



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

REQUISITI SPECIFICI DI AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO AMBULATORIO CHIRURGICO

Per ambulatorio chirurgico (o ambulatorio per interventi chirurgici) si intende la struttura intra o extra-ospedaliera nella quale sono eseguiti interventi chirurgici o anche procedure diagnostiche o terapeutiche invasive o semi-invasive, nelle situazioni che non richiedono ricovero ordinario o a ciclo diurno; tali procedure possono essere eseguite in anestesia locale o loco-regionale e non necessitano di una osservazione post-operatoria prolungata.

L'ambulatorio chirurgico include anche le attività svolte in regime di Day Service: è dedicato all'espletamento di attività cliniche ambulatoriali, di tipo diagnostico o terapeutico, rivolte a pazienti complessi per i quali è necessario effettuare prestazioni multidisciplinari in un solo giorno o in un numero limitato di accessi, secondo percorsi predefiniti e concordati. Si avvale della tipologia di ambulatorio necessaria per il problema presentato dal paziente.

La presente scheda sostituisce e/o integra la parte normativa esistente per le varie tipologie di attività dove è richiesta la presenza di questi ambienti.

REQUISITI STRUTTURALI		SI	NO
1.	I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate		
Zona operativa			
2.	La superficie dei pavimenti è facilmente lavabile e disinfettabile.		
3.	Le pareti sono lavabili e disinfettabili fino ad una altezza di 2 metri		
La dotazione minima di ambienti nella zona operativa è la seguente:			
4.	a. Locale per la sosta e la fase di sorveglianza del paziente al termine della prestazione chirurgica di almeno mq 12 collocata in prossimità dell'ambulatorio con all'interno area separata per la preparazione del paziente che garantisca la privacy.		
	b. Area per la preparazione del personale alla prestazione chirurgica, dotata di lavello a comando non manuale, dispensatore di sapone e sistema igienico di asciugatura.		
	c. Sala-ambulatorio dedicata all'esecuzione delle prestazioni sanitarie chirurgiche di superficie \geq a 20 mq		
	d. Area per il lavaggio, la disinfezione, sterilizzazione e confezionamento dello strumentario chirurgico e degli altri presidi utilizzati; in alternativa disponibilità del servizio nel contesto di altre strutture adiacenti o esternalizzazione del servizio di sterilizzazione.		
Zona di supporto			
5.	E' presente un locale spogliatoio per il personale, con caratteristiche strutturali e di arredo corrispondenti all'apposita scheda.		
6.	Sono presenti servizi igienici per il personale le cui caratteristiche strutturali, impiantistiche e dotazioni possono essere desunte dalla apposita scheda.		
7.	Sono presenti servizi igienici per utenti, con caratteristiche strutturali, impiantistiche e dotazioni corrispondenti all'apposita scheda.		
8.	Sono presenti spazi per:		
	a. Attesa/accettazione le cui caratteristiche strutturali, e di arredo sono corrispondenti all'apposita scheda.		
	b. Attività amministrative (segreteria, registrazione, archivio)		
9.	Sono presenti spazi/locali per deposito di materiale pulito		
10.	Sono presenti spazi/locali per deposito di materiale sporco		
11.	Sono presenti spazi o armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni le cui caratteristiche strutturali, e di arredo possono essere desunte dalla apposita scheda.		
12.	Spazio per materiale per pulizia		

(*) qualora la funzione di chirurgia ambulatoriale si svolga all'interno di una struttura ospedaliera questi servizi possono essere comuni

STRUTTURA _____ COMUNE: _____ VIA _____ N. _____



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

REQUISITI SPECIFICI DI AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO AMBULATORIO CHIRURGICO

REQUISITI IMPIANTISTICI		SI	NO
13.	In tutti i locali sono assicurate efficaci condizioni di illuminazione e ventilazione		
14.	Il locale ambulatorio dove vengono erogate le prestazioni deve avere le seguenti caratteristiche igrotermiche:		
	a. Temp. interna invernale 20°C+1°C		
	b. Temp. interna estiva controllata		
	c. Umidità relativa controllata		
	d. N. ricambi aria/ora 6v/h		
15.	Le caratteristiche illuminotecniche degli apparecchi luminosi installati sono adeguate alla normativa vigente in materia (vedi scheda requisiti generali)		
16.	E' garantita l'illuminazione di emergenza dei locali secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia (vedi scheda requisiti generali)		
17.	In relazione al tipo di attività sanitaria svolta nell'ambulatorio, l'organizzazione sanitaria ha definito la classificazione del suddetto locale ad uso medico secondo la norma CEI 64-8/710.2.5-7)		
18.	L'impianto telefonico è utilizzabile dagli utenti		

REQUISITI TECNOLOGICI		SI	NO
19.	Il locale ambulatorio chirurgico dispone di attrezzature e presidi medico chirurgici in relazione alla specificità dell'attività svolta		
20.	Sono presenti:		
	a. Letto tecnico, una poltrona o un tavolo operatorio adeguati alle prestazioni chirurgiche erogate.		
	b. Lampada scialitica o altro sistema di illuminazione del campo operatorio, adeguati alle prestazioni chirurgiche erogate.		
	c. Elettrobisturi.		
	d. Strumentazioni adeguate per interventi di chirurgia generale e/o specialità chirurgiche.		
	e. Diafanoscopio a parete.		
	f. Frigorifero per conservazione farmaci ed eventuali emoderivati (assicurata la disponibilità)		
	g. Apparecchiature per il lavaggio, disinfezione, sterilizzazione e confezionamento, efficaci e compatibili con le caratteristiche e gli impieghi dello strumentario chirurgico e degli altri presidi utilizzati.		
	h. Armadio farmaci, medicazioni, strumentario.		
i. Carrello gestione emergenze, completo delle dotazioni indicate nella scheda ambulatori medici.			

REQUISITI ORGANIZZATIVI		SI	NO
21.	E' data indicazione delle giornate e gli orari di attività dell'ambulatorio.		
22.	E' stabilito che durante l'orario di funzionamento il locale adibito ad attività di chirurgia ambulatoriale non può essere utilizzato per altre attività.		
23.	E' presente un elenco delle prestazioni che vengono erogate presso l'ambulatorio, validato dal direttore sanitario/direttore medico di presidio/struttura		
24.	Durante lo svolgimento della attività ambulatoriale è prevista la presenza costante di almeno un medico, con specializzazione in chirurgia generale/specialistica indicato quale responsabile delle attività cliniche svolte nell'ambulatorio.		

STRUTTURA _____ COMUNE: _____ VIA _____ N. _____



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

REQUISITI SPECIFICI DI AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO AMBULATORIO CHIRURGICO

		SI	NO
25.	E' presente o disponibile nella struttura un anestesista-rianimatore (in funzione della tipologia di intervento e/o delle caratteristiche del paziente).		
26.	E' assicurata la presenza dell'anestesia all'interno degli ambulatori chirurgici oculistici non protetti, in relazione alla tipologia ed alla complessità degli atti effettuati.		
27.	Il personale è in numero adeguato agli accessi ambulatoriali e alla tipologia dell'attività svolta		
28.	Tutti i materiali, farmaci, confezioni soggetti a scadenza, riportano in evidenza la data della scadenza stessa		
29.	Le prestazioni effettuate sono registrate e corredate dalle generalità riferite dall'utente nel documento sanitario		
30.	Le registrazioni e le copie dei referti sono conservate secondo le modalità e i tempi sanciti dalla normativa vigente		
31.	E' documentato il consenso informato del paziente sull'intervento o procedura cui deve sottoporsi.		
32.	Tutti gli interventi chirurgici e le procedure invasive eseguiti devono essere riportati in apposito registro, contenente:		
	a. elementi identificativi del paziente		
	b. diagnosi		
	c. nomi e ruolo degli operatori		
	d. procedura eseguita		
	e. data, ora di inizio e di fine della procedura		
	f. tipo di anestesia ed eventuali tecniche sedative eseguite		
33.	Esistono protocolli per l'ammissione, la cura e la continuità assistenziale dei pazienti operati		
34.	E' presente una procedura per la comunicazione al medico curante che riporta:		
	a. Gli elementi del registro ambulatoriale b. I consigli terapeutici proposti		
35.	E' presente una procedura per le situazioni di emergenza e per il trasferimento del paziente in idonea struttura di ricovero in caso di necessità		
36.	Clinical competence: <i>il medico incaricato delle attività di chirurgia ambulatoriale possiede dimostrata esperienza nella branca di competenza con documentata casistica di interventi eseguiti in qualità di primo operatore, praticati presso strutture pubbliche o private.</i>		
37.	Esistono e vengono seguiti protocolli dettagliati (secondo linee guida aggiornate) per:		
	a. la sanificazione degli ambienti		
	b. le modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori		
NB: Day Service ambulatoriale: è dedicato all'espletamento di attività cliniche ambulatoriali, di tipo diagnostico o terapeutico, rivolte a pazienti complessi per i quali è necessario effettuare prestazioni multidisciplinari in un solo giorno o in un numero limitato di accessi, secondo percorsi predefiniti e concordati. Si avvale della tipologia di ambulatorio necessaria per il problema presentato dal paziente (di tipo medico o chirurgico)			



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

**REQUISITI SPECIFICI DI AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO
AMBULATORIO CHIRURGICO**

**IL SOTTOSCRITTO DICHIARA
il mancato possesso dei seguenti requisiti e ne giustifica il motivo**

Nr. Requisito	Giustificazione mancato possesso	Tempistica di risoluzione



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

**REQUISITI SPECIFICI DI AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO
AMBULATORIO CHIRURGICO**

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA
altresì l'inapplicabilità alla struttura dei seguenti criteri non soddisfatti

Nr. Requisito	Giustificazione mancato possesso

**Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali in caso di false dichiarazioni, certifica che la struttura di cui è responsabile alla data odierna sia in possesso dei requisiti sopra elencati.
In fede**

(firma del dichiarante)

STRUTTURA _____ COMUNE: _____, VIA _____ N. _____

