

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

REPARTO OPERATORIO					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi Indicatori di risultato	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
<b>1 BLOCCO OPERATORIO - REQUISITI STRUTTURALI</b>					
RPER01.AU.1.1	Le sale operatorie sono di dimensione adeguata alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	indicativamente non meno di 30 metri quadrati. Sono consentite deroghe per sale utilizzate solo per day surgery o per sale operatorie preesistenti in presenza di vincoli strutturali non superabili.
Termine di adeguamento: (mesi)					
RPER01.AU.1.2	Il Reparto Operatorio è articolato in percorsi progressivamente meno contaminati		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: (mesi)	<u>Dichiarazione</u>				
RPER01.AU.1.3	Il numero dei letti operatori è correlato alla tipologia e al volume delle attività erogate		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: (mesi)	<u>relazione descrittiva</u>				
RPER01.AU.1.4	I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: (mesi)	<u>relazione</u>				
RPER01.AU.1.5	Il reparto operatorio dispone di:				
RPER01.AU.1.5.1	- spazio filtro di entrata degli operandi		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: (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

REPARTO OPERATORIO					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi Indicatori di risultato	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note

1 BLOCCO OPERATORIO - REQUISITI STRUTTURALI

RPER01.AU.1.5.2	- zona filtro personale addetto		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
RPER01.AU.1.5.3	- zona/locale preparazione chirurghi e personale		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
RPER01.AU.1.5.4	- zona/locale preparazione paziente		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Può coesistere con locale risveglio (almeno uno per comparto)
Termine di adeguamento: I mesi					
RPER01.AU.1.5.5	- zona/locale risveglio paziente		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Può coesistere con locale preparazione (almeno uno per comparto)
Termine di adeguamento: I mesi					
RPER01.AU.1.5.6	- sala operatoria		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
RPER01.AU.1.5.7	- servizi igienici per il personale		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: 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**

**REPARTO OPERATORIO**

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

**2 BLOCCO OPERATORIO - REQUISITI IMPIANTISTICI**

RPER01.AU.2.1 La sala operatoria è dotata di condizionamento ambientale che assicuri le seguenti condizioni igrometriche previste nel DPR 37/97:

**collaudo iniziale e verifiche periodiche**

RPER01.AU.2.1.1 - temperatura interna invernale e estiva compresa tra 20-24°C

Termine di adeguamento:  
I mesi

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO

RPER01.AU.2.1.2 - umidità relativa estiva ed invernale del 40-60%

Termine di adeguamento:  
I mesi

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO

RPER01.AU.2.1.3 - n° dei ricambi aria/ora (aria esterna esterna senza ricircolo) 15 v/h

Termine di adeguamento:  
I mesi

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO

RPER01.AU.2.1.4 - classe di purezza ottenuta con filtrazione assoluta con filtri con efficienza non inferiore a 99,97

Termine di adeguamento:  
I mesi

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO

NOTA: nel caso di B) il valore di efficienza dei filtri può essere inferiore a 99,97

**A) il valore di 99,7 può essere inferiore se la pressione positiva dei locali di preparazione rispetto al corridoio è uguale a 15 gradienti pascal**

**B) pressione positiva delle sale rispetto ai locali di preparazione e lavaggio chirurgici è uguale a 10 gradienti pascal.**

**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

REPARTO OPERATORIO

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

2 BLOCCO OPERATORIO - REQUISITI IMPIANTISTICI

RPER01.AU.2.2 Sono assicurate le seguenti caratteristiche illuminotecniche:

Dichiarazione

RPER01.AU.2.2.1 - intensità luminosa pari a 300 lux per l'illuminazione generale

Termine di adeguamento:  
I mesi

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO

RPER01.AU.2.2.2 - 100.000 lux sul campo operatorio

Termine di adeguamento:  
I mesi

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO

RPER01.AU.2.2.3 - 10.000 lux sull'area limitrofa al campo operatorio

Termine di adeguamento:  
I mesi

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO

RPER01.AU.2.3 Gas anestetici:

RPER01.AU.2.3.1 - sono utilizzati sistemi di ventilazione a circuito chiuso

Termine di adeguamento:  
I mesi

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<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

REPARTO OPERATORIO					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi Indicatori di risultato	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
<b>2 BLOCCO OPERATORIO - REQUISITI IMPIANTISTICI</b>					
RPER01.AU.2.3.2	- sono applicati sistemi di rilevazione continua o periodica dei gas anestetici		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
RPER01.AU.2.3.3	Impianto elettrico: Negli ambienti nei quali si presta attività sanitaria vengono rispettate le norme CEI 64-4		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi		<u>dichiarazione, specificare l'eventuale misura alternativa alla CEI 64-4</u>			
RPER01.AU.2.4	Impianto gas medicali:				
RPER01.AU.2.4.1	- L'impianto di gas medicali ed impianto di aspirazione gas anestetici è direttamente collegato alle apparecchiature di anestesia		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi		<u>Dichiarazione</u>			
RPER01.AU.2.4.2	- Per il reparto operatorio, le stazioni di riduzione della pressione sono doppie per ogni gas medicale/tecnico		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
RPER01.AU.2.4.3	- Esiste un dispositivo di controllo del livello di pressione e di segnalazione esaurimento gas medicali		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: 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**

**REPARTO OPERATORIO**

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

**2 BLOCCO OPERATORIO - REQUISITI IMPIANTISTICI**

RPER01.AU.2.4.4	- Esiste un impianto di rilevazione incendi		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI	
Termine di adeguamento: I mesi			<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO	

**3 BLOCCO OPERATORIO - REQUISITI TECNOLOGICI**

RPER01.AU.3.1	Ogni sala operatoria dispone di:				
---------------	----------------------------------	--	--	--	--

RPER01.AU.3.1.1	- tavolo operatorio		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI	
Termine di adeguamento: I mesi			<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO	

RPER01.AU.3.1.2	- apparecchio di anestesia con sistema di evacuazione dei gas dotato anche di spirometro e di monitoraggio della concentrazione di ossigeno erogato, respiratore automatico dotato di allarme per deconnessione paziente		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI	
Termine di adeguamento: I mesi		<b>Dichiarazione</b>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO	

RPER01.AU.3.1.3	- monitor per la rilevazione dei parametri vitali		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI	
Termine di adeguamento: I mesi		<b>Dichiarazione</b>	<input type="checkbox"/> NO	<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

REPARTO OPERATORIO					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi Indicatori di risultato	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note

**3** BLOCCO OPERATORIO - REQUISITI TECNOLOGICI

RPER01.AU.3.1.4	- elettrobisturi		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi	<u>Dichiarazione</u>				
RPER01.AU.3.1.5	- aspiratori distinti chirurgici e per broncoaspirazione		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi	<u>Dichiarazione</u>				
RPER01.AU.3.1.6	- lampada scialitica		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
RPER01.AU.3.1.7	- diafanoscopio a parete		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
RPER01.AU.3.1.8	- strumentazione adeguata agli interventi di chirurgia generale e delle specialità chirurgiche		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
RPER01.AU.3.2	In ogni gruppo operatorio sono disponibili:				

*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**

**REPARTO OPERATORIO**

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

**3 BLOCCO OPERATORIO - REQUISITI TECNOLOGICI**

RPER01.AU.3.2.1  Termine di adeguamento: <i>l mese</i>	- frigoriferi per la conservazione dei farmaci e degli emoderivati	<hr/> <b>Dichiarazione</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
-----------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------	----------------------------	------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------	--

RPER01.AU.3.2.2  Termine di adeguamento: <i>l mese</i>	- amplificatore di brillantezza	<hr/> <b>Dichiarazione</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
-----------------------------------------------------------------	---------------------------------	----------------------------	------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------	--

RPER01.AU.3.2.3  Termine di adeguamento: <i>l mese</i>	- defibrillatore	<hr/> <b>Dichiarazione</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
-----------------------------------------------------------------	------------------	----------------------------	------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------	--

RPER01.AU.3.3	La zona/locale risveglio dispone di:				
---------------	--------------------------------------	--	--	--	--

RPER01.AU.3.3.1  Termine di adeguamento: <i>l mese</i>	- gruppo per ossigenoterapia	<hr/> <b>Dichiarazione</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
-----------------------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------	------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------	--

RPER01.AU.3.3.2  Termine di adeguamento: <i>l mese</i>	- sistema di monitoraggio, comprendente cardiomonitor e defibrillatore	<hr/> <b>Dichiarazione</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <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

REPARTO OPERATORIO

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

3 BLOCCO OPERATORIO - REQUISITI TECNOLOGICI

RPER01.AU.3.3.3	- aspiratore per broncoaspirazione		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi	<u>Dichiarazione</u>				

4 BLOCCO OPERATORIO- REQUISITI ORGANIZZATIVI

RPER01.AU.4.1	La dotazione organica del personale medico ed infermieristico deve essere rapportata alla tipologia e al volume degli interventi chirurgici		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	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
Termine di adeguamento: I mesi	<u>Documento ufficiale che dichiari 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. *</u>				
RPER01.AU.4.2	La dotazione di personale per l'attivazione di una sala operatoria prevede almeno 1 medico anestesista, 2 chirurghi e 2 infermieri professionali		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	NB. La dotazione é inferiore per la DS, comunque commisurata alla complessità delle prestazioni sia per i medici che per gli infermieri
Termine di adeguamento: I mesi	<u>La dotazione organica del personale medico ed infermieristico deve essere rapportata alla tipologia ed al volume degli interventi chirurgici.</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*