi

Il personale che opera negli studi di medicina estetica è diviso in:

- amministrativo;
- non medico;
- medico.

Il personale medico deve essere in possesso di:

- laurea in medicina e chirurgia;
- titolo di formazione in medicina estetica rilasciato da una struttura certificata ECM, universitaria, ospedaliera e di un Board internazionale attestante la sua conoscenza della branca;
- operatività nel settore da almeno cinque anni attestata da partecipazioni annuali a corsi, convegni e congressi nazionali ed internazionali del settore.

Il personale non medico deve essere in possesso di:

- specifico diploma;
- operatività nel settore da almeno cinque anni attestata da partecipazioni annuali a corsi, convegni e congressi nazionali ed internazionali del settore.

L'operatività medica o paramedica, sia di diagnosi che di cura, deve rispettare i protocolli codificati per le varie forme cliniche.

In ogni caso il primo intervento, dopo la valutazione generale, deve riguardare la rieducazione comportamentale utile a prevenire l'instaurarsi di patologie derivate dalla non corretta gestione del paziente verso il proprio corpo.

7. SERVIZI PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE

7.0. REQUISITI GENERALI

Finalità

L'assistenza domiciliare può essere definita come l'insieme coordinato di attività socio - sanitarie (mediche, infermieristiche, riabilitative, psicosociali, educative), integrate fra loro, rese al domicilio del paziente sulla base di criteri di eleggibilità clinici, sociali e di condizioni ambientali, secondo piani individuali, programmati per l'assistenza, definiti con la partecipazione delle diverse figure professionali coinvolte nella presa in carico, con l'apporto del medico di Medicina Generale (M.M.G.) e periodicamente verificate.

Tale assistenza in funzione delle condizioni del paziente può essere integrata con prestazioni socio assistenziali a carico dei comuni.

Il servizio di assistenza domiciliare si può configurare come attività autonoma ovvero rappresentare una delle modalità di un percorso assistenziale più articolato che prevede l'erogazione degli interventi in regime residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare.

Destinatari

L'assistenza domiciliare può essere svolta a favore di diverse tipologie di utenti che hanno come caratteristica comune di non essere in grado di accedere autonomamente alle strutture e/o ai servizi sanitari in modo temporaneo o permanente:

- persone non autosufficienti totalmente o parzialmente;
- persone disabili che necessitano di riabilitazione nella forma estensiva e di mantenimento;
- persone affette da HIV e AIDS;
- pazienti terminali oncologici e non;
- persone affette da disagio mentale;
- persone in stati di dipendenza (tossicodipendenti, alcolisti).

Tutti i servizi di assistenza domiciliare devono possedere i requisiti generali di seguito indicati.

7.0.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici Generali

Il servizio AD deve disporre di una sede operativa adeguata all'organizzazione funzionale nonché al volume ed alla complessità dell'attività svolta.

La dotazione minima di ambienti della sede operativa è il seguente:

- uno spazio per attesa;
- un locale per accoglienza e per attività amministrative;
- un locale adibito alla direzione del servizio, utilizzabile anche per riunioni d'equipe;
- spogliatoi del personale, qualora lo stesso inizi il servizio dalla sede operativa;
- servizi igienici distinti per gli utenti attrezzato per la disabilità nel caso in cui il servizio sia aperto all'esterno;
- servizi igienici per il personale;
- un locale/spazio per deposito del materiale pulito, con armadi per i materiali d'uso, strumentazione, farmaci e dispositivi medici;
- un locale per il deposito del materiale sporco, con uno spazio delimitato, adibito al lavaggio ed alla sterilizzazione dei ferri, laddove non viene utilizzato solo materiale a perdere monouso.

I locali dedicati ai servizi di assistenza domiciliare (AD) devono essere in possesso dei requisiti generali previsti dalle vigenti normative.

Il servizio dispone:

- di tutte le attrezzature e le apparecchiature elettromedicali necessarie a garantire l'erogazione delle rispettive specifiche prestazioni di natura domiciliare;
- di mezzi di trasporto idonei a garantire la mobilità degli operatori e delle attività organizzative di supporto, nonché della relativa copertura assicurativa;
- degli adeguati supporti tecnologici in termini di apparecchiature telefoniche, fax, e dotazioni informatiche (hardware, software e collegamenti in rete) in modo tale da poter garantire le necessarie comunicazioni con l'utenza e gli altri servizi e comparti assistenziali.

7.0.2. Requisiti Organizzativi generali e documentazione relativa

Il servizio di assistenza domiciliare è dotato di una direzione che assume la responsabilità dell'attività svolta.

Il direttore del servizio deve essere un medico, iscritto al relativo albo professionale.

Il direttore deve essere presente per le ore previste dagli standard regionali.

Deve essere individuato tra le figure sanitarie previste un coordinatore con almeno tre anni di esperienza nel settore, con monte orario dedicato all'attività di coordinamento (24 ore settimanali).

Il direttore, deve essere presente a tempo pieno (36 ore), in caso di servizio che abbia più sedi di A.D. ovvero operi su territori di Aziende U.S.L. diverse.

Deve essere individuato un infermiere (o fisioterapista) coordinatore con almeno tre anni di esperienza nel settore, con monte orario dedicato all'attività di coordinamento (24 ore settimanali).

Dovrà essere predisposto un documento contenente gli obiettivi e le attività esplicitando:

- i servizi offerti dalla struttura stessa;
- i servizi offerti coordinandosi con altre strutture.

L'apertura della centrale operativa è garantita per 5 giorni a settimana, l'attività di servizio si svolge, di norma, per almeno 6 giorni a settimana.

Dovranno esistere procedure scritte che definiscono:

- Criteri e modalità di accesso al servizio—criteri di eleggibilità.
- Modalità e strumenti per la valutazione multidisciplinare.
- Criteri e modalità di formulazione dei programmi e dei piani individuali di assistenza.
- Criteri e modalità di erogazione delle prestazioni e di comunicazione interna.
- Criteri di dimissione.

Deve essere predisposto un materiale informativo a disposizione dell'utenza che specifichi la tipologia delle prestazioni erogate, gli operatori responsabili delle prestazioni gli orari ed i costi (carta dei servizi).

Viene utilizzata una cartella individuale che contenga i dati relativi al paziente (dati anagrafici, data inizio programma, operatori di riferimento, diagnosi) gli strumenti di valutazione utilizzati, il piano di trattamento con aggiornamenti, le prestazioni erogate, le verifiche, i risultati raggiunti e motivazione della chiusura del programma.

E' presente a domicilio una documentazione che contenga i dati relativi al paziente, il piano di intervento individuale, le prestazioni erogate.

Viene assicurato un sistema di archiviazione (possibilmente sia informatizzato sia cartaceo) delle cartelle che consenta un rapido accesso ai dati.

Devono essere adottate modalità di registrazione delle attività.

Il servizio di Assistenza domiciliare è dotato di personale in rapporto ai volumi e alla tipologia di attività specificati dalla normativa vigente in termini numerici (equivalente a tempo pieno) per ciascuna qualifica professionale.

E' predisposta adeguata documentazione che definisca le funzioni i compiti e le responsabilità di tutte le figure professionali presenti nell'équipe multiprofessionale, in rapporto di esclusività, nonché le modalità di espletamento del servizio (regolamento interno).

Sono programmate ed effettuate regolarmente riunioni di équipe e aggiornamento periodico.

Tutto il personale deve essere assicurato per i rischi derivanti dalla responsabilità civile professionale e per l'uso di mezzi di locomozione (assicurazione Kasko).

7.1. SERVIZI RIVOLTI A PERSONE PARZIALMENTE, TEMPORANEAMENTE O TOTALMENTE NON AUTOSUFFICIENTI

Definizione

La Regione, nel quadro degli interventi diretti alla tutela degli anziani, dei disabili e dei pazienti con malattie croniche, promuove la realizzazione di un sistema integrato di interventi domiciliari a carattere sanitario, al fine di consentire alla persona parzialmente, temporaneamente o totalmente autosufficiente, di rimanere il più possibile nel proprio ambiente abituale di vita.

Il servizio di assistenza domiciliare garantisce, in relazione ai bisogni dell'utente, specifiche prestazioni di natura medica, infermieristica, di riabilitazione e di recupero psicofisico.

7.1.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici specifici

Il servizio AD può disporre di più sedi operative in relazione al volume ed alla complessità dell'attività svolta e alla distribuzione territoriale degli interventi.

La dotazione minima di apparecchiature comprende: stetoscopi, sfigmomanometri, glucometri, saturimetro, aspiratore ed apparecchiature elettromedicali per fisioterapia domiciliare.

Il servizio dispone inoltre, in quantità idonea per ogni turno e per ogni operatore, di idonee divise, di ferri chirurgici sterili, o monouso e del materiale di consumo necessario.

La dotazione minima della borsa a disposizione del personale infermieristico è la seguente: presidi utili alla somministrazione dei farmaci; guanti monouso; sfigmomanometro; fonendoscopio; glucometro; siringhe monouso; contenitore per aghi/taglienti resistenti alla puntura e agli spandimenti; provette per esami ematici; contenitori sterili per la raccolta di materiale biologico; contenitore a chiusura ermetica per il trasporto delle provette/contenitori; lacci emostatici; disinfettanti; soluzioni per la detersione delle mani; cotone idrofilo; garze; set sterili per medicazioni.

7.1.2. Requisiti Organizzativi specifici

La direzione del servizio è affidata ad un medico in possesso di specializzazione attinente alla materia ovvero con specializzazione in igiene, organizzazione servizi sanitari di base o equipollenti ovvero con esperienza specifica di assistenza domiciliare almeno di cinque anni.

Il direttore del servizio deve avere un rapporto orario di almeno 24 ore settimanali, con presenza feriale quotidiana.

Ogni Centrale Operativa deve essere dotata di uno specifico medico coordinatore, distinto dal direttore responsabile del servizio di cui al punto 7.0.2.

Il servizio di Assistenza domiciliare è dotato di una equipe minima di personale, così composta:

- Medico coordinatore.
- Infermiere dirigente in possesso dei titoli per accedere alla cat. Ds (art. 17 del CCNL 7.04.1999).
- Assistente sociale.
- N. 5 Infermieri professionali.
- N. 5 Terapisti della riabilitazione.

Ogni infermiere professionale ed ogni terapeuta impegnati a tempo pieno possono effettuare rispettivamente almeno 5 accessi giornalieri e almeno 4 accessi giornalieri.

Le attività infermieristiche domiciliari possono essere svolte anche all'interno di strutture pubbliche (ad es. Scuola o luogo di lavoro) in ambienti idonei e riservati e previa autorizzazione delle attività compiute.

Per ogni singolo paziente deve essere redatto un progetto assistenziale, con monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni del quadro patologico e della disabilità, da parte dell'equipe multiprofessionale, comprendente uno o più programmi terapeutici.

Deve essere presente a domicilio una documentazione che contenga i dati relativi al paziente, il piano di intervento individuale, le prestazioni erogate.

7.2. SERVIZI A FAVORE DI PERSONE DISABILI CHE NECESSITANO DI RIABILITAZIONE NELLA FORMA ESTENSIVA E DI MANTENIMENTO (ex art. 26 L. 833/78)

7.2.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici specifici

Deve essere prevista una sede operativa autonoma solo nel caso in cui l'attività riabilitativa domiciliare venga svolta in maniera esclusiva.

Nel caso in cui l'assistenza domiciliare rappresenti una delle tipologie di offerta assistenziale che preveda l'erogazione degli interventi in regime residenziale, e/o semiresidenziale, e/o ambulatoriale la sede operativa può essere collocata all'interno della struttura di offerta di detti servizi.

La dotazione minima di ambienti della sede operativa è il seguente:

- uno spazio per attesa;
- un locale per accoglienza e per attività amministrative;
- un locale adibito alla direzione del servizio, utilizzabile anche per riunioni d'equipe;
- spogliatoi del personale;
- servizi igienici distinti per gli utenti attrezzato per la disabilità e per il personale;
- uno spazio per deposito del materiale pulito, con armadi per i materiali d'uso, strumentazione, dispositivi medici;
- un locale per il deposito del materiale sporco.

La dotazione minima di apparecchiature comprende:

- attrezzature e dispositivi per la valutazione delle varie menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa;
- presidi e attrezzature atte allo svolgimento di prestazioni da parte dei medici specialisti e degli altri operatori professionali della riabilitazione;
- attrezzature ed elettromedicali portatili per la terapia fisica e strumentale di supporto a completamento dell'esercizio terapeutico.

7.2.2. Requisiti Organizzativi specifici

La direzione del servizio è affidata ad un medico in possesso di specializzazione correlata alla disabilità trattata ovvero possedere un'anzianità di servizio di 5 anni settore.

Nel caso in cui l'assistenza domiciliare rappresenti una delle tipologie di offerta assistenziale di un centro di riabilitazione che preveda l'erogazione degli interventi in regime residenziale, e/o semiresidenziale, e/o ambulatoriale, il responsabile del centro può assumere anche la direzione dell'attività domiciliare.

Il servizio di Assistenza domiciliare è dotato di una équipe multidisciplinare composta da:

- Fisiatra, Neurologo, Neuropsichiatria infantile (per le attività rivolte all'età evolutiva) o Medico Responsabile specialista previsto dalla normativa vigente.
- Professionisti sanitari della riabilitazione (Fisioterapisti, TdR, terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, logopedista, Terapisti occupazionali etc.) in numero proporzionato al volume di attività.
- Psicologo.
- Assistente sociale.
- Consulenti (Medici specialisti o altre professioni sanitarie, tecnico ortopedico).

Per ogni singolo paziente deve essere redatto un progetto riabilitativo, con monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni della disabilità, da parte dell'équipe multiprofessionale comprendente uno o più programmi terapeutici.

Deve essere garantita alla famiglia una adeguata informazione e partecipazione.

Le attività domiciliari possono essere svolte anche all'interno di strutture pubbliche (ad es. scuola o luogo di lavoro) in ambienti idonei e riservati e previa autorizzazione delle attività compiute.

Dette attività, definite extramurali, sono assimilabili alle attività domiciliari e le strutture erogatrici devono essere in possesso dei requisiti di cui ai punti 7.0.1. e 7.0.2.

7.3. SERVIZI A FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA HIV E AIDS

Come definito nella L. 135/90 hanno diritto all'assistenza domiciliare i pazienti affetti da AIDS e patologie correlate per le quali sia stata posta diagnosi di AIDS secondo la definizione corrente, effettuata la relativa notifica di caso alle autorità competenti e per le quali, superata la fase acuta della malattia sia possibile la dimissione dall'ospedale e la prosecuzione della terapia a domicilio.

In aggiunta a tale criterio, l'assistenza domiciliare (TAD) potrà essere esteso ad altre tipologie di pazienti con malattia da HIV, anche in assenza di diagnosi di AIDS i quali soffrono di condizioni cliniche compromesse a causa di grave immunodeficienze e di altre patologie.

7.3.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici

In relazione al limitato numero degli assistiti ed alla dispersione dell'attività sul territorio regionale sono stati definiti requisiti strutturali e tecnologici meno complessi rispetto alle altre categorie di utenza.

La sede operativa è composta da almeno una stanza, adibita a centrale operativa, adeguatamente arredata, fornita di telefono, fax, segreteria telefonica, computer, stampante e collegamento internet.

Il materiale contenuto nella borsa a disposizione del personale infermieristico che opera a domicilio è adeguato alle attività svolte (presidi utili alla somministrazione dei farmaci, guanti monouso, sfigmomanometro, fonendoscopio, glucometro, siringhe monouso, contenitore per aghi/taglienti resistenti alla puntura e agli spandimenti, provette per esami ematici, contenitori sterili per la raccolta di materiale biologico, contenitore a chiusura ermetica per il trasporto delle provette/contenitori, lacci emostatici, disinfettanti, soluzioni per la detersione delle mani, cotone idrofilo, garze, set sterili per medicazioni).

Il materiale contenuto nella borsa a disposizione del medico che opera a domicilio è adeguato alle attività svolte (dotazione minima di farmaci di pronto intervento: adrenalina, cortisonici, antistaminici, diuretici, antiipertensivi, anticonvulsivanti, broncodilatatori, antagonisti degli stupefacenti).

7.3.2. Requisiti Organizzativi

Il coordinatore della attività sanitarie è un medico specialista in malattie infettive o con esperienza documentata nel campo dell'AIDS di almeno cinque anni.

Esiste una adeguata dotazione di personale atta a garantire il funzionamento del servizio:

- un medico ogni 10 pazienti;

- un coordinatore amministrativo;
- un infermiere professionale ogni 4 pazienti;
- un terapeuta della riabilitazione ogni 6 pazienti;
- un assistente sociale ogni 15 pazienti;
- un operatore telefonico.

E' garantita la presa in carico del paziente entro quattro giorni dall'autorizzazione del CCTAD.

Il piano di assistenza individualizzato è concordato con il medico responsabile della struttura di Malattie infettive di riferimento, così come le eventuali variazioni.

Esistono pratiche uniformi e procedure scritte per la prevenzione, il monitoraggio e la gestione di eventi avversi per il personale.

7.4. SERVIZI A FAVORE DI PAZIENTI TERMINALI ONCOLOGICI E NON

7.4.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici

Deve essere prevista una sede operativa autonoma solo nel caso in cui l'attività domiciliare venga svolta in maniera esclusiva.

Nel caso in cui l'assistenza domiciliare sia correlata con l'attività del Centro di Cure Palliative (Hospice), la sede operativa coincide con quella del Centro medesimo.

La dotazione minima di apparecchiature comprende:

- attrezzature e dispositivi per la valutazione del caso;
- presidi e attrezzature atte ad assicurare le cure palliative da parte dei medici specialisti e degli altri operatori professionali includenti attrezzature idonee alla gestione della terapia e strumentario per la piccola chirurgia;
- Pompe per infusione continua e strumentazione per la terapia del dolore e per l'assistenza alla nutrizione artificiale.

7.4.2. Requisiti Organizzativi

Il Responsabile del Servizio deve essere un medico con comprovata esperienza in materia di "Medicina Palliativa" e "Terapia del dolore".

In particolare sono richiesti tre anni di servizio presso strutture pubbliche ovvero cinque presso strutture private accreditate, eroganti assistenza in favore di pazienti oncologici in fase terminale.

Nel caso in cui l'assistenza domiciliare sia correlata con l'attività del Centro di Cure Palliative (Hospice), il responsabile del centro assumere anche la direzione dell'attività domiciliare.

Il personale medico in servizio deve garantire la reperibilità H24.

Il servizio di Assistenza domiciliare è dotato di una équipe multidisciplinare composta da:

- Medici.
- Psicologi.
- Infermieri professionali in numero proporzionale ai pazienti in carico.
- Tecnici della riabilitazione.
- Personale di assistenza sociale.

- Volontari.

Per ogni singolo paziente deve essere redatto un progetto assistenziale, con monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni delle condizioni cliniche, da parte dell'equipe multiprofessionale.

La Direzione promuove la personalizzazione dell'assistenza anche mediante riunioni periodiche di équipe finalizzate alla definizione, alla verifica ed alla rimodulazione del piano terapeutico.

Nei programmi integrati con i centri residenziali (Hospice) il rapporto tra accessi domiciliari e giornate di presa in carico deve essere almeno di uno.

Deve essere promossa la collaborazione con le associazioni di volontariato.

Il Servizio garantisce:

- attraverso l'utilizzazione di risorse esterne, adeguata assistenza psicologica ai pazienti ed ai relativi familiari, sia nella fase antecedente al decesso che in quella di elaborazione del lutto, nonché al personale in forza al Servizio stesso;
- adeguato sostegno spirituale ai pazienti ed ai relativi familiari, sia nella fase antecedente al decesso che in quella di elaborazione del lutto, nel rispetto della volontà e della libertà di coscienza degli interessati.

7.5. SERVIZI A FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISTURBI MENTALI

L'assistenza domiciliare rappresenta una modalità di attuazione del progetto terapeutico predisposto dal Centro di Salute Mentale di competenza territoriale che utilizza l'équipe che ha in carico ciascun caso per l'effettuazione degli interventi a domicilio.

In caso di utenti con disturbi stabilizzati residenti al proprio domicilio o in strutture socio-assistenziali, può essere costituita, nell'ambito dell'assistenza territoriale del DSM, una équipe dedicata, composta da infermieri, assistenti sociali, educatori o tecnici della riabilitazione psichiatrica, che garantisca, in collaborazione con il CAD di competenza territoriale, una specifica assistenza domiciliare programmata, finalizzata al mantenimento delle autonomie personali e a favorire l'inclusione sociale, fermo restando il riferimento dello psichiatra e/o dello psicologo curante del CSM.

7.6. SERVIZI A FAVORE DI PERSONE IN STATO DI DIPENDENZA

Finalità generali

Si rinvia a quanto evidenziato all'interno del punto 3.6. relativo ai centri ambulatoriali.

7.6.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici

In relazione alla particolarità dell'utenza assistita è richiesta una sede operativa con requisiti ridotti rispetto a quelli generali.

La dotazione minima di ambienti della sede operativa è il seguente:

- un locale per accoglienza e per attività amministrative;
- un locale adibito alla direzione del servizio, utilizzabile anche per riunioni d'equipe e per archivio;
- servizi igienici;
- uno spazio per deposito del materiale pulito, con armadi per i materiali d'uso, strumentazione, dispositivi medici ed inoltre frigorifero e cassaforte ove è prevista la somministrazione della terapia farmacologica;
- un locale per il deposito del materiale sporco.

La sede operativa può essere condivisa all'interno di strutture residenziali, semiresidenziali e ambulatoriali.

Può essere assimilata all'attività domiciliare quella prestata sul campo presso i luoghi di aggregazione degli utenti utilizzando anche mezzi mobili (Unità di strada) con i seguenti requisiti sostitutivi ovvero aggiuntivi.

In caso di attività esclusiva deve essere prevista una sede operativa composta da almeno una stanza, adibita a centrale operativa, adeguatamente arredata, fornita di telefono, fax, segreteria telefonica, computer, stampante.

L'Unità di strada garantisce la disponibilità di un mezzo adeguato (auto, camper, ecc.), attrezzato con spazi per colloqui informativi ed attività di counseling, a seconda degli interventi autorizzati.

7.6.2. Requisiti Organizzativi

E' individuato un responsabile in possesso di Diploma di Laurea coerente con la tipologia d'intervento.

Il Responsabile garantisce un impegno di servizio per almeno 36 ore settimanali.

Il Responsabile non può essere sostituito, salvo gravi e documentati motivi, per almeno dodici mesi dalla designazione. In ogni caso deve essere previsto un sostituto della medesima qualificazione professionale, eventualmente appartenente ad altro servizio della medesima regione.

La documentazione relativa alla tipologia d'intervento deve contenere: principi, modelli teorici di riferimento, definizione del target, definizione degli obiettivi, definizione delle azioni/prestazioni, definizione delle fasi e dei tempi, esplicitazione delle risorse umane impiegate e dei metodi di supervisione utilizzati, definizione degli strumenti di monitoraggio, definizione degli strumenti di valutazione.

Il Responsabile è affiancato da ulteriori operatori, in possesso di idonei titoli e requisiti professionali per un numero complessivo di personale non inferiore ad una unità ogni dieci utenti.

Per ciascuna tipologia d'intervento è prevista la dotazione di personale minima sottoindicata:

- per gli interventi pedagogico riabilitativi integrati: n.1 operatore qualificato (laurea di 1° livello) e n.1 operatore di supporto;
- per gli interventi terapeutico riabilitativi integrati: n.1 psicologo, n.1 assistente sociale in maniera coerente con la tipologia d'intervento, n.1 educatore professionale o figura equipollente, n.1 medico (in caso di comorbilità psichiatrica il medico può essere sostituito da n.1 psichiatra), n.1 infermiere professionale in coerenza con l'intervento previsto (in caso di somministrazione farmacologica).

Fino a due unità di personale (escluso il responsabile), deve essere instaurato rapporto di lavoro per 18 ore settimanali ciascuno, per le ulteriori unità può essere previsto il tempo parziale purché assicurato il monte ore complessivo necessario.

In ogni caso deve essere garantita la presenza continuativa di personale per tutta la durata di svolgimento dell'attività.

Le ONLUS possono avere fino al 25% della dotazione minima di personale in formazione.

Deve essere:

- garantita la formazione degli operatori tramite riunioni di équipe ed aggiornamento periodico;
- utilizzata una cartella individuale che contenga i dati relativi al paziente (dati anagrafici, data inizio programma, operatori di riferimento, diagnosi), gli strumenti di valutazione utilizzati, il

piano di trattamento con aggiornamenti, le prestazioni erogate, le verifiche, i risultati raggiunti e motivazione della chiusura del programma;

- assicurato un sistema di archiviazione, secondo la normativa vigente;
- adottato un regolamento interno contenente: diritti e obblighi degli utenti, norme regole di comportamento e di vita comunitaria, impiego degli utenti nelle attività di vita comunitaria.

Devono essere:

- adottati documenti di registrazione delle attività nonché di registrazione giornaliera di utenti;
- programmate ed effettuate regolarmente riunioni di équipe e aggiornamento periodico.

E' previsto il possesso di specifica documentazione relativa alla copertura assicurativa di rischio, infortunio e danno provocato o subito da operatori, volontari, tirocinanti e utenti.

All'interno di strutture residenziali può essere collocata la sede operativa per l'attività domiciliare.



*Il presente documento
si conforma al n. 279
pag. 1.*