



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

REQUISITI SPECIFICI DI AUTORIZZAZIONE

AMBULATORIO MEDICO

Struttura, intra o extra ospedaliera, preposta all'erogazione di prestazioni sanitarie nell'ambito della prevenzione, della diagnosi, cura e riabilitazione, nelle situazioni che non richiedono ricovero neanche a ciclo diurno.

La denominazione dell'ambulatorio deve essere tale da mostrare chiaramente la connotazione sanitaria dell'attività.

L'ambulatorio Medico 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 con complessità di patologie, 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.

Normativa di riferimento: D.P.R. 14/01/1997 - D.G.R. 26/21 del 4 giugno 1998 - D.G.R. 13/17 del 04/03/2008.

REQUISITI STRUTTURALI		SI	NO
1.	I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate.		
	La dotazione minima di ambienti per l'ambulatorio è la seguente:		
	a. Locale operativo della superficie minima interna, escluso i disimpegni e l'eventuale bagno, variabile da 12 a 14 mq a seconda della tipologia e dell'entità delle attività sanitarie esercitate e comunque con una conformazione planimetrica tale da rendere facilmente gestibile l'esercizio delle attività svolte. <i>Per le strutture esistenti alla data di approvazione del presente provvedimento, che non richiedano modifiche strutturali, tecnologiche ed organizzative rispetto all'attività precedentemente svolta, può essere prevista una superficie inferiore ai suddetti parametri, purchè non al di sotto dei 10 m, ed adeguata alla tipologia dell'attività svolta garantendo le condizioni di confort e di sicurezza ai pazienti.</i>		
	b. Sala d'attesa dotata di un numero di posti a sedere adeguato ai picchi di frequenza e ai tempi delle prestazioni le cui caratteristiche strutturali, di arredo e dotazioni possono essere desunte dall'apposita scheda.		
	c. Spazio/locale per le attività di accettazione, amministrazione e archivio.		
2.	d. Servizio igienico per il personale le cui caratteristiche strutturali, impiantistiche, di arredo e dotazioni possono essere desunte dall'apposita scheda.		
	e. Servizio igienico dedicato all'utenza le cui caratteristiche strutturali, impiantistiche, di arredo e dotazioni possono essere desunte dall'apposita scheda.		
	f. Spazio spogliatoio per il personale. Nel caso di un poliambulatorio deve essere previsto un apposito locale le cui caratteristiche strutturali, impiantistiche, di arredo e dotazioni possono essere desunte dall'apposita scheda.		
	g. Spazio/locale per il deposito di materiale pulito.		
	h. Spazio/locale per il deposito di materiale sporco.		
	i. Spazi o armadi per deposito del materiale d'uso, attrezzature e strumentazioni.		
	j. Spazio/locale per la refertazione (può essere previsto all'interno dell'ambulatorio).		
	k. Accesso indipendente (qualora l'attività ambulatoriale sia svolta in una struttura non interamente destinata ad attività sanitarie).		

Nota: Gli spazi per l'attesa, l'accettazione e le attività amministrative e di archivio possono essere comuni, qualora nella stessa struttura coesistano più attività gestite dal medesimo soggetto giuridico.

STRUTTURA _____ COMUNE: _____, VIA _____ N. _____



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

REQUISITI SPECIFICI DI AUTORIZZAZIONE

AMBULATORIO MEDICO

REQUISITI IMPIANTISTICI		SI	NO
3.	In tutti i locali sono assicurate condizioni di illuminazione e ventilazione naturali. Nel caso di particolari attività sanitarie, per le quali non è necessaria l'illuminazione e la ventilazione naturale, possono essere previsti dei sistemi artificiali, purché gli stessi siano opportunamente dimensionati, realizzati nel rispetto delle massime condizioni di igiene e sicurezza nonché collegati ad una linea elettrica preferenziale che mantenga sempre efficiente il funzionamento anche in caso di black out.		
4.	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)		
5.	È presente un impianto telefonico.		

REQUISITI TECNOLOGICI		SI	NO
6.	Il locale ambulatorio dispone di attrezzature e presidi medico chirurgici in relazione alla attività svolta.		
7.	Se un unico locale accoglie risorse tecnologiche destinate a prestazioni diverse, esse non sono utilizzate contemporaneamente su più pazienti.		
8.	E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza con:		
	a. Pallone autoespansibile con maschere di varie misure;		
	b. Cannule orofaringee di varie misure;		
	c. Sfigmomanometro con fonendoscopio;		
	d. Laccio, siringhe e agocannule;		
	e. Materiale per medicazione;		
	f. Farmaci (adrenalina, atropina, dopamina, lidocaina, naloxone, furosemide, glucosio al 33%, metilprednisolone, soluzione fisiologica e glugosata, bicarbonato di sodio).		
9.	Per gli ambulatori che eseguono procedure invasive o ricerche diagnostiche con manovre complesse o che implicano l'uso di mezzi di contrasto, sono presenti:		
	a. Monitor defibrillatore;		
	b. Bombola di ossigeno;		
	c. Tavola rigida per RCP;		
	d. Aspiratore con cateteri;		
	e. Laringoscopio con set di lame e di tubi endotracheali e mandrino;		
	f. Set per tracheotomia;		
	g. Set emogasanalisi;		
	h. Sondini naso-gastrici.		

STRUTTURA _____ COMUNE: _____, VIA _____ N. _____



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

REQUISITI SPECIFICI DI AUTORIZZAZIONE

AMBULATORIO MEDICO

REQUISITI ORGANIZZATIVI		SI	NO
10.	Il personale è in numero adeguato agli accessi ambulatoriali e alla tipologia dell'attività svolta		
11.	Durante lo svolgimento della attività ambulatoriale è prevista la presenza costante di un medico specialista nella branca di riferimento dell'attività praticata.		
	Le prestazioni effettuate:		
12.	a. Sono registrate e corredate dalle generalità dell'utente;		
	b. Copia del referto è consegnata all'utente.		
	c. Le registrazioni e le copie dei referti sono conservate secondo le modalità e i tempi sanciti dalla normativa vigente.		
13.	Tutti i materiali, farmaci, confezioni soggetti a scadenza, riportano in evidenza la data della scadenza stessa.		
14.	Le attività dell'ambulatorio sono periodicamente sottoposte a programmi di controllo interno di qualità.		
15.	È prevista la partecipazione ai programmi di controllo esterno di qualità della regione, se esistenti, ovvero a programmi validati a livello nazionale o internazionale.		
16.	L'orario di accesso assicura la corretta esecuzione delle prestazioni e l'iter diagnostico previsto.		

STRUTTURA _____ COMUNE: _____, VIA _____ N. _____



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

REQUISITI SPECIFICI DI AUTORIZZAZIONE

AMBULATORIO MEDICO

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

Nr. Requisito	Giustificazione mancato possesso	Tempistica di risoluzione

STRUTTURA _____ COMUNE: _____, VIA _____ N. _____



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

REQUISITI SPECIFICI DI AUTORIZZAZIONE

AMBULATORIO MEDICO

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. _____



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

REQUISITI SPECIFICI DI AUTORIZZAZIONE

AMBULATORIO MEDICO

NOTE

Luogo e data _____

(Funzionari incaricati)

(firma del Titolare per presa visione)

STRUTTURA _____ COMUNE: _____, VIA _____ N. _____