



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Allegato 2 alla Delib.G.R. n. 51/22 del 16.10.2018

**REQUISITI SPECIFICI DI AUTORIZZAZIONE
AMBULATORIO CHIRURGICO AVANZATO**

L'Ambulatorio Chirurgico Avanzato è un insieme di ambienti destinati all'esecuzione di procedure invasive ovvero di chirurgia ambulatoriale complessa e programmata che comportano una trascurabile probabilità di complicanze e che vengono eseguite in pazienti accuratamente selezionati. Per la selezione pre-operatoria dei pazienti, si fa riferimento all'utilizzo della classificazione della American Society of Anesthesiology (ASA) che consente di definire le categorie dei pazienti in funzione della presenza o meno di alterazioni organiche o funzionali. I possibili candidati alle prestazioni di chirurgia ambulatoriale sono i pazienti delle classi ASA 1 e ASA 2.

Tale chirurgia si differenzia da quella semplice in quanto è organizzata per erogare prestazioni chirurgiche che, pur non richiedendo il ricovero, possono comportare la somministrazione, oltre che dell'anestesia loco e/o loco regionale, anche di vari gradi di sedazione, prevedendo il coinvolgimento diretto dello specialista in anestesia. In questa tipologia di ambulatorio vengono effettuati in anestesia generale unicamente interventi chirurgici che comportino all'utente un recupero dell'autonomia motoria e della piena vigilanza entro le due ore successive alla conclusione dell'intervento e non implicanti assistenza continuativa postintervento.

Tali procedure possono penetrare nelle superfici protettive del corpo del paziente (ad esempio, pelle o mucose), vengono eseguite in un campo chirurgico asettico e possono richiedere l'ingresso in una cavità del corpo, eventualmente con l'inserimento di corpi estranei. Tali procedure, devono essere eseguite in un ambiente adeguato alle esigenze tecniche della procedura in considerazione della sicurezza del paziente, prevenzione delle infezioni e dei rischi, compresi quelli derivanti dall'anestesia.

Nel definire questi principi si è tenuto conto come il maggior rischio legato alla chirurgia ambulatoriale sia di tipo anestesilogico e che tale rischio è direttamente collegato alla durata della procedura oltre che alle condizioni del paziente. Pertanto in tutte le procedure indicate dovrà comunque essere valutata anche la quantità, livello di patologia presente e quindi la durata della procedura. Il secondo fattore di pericolo è identificato nelle emorragie post operatorie il cui rischio dovrà essere statisticamente trascurabile.

Le prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico avanzato sono, oltre a quelle eseguibili in ambulatorio chirurgico di base, anche le prestazioni indicate con la lettera H nel nomenclatore tariffario regionale vigente.

Si sottolinea come l'elenco di tali prestazioni sia in divenire tanto per modifiche stabilite dal Ministero della Salute quanto dalla Regione Sardegna; conseguentemente possono essere erogate le prestazioni contenute nel Nomenclatore Regionale dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale (D.G.R. 55/17 DEL 17/11/2015) e successivamente al recepimento, le prestazioni elencate nel Nomenclatore Nazionale dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale (D.P.C.M. 12/01/2017, Capo VI - Allegato 4) contrassegnate dalla lettera "H" e "HR".

REQUISITI STRUTTURALI IMPIANTISTICI E TECNOLOGICI		SI	NO
L'ambulatorio chirurgico avanzato è costituito da un insieme di ambienti/spazi che soddisfano seguenti i requisiti minimi autorizzativi			
1.	La sede operativa della struttura ha una distanza \leq di 60 minuti di trasporto "su gomma" da una struttura ospedaliera dotata di Pronto Soccorso, Rianimazione e Terapia Intensiva		
2.	I locali hanno le seguenti caratteristiche:		
	a. sono ubicati al piano terra o comunque dotati di ascensori atti al trasporto di pazienti (letti attrezzati)		
	b. garantiscono il regolare flusso di personale, pazienti e materiali in entrata/uscita		
	c. sono dotati di vie di fuga aventi dimensioni tali da poter, in caso di emergenza, movimentare ed evacuare in sicurezza i pazienti		
3.	I locali e spazi sono correlati alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate		
La dotazione minima di ambienti è la seguente:			

STRUTTURA _____ COMUNE: _____ VIA _____ N. _____



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÉNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Allegato 2 alla Delib.G.R. n. 51/22 del 16.10.2018

**REQUISITI SPECIFICI DI AUTORIZZAZIONE
AMBULATORIO CHIRURGICO AVANZATO**

REQUISITI STRUTTURALI IMPIANTISTICI E TECNOLOGICI		SI	NO
A. SALA PROCEDURE CHIRURGICHE (Area Limitata)		=	=
REQUISITI STRUTTURALI		=	=
4.	Locale dedicato che può essere raggiunto solo attraverso una zona semi-limitata per ottenere un elevato livello di mantenimento dell'asepsi. L'ingresso è consentito solo ai pazienti e al personale autorizzato che debbono usare idonei indumenti dedicati (vestiario, copri scarpe, copricapo, mascherina, ecc.)		
5.	Superficie minima non inferiore a 25 m ² , spazio sufficientemente ampio, e con un rapporto tra lato maggiore (A) e lato minore (B) inferiore a 1,61 ($A/B < 1,61$), per consentire la adeguata sistemazione di tutte le attrezzature necessarie e opzionali tali da permettere agevoli movimenti all'equipe multiprofessionale		
6.	Porte di entrata/uscita alla sala procedure chirurgiche sufficientemente ampie anche per il trasporto di apparecchiature di supporto, facilmente apribili con comandi non manuali e preferibilmente scorrevoli, tali da garantire il passaggio di un paziente barellato		
7.	Pareti raccordate con il soffitto e tra loro, lisce e uniformi, lavabili, disinfettabili a tutta altezza, con angoli arrotondati, aventi classe di reazione al fuoco non superiore a 2		
8.	Superfici dei piani di lavoro e delle pareti: lisce, non porose, non scanalate, resistenti al frequente lavaggio e disinfezione, lavabili a tutt'altezza con raccordo arrotondato al pavimento, ignifughe, resistenti agli urti, non riflettenti se si usa il laser, prive di nicchie o ostacoli che impediscano una efficace pulizia		
9.	Rivestimento dei soffitti lisci, uniformi e a tenuta, lavabili e non riflettenti, disinfettabili e impermeabili ad agenti contaminanti, privi di punti in cui si possa accumulare polvere o che siano di difficile pulizia		
10.	Pavimento resistente agli urti e agli agenti chimici e fisici, liscio, uniforme e senza soluzioni di continuo, antisdrucchiolo, antistatico		
11.	Infissi, ove presenti, sigillati, oscurabili e strutturalmente resistenti agli agenti atmosferici esterni. Superfici prive di nicchie o ostacoli a una efficace pulizia		
REQUISITI IMPIANTISTICI		=	=
12.	Presenza d'illuminazione di emergenza dei locali secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia		
13.	Disponibilità di alimentazione di sicurezza per gli apparecchi d'illuminazione dei tavoli operatori e per dispositivi elettromedicali di supporto delle funzioni vitali, con un tempo d'intervento non superiore a 0,5 s e autonomia di 3 h, autonomia che può essere ridotta a 1 h nel caso che il carico possa essere commutato su un'altra alimentazione di sicurezza (ad esempio gruppo elettrogeno), con estensione che copra complessivamente ulteriori due ore		
14.	Impianto elettrico (a soffitto per l'alimentazione della lampada scialitica) e impianto di alimentazione dei servizi di sicurezza realizzati secondo le prescrizioni normative vigenti per garantire la massima sicurezza		
15.	Caratteristiche illuminotecniche con intensità luminosa di:		
	a. 300 lux per l'illuminazione generale		
	b. 10.000 lux in area limitrofa al campo operatorio		
	c. 50.000-100.000 lux per il campo operatorio, con un diametro di illuminamento del campo operatorio di almeno 32 cm		
16.	Numero adeguato di prese elettriche collegate al gruppo elettrogeno e/o all'UPS (presenza di gruppi elettrogeni ausiliari e stabilizzatori di rete e UPS)		



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÉNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Allegato 2 alla Delib.G.R. n. 51/22 del 16.10.2018

REQUISITI SPECIFICI DI AUTORIZZAZIONE
AMBULATORIO CHIRURGICO AVANZATO

REQUISITI STRUTTURALI IMPIANTISTICI E TECNOLOGICI		SI	NO
SALA PROCEDURE CHIRURGICHE (Area Limitata)		=	=
REQUISITI IMPIANTISTICI (segue)		=	=
17.	Sistema di ventilazione condizionata che garantisca un adeguato grado di benessere termico:		
	a. Temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20°-24°C		
	b. Umidità relativa estiva e invernale compresa tra 40-60%		
	c. Ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo) almeno 15 volumi/h		
18.	Impianto di ventilazione e condizionamento a contaminazione controllata, in grado di mantenere adeguate condizioni igienico-ambientali e di mantenere gradienti di sovrappressione stabili tra gli ambienti della sala procedure e quelli dell'area semi-limitata. Differenza minima di pressione tra due locali contigui di almeno di 5 Pascal, conformi alle norme tecniche vigenti		
19.	Piano di monitoraggio e controllo documentato con la verifica periodica dei parametri ambientali microclimatici in grado di contenere le concentrazioni di gas anestetici e/o altri inquinanti gassosi, di agenti biologici e di particolato aeroportato, con periodicità semestrale ogni 6 mesi, o con periodicità più ravvicinata o, all'occasione, qualora siano stati eseguiti interventi di manutenzione ordinaria, straordinaria o la rottura/disfunzioni dell'impianto tali da alterarne i requisiti prestazionali, o nelle situazioni in cui si raccolgono indicazioni di disagio termico da parte degli operatori della struttura secondo le norme tecniche vigenti.		
20.	Sistema di filtrazione dell'aria mediante filtri denominati come "assoluti" o "ad altissima efficienza" (HEPA) con efficienza di filtrazione dell'aria > 99,97% e da verificare almeno semestralmente		
21.	Presenza della documentazione tecnica relativa ai controlli e agli interventi di manutenzione effettuati, comprendenti:		
	a. la descrizione dell'intervento effettuato		
	b. i risultati delle verifiche prestazionali con determinazione dei parametri		
	c. perdita di carico dei dispositivi filtranti misurata e registrata mediante manometri differenziali montati sull'impianto		
22.	Sistemi di rilevazione automatici delle perdite di anestetici dal circuito di anestesia e delle concentrazioni ambientali in grado di fornire dati quantitativi con lettura a intervalli preferibilmente non superiore ai 2 minuti		
23.	Sistema di aspirazione dei gas anestetici (UNI EN ISO 7396-2)		
24.	Sistema di erogazione dei gas medicali con pressioni d'esercizio (4-5 atm), manometri a vista inseriti nel circuito; tale pressione è costante con un flusso di 20 litri/min per ogni presa		
25.	Allarmi acustici installati nella sala ambulatoriale chirurgica e che si attivano automaticamente in caso di ridotta pressione di alimentazione		
26.	Stazioni di riduzione della pressione dei gas medicali (doppie per ogni gas medicale/tecnico), se distribuiti attraverso impianti fissi che partono dalle centrali di stoccaggio fino ai punti di utilizzo, tali da garantire un adeguato livello di affidabilità		
27.	Impianto di aspirazione centralizzato (vuoto) con pressione minima di aspirazione di 500 mmHg (40 litri/min. costanti per ogni presa)		
28.	Impianto di distribuzione dell'acqua con idonei sistemi di trattamento in grado di prevenire la contaminazione dell'impianto e la totale sicurezza ai punti di erogazione (esaminando periodicamente i parametri microbiologici per la presenza - assenza di <i>L. pneumophila</i> e <i>P. aeruginosa</i> , nonché di ulteriori inquinanti microbici patogeni nell'acqua o ai punti di erogazione)		

STRUTTURA _____ COMUNE: _____ VIA _____ N. _____



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Allegato 2 alla Delib.G.R. n. 51/22 del 16.10.2018

**REQUISITI SPECIFICI DI AUTORIZZAZIONE
AMBULATORIO CHIRURGICO AVANZATO**

REQUISITI STRUTTURALI IMPIANTISTICI E TECNOLOGICI		SI	NO
SALA PROCEDURE CHIRURGICHE (Area Limitata)		=	=
REQUISITI TECNOLOGICI		=	=
29.	Tavolo operatorio tecnologicamente adeguato alle diverse tipologie di procedure chirurgiche, completo di accessori		
30.	Apparecchio per anestesia a circuito chiuso (completo anche di sistema di ventilazione manuale) avente:		
	a. possibilità di collegamento di circuiti unidirezionali adeguati alle specialità praticate		
	b. impianto di evacuazione dei gas anestetici in grado di aspirare, convogliare e scaricare all'esterno della struttura i gas e i vapori anestetici espirati dal paziente e/o in eccesso conforme alle normative vigenti		
31.	Piano di monitoraggio e controllo periodico della concentrazione dei gas anestetici aerodispersi nell'ambulatorio chirurgico avanzato		
32.	Piano documentato di monitoraggio e controllo della contaminazione microbica, chimica e fisica con periodicità annuale o all'occasione qualora siano stati rilevati condizioni igienico-ambientali critiche e/o eseguiti interventi di manutenzione ordinaria, straordinaria o la rottura/disfunzioni dell'impianto tali da alterarne i requisiti prestazionali o nelle situazioni in cui si raccolgono indicazioni di disagio termico da parte degli operatori della struttura secondo le norme tecniche vigenti		
33.	Monitoraggio per la rilevazione dei parametri vitali in grado di analizzare i parametri principali dei pazienti, (capnometria, saturimetro a polso, ECG etc.)		
34.	Elettrobisturi		
35.	Lampada scialitica in grado di emettere luce bianca morbida, alta intensità, basso calore e colore naturale, con scarsa produzione di ombre e senza provocare bagliori		
36.	Defibrillatore		
37.	Sistema di lettura immagini		
38.	Carrelli dedicati per le attrezzature		
39.	Carrello servitore in acciaio inox, regolabile in altezza, con superficie di appoggio sufficientemente ampia da accogliere tutti gli strumenti necessari per l'intervento		
40.	Cestelli per rifiuti provvisti di ruote per essere facilmente spostato		
41.	Armadio per le attrezzature con le porte dotate di guarnizioni		
42.	Dotazione farmaceutica adeguata per tipologia e volumi di attività		
43.	Strumentazione adeguata alla tipologia di interventi previsti		
44.	Orologio da parete		
Sono altresì disponibili			
45.	Aspiratori chirurgici e per bronco aspirazione		
46.	Frigorifero dedicato alla conservazione dei farmaci e presidi chirurgici (possibile posizionamento nell'area semi-limitata), dotato di registratore di temperature e sistema di allarme		

STRUTTURA _____ COMUNE: _____ VIA _____ N. _____



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÉNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Allegato 2 alla Delib.G.R. n. 51/22 del 16.10.2018

REQUISITI SPECIFICI DI AUTORIZZAZIONE
AMBULATORIO CHIRURGICO AVANZATO

REQUISITI STRUTTURALI IMPIANTISTICI E TECNOLOGICI		SI	NO
B. AREE DI SUPPORTO CHE CIRCONDANO L'AREA LIMITATA (Area Semi - Limitata)		=	=
47.	I requisiti aero-climatici sono quelli di un ambiente di degenza ospedaliero (vedi apposita scheda)		
	L'area di supporto è costituita dalla seguente dotazione minima di spazi e locali:	=	=
48.	Spazio filtro di entrata degli operandi e operatori		
49.	Zona preparazione paziente, con uno spazio da adibire a spogliatoio per l'utente (vedi apposita scheda)		
	Area risveglio e recupero, dotato di carrello per le emergenze e con le seguenti caratteristiche:		
50.	a. Sistema di monitoraggio per ogni postazione risveglio (ECG, pressione arteriosa, saturazione di ossigeno, temperatura)		
	b. Letto dedicato per ogni postazione risveglio		
	c. Monitor defibrillatore – Defibrillatore semiautomatico		
	d. Aspiratore per bronco-aspirazione.		
	e. Apparecchio di riserva per anestesia		
51.	Zona per lavaggio e preparazione del personale alla prestazione chirurgica, dotata di lavello a comando non manuale, dispensatore di sapone e sistema igienico di asciugatura, all'ingresso di ogni sala procedure o ambiente operatorio		
52.	Ambiente/spazio di stoccaggio per materiale pulito		
53.	Ambiente/spazio per materiale sterile		
54.	Percorsi interni differenziati per lo "sporco" e per il "pulito" per le strutture di nuova realizzazione, o nel caso di strutture esistenti già in possesso di autorizzazione all'esercizio e/o accreditamento provvisorio o transitorio per la stessa tipologia di attività, definizione di una procedura organizzativa		
55.	Spazi o armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni, le cui caratteristiche strutturali e di arredo sono definiti nell' apposita scheda.		
56.	Ambiente per lavaggio, disinfezione, sterilizzazione e confezionamento dello strumentario chirurgico e degli altri presidi utilizzati (in alternativa esternalizzazione del servizio di sterilizzazione)		
57.	Corridoi che conducono all'area riservata, dimensionati e concepiti secondo le vigenti normative in materia di sicurezza		
58.	Locale spogliatoio per il personale, con caratteristiche strutturali e di arredo così come previsti nell'apposita scheda		
59.	Servizi igienici per il personale le cui caratteristiche strutturali, impiantistiche e dotazioni possono essere desunte dalla apposita scheda		
60.	Servizi igienici per utenti, con caratteristiche strutturali, impiantistiche e dotazioni corrispondenti all'apposita scheda		
C. AMBIENTI / SPAZI PER:			
61.	Attesa/accettazione le cui caratteristiche strutturali, e di arredo così come previsti nell'apposita scheda		
62.	Locale visita e medicazioni con le caratteristiche strutturali, tecnologiche, organizzative, di arredo e dotazioni previste nella scheda di riferimento dell'ambulatorio chirurgico		
63.	Attività amministrative (segreteria, registrazione, archivio)		
64.	Deposito di materiale sporco		
65.	Deposito per materiale di pulizia		



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÉNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Allegato 2 alla Delib.G.R. n. 51/22 del 16.10.2018

REQUISITI SPECIFICI DI AUTORIZZAZIONE
AMBULATORIO CHIRURGICO AVANZATO

REQUISITI ORGANIZZATIVI		SI	NO
	PERSONALE	=	=
66.	L'organizzazione definisce il fabbisogno del personale in termini numerici per ciascuna qualifica professionale in rapporto ai volumi e alle tipologie di attività ambulatoriale chirurgica		
67.	È definita la dotazione minima quali/quantitativa di personale sanitario, tecnico e amministrativo		
68.	È presente un medico responsabile della struttura con funzioni organizzative		
69.	Per ogni procedura da eseguire in sedazione/anestesia, esclusa l'anestesia locale, sono necessarie le seguenti figure minime:		
	a. 1 medico anestesista		
	b. chirurghi in numero adeguato alla tipologia dell'intervento		
	c. 1 infermiere di sala + 1 infermiere per assistenza in zona risveglio		
	d. supporto per funzione amministrativa		
	e. supporto per assistenza alla persona (OSS)		
	STANDARD MINIMI DI SICUREZZA E REQUISITI QUALITATIVI	=	=
70.	Al fine di garantire costantemente il buon funzionamento e la sicurezza dei dispositivi, sono adottate procedure e soluzioni organizzative per una loro corretta gestione, con particolare riferimento al loro corretto utilizzo, alla manutenzione ed alle verifiche di sicurezza		
71.	Le verifiche di sicurezza, sono effettuate con cadenza periodica programmata, e comunque eseguite alla fine di ogni intervento di manutenzione		
72.	Le verifiche sono effettuate da personale tecnico specializzato ed eseguite in conformità con le prescrizioni fornite dal fabbricante e quelle contenute nelle norme vigenti; e sono documentate e registrate		
	CRITERI DI ELIGIBILITÀ	=	=
	Si applicano i seguenti criteri di elegibilità per l'esecuzione degli interventi chirurgici:		
73.	a. Durata anestesia o sedazione Max. 60 minuti		
	b. Rischio di sanguinamento post operatorio statisticamente irrilevante		
	c. ASA score I/II		
	d. Tempo di risveglio Max. 15 minuti		
	e. Recupero post operatorio dell'autonomia motoria e vigilanza Max. 120 minuti		
	f. Presenza di un accompagnatore/tutor appropriato (persona di supporto per il trasporto a domicilio e sorveglianza del paziente nelle 24 ore successive all'intervento)		
	g. Distanza domicilio/presidio ospedaliero di riferimento (\leq 60 minuti in caso di intervento in sedazione/anestesia o di prestazione contrassegnata con lettera "H" nel Nomenclatore dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale vigente)		
74.	È garantita in loco la gestione delle eventuali complicanze		
75.	Gli operatori sanitari a diretto contatto con il paziente e gli altri operatori individuati dall'organizzazione hanno effettuato i corsi sulla rianimazione cardiopolmonare d'urgenza.		
76.	Il livello appropriato di addestramento è offerto con la periodicità sufficiente, almeno ogni 2 anni		
77.	È applicata, obbligatoriamente in tutte le sue parti e per qualsiasi procedura svolta, la scheda Integrata di Sicurezza del Paziente Chirurgico di sala operatoria (SISPac) adottata dalla regione Sardegna (Delib.G.R. n. 40/27 del 7.8.2015).		



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÉNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Allegato 2 alla Delib.G.R. n. 51/22 del 16.10.2018

REQUISITI SPECIFICI DI AUTORIZZAZIONE
AMBULATORIO CHIRURGICO AVANZATO

REQUISITI ORGANIZZATIVI		SI	NO
78.	È applicato un programma di controllo delle infezioni che comprenda azioni di prevenzione identificazione e gestione delle infezioni e delle malattie trasmissibili all'interno dell'ambulatorio chirurgico avanzato		
79.	È adottata una scheda ambulatoriale che riporti ogni elemento riferito al paziente (informazioni anagrafiche del paziente come nome, data di nascita, indirizzo, numeri di telefono, contatti di famiglia e altre informazioni pertinenti, e quanto allo stesso erogato nell'ambito dell'episodio di cura (diagnosi, condizioni cliniche, eventuali esami diagnostici, prestazioni effettuate, prescrizioni terapeutiche,))		
80.	Esiste un registro operatorio ambulatoriale in cui è riportato per ciascun paziente: diagnosi, descrizione della procedura eseguita, eventuale tecnica di anestesia e/o sedazione e/o analgesia utilizzate, nominativi e ruolo degli operatori, ora d'inizio e fine della procedura, firmato dal chirurgo che ha eseguito la procedura operatoria		
81.	Per ogni paziente viene redatta una relazione finale (di cui una copia deve essere inserita nel fascicolo ambulatoriale) destinata al medico curante e consegnata all'utente, con l'indicazione del tipo d'intervento/procedura eseguiti, delle eventuali tecniche sedative del dolore o del tipo di anestesia praticata, della diagnosi d'ingresso, dei consigli terapeutici proposti, delle informazioni per l'eventuale gestione delle complicanze, nonché delle date per i successivi controlli		
82.	Il fascicolo clinico-assistenziale è aggiornato con la documentazione utilizzata per la valutazione dell'ammissione alla procedura chirurgica, la pianificazione della procedura, data prevista, durata della procedura, tipo di anestesia richiesta, attrezzature speciali necessarie all'atto dell'intervento, terapie praticate, eventuali referti, e comprende le schede dei punti 79., 80., 81.		
83.	Esiste un regolamento che contiene le informazioni relative al funzionamento della struttura, definisce le attività, le modalità di comportamento, la successione delle azioni, le rispettive modalità di esecuzione; raccoglie le diverse procedure, le modalità organizzative, i ruoli degli operatori coinvolti nel processo assistenziale, le azioni di miglioramento e le norme che ne consentono la regolare attuazione		
	PROCEDURE	=	=
Sono formalizzate e conosciute dagli interessati le procedure per:			
84.	a. trasferimento dei pazienti dalla sala procedure all'area risveglio e recupero		
	b. prevenzione di cadute accidentali		
	c. pulizia e sanificazione		
	d. attivazione di percorsi organizzativi differenziati per lo "sporco" e per il "pulito"		
85.	La struttura sanitaria ha formalizzato le procedure per la presa in carico del paziente chirurgico, relative a:		
	a. pre-ammissione e criteri di elegibilità		
	b. esecuzione dell'intervento		
	c. criteri di dimissibilità		
	d. istruzioni postoperatorie		
	e. follow-up		
	f. registrazione delle attività		
	g. monitoraggio delle attività		
h. miglioramento continuo delle attività			
86.	la gestione delle complicanze e/o delle urgenze e un piano per le situazioni di emergenza e per il trasferimento del paziente in idonea struttura di ricovero, in caso di necessità, con eventuale attivazione dei normali canali del 118		

STRUTTURA _____ COMUNE: _____ VIA _____ N. _____



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Allegato 2 alla Delib.G.R. n. 51/22 del 16.10.2018

REQUISITI SPECIFICI DI AUTORIZZAZIONE
AMBULATORIO CHIRURGICO AVANZATO

REQUISITI ORGANIZZATIVI		SI	NO
	PROCEDURE (segue)	=	=
Sono formalizzate e conosciute dagli interessati le procedure per:			
87.	Il lavaggio chirurgico delle mani e la vestizione del personale		
88.	La preparazione del campo operatorio		
89.	Il lavaggio, confezionamento, disinfezione e sterilizzazione dello strumentario e degli altri presidi utilizzati ed i controlli sistematici per la verifica di efficacia dei processi di sterilizzazione		
90.	Monitoraggio di farmaci e altri materiali rispetto alla data di scadenza		
91.	Prevenzione delle Infezioni correlate all'Assistenza (ICA)		
92.	La gestione del Consenso Informato rispetto a:		
	a. la patologia del paziente		
	b. il/i trattamento/i proposto/i		
	c. il nome della persona che esegue il trattamento		
	d. i potenziali benefici e svantaggi		
	e. le possibili alternative		
	f. i possibili problemi relativi al recupero o alla piena guarigione		
	g. le possibili conseguenze del non trattamento		
93.	Procedure per il Consenso Informato anestesiologicalo		
94.	Procedure per garantire la tutela della Privacy e dei dati sensibili rispetto alla normativa vigente		
95.	Nella procedura di dimissione sono previste e formalizzate:		
	a. la valutazione dei parametri relativi alle condizioni cliniche (utilizzo di schede di valutazione validate)		
	b. la consegna al paziente della relazione finale		
	c. le norme igienico-sanitarie da seguire per il tempo prescritto		
	d. le relative prescrizioni terapeutiche ed eventuale assunzione di farmaci con le modalità prescritte		
	e. la data e l'ora per la visita di controllo		
	f. La pronta disponibilità telefonica tramite contatto telefonico diretto con il medico responsabile per almeno le 24 ore successive all'intervento		



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÉNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Allegato 2

**REQUISITI SPECIFICI DI AUTORIZZAZIONE
AMBULATORIO CHIRURGICO AVANZATO**

**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. _____

