

**Lista di verifica REQUISITI MINIMI SPECIFICI E DI QUALITA' PER L'AUTORIZZAZIONE**

**DAY SURGERY**

| Codice | N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area<br>Esplicitazione requisito | Elementi<br>Indicatori di risultato | Auto<br>valutazione | Verifica<br>valutatori | Note |
|--------|--|-------------------------------------|---------------------|------------------------|------|
|--------|--|-------------------------------------|---------------------|------------------------|------|

**1 DAY SURGERY - REQUISITI STRUTTURALI**

|  |   |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|
| DSRG01.AU.1.1<br><br>Termine di adeguamento:<br>I mesi | I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate |  | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | NB. Nel caso la funzione sia svolta all'interno della relativo reparto chirurgico i servizi di seguito indicati possono essere comuni. |
|--|---|--|--|--|--|

|               |  |  |  |  |  |
|---------------|--|--|--|--|--|
| DSRG01.AU.1.2 | La dotazione minima di ambienti è la seguente: |  |  |  |  |
|---------------|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| DSRG01.AU.1.2.1<br><br>Termine di adeguamento:<br>I mesi | - spazio attesa (qualora la DS si svolga all'interno dell'area di degenza possono essere comuni) |  | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO |  |
|--|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| DSRG01.AU.1.2.2<br><br>Termine di adeguamento:<br>I mesi | - spazio registrazione archivio (qualora la DS si svolga all'interno dell'area di degenza possono essere comuni) |  | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO |  |
|--|--|--|--|--|--|

|  |   |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|
| DSRG01.AU.1.2.3<br><br>Termine di adeguamento:<br>I mesi | - locale/i visita e medicazioni (vedi requisiti ambulatori - AMB01) |  | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO |  |
|--|---|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| DSRG01.AU.1.2.4<br><br>Termine di adeguamento:<br>I mesi | - camera degenza anche con poltone ( per degenza in regime di ricovero diurno) |  | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO |  |
|--|--|--|--|--|--|

***I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni***

Lista di verifica REQUISITI MINIMI SPECIFICI E DI QUALITA' PER L'AUTORIZZAZIONE

DAY SURGERY

| Codice | N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area<br>Esplicitazione requisito | Elementi<br>Indicatori di risultato | Auto<br>valutazione | Verifica<br>valutatori | Note |
|--------|--|-------------------------------------|---------------------|------------------------|------|
|--------|--|-------------------------------------|---------------------|------------------------|------|

1 DAY SURGERY - REQUISITI STRUTTURALI

|   |   |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|
| DSRG01.AU.1.2.5<br><br>Termine di adeguamento:<br>I mesi  | - cucinetta (qualora la DS si svolga all'interno dell'area di degenza possono essere comuni)                  |  | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO |  |
| DSRG01.AU.1.2.6<br><br>Termine di adeguamento:<br>I mesi  | - servizi igienici pazienti (qualora la DS si svolga all'interno dell'area di degenza possono essere comuni)  |  | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO |  |
| DSRG01.AU.1.2.7<br><br>Termine di adeguamento:<br>I mesi  | - servizi igienici personale (qualora la DS si svolga all'interno dell'area di degenza possono essere comuni) |  | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO |  |
| DSRG01.AU.1.2.8<br><br>Termine di adeguamento:<br>I mesi  | - deposito pulito (qualora la DS si svolga all'interno dell'area di degenza possono essere comuni)            |  | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO |  |
| DSRG01.AU.1.2.9<br><br>Termine di adeguamento:<br>I mesi  | - deposito sporco (qualora la DS si svolga all'interno dell'area di degenza possono essere comuni)            |  | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO |  |
| DSRG01.AU.1.2.10<br><br>Termine di adeguamento:<br>I mesi | - un locale contiguo per informazioni parenti dei pazienti  |  | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO |  |

*I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni*

**Lista di verifica REQUISITI MINIMI SPECIFICI E DI QUALITA' PER L'AUTORIZZAZIONE**

**DAY SURGERY**

| Codice | N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area<br>Esplicitazione requisito | Elementi<br>Indicatori di risultato | Auto<br>valutazione | Verifica<br>valutatori | Note |
|--------|--|-------------------------------------|---------------------|------------------------|------|
|--------|--|-------------------------------------|---------------------|------------------------|------|

**1 DAY SURGERY - REQUISITI STRUTTURALI**

|  |   |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|
| DSRG01.AU.1.3<br><br>Termine di adeguamento:<br>I mesi | Sala operatoria di dimensione adeguata; filtro sala operatoria, zona preparazione personale addetto, zona preparazione paziente e zona risveglio, conformi alle specifiche. | (fare riferimento ai requisiti specifici per il reparto operatorio RPER01) | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | indicativamente almeno 30 metri quadrati per la sala operatoria. |
|--|---|--|--|--|--|

**2 DAY SURGERY - REQUISITI IMPIANTISTICI**

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| DSRG01.AU.2.1<br><br>Termine di adeguamento:<br>I mesi | Le caratteristiche igrometriche per la sala operatoria, coincidono con quelle del gruppo operatorio RPER01   | <u>dichiarazione</u>                     | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO |  |
| DSRG01.AU.2.2<br><br>Termine di adeguamento:<br>I mesi | Dotazione minima adeguata di arredi camera di degenza: 1) impianto chiamata sanitari con segnalazione acustica e luminosa; 2) utilities essenziali per attività alberghiera  | <u>conformità</u>                        | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO |  |
| DSRG01.AU.2.3<br><br>Termine di adeguamento:<br>I mesi | Dotazione minima adeguata di arredi locale visita e trattamento: 1) attrezzature idonee in base alle specifiche attività; 2) lettino tecnico   | <u>verifica adeguatezza e idoneità</u>   | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO |  |
| DSRG01.AU.2.4<br><br>Termine di adeguamento:<br>I mesi | E' prevista la seguente dotazione minima impiantistica: 1) impianti gas medicali; 2) impianto chiamata sanitari; 3) aspirazione gas medicali direttamente collegata alla apparecchiatura di anestesia 4 impianto allarme segnalazione esaurimento gas medicali | <u>verifica adeguatezza e conformità</u> | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO |  |

**3 DAY SURGERY - REQUISITI ORGANIZZATIVI**

*I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni*

**Lista di verifica REQUISITI MINIMI SPECIFICI E DI QUALITA' PER L'AUTORIZZAZIONE**

**DAY SURGERY**

| Codice | N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area<br>Esplicitazione requisito | Elementi<br>Indicatori di risultato | Auto<br>valutazione | Verifica<br>valutatori | Note |
|--------|--|-------------------------------------|---------------------|------------------------|------|
|--------|--|-------------------------------------|---------------------|------------------------|------|

**3 DAY SURGERY - REQUISITI ORGANIZZATIVI**

|                                   |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------|--|--|--|--|--|
| DSRG01.AU.3.1                     | La dotazione di personale é adeguata alla tipologia e al volume dell'attività svolta   | <p><b>Documento ufficiale che indichi il responsabile della struttura e il personale a tempo pieno equivalente, commisurato alle attività in autorizzazione, comprensivo delle qualifiche professionali e del rapporto di impiego. *</b></p> | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | <p>* I valutatori nella propria relazione di verifica dovranno dare espressa e chiara motivazione dei criteri utilizzati e di come sono pervenuti al giudizio finale formulato</p> |
| Termine di adeguamento:<br>I mesi |  |  |  |  |  |
| DSRG01.AU.3.2                     | Durante le ore di attività della day surgery è garantita la presenza di almeno un medico ed un infermiere anche non dedicati |  | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO |  |
| Termine di adeguamento:<br>I mesi |  |  |  |  |  |
| DSRG01.AU.3.3                     | Sono chiaramente attribuite le responsabilità assistenziali  |  | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO |  |
| Termine di adeguamento:<br>I mesi |  |  |  |  |  |
| DSRG01.AU.3.4                     | La dotazione per la sala operatoria é commisurata alla complessità delle prestazioni sia per i medici che per gli infermieri | <p><b>Convenzioni/ accordi/ protocolli *</b></p>   | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO |  |
| Termine di adeguamento:<br>I mesi |  |  |  |  |  |
| DSRG01.AU.3.5                     | Sono definiti i collegamenti funzionali con i reparti di degenza ordinari e intensivi  |  | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO |  |
| Termine di adeguamento:<br>I mesi |  |  |  |  |  |

**I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni**

Lista di verifica REQUISITI MINIMI SPECIFICI E DI QUALITA' PER L'AUTORIZZAZIONE

DAY SURGERY

| Codice | N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area<br>Esplicitazione requisito | Elementi<br>Indicatori di risultato | Auto<br>valutazione | Verifica<br>valutatori | Note |
|--------|--|-------------------------------------|---------------------|------------------------|------|
|--------|--|-------------------------------------|---------------------|------------------------|------|

3 DAY SURGERY - REQUISITI ORGANIZZATIVI

|                                   |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------|--|--|--|--|--|
| DSRG01.AU.3.6                     | Esiste documentazione relativa alla valutazione anestesiológica, agli eventi intraanestetici, alla indicazione terapeutica chirurgica ed alla procedura interventistica riportata sulla cartella clinica |  | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO |  |
| Termine di adeguamento:<br>I mesi |  |  |  |  |  |
| DSRG01.AU.3.7                     | Esiste una lista operatoria con la definizione della tipologia degli interventi e dell'anestesia   |  | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO |  |
| Termine di adeguamento:<br>I mesi |  |  |  |  |  |
| DSRG01.AU.3.8                     | È predisposta una relazione di dimissione al medico curante  |  | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO |  |
| Termine di adeguamento:<br>I mesi |  |  |  |  |  |
| DSRG01.AU.3.9                     | Sono previste modalità per informare i pazienti circa l'assistenza che è fornita a domicilio   |  | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO |  |
| Termine di adeguamento:<br>I mesi |  |  |  |  |  |
| DSRG01.AU.3.10                    | Esiste una procedura per un eventuale sollecito trasferimento dei pazienti in struttura di ricovero nel caso di insorgenza di complicazioni  |  | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO |  |
| Termine di adeguamento:<br>I mesi |  |  |  |  |  |
|                                   |  | <u>Documento che indichi la struttura di ricovero afferente.</u> |  |  |  |

*I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni*