

REGIONE
TOSCANA



Repubblica Italiana

BOLLETTINO UFFICIALE della Regione Toscana

Parte Prima n. 93

giovedì, 17 settembre 2020

Firenze

Bollettino Ufficiale: piazza dell'Unità Italiana, 1 - 50123 Firenze

E-mail: redazione@regione.toscana.it

Il Bollettino Ufficiale della Regione Toscana è pubblicato esclusivamente in forma digitale, la pubblicazione avviene di norma il mercoledì, o comunque ogni qualvolta se ne ravvisi la necessità, ed è diviso in tre parti separate.

L'accesso alle edizioni del B.U.R.T., disponibili sul sito WEB della Regione Toscana, è libero, gratuito e senza limiti di tempo.

Nella **Parte Prima** si pubblicano lo Statuto regionale, le leggi e i regolamenti della Regione, nonché gli eventuali testi coordinati, il P.R.S. e gli atti di programmazione degli Organi politici, atti degli Organi politici relativi all'interpretazione di norme giuridiche, atti relativi ai referendum, nonché atti della Corte Costituzionale e degli Organi giurisdizionali per gli atti normativi coinvolgenti la Regione Toscana, le ordinanze degli organi regionali.

Nella **Parte Seconda** si pubblicano gli atti della Regione, degli Enti Locali, di Enti pubblici o di altri Enti ed Organi la cui pubblicazione sia prevista in leggi e regolamenti dello Stato o della Regione, gli atti della Regione aventi carattere diffusivo generale, atti degli Organi di direzione amministrativa della Regione aventi carattere organizzativo generale.

Nella **Parte Terza** si pubblicano i bandi e gli avvisi di concorso, i bandi e gli avvisi per l'attribuzione di borse di studio, incarichi, contributi, sovvenzioni, benefici economici e finanziari e le relative graduatorie della Regione, degli Enti Locali e degli altri Enti pubblici, si pubblicano inoltre ai fini della loro massima conoscibilità, anche i bandi e gli avvisi disciplinati dalla legge regionale 13 luglio 2007, n. 38 (Norme in materia di contratti pubblici e relative disposizioni sulla sicurezza e regolarità del lavoro).

Ciascuna parte, comprende la stampa di Supplementi, abbinata all'edizione ordinaria di riferimento, per la pubblicazione di atti di particolare voluminosità e complessità, o in presenza di specifiche esigenze connesse alla tipologia degli atti.

SOMMARIO

SEZIONE I**LEGGI E REGOLAMENTI REGIONALI**

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE 16 settembre 2020, n. 90/R

Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie. Modifiche al regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009, n. 51, approvato con decreto del Presidente della Giunta regionale 17 novembre 2016, n. 79. Revoca DPGR n. 85/R dell'11 agosto 2020. *pag. 3*

SEZIONE III**COMMISSARI REGIONALI
- Ordinanze**

ORDINANZA DEL COMMISSARIO DELEGATO
14 settembre 2020, n. 110

L. 228/2012 - art. 1 c. 548 - O.C.D. n. 5/2013 e ss.mm.ii. - Intervento di adeguamento idraulico dei Torrenti Magione - Radicata e Patrignone nel Comune di Orbetello codice 2012EGR0244 - Liquidazione delle indennità definitive d'esproprio. *" 180*

ORDINANZA DEL COMMISSARIO DELEGATO

14 settembre 2020, n. 111

L. 228/2012 art. 1 comma 548 - O.C.D. n. 35/2018 - Lavori relativi all'intervento di "Risoluzione delle criticità strutturali riscontrate nei Lotti IX e X sul Torrente Carrione, Comune di Carrara (MS)" - codice intervento 2012EMS0004 - CIG 788208022F - CUP J85B18004920005 - Approvazione variante, ai sensi dell'art. 106, comma 1, lett. c), del D.Lgs. n. 50/2016, in applicazione della Delibera di Giunta regionale n. 645 del 25 maggio 2020. *" 185*

ORDINANZA DEL COMMISSARIO DELEGATO

14 settembre 2020, n. 112

L. 228/2012 - art. 1 c. 548 - O.C.D. n. 5/2013 e ss.mm.ii. - Adeguamento argine destro Torrente Foenna dalla SP dei Procacci alla SGC E78, a seguito dall'evento dell'11 e 12 novembre 2012 (codice 2012ESI0002) - Affidamento diretto con richiesta di offerta del servizio di indagini geotecniche in situ e laboratorio. CUP: B73B12000320002 CIG: 8373298818. *" 195*

SEZIONE I**LEGGI E REGOLAMENTI REGIONALI**

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE 16 settembre 2020, n. 90/R

Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie. Modifiche al regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009, n. 51, approvato con decreto del Presidente della Giunta regionale 17 novembre 2016, n. 79. Revoca DPGR n. 85/R dell'11 agosto 2020.

La Giunta regionale ha approvato
Il Presidente della Giunta
emana

il seguente regolamento:

SOMMARIO

Preambolo

Art. 1 - Modifiche al preambolo del d.p.g.r. 79/R/2016

Art. 2 - Oggetto. Modifiche all'articolo 1 del d.p.g.r. 79/R/2016

Art. 3 - Modalità di individuazione dei processi assistenziali. Modifiche all'articolo 3 del d.p.g.r. 79/R/2016

Art. 4 - Requisiti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private. Sostituzione dell'articolo 4 del d.p.g.r. 79/R/2016

Art. 5 - Adempimento a carico delle strutture sanitarie private. Modifiche all'articolo 7 del d.p.g.r. 79/R/2016

Art. 6 - Compiti del direttore sanitario o tecnico. Modifiche all'articolo 8 del d.p.g.r. 79/R/2016

Art. 7 - Impegno orario ed incompatibilità del direttore sanitario o tecnico. Modifiche all'articolo 9 del d.p.g.r. 79/R/2016

Art. 8 - Studi professionali e società tra professionisti. Modifiche alla rubrica del Capo III del d.p.g.r. 79/R/2016

Art. 9 - Ambito di applicazione. Modifiche all'articolo 12 del d.p.g.r. 79/R/2016

Art. 10 - Studi medici che erogano prestazioni di chirurgia. Abrogazione dell'articolo 13 del d.p.g.r. 79/R/2016

Art. 11 - Studi medici che erogano prestazioni di endoscopia. Abrogazione dell'articolo 14 del d.p.g.r. 79/R/2016

Art. 12 - Studi odontoiatrici. Abrogazione dell'articolo 15 del d.p.g.r. 79/R/2016

Art. 13 - Studi associati di altre professioni sanitarie e società tra professionisti. Inserimento dell'articolo 15 bis nel d.p.g.r. 79/R/2016

Art. 14 - Criteri per la definizione delle procedure te-

rapeutiche e diagnostiche di minore invasività o minor rischio per l'utente. Modifiche alla rubrica della sezione III del Capo III del d.p.g.r. 79/R/2016

Art. 15 - Criteri per la distinzione delle prestazioni invasive o di minore invasività. Sostituzione dell'articolo 16 del d.p.g.r. 79/R/2016

Art. 16 - Elenco delle prestazioni di minore invasività. Abrogazione dell'articolo 17 del d.p.g.r. 79/R/2016

Art. 17 - Individuazione e relativa invasività delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche ambulatoriali. Inserimento dell'articolo 17 bis nel d.p.g.r. 79/R/2016

Art. 18 - Studi professionali soggetti ad autorizzazione. Modifiche all'articolo 18 del d.p.g.r. 79/R/2016

Art. 19 - Studi professionali soggetti a segnalazione certificata di inizio attività. Sostituzione dell'articolo 19 del d.p.g.r. 79/R/2016

Art. 20 - Attività libera. Abrogazione dell'articolo 20 del d.p.g.r. 79/R/2016

Art. 21 - Adempimenti a carico del titolare dello studio professionale. Modifiche all'articolo 23 del d.p.g.r. 79/R/2016

Art. 22 - Costituzione di nuovi processi assistenziali. Modifiche all'articolo 24 del d.p.g.r. 79/R/2016

Art. 23 - Requisiti per l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private. Modifiche all'articolo 26 del d.p.g.r. 79/R/2016

Art. 24 - Modalità e procedure di rilascio dell'accreditamento istituzionale. Modifiche all'articolo 27 del d.p.g.r. 79/R/2016

Art. 25 - Criteri di scelta del gruppo tecnico regionale di valutazione. Modifiche all'articolo 30 del d.p.g.r. 79/R/2016

Art. 26 - Modalità di funzionamento dei gruppi tecnici regionali. Sostituzione dell'articolo 31 del d.p.g.r. 79/R/2016

Art. 27 - Attestazione dei requisiti di esercizio e di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche. Abrogazione dell'articolo 33 del d.p.g.r. 79/R/2016

Art. 28 - Attestazione dei requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie private. Abrogazione dell'articolo 34 del d.p.g.r. 79/R/2016

Art. 29 - Validità degli accreditamenti rilasciati. Abrogazione dell'articolo 35 del d.p.g.r. 79/R/2016

Art. 30 - Adeguamento ai requisiti. Abrogazione dell'articolo 36 del d.p.g.r. 79/R/2016

Art. 31 - Adeguamento ai requisiti. Inserimento dell'articolo 36 bis nel d.p.g.r. 79/R/2016

Art. 32 - Termine per la costituzione del gruppo di verifica. Abrogazione dell'articolo 37 del d.p.g.r. 79/R/2016

Art. 33 - Termine per la definizione dei requisiti di qualità, i correlati indicatori di valutazione e le modalità di attribuzione dell'accreditamento di eccellenza. Abrogazione dell'articolo 38 del d.p.g.r. 79/R/2016

Art. 34 - Requisiti per l'autorizzazione delle strutture sanitarie. Sostituzione dell'allegato A del d.p.g.r. 79/R/2016

Art. 35 - Requisiti bivalenti. Sostituzione dell'allegato B del d.p.g.r. 79/R/2016

Art. 36 - Studi soggetti a segnalazione certificata di inizio attività. Sostituzione dell'allegato C del d.p.g.r. 79/R/2016

Art. 37 - Abrogazione DPGR n. 85 dell'11 agosto 2020 (Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie. Modifiche al regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009, n. 51, approvato con decreto del Presidente della Giunta regionale 17 novembre 2016, n. 79)

PREAMBOLO

Visto l'articolo 117, comma sesto della Costituzione;

Visto l'articolo 42 dello Statuto;

Vista la legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento);

Visto il decreto del Presidente della Giunta regionale 17 novembre 2016, n. 79/R (Regolamento di attuazione Legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 "Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie: procedure e requisiti organizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento" in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie);

Visto il parere del comitato di direzione espresso nella seduta del 28 maggio 2020;

Visto il parere della competente struttura di cui all'articolo 17, comma 4 del regolamento interno della Giunta regionale 19 luglio 2016, n. 5;

Vista la deliberazione della Giunta regionale 7 settembre 2020, n. 1224;

Considerato quanto segue:

1. Al fine di tenere conto dell'esperienza maturata negli anni di applicazione del regolamento, approvato con d.p.g.r. 79/R/2016, in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, è necessario apportare alcune modifiche al regolamento stesso, anche a seguito di alcune criticità di natura applicativa evidenziate dalle strutture sanitarie e dal gruppo tecnico regionale di verifica;

2. In attuazione della deliberazione di Giunta regionale del 10 settembre 2018, n. 1001, con la quale è stata recepita l'intesa Stato - Regioni sulle scienze omiche si è reso necessario prevedere da parte delle strutture sanitarie, che erogano o intendono erogare prestazioni di genetica medica, la comunicazione delle tipologie di test o

le eventuali variazioni al fine di consentire l'espressione del parere da parte del tavolo tecnico regionale costituito con la citata delibera;

3. E' necessario, a fronte delle modifiche legislative intervenute in ambito nazionale, introdurre all'interno del sistema di autorizzazione e accreditamento toscano gli studi associati di altre professioni sanitarie e le società tra professionisti;

4. Si è proceduto all'abrogazione dell'articolo 20, che disciplina l'attività libera degli studi medici ed odontoiatrici che effettuano solo visite o diagnostica strumentale non invasiva, allo scopo di consentire al sistema un maggiore controllo sia da parte regionale che da parte degli ordini professionali a tutela della salute pubblica, sia per mappare l'attività sanitaria esercitata in Toscana;

5. E' necessario individuare un unico documento regionale quale il "Catalogo regionale", di cui alla deliberazione della Giunta regionale del 29 luglio 2013, n. 638, come strumento di identificazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali che ha l'ulteriore valenza di creare un linguaggio comune tra gli erogatori pubblici e privati;

6. In coerenza con i principi del miglioramento continuo che richiedono l'individuazione in progresso di obiettivi per conseguire risultati migliori, l'accREDITAMENTO istituzionale è rilasciato alle strutture sanitarie che raggiungono il 70 per cento, quale punteggio medio, del punteggio attribuito ai requisiti organizzativi di livello aziendale e ai requisiti dei diversi processi assistenziali;

7. Si apportano, infine, alcune modifiche ai requisiti di autorizzazione al fine di renderli più attinenti alle peculiarità delle strutture sanitarie;

8. Si rende necessario abrogare il DPGR n. 85/R del 11 agosto 2020 che per errore materiale era stato pubblicato privo di una parte di allegato;

Si approva il presente regolamento

Art. 1

Modifiche al preambolo del d.p.g.r. 79/R/2016

1. Il punto 10 del preambolo del decreto del Presidente della Giunta regionale 17 novembre 2016, n. 79/R (Regolamento di attuazione Legge 5 agosto 2009, n. 51 "Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie: procedure e requisiti organizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento" in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie) è sostituito dal seguente:

"10. in coerenza con i principi del miglioramento continuo che richiedono l'individuazione in progresso di obiettivi per conseguire risultati migliori, l'accREDITAMENTO istituzionale è rilasciato alle strutture sanitarie che raggiungono il 70 per cento, quale punteggio medio, del punteggio attribuito ai requisiti organizzativi di livello aziendale e ai requisiti dei diversi processi assistenziali;

per i processi clinico assistenziali interaziendali, quali ad esempio le reti tempo dipendenti, la valutazione è riferita all'intero percorso.”.

Art. 2

Oggetto.

Modifiche all'articolo 1 del d.p.g.r. 79/R/2016

1. La lettera j) del comma 1 dell'articolo 1 del d.p.g.r. del 79/R/2016 è abrogata.

Art. 3

Modalità di individuazione dei processi assistenziali.

Modifiche all'articolo 3 del d.p.g.r. 79/R/2016

1. Il comma 3 dell'articolo 3 del d.p.g.r. 79/R/2016 è sostituito dal seguente:

“3. Le strutture sanitarie definiscono l'elenco delle unità organizzative, di linea e di supporto, che concorrono al processo ed al relativo sottoprocesso e che sono interessate dai requisiti; tutte le unità organizzative partecipano ad almeno un processo o ad un suo sottoprocesso.”.

Art. 4

Requisiti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private. Sostituzione dell'articolo 4 del d.p.g.r. 79/R/2016

1. L'articolo 4 del d.p.g.r. 79/R/2016 è sostituito dal seguente:

“Art. 4

Requisiti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private

1. Le strutture pubbliche e private che erogano le attività sanitarie nelle tipologie di cui all'articolo 1, comma 1, lettera a) della l.r. 51/09, comprese le sedi di partenza per quelle che erogano assistenza a domicilio del paziente, sono tenute al rispetto dei requisiti strutturali, impiantistici e organizzativi di cui all'allegato A al presente regolamento.”.

Art. 5

Adempimento a carico delle strutture sanitarie private.

Modifiche all'articolo 7 del d.p.g.r. 79/R/2016

1. La lettera c) del comma 1 dell'articolo 7 del d.p.g.r. 79/R/2016 è sostituita dalla seguente:

“c) le sostituzioni e le integrazioni del personale medico e non medico, operante nella struttura, con l'indicazione del contratto collettivo di lavoro applicato;”.

2. La lettera e) del comma 1 dell'articolo 7 del d.p.g.r. 79/R/2016 è sostituita dalla seguente:

“e) tutte le variazioni e trasformazioni intervenute

nella natura giuridica della società che comportano un subentro;”.

3. Dopo la lettera i) del comma 1 dell'articolo 7 del d.p.g.r. 79/R/2016 è inserita la seguente:

“i bis) le variazioni per le tipologie di test genetici che la struttura intende erogare;”.

4. Dopo la lettera i bis) del comma 1 dell'articolo 7 del d.p.g.r. 79/R/2016 è aggiunta la seguente:

“i ter) l'orario di apertura della struttura.”.

5. Dopo la lettera b) del comma 2 dell'articolo 7 del d.p.g.r. 79/R/2016 è aggiunta la seguente:

“b bis) trasmettere il contratto di lavoro del direttore sanitario.”.

Art. 6

Compiti del direttore sanitario o tecnico.

Modifiche all'articolo 8 del d.p.g.r. 79/R/2016

1. Dopo il comma 1 dell'articolo 8 del d.p.g.r. 79/R/2016 è inserito il seguente:

“1 bis Per attività di cui all'articolo 11 comma 2 l.r. 51/09 si intende l'aver svolto, attività formalmente documentata, per almeno cinque anni con diretta attribuzione di responsabilità delle risorse umane e strumentali. Tale attività può concretizzarsi nell'aver svolto attività di direttore sanitario, vice direttore sanitario con delega diretta, anche temporanea, direttore di presidio ospedaliero e direttore di una struttura semplice o complessa con funzioni di gestione e organizzazione tecnico sanitaria.”.

2. Dopo il comma 4 dell'articolo 8 del d.p.g.r. 79/R/2016 è inserito il seguente:

“4 bis le strutture sanitarie polispecialistiche qualora sussista un ambulatorio odontoiatrico ove il direttore sanitario non sia dotato dei requisiti richiesti per l'esercizio della attività di odontoiatria devono dotarsi di un direttore sanitario che sia in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente; il direttore sanitario svolge la propria funzione in una sola struttura.”.

Art. 7

Impegno orario ed incompatibilità del direttore sanitario o tecnico. Modifiche all'articolo 9 del d.p.g.r. 79/R/2016

1. La lettera b) del comma 1 dell'articolo 9 del d.p.g.r. 79/R/2016 è sostituita dalla seguente:

“b) l'impegno orario del direttore sanitario o tecnico presso le strutture sanitarie private ambulatoriali è garantita in base al volume dell'attività svolta e comunque per almeno il 30 per cento delle ore di attività assicurate complessivamente dalla struttura, anche su più sedi, e per almeno il 50 per cento per le altre, quali la chirurgia ambulatoriale e l'odontoiatria;”.

2. Dopo il comma 3 dell'articolo 9 del d.p.g.r. 79/R/2016 è inserito il seguente:

“3 bis. Durante l'orario riservato all'attività di direzione sanitaria, il direttore sanitario non può svolgere altra attività professionale all'interno della struttura.”.

Art. 8

Studi professionali e società tra professionisti.
Modifiche alla rubrica del Capo III del d.p.g.r. 79/R/2016

1. La rubrica del Capo III del d.p.g.r. 79/R/2016 è sostituita dalla seguente:

“Studi professionali medici odontoiatrici e di altre professioni sanitarie e società tra professionisti”.

Art. 9

Ambito di applicazione. Modifiche all'articolo 12 del d.p.g.r. 79/R/2016

1. Il comma 1 dell'articolo 12 del d.p.g.r. 79/R/2016 è sostituito dal seguente:

“1. Le disposizioni del presente capo non si applicano agli studi dei medici di medicina generale e dei medici pediatri di libera scelta, convenzionati per l'esercizio dell'assistenza primaria, eccetto quando siano ricompresi nella fattispecie di cui al comma 1 ter o siano allocati in strutture che richiedono autorizzazione e accreditamento.”.

2. Dopo il comma 1 dell'articolo 12 del d.p.g.r. 79/R/2016 è inserito il seguente:

“1 bis) le disposizioni del presente capo si applicano a tutti gli studi medici professionali, agli studi associati di altre professioni sanitarie e alle società tra professionisti.”.

3. Dopo il comma 1 bis dell'articolo 12 del d.p.g.r. 79/R/2016 è aggiunto il seguente:

“1 ter) gli studi singoli dei medici di medicina generale e dei pediatri in libera scelta rispettano quanto disposto dall'accordo collettivo nazionale in relazione ai requisiti minimi; nell'esercizio delle funzioni di controllo il dipartimento delle cure primarie dell'azienda sanitaria può, laddove ne ravvisi la necessità, avvalersi delle competenze del gruppo tecnico regionale di verifica di cui all'articolo 40 ter della l.r. 51/2009.”.

Art. 10

Studi medici che erogano prestazioni di chirurgia.
Abrogazione dell'articolo 13 del d.p.g.r. 79/R/2016

1. L'articolo 13 (Studi medici che erogano prestazioni di chirurgia) del d.p.g.r. 79/R/2016 è abrogato.

Art. 11

Studi medici che erogano prestazioni di endoscopia.
Abrogazione dell'articolo 14 del d.p.g.r. 79/R/2016

1. L'articolo 14 (Studi medici che erogano prestazioni di endoscopia) del d.p.g.r. 79/R/2016 è abrogato.

Art. 12

Studi odontoiatrici. Abrogazione dell'articolo 15 del d.p.g.r. 79/R/2016

1. L'articolo 15 (Studi odontoiatrici) del d.p.g.r. 79/R/2016 è abrogato.

Art. 13

Studi associati di altre professioni sanitarie e società tra professionisti. Inserimento dell'articolo 15 bis nel d.p.g.r. 79/R/2016

1. Dopo l'articolo 15 del d.p.g.r. 79/R/2016 è inserito il seguente:

“Art. 15 bis

Studi associati di altre professioni sanitarie e società tra professionisti. (articolo 17 della l.r. 51/2009)

1. Ai fini del presente regolamento sono soggetti a segnalazione certificata di inizio attività gli studi associati di altre professioni sanitarie e le società tra professionisti che non richiedono, ai sensi delle disposizioni di cui al Capo IV della l.r. 51/2009, l'accreditamento istituzionale.

2. Sono, invece, soggetti ad autorizzazione gli studi associati di altre professioni sanitarie e le società tra professionisti che richiederanno, ai sensi delle disposizioni di cui al Capo IV della l.r. 51/2009, l'accreditamento istituzionale.”.

Art. 14

Criteri per la definizione delle procedure terapeutiche e diagnostiche di minore invasività o minor rischio per l'utente. Modifiche alla rubrica della sezione III del Capo III del d.p.g.r. 79/R/2016

1. La rubrica della sezione III del Capo III del d.p.g.r. 79/R/2016 è sostituita dalla seguente:

“Criteri per la definizione delle procedure terapeutiche e diagnostiche di minore invasività o minor rischio per l'utente”.

Art. 15

Criteri per la distinzione delle prestazioni invasive o di minore invasività. Sostituzione dell'articolo 16 del d.p.g.r. 79/R/2016

1. L'articolo 16 del d.p.g.r. 79/R/2016 è sostituito dal seguente:

“Art. 16

Criteri per la distinzione delle prestazioni invasive e di minore invasività

1. Sono da considerare a minore invasività le procedure diagnostiche e terapeutiche invasive che soddisfano tutti i criteri di seguito indicati:

- a) non apertura delle sierose;
- b) rischio statisticamente trascurabile di complicazioni infettive tali da prevedere un basso rischio di ricovero ospedaliero;
- c) rischio statisticamente trascurabile di complicazioni immediate tali da prevedere un basso rischio di ricovero ospedaliero.

2. Sono invasive tutte le procedure diagnostiche e terapeutiche considerate non a minore invasività.”.

Art. 16

Elenco delle prestazioni di minore invasività.
Abrogazione dell'articolo 17 del d.p.g.r. 79/R/2016

1. L'articolo 17 (Elenco delle prestazioni di minore invasività) del d.p.g.r. 79/R/2016 è abrogato.

Art. 17

Individuazione e relativa invasività delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche ambulatoriali. Inserimento dell'articolo 17 bis nel d.p.g.r. 79/R/2016

1. Dopo l'articolo 17 del d.p.g.r. 79/R/2016 è inserito il seguente:

“Art. 17 bis

Individuazione e relativa invasività delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche ambulatoriali (articoli 17 e 19 della l.r. 51/2009)

1. Le prestazioni diagnostiche e terapeutiche ambulatoriali erogate presso le strutture sanitarie, pubbliche e private, gli studi soggetti ad autorizzazione o SCIA sono riconducibili alle seguenti categorie:

a) le prestazioni diagnostiche e terapeutiche erogabili esclusivamente in strutture sanitarie ospedaliere o territoriali, pubbliche e private, di cui all'articolo 3 della l.r. 51/2009, che sono sottoposte ad autorizzazione all'esercizio in relazione al possesso dei requisiti specifici previsti. Rientrano in questa tipologia tutte le prestazioni ambulatoriali, ivi comprese quelle indicate con le lettere H, R nel Catalogo regionale delle prestazioni di cui alla deliberazione della Giunta regionale del 29 luglio 2013, n. 638 oltre a tutte le altre tipologie di prestazioni ivi contenute laddove erogate all'interno di una articolazione organizzativa (unità locale) complessa con le caratteristiche di struttura così come definita dalla normativa regionale;

b) le prestazioni diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportano un rischio per la sicurezza del paziente sono erogabili anche presso gli studi che sono sottoposti ad autorizzazione all'esercizio di cui all'articolo 17 della l.r. 51/2009. Rientrano in questa tipologia tutte le prestazioni ambulatoriali escluse quelle

indicate con lettera H, R nel Catalogo regionale di cui alla d.g.r. 638/2013;

c) le prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minore invasività che normalmente non comportano rischio per la sicurezza del paziente sono erogabili anche presso gli studi di cui all'articolo 19 della l.r. 51/2009 che sono sottoposti a SCIA. Rientrano in questa tipologia tutte le prestazioni ambulatoriali indicate con la lettera M nel Catalogo regionale delle prestazioni di cui alla d.g.r. 638/2013 e nei relativi allegati.”.

Art. 18

Studi professionali soggetti ad autorizzazione.
Modifiche all'articolo 18 del d.p.g.r. 79/R/2016

1. Il comma 1 dell'articolo 18 del d.p.g.r. 79/R/2016 è sostituito dal seguente:

“1. Sono soggetti ad autorizzazione tutti gli studi medici ed odontoiatrici che erogano le prestazioni di cui all'articolo 17 bis, comma 1, lettera b), nonché procedure di diagnostica strumentale invasiva non complementare all'attività clinica con refertazione per terzi.”.

Art. 19

Studi professionali soggetti a segnalazione certificata di inizio attività. Sostituzione dell'articolo 19 del d.p.g.r. 79/R/2016

1. L'articolo 19 del d.p.g.r. 79/R/2016 è sostituito dal seguente:

“Art. 19

Studi professionali soggetti a segnalazione certificata di inizio attività

1. Sono soggetti a segnalazione certificata di inizio attività tutti gli studi medici ed odontoiatrici che erogano prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minore invasività che normalmente non comportano rischio per la sicurezza del paziente individuate con la lettera M nel Catalogo regionale delle prestazioni e nei relativi allegati di cui alla d.g.r. 638/2013.

2. Sono altresì soggetti a segnalazione certificata di inizio attività gli studi medici che erogano anche visite o diagnostica strumentale non invasiva complementare all'attività clinica senza refertazione per terzi.”.

Art. 20

Attività libera. Abrogazione dell'articolo 20 del d.p.g.r. 79/R/2016

1. L'articolo 20 (Attività libera) del d.p.g.r. 79/R/2016 è abrogato.

Art. 21

Adempimenti a carico del titolare dello studio professionale. Modifiche all'articolo 23 del d.p.g.r. 79/R/2016

1. Il comma 3 dell'articolo 23 del d.p.g.r. 79/R/2016 è sostituito dal seguente:

“3. Gli studi associati medici, di altre professioni sanitarie e le società tra professionisti, oltre a quanto previsto ai commi 1 e 2, comunicano tempestivamente al comune ogni variazione intervenuta nella composizione dell'associazione o della società.”.

Art. 22

Costituzione di nuovi processi assistenziali. Modifiche all'articolo 24 del d.p.g.r. 79/R/2016

1. Il comma 2 dell'articolo 24 del d.p.g.r. 79/R/2016 è sostituito dal seguente:

“2. Le strutture sanitarie pubbliche richiedono, altresì, la conferma dell'accreditamento istituzionale nei casi di modifica dei processi.”.

Art. 23

Requisiti per l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private. Modifiche all'articolo 26 del d.p.g.r. 79/R/2016

1. Il comma 2 dell'articolo 26 del d.p.g.r. 79/R/2016 è sostituito dal seguente:

“2. L'accreditamento istituzionale è rilasciato alle strutture sanitarie che raggiungono almeno il 70 per cento, quale punteggio medio, del punteggio attribuito ai requisiti organizzativi di livello aziendale e ai requisiti dei diversi processi assistenziali.”.

Art. 24

Modalità e procedure di rilascio dell'accreditamento istituzionale. Modifiche all'articolo 27 del d.p.g.r. 79/R/2016

1. Il comma 3 dell'articolo 27 del d.p.g.r. 79/R/2016 è sostituito dal seguente:

“3. Le strutture sanitarie di nuova istituzione, all'atto di presentazione della domanda di cui al comma 1, attestano i requisiti organizzativi di livello aziendale mentre i requisiti di processo, comuni e specifici, sono attestati trascorsi almeno sei mesi dall'inizio dell'attività.”.

2. Dopo il comma 4 dell'articolo 27 del d.p.g.r. 79/R/2016 è inserito il seguente:

“4 bis. Nei casi di attivazione di nuovi processi la Giunta regionale provvede, entro trenta giorni dalla presentazione dell'attestazione del mantenimento dei requisiti organizzativi di livello aziendale, a rilasciare un accreditamento che è perfezionato, a pena di decadenza, entro il termine massimo di dodici mesi dall'inizio dell'attività, tramite presentazione dell'attestazione dei requisiti di processo; per l'attivazione delle nuove attività è facoltà della struttura presentare una nuova attestazione dei requisiti di processo nei termini di cui al comma

3 o attestarne l'invarianza. In quest'ultima fattispecie la Giunta regionale procede alla conferma dell'accreditamento istituzionale nelle modalità di cui al comma 2.”.

Art. 25

Criteri di scelta del gruppo tecnico regionale di valutazione. Modifiche all'articolo 30 del d.p.g.r. 79/R/2016

1. Al comma 1 dell'articolo 30 del d.p.g.r. 79/R/2016 le parole “non superiore a venticinque” sono sostituite dalle seguenti: “non superiore a cinquanta”.

Art. 26

Modalità di funzionamento dei gruppi tecnici regionali. Sostituzione dell'articolo 31 del d.p.g.r. 79/R/2016

1. L'articolo 31 del d.p.g.r. 79/R/2016 è sostituito dal seguente:

“Art.31

Modalità di funzionamento dei gruppi tecnici regionali (articolo 40 ter ed articolo 42 della l.r. 51/2009)

1. I gruppi tecnici regionali effettuano le visite previste dall'articolo 40 ter, comma 5 e 42, comma 5 della l.r. 51/2009 e sono organizzati in team in relazione alla tipologia di struttura oggetto di verifica.

2. I coordinatori dei gruppi tecnici regionali provvedono alla costituzione dei team di verifica secondo le disposizioni indicate dal competente settore della Giunta regionale.

3. In caso di assenza del coordinatore superiore a trenta giorni consecutivi, i gruppi tecnici regionali provvedono alla sua temporanea sostituzione.”.

Art. 27

Attestazione dei requisiti di esercizio e di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche. Abrogazione dell'articolo 33 del d.p.g.r. 79/R/2016

1. L'articolo 33 (Attestazione dei requisiti di esercizio e di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche) del d.p.g.r. 79/R/2016 è abrogato.

Art. 28

Attestazione dei requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie private. Abrogazione dell'articolo 34 del d.p.g.r. 79/R/2016

1. L'articolo 34 (Attestazione dei requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie private) del d.p.g.r. 79/R/2016 è abrogato.

Art. 29

Validità degli accreditamenti rilasciati. Abrogazione dell'articolo 35 del d.p.g.r. 79/R/2016

1. L'articolo 35 (Validità degli accreditamenti rilasciati) del d.p.g.r. 79/R/2016 è abrogato.

Art. 30

Adeguamento ai requisiti. Abrogazione dell'articolo 36 del d.p.g.r. 79/R/2016

1. L'articolo 36 (Adeguamento ai requisiti) del d.p.g.r. 79/R/2016 è abrogato.

Art. 31

Adeguamento ai requisiti. Inserimento dell'articolo 36 bis nel d.p.g.r. 79/R/2016

1. Dopo l'articolo 36 del d.p.g.r. 79/R/2016 è inserito il seguente:

“Art. 36 bis

Adeguamento ai requisiti

“1. Le strutture sanitarie pubbliche e private e gli studi professionali si adeguano a quanto disposto dal presente regolamento entro un anno dell'entrata in vigore del presente articolo dandone comunicazione al comune entro trenta giorni dall'avvenuto adeguamento.

2. Le strutture sanitarie che erogano prestazioni di genetica medica comunicano al comune, secondo quanto disposto dall'articolo 7, le tipologie di test genetici effettuati entro sessanta giorni dall'entrata in vigore del presente articolo. Il Comune trasmette la comunicazione sulle tipologie di test genetici effettuati alla competente struttura della Giunta regionale.”.

Art. 32

Termine per la costituzione del gruppo di verifica. Abrogazione dell'articolo 37 del d.p.g.r. 79/R/2016

1. L'articolo 37 (Termine per la costituzione del gruppo di verifica) del d.p.g.r. 79/R/2016 è abrogato.

Art. 33

Termine per la definizione dei requisiti di qualità, i correlati indicatori di valutazione e le modalità di attribuzione dell'accreditamento di eccellenza. Abrogazione dell'articolo 38 del d.p.g.r. 79/R/2016

1. L'articolo 38 (Termine per la definizione dei requisiti di qualità, i correlati indicatori di valutazione e le modalità di attribuzione dell'accreditamento di eccellenza) del d.p.g.r. 79/R/2016 è abrogato.

Art. 34

Requisiti per l'autorizzazione delle strutture sanitarie. Sostituzione dell'allegato A del d.p.g.r. 79/R/2016

1. L'allegato A del d.p.g.r. 79/R/2016 è sostituito dall'allegato A al presente regolamento.

Art. 35

Requisiti bivalenti. Sostituzione dell'allegato B del d.p.g.r. 79/R/2016

1. L'allegato B del d.p.g.r. 79/R/2016 è sostituito dall'allegato B al presente regolamento.

Art. 36

Studi soggetti a segnalazione certificata di inizio attività. Sostituzione dell'allegato C del d.p.g.r. 79/R/2016

1. L'allegato C del d.p.g.r. 79/R/2016 è sostituito dall'allegato C al presente regolamento.

Art. 37

Abrogazione DPGR n. 85/R/2020

1. Il Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 85 dell'11 agosto 2020 (Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie. Modifiche al regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009, n. 51, approvato con decreto del Presidente della Giunta regionale 17 novembre 2016, n. 79) è abrogato.

Il presente regolamento è pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Toscana.

E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e farlo osservare come regolamento della Regione Toscana.

ROSSI

Firenze, 16 settembre 2020

SEGUONO ALLEGATI

ALLEGATO A**REQUISITI PER L'AUTORIZZAZIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE**

I requisiti per l'autorizzazione delle strutture sanitarie sono articolati in 4 sezioni:

SEZIONE A

Requisiti generali per l'esercizio di attività sanitarie sia di tipo ambulatoriale che di ricovero che integrati dai requisiti bivalenti (allegato B) costituiscono il corpo dei requisiti aziendali

SEZIONE B

Requisiti strutturali organizzativi, impiantistici e tecnologici specifici per l'esercizio di qualsiasi tipologia di attività sanitaria erogata a livello ambulatoriale.

Nell'ambito della sezione B vengono individuati gli ulteriori requisiti per l'esercizio, sempre a livello ambulatoriale, di specifiche tipologie di attività relativamente a:

Medicina di Laboratorio (B1.1)
Radiologia Diagnostica e Interventistica (B1.2)
Medicina Nucleare (B1.3)
Cardiologia (B1.4)
Endoscopia (B1.5)
Radioterapia (B1.6)
Chirurgia Ambulatoriale (B1.7)
Dialisi (B1.8)
Medicina Fisica e Riabilitazione (B1.9)
Odontoiatria (B1.10)
Procreazione medicalmente assistita (B1.11)
Medicina dello sport (B1.12)
Sevizi di genetica medica (B1.13)
Servizi di medicina trasfusionale (B1.14)
Medicina Iperbarica (B1.15)
Strutture ambulatoriali di Recupero e Riabilitazione Funzionale (B2.1)
Centro di Salute Mentale (B2.2)
Consultorio Familiare (B2.3)
Centro Ambulatoriale per il trattamento delle Dipendenze (B2.4).
Casa della Salute (B2.5)

I requisiti definiti nelle schede da (B1.1) a (B2.5) costituiscono un completamento sia di quelli generali definiti in A, sia di quelli specifici definiti in B.

Sono tenuti al rispetto dei requisiti definiti nella Sezione B tutte le strutture organizzative e funzionali che erogano prestazioni ambulatoriali, anche se operanti all'interno di presidi che erogano prestazioni di ricovero sia in fase acuta che post-acuta descritti nelle sottosezioni C e D.

SEZIONE C

Individua i requisiti strutturali, organizzativi, impiantistici e tecnologici specifici richiesti per l'erogazione di attività sanitarie in regime di ricovero a ciclo continuativo e diurno per acuti, che completano quelli generali definiti nella sezione A

Nell'ambito della sezione vengono individuati gli ulteriori requisiti per l'esercizio, sempre correlati alle attività di ricovero per acuti, di specifiche tipologie di attività, relativamente a:

Pronto soccorso ospedaliero (C.1)
Terapia intensiva E SUB INTENSIVA(C.2)
Area di degenza (C.3)
Radiologia Interventistica (C.4)
Punto nascita-blocco parto (C.5)
Blocco operatorio (C.6)
Cardiologia invasiva (C.7)
Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (C.8)
Anatomia patologica (C.9)
Gestione farmaci e dispositivi (C.10)
Servizio di sterilizzazione (C.11)
Sanificazione attrezzature, arredi e disinfestazione (C.12)
Ristorazione (C.13)
Lavanderia (C.14)
Servizio mortuario (C.15)
Centro trapianti (C.16)
Medicina Nucleare Terapeutica (C.17)

SEZIONE D

Individua i requisiti strutturali, organizzativi, impiantistici e tecnologici specifici richiesti per

l'esercizio di attività sanitarie a ciclo continuativo e diurno in fase post-acuta che completano quelli generali definiti nella sezione A relativamente a:

Strutture residenziali e semiresidenziali di riabilitazione funzionale per soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali (D.1)
Centro diurno psichiatrico (D.2)
Struttura residenziale psichiatrica (D.3)
Strutture terapeutiche per persone con disturbi da uso di sostanze e da gioco d'azzardo (D.4)
Strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia (REMS) (D.5)
Strutture residenziali destinate ad accogliere pazienti nella fase post-acuta alla dimissione ospedaliera (D.6)
Strutture residenziali extraospedaliere a bassa complessità assistenziale (cure intermedie) (D.7)
Hospice (D.8)

lista A

A – REQUISITI GENERALI

	Testo	Applicabilità
	In questa sezione sono indicati solo i requisiti minimi necessari all'esercizio di un'attività sanitaria, resta fermo quanto disposto dalla normativa nazionale e regionale per gli altri ambiti di competenza.	
A.1	Dotazione quali-quantitativa di personale sanitario, per le varie articolazioni in cui si configura il servizio, rapportata alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate facendo riferimento, quando previsti, a standard regionali e nazionali; deve essere comunque garantito lo standard minimo se indicato nelle sezioni specifiche	
A.2	I ruoli e le posizioni funzionali sono ricoperti da personale in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente e delle competenze anche in relazione alla tipologia ed ai volumi di attività, facendo riferimento, quando previsti, a standard regionali e nazionali	
A.3	Personale sanitario con documentata frequenza ai corsi di Basic Life Support Defibrillation (BLS-D) con cadenza programmata secondo gli standard definiti dalle indicazioni tecniche di settore	Nella struttura dovrà essere sempre presente una persona abilitata all'utilizzo
A.4	Modalità codificate per: accesso alle prestazioni, prenotazione, gestione tempi di attesa, registrazione, modalità di pagamento, modalità e tempi di accesso alla documentazione sanitaria, acquisizione del consenso informato, inserimento in studi clinici, tutela della privacy e predisposizione del relativo materiale informativo per l'utenza anche in riferimento al superamento delle barriere linguistiche e culturali ed alle condizioni di svantaggio nell'accessibilità ai servizi legate alla presenza di disabilità	
A.5	Vengono fornite informazioni adeguate rispetto al percorso donazione organi e tessuti ed assicurati i necessari collegamenti con la rete regionale donazione e trapianti	ove previsto
A.6	Soluzioni organizzative in essere per la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze o di eventi imprevisi (clinici, organizzativi, tecnologici) durante l'intero orario di apertura della struttura	
A.7	Modalità codificate per: prelievo, conservazione, trasporto di materiali biologici, gestione del servizio di pulizia e sanificazione degli ambienti, gestione rifiuti, servizio di ristorazione, modalità di gestione del servizio lavanderia-guardaroba, modalità di compilazione, conservazione, archiviazione della documentazione sanitaria	
A.7.1	Per il servizio di pulizia e sanificazione ambientale viene assicurata: l'adozione di sistemi, tecniche e metodiche di sanificazione ambientale in linea con le evidenze disponibili; l'individuazione di standard tecnici per le prestazioni minime richieste e le frequenze di intervento di pulizia e sanificazione in relazione alle caratteristiche delle diverse aree di rischio ed integrati da ulteriori protocolli per specifiche patologie infettive; la presenza di piani di monitoraggio del processo di sanificazione e dei risultati ottenuti dalla sua attuazione; la formazione del personale addetto rapportata alla complessità dell'area di rischio e agli standard previsti	

lista A

	Testo	Applicabilità
A.7.2	Nel caso di affidamento del servizio anche qualora reso nell'ambito del servizio Global service o Multifunzione devono essere rispettati i criteri ambientali minimi stabiliti dalla normativa di riferimento nazionale	documentate anche in caso di affidamento a ditte esterne
A.8	Conservazione della documentazione sanitaria secondo modalità e tempi sanciti dalla normativa vigente anche in materia di amministrazione digitale	
A.8.1	I documenti sanitari per i quali è previsto l'inserimento nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), devono rispettare gli standard definiti dalle norme nazionali e regionali attuative.	
A.9	Segnaletica adeguata sia all'interno che all'esterno per favorire l'accessibilità dell'utenza	
A.10	Modalità codificate per l'identificazione dell'operatore da parte degli utenti che consentano anche l'individuazione del personale in formazione	
A.11	Inventario delle apparecchiature con informazioni disponibili sia in forma aggregata che analitica, in dotazione anche alle strutture organizzative per la sezione di competenza	
A.12	Modalità codificate di programmazione degli acquisti delle apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici che tengono conto dell'obsolescenza, dell'adeguamento alle norme tecniche e dell'eventuale disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria	
A.13	Tracciabilità delle verifiche periodiche sullo stato di manutenzione delle attrezzature	
A.14	E' garantita la presenza e il buon funzionamento degli apparecchi vitali anche in caso di guasto prolungato mediante la disponibilità di altra apparecchiatura analoga o mediante procedura alternativa	
A.15	Piano per la manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature biomediche debitamente trasmesso ai livelli operativi interessati	
A.16	Piano di manutenzione preventiva e correttiva predisposto attraverso una pianificazione dettagliata (personale coinvolto, strumentazione, eventuali contratti di manutenzione con ditte esterne) rispondente a protocolli operativi che tengono conto della specifica gerarchia funzionale (grandi apparecchiature di diagnosi e cura così come individuate nei flussi ministeriali, apparecchi vitali indicati in apposito elenco, apparecchi accertati come critici ed individuati in apposito elenco in base alle caratteristiche di funzionamento della struttura) predisposto per ciascuna apparecchiatura e reso noto ai diversi livelli operativi per lo svolgimento dei compiti attribuiti al singolo operatore	
A.17	Tutte le apparecchiature sono corredate di documentazione tecnica, in lingua italiana, fornita al momento dell'acquisto, resa disponibile al responsabile della manutenzione	
A.18	Rapporto tecnico dettagliato degli interventi di manutenzione, sia preventiva che correttiva, sulle apparecchiature biomediche in dotazione	

/lista A

	Testo	Applicabilità
A.19	Tracciabilità delle verifiche periodiche strumentali sul funzionamento dei principali apparecchi biomedicali utilizzati in condizioni critiche (ad esempio: ventilatori, polmonari, apparecchi di anestesia, pompe d'infusione, defibrillatori, elettrobisturi, ecc.), degli apparecchi che erogano radiazioni ionizzanti e che sono impiegati per la rilevazione di radiazioni ionizzanti al fine di verificarne la taratura delle principali funzioni	

lista A

	Testo	Applicabilità
A.20	Tracciabilità dei collaudi a seguito dell'installazione ai fini del corretto funzionamento e della sicurezza in caso di nuova acquisizione o trasferimento di apparecchi biomedici	
A.21	Piano per la manutenzione programmata e correttiva riferito alle opere civili ed impiantistiche con individuazione del responsabile degli interventi di manutenzione della struttura e degli impianti	
A.22	Tracciabilità degli interventi di manutenzione effettuati riferiti alle opere civili ed impiantistiche	
A.23	La struttura, in relazione all'attività svolta, autocertifica il possesso dei requisiti previsti dalle leggi, nazionali e regionali, non ricomprese nel presente regolamento, in quanto soggette alla vigilanza ed al controllo di specifici organi.	
A.24	Programma di prevenzione della violenza contro gli operatori sanitari ai sensi delle indicazioni nazionali e regionali in materia e tracciabilità delle azioni adottate.	
A.25	Modalità codificate per il rispetto dei principi contenuti nella legge n. 219/2017 e in particolare:	
	una corretta pratica della comunicazione tra medico e paziente nonché dell'informazione e del consenso anche verso i minori e le persone incapaci;	
	il diritto al rifiuto delle cure;	
	la terapia del dolore;	
	il rispetto della dignità delle persone giunte nella fase finale della vita anche mediante il divieto di	
	ostinazione irragionevole nelle cure;	
	la valorizzazione delle volontà espresse dai pazienti, contestualmente alle cure o in	
	modalità di disposizione anticipata	

/lista B

B - REQUISITI ORGANIZZATIVI, STRUTTURALI E TECNOLOGICI SPECIFICI PRESTAZIONI AMBULATORIALI		Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI		Testo
B.1	Locali e spazi correlati alla tipologia ed al volume delle attività erogate	
B.1.1	area dedicata per IVG farmacologica dotata di spazi specifici ad utilizzo non esclusivo, con procedure di accesso ed orari differenziati rispetto al percorso nascita e ad altra tipologia di utenza, in particolare deve essere presente:	per le strutture che eseguono IVG farmacologica (attività possibile solo presso strutture pubbliche)
	locale per l'osservazione delle utenti dopo la somministrazione, attrezzato con poltrone reclinabili con bagno adiacente dedicato,	per le strutture che eseguono IVG farmacologica (attività possibile solo presso strutture pubbliche)
	spazio per counselling medico che garantisca la privacy	per le strutture che eseguono IVG farmacologica (attività possibile solo presso strutture pubbliche)
	spazio per consulenza psicologica e sociale che garantisca la privacy	per le strutture che eseguono IVG farmacologica (attività possibile solo presso strutture pubbliche)
	collegamento funzionale con il Presidio Ospedaliero attraverso modalità e procedure condivise e formalizzate in caso di attività erogata a livello territoriale	per le strutture che eseguono IVG farmacologica (attività possibile solo presso strutture pubbliche)
B.2	Spazi/locali per funzioni direzionali, accettazione e attività amministrative	
B.3	Percorsi di accesso differenziati fra utenti esterni e ricoverati, con spazi di attesa differenziati o soluzioni organizzative che garantiscano pari risultato	per le strutture che erogano anche prestazioni di ricovero
B.4	Spazio di attesa dotato di sedute in numero adeguato rispetto ai picchi di frequenza degli accessi, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente in materia di spazi di percorso	possono essere anche in comune se coesistono più attività sanitarie ambulatoriali, gestite anche da titolarità diverse
B.5	Servizi igienici per utenti distinti da quelli del personale, almeno uno al piano accessibile ai disabili secondo le specifiche tecniche previste dalle normative vigenti	possono essere anche in comune se coesistono più attività sanitarie ambulatoriali, gestite anche da titolarità diverse.
B.6	Locale adibito ad ambulatorio, munito di lavabo con comandi non manuali, con pareti, pavimenti ed arredi facilmente lavabili e disinfettabili, che garantisca il rispetto della privacy, con locale spogliatoio per il paziente comunicante con l'ambulatorio o area interna separata ad uso spogliatoio, quando necessario	
B.7	Ambulatorio attrezzato e dimensionato in rapporto al numero utenti presenti in seduta collettiva se effettuate attività di gruppo	
B.8	Spazio/locale per la refezione, ove necessario	
B.9	Locali/spazi/arredi per il deposito del materiale pulito facilmente accessibili al personale	possono essere anche in comune se coesistono più attività sanitarie ambulatoriali, gestite anche da titolarità diverse

/lista B

	Testo	Applicabilità
5.10	Spazio/locale per deposito di materiale sporco	possono essere anche in comune se coesistono più attività sanitarie ambulatoriali, gestite anche da titolarità diverse
5.11	Spazi o armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni facilmente accessibili al personale	possono essere anche in comune se coesistono più attività sanitarie ambulatoriali, gestite anche da titolarità diverse
5.12	Spazio/locale per deposito materiale e attrezzature per pulizia, lavaggio e disinfezione	possono essere anche in comune se coesistono più attività sanitarie ambulatoriali, gestite anche da titolarità diverse
	REQUISITI ORGANIZZATIVI	
5.13	Dotazione di personale congrua al volume di attività ed ai picchi di accesso. Deve essere presente almeno:	
	Almeno un medico responsabile delle attività cliniche effettuate nell'ambulatorio durante lo svolgimento delle attività	salvo diversa specifica prevista nella relativa sottosezione
	Una unità infermieristica e/o altro professionista sanitario durante l'orario di erogazione delle prestazioni sanitarie ove richiesto dalla tipologia di prestazione erogata, come previsto nella relativa sottosezione	in presenza di presidi ambulatoriali dove le attività sono prevalentemente di tipo professionale e svolte da personale che per profilo e competenze può svolgere in autonomia il proprio lavoro. La presenza del medico può non essere prevista (es., pap test, prelievi, ecc.) o in alternativa prevista a orario in concomitanza con attività critiche
	Presenti per l'intero orario di accesso delle prestazioni un medico specialista in ginecologia e ostetricia non obiettore una unità ostetrica non obiettrice una unità infermieristica non obiettrice	nelle strutture ambulatoriali autorizzate nelle discipline di neuropsichiatria infantile e psicologia e nei centri di recupero e riabilitazione funzionale finalizzate al rilascio delle certificazioni DSAP la figura dell'infermiere può essere sostituita dal foppedista.
	Registrazione delle prestazioni effettuate in riferimento al repertorio delle prestazioni erogate dalla struttura e comprensiva della identificazione del paziente.	per le strutture che eseguono IVG farmacologica (attività possibile solo presso strutture pubbliche)
5.14	Scheda clinica ambulatoriale contenente le informazioni relative alle condizioni cliniche del paziente ed i referti, l'operatore che ha effettuato la prestazione privilegiando la gestione elettronica della documentazione nel rispetto della normativa vigente in materia	
5.15	Modalità codificate per assicurare la completezza della documentazione contenente l'esito della visita o dell'esame diagnostico (referto), la consegna del referto tutti i giorni feriali, quando non disponibile contestualmente alla esecuzione della prestazione, e l'alimentazione del FSE (se prevista)	consegna contestuale all'esecuzione della prestazione per le strutture che eseguono IVG farmacologica (attività possibile solo presso strutture pubbliche)
5.16.1	Modalità codificate relative al percorso IVG farmacologica comprensive del consenso informato, dell'immunoprofilassi per le donne con RH negativo, la gestione di eventuali urgenze,	per le strutture che eseguono IVG farmacologica (attività possibile solo presso strutture pubbliche)
5.16.2	Modalità codificate per garantire la continuità assistenziale del percorso pre e post IVG e l'accesso al percorso contraccettivo gratuita	per le strutture che eseguono IVG farmacologica (attività possibile solo presso strutture pubbliche)
5.17	Conservazione della documentazione iconografica e dei referti secondo le modalità stabilite dalla normativa specifica. Le schede ambulatoriali devono essere conservate per almeno 5 anni dalla data dell'ultima prestazione (anche in forma digitale mediante sistemi adeguati rispetto a quanto previsto dal Codice dell'Amministrazione digitale), salvo diversa indicazione normativa specifica	
5.18	Modalità di controllo che consentono un monitoraggio sistematico della completezza di tale scheda e della congruenza con la documentazione clinica	
5.19	Sistema di gestione del processo di decontaminazione, disinfezione e sterilizzazione della strumentazione ove previsto, comprensivo di tracciabilità della registrazione/conservazione dei risultati delle prove di efficacia	la tracciabilità delle prove di efficacia deve essere assicurata anche in caso di affidamento all'esterno

/lista B

	Testo	Applicabilità
REQUISITI IMPIANTISTICI		
B.20	Illuminazione e ventilazione naturali rispondenti alle normative vigenti compresi i regolamenti edili e di igiene del Comune su cui insiste la struttura. In caso di soluzioni diverse sono garantite le condizioni microclimatiche rispondenti agli standard previsti da indicazioni tecniche di settore, ove non diversamente regolamentate dalle normative di cui sopra.	
B.20.1	Sistemi di continuità dell'alimentazione elettrica in riferimento alle caratteristiche dell'utenza elettrica e dell'attività svolta.	
B.20.2	Presenza di impianto di illuminazione di sicurezza	
B.20.3	Impianti elettrici conformi alla normativa vigente per i luoghi di lavoro ed in funzione alla classificazione sanitaria degli ambienti	
REQUISITI TECNOLOGICI		
B.21	Attrezzature e dispositivi medico chirurgici in relazione alla specificità dell'attività svolta	
B.21.1	lettino ginecologico	per le strutture che eseguono IVG farmacologica (attività possibile solo presso strutture pubbliche)
B.21.2	lampada scialitica	per le strutture che eseguono IVG farmacologica (attività possibile solo presso strutture pubbliche)
B.21.3	ecografo	per le strutture che eseguono IVG farmacologica (attività possibile solo presso strutture pubbliche)
B.22	Carrello o attrezzatura equivalente (zaino o altro contenitore portatile ecc.) per la gestione delle emergenze, comprendente farmaci e dispositivi medici idonei al tipo di utenza e attività, tra cui:	quando non diversamente specificato nella specifica sottosezione
	defibrillatore semiautomatico	facilmente accessibile o dedicato in base alle specifiche della relativa sottosezione
	dispositivi base per l'ossigenoterapia, la ventilazione, la gestione delle vie aeree, l'aspirazione	Per quanto attiene l'uso del defibrillatore semiautomatico dovrà essere presente durante l'attività, personale in possesso della formazione aggiornata di BLS D
	dispositivi per accesso venoso, infusione e somministrazione farmaci	In presidi ambulatoriali dove le attività sono svolte da professionisti non abilitati alla somministrazione e gestione dei farmaci e la presenza di personale sanitario Medico o Infermieristico non è prevista in maniera continuativa durante lo svolgimento delle attività, devono essere presente dispositivi medici di base per la ventilazione (es. pallone autoespandibile o pocket mask)
	farmaci di emergenza	non si applica alle strutture dove la attività sono svolte da professionisti non abilitati alla somministrazione e gestione dei farmaci e la presenza di personale sanitario Medico o Infermieristico non è prevista in maniera continuativa durante lo svolgimento delle attività
	dispositivi per la medicazione e il controllo delle emorragie	
	pulsossimetro e sfigmomanometro	

/lista B

	Testo	Applicabilità
8.23	Armadi, carrelli e apparecchiature che garantiscono la conservazione in sicurezza e l'integrità dei farmaci e dei dispositivi medici. I frigoriferi garantiscono la visualizzazione e la registrazione della temperatura e sono definite modalità di controllo	addove previsto utilizzo di farmaci e/o dispositivi medici
8.23.1	bombola di ossigeno	per l'attività di continuità assistenziale
8.23.2	glucometro	per l'attività di continuità assistenziale
8.23.3	Sistema di comunicazione diretta, anche telefonico, con servizio di emergenza territoriale e forze dell'ordine	per l'attività di continuità assistenziale
8.23.4	Sistema di videosorveglianza, nei casi di aree non continuamente presidiate da altro personale	per l'attività di continuità assistenziale
IN CASO DI UTILIZZO DI EMOCOMPONENTI AUTOLOGHI PER USO NON TRASFUSIONALE (EuNT)		
REQUISITI STRUTTURALI		
8.24	Ambiente di prelievo e somministrazione distinti da quella di preparazione.	Può essere previsto dalla convenzione con SIMT un ambiente unico con caratteristiche idonee
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
8.25	Presenza di specifica convenzione stipulata con l'azienda sanitaria dove opera il servizio trasfusionale di riferimento, ai sensi del decreto legge n.69 del 2 Novembre 2015 e "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti"	
8.25	Protocolli operativi relativi alle modalità di produzione e applicazione	
8.27	Registro di carico/scarico degli EuNT preparati/utilizzati	
8.28	Modulistica per la registrazione di produzione e applicazione, rilevazione eventi avversi, registrazione follow up, report periodico di attività conforme alla normativa nazionale e regionale	
8.29	Piano dei controlli di qualità sugli EuNT prodotti	
REQUISITI TECNOLOGICI		
8.30	Dispositivi medici conformi alle indicazioni per l'uso specifico secondo la relativa normativa vigente (Classe IIa o superiore)	

lista B1.1

B1.1 – MEDICINA DI LABORATORIO

	Testo	Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI		
B1.1.1	Località di esecuzione delle analisi, commisurate alla complessità e tipologia di esami che deve essere eseguiti; se vengono svolte indagini microbiologiche deve essere previsto un locale apposito	In caso di prestazioni che prevedano l'utilizzo di metodi di Biologia Molecolare, non eseguite con strumentazione che svolgano in modo del tutto automatico tutte le fasi del processo analitico, devono essere previste appropriate separazioni delle aree di esecuzione della metodica.
B1.1.2	Locale per il trattamento del materiale d'uso, se non è previsto l'utilizzo esclusivo di materiale monouso	
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
B1.1.3	Dotazione di personale congrua al volume di attività ed ai picchi di accesso. Deve essere presente almeno:	
	biologo o chimico in possesso della laurea specialistica o un medico in possesso della specializzazione in patologia clinica, biochimica clinica, microbiologia e virologia, genetica medica o disciplina equipollente	
	un tecnico sanitario di laboratorio biomedico, presente, per tutto l'orario di svolgimento dell'attività analitica	
	un medico o un'unità infermieristica o altra figura abilitata per l'attività di prelievo	
B1.1.4	Regolamento di funzionamento che descrive tutti i servizi/prestazioni offerti dal laboratorio, esplicita gli esami che vengono eseguiti direttamente, con quali metodiche e attrezzature, e gli esami che vengono inviati ad altre strutture	
B1.1.5	Registrazione dei laboratori esterni a cui si ricorre per specifiche determinazioni analitiche	
B1.1.6	Modalità organizzative documentate, concordate con i servizi competenti per: identificazione degli utenti e dei campioni biologici, tracciabilità dei campioni e dei risultati, trasferimento del materiale biologico dai/dai punti/i di prelievo al laboratorio, approvvigionamento e gestione dei reagenti e del materiale necessario all'esecuzione delle prestazioni	

lista B1.1

	Testo	Applicabilità
B1.1.7	I reagenti ed i calibratori che non presentano marcatura CE ed i materiali di controllo, devono essere provvisti di etichette con classificazione del tipo/livello di rischio e documentazione, ad essi riconducibile, che ne indica: identità, titolo o concentrazione, condizioni di conservazione raccomandate, data di scadenza	
B1.1.8	Sistema di archiviazione che contiene: referti, conservati per almeno 3 anni (fogli macchina 1 anno), i risultati dei controlli di qualità interni con relativa documentazione per almeno un anno e VEQ per almeno tre anni	
B1.1.9	Modalità standardizzate per l'esecuzione delle singole procedure diagnostiche che definiscono per ogni esame: criteri di accesso e di richiesta delle prestazioni, indicazioni per la preparazione del paziente, condizioni di raccolta, trasporto e conservazione del campione, regole di compilazione, trasmissione e consegna dei referti Per i campioni provenienti da punto prelievo esterni, devono essere presenti procedure condivise con il punto prelievi, relative alla preparazione del paziente, condizioni di raccolta, trasporto e conservazione	
B1.1.10	I referti devono indicare se i risultati provengono da laboratori esterni rispetto al laboratorio che li redige	
B1.1.11	Programmi di Controllo Interno di Qualità e partecipazione a programmi di Valutazione Esterna di Qualità promossi dalle regioni e validati a livello nazionale o internazionale, estesi anche ai sistemi "Point of care Testing (POCT)" Per le prestazioni per cui sono attivi programmi di VEQ devono essere previsti metodi alternativi per il monitoraggio della qualità analitica.	
B1.1.12	Disponibilità di materiale informativo per gli utenti	
REQUISITI IMPIANTISTICI		
B1.1.13	Nei locali per l'esecuzione delle analisi sono assicurate idonee condizioni microclimatiche con riferimento ai seguenti parametri:	
	T = 20 – 26 °C	
	U% = 40 – 60%	

lista B1.1

	Testo	Applicabilità
REQUISITI PUNTO PRELIEVO		
B1.1.14	Nel caso il punto prelievi sia in prossimità del laboratorio è debitamente separato dal locale di esecuzione delle analisi.	
B1.1.15	Esiste un'area di attesa dotata di servizi igienici dedicati all'utenza ambulatoriale	
B1.1.16	Il numero delle sedute dell'area attesa è adeguato rispetto ai picchi di frequenza degli accessi	
B1.1.17	Il locale prelievo consente il rispetto della privacy dell'utente, è dotato di poltrona reclinabile/lettino (minimo 1 per 3 postazioni prelievo) e di lavabo con comandi non manuali	
B1.1.18	E' presente un medico o un'unità infermieristica o altra figura abilitata per l'attività di prelievo	
B1.1.19	L'attività del punto prelievo può essere svolta in locale destinato, in orario diverso, ad altra attività sanitaria, anche per conto di altro titolare (es, ambulatorio visita)	
B1.1.21	Modalità codificate e formalizzate, condivise con il laboratorio di riferimento, in merito a: preparazione del paziente, modalità di riconoscimento del paziente, procedure di prelievo, identificazione, conservazione e trasporto campioni, consegna dei referti, comunicazione dei valori di panico ed altre comunicazioni urgenti (Es. ripetere il prelievo)	
B1.1.22	Il ritiro dei referti è assicurato in tutti i giorni feriali con le modalità previste dalla struttura	
PUNTO PRELIEVO DOTATO DI POCT		
B1.1.23	E' identificato il laboratorio di riferimento per la gestione del POCT	
B1.1.24	Le modalità organizzative relative all'utilizzo del POCT devono essere espressamente previste nel regolamento di funzionamento, nelle procedure organizzative e nei programmi di Controllo Interno di Qualità e di VEQ del laboratorio di riferimento (requisiti da B1.1.5 a B1.1.13).	la presenza di POCT è giustificata dalla collocazione geografica del punto prelievo laddove non sia possibile trovare risposta con altre soluzioni organizzative per il conferimento tempestivo dei campioni e la risposta rapida da parte del laboratorio (ad es. trasporto veloce, accettazioni prioritarie ecc.) Nel caso in cui il punto prelievo sia collocato all'interno di postazioni della rete dell'emergenza-urgenza, il POCT può essere utilizzato anche per questi diagnostici in emergenza
B1.1.25	Gli esami eseguiti mediante POCT devono essere contenuti nel pannello di esami effettuati con strumenti master presso il laboratorio di riferimento e deve essere assicurato l'allineamento tra i risultati analitici ottenuti con le differenti tipologie di strumentazione.	

lista B1.1

	Testo	Applicabilità
B1.1.26	Le determinazioni analitiche ottenute con POCT devono essere controllate telematicamente dal laboratorio di riferimento che le valida.	
B1.1.27	La refertazione è effettuata dal punto prelievo sotto la responsabilità del laboratorio.	

lista B1.2

B1.2 – RADIOLOGIA DIAGNOSTICA E INTERVENTISTICA

	Testo	Applicabilità
<p>Per radiologia si intende tutta la diagnostica per immagini relativa a RX, TC, RM ed ecografia non complementare all'attività clinica con refertazione per terzi. La radiologia a domicilio può essere effettuata solo da strutture autorizzate nella disciplina di radiodiagnostica in ambito regionale. La Radiologia Interventistica (RI) è la parte chirurgica della Radiologia che prevede manovre e interventi invasivi eseguiti sotto guida radiologica e in tale ambito limitati alla bassa complessità su strutture anatomiche superficiali.</p> <p>La radiologia interventistica può essere distinta in:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Radiologia diagnostica invasiva 2) Radiologia interventistica extravascolare 3) Radiologia interventistica vascolare 4) Radiologia interventistica oncologica <p>Le prestazioni 2,3,4 possono essere combinate in relazione alla casistica. Le attività di RI vengono distinte in tre tipologie funzionali di articolazioni organizzative: livello 1, livello 2, livello 3. Le procedure eseguibili in ciascun livello sono definite dalla normativa regionale</p> <p>Nelle strutture B1.2 possono essere eseguite prestazioni di RI di livello 1</p>		
REQUISITI STRUTTURALI		
B.1,2,1	I locali destinati a accettazione pazienti, attesa pazienti e accompagnatori, segreteria devono essere collocati al di fuori della zona ad accesso controllato.	possono essere anche in comune con altre strutture di diagnostica per immagini
B.1,2,2	I locali e gli spazi devono possedere caratteristiche che rispondano alle indicazioni vigenti in materia di radioprotezione	
B.1,2,3	Sala di radiodiagnostica con annesso spazio/spogliatoio per gli utenti, se sono previsti esami contrastografici la sala è dotata di servizio igienico dedicato, comunicante con la sala ovvero nelle immediate vicinanze ed accessibile ai disabili	
B.1,2,4	Sala per esami di diagnostica TC con annesso spazio/spogliatoio per gli utenti	se eseguita diagnostica TC
B.1,2,5	Sito per esami di diagnostica RM, rispondente ai requisiti stabiliti dalla normativa vigente, con spogliatoio per gli utenti, servizio igienico accessibile e dotato di: spazio attesa, area anamnesi, zona preparazione, zona emergenza, zona comandi, sala magneti, sala refertazione. Il sito ha accesso controllato e delimitato	se eseguita diagnostica RM. Il sito RM per sola RM settoriale non necessita della zona di preparazione pazienti. La necessità della zona di emergenza compete al medico radiologo responsabile della sicurezza clinica e dell'efficacia diagnostica dell'apparecchiatura RM
B.1,2,6	Area/spazio di comando e controllo a servizio delle diagnostiche	
B.1,2,7	Locale per l'esecuzione di esami ecografici dotato di aereazione ed illuminazione naturali con dispositivi di oscuramento (in caso di soluzioni diverse sono garantite le condizioni microclimatiche definite dalle normative vigenti), annesso spazio/spogliatoio per gli utenti, servizio igienico dedicato, accessibile ai disabili e posto nelle immediate vicinanze (almeno uno se sono presenti più diagnostiche ecografiche, tenendo conto delle tipologie di esami effettuati)	se erogate prestazioni ecografiche
B.1,2,8	Locale/spazio adibito ad attività amministrative ed archiviazione	

lista B1.2

B.1.2.9	Spazio dedicato per il monitoraggio dei pazienti pre- e postprocedura	nel caso in cui vengano effettuate prestazioni di radiologia interventistica. Può essere all'interno del locale visita
B.1.2.10	I mezzi mobili n devono essere in possesso delle necessarie certificazioni ed abilitazioni da parte del Ministero dei Trasporti e/o della Motorizzazione civile per l'utilizzo sanitario, devono garantire spazi idonei all'esecuzione in sicurezza delle prestazioni e disporre delle attrezzature, quando indicato, per l'accesso e la movimentazione dei pazienti non autosufficienti (es. sollevatori, ecc.)	per Mezzo mobile
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
B.1.2.11	Dotazione di personale congrua al volume di attività ed ai picchi di accesso. Deve essere presente almeno:	
	un medico specialista in radiagnostica presente per tutto l'orario di accesso alle prestazioni	
	un radiologo interventista	nel caso in cui vengano effettuate prestazioni di radiologia interventistica
	un tecnico sanitario di radiologia medica per postazione di lavoro attiva per tutto l'orario di accesso alle prestazioni	in caso di impiego di radiazioni ionizzanti
	unità infermieristica durante l'esecuzione di esami contrastografici o prestazioni di particolare complessità	
B.1.2.12	L'attività ecografica può essere svolta anche da un medico di altra specialità limitatamente all'esercizio della stessa	
B.1.2.13	È garantita l'immediata disponibilità di un medico specialista in anestesia e rianimazione, presente all'interno del presidio, durante l'esecuzione di esami contrastografici con somministrazione per via parenterale di mezzi di contrasto	
B.1.2.14	E' previsto l'apporto di un esperto in fisica medica, per le funzioni previste dalla normativa vigente, con modalità coerenti con l'organizzazione dell'attività	in caso di impiego di radiazioni ionizzanti
B.1.2.16	Devono essere identificati e disponibili l'esperto responsabile della sicurezza in RM e il medico responsabile dell'attività dell'impianto RM	per RM
B.1.2.17	Al momento dell'esecuzione dell'indagine diagnostica vengono comunicati all'utente i tempi di consegna dei referti	
B.1.2.18	Il referto è accompagnato dalla documentazione iconografica coerente con i contenuti del referto	

lista B1.2

B1_2-19	Prima della effettuazione della procedura diagnostica vengono verificate: l'appropriatezza della proposta medica, la possibilità di soddisfare il quesito clinico con procedure che non erogano dose radiante al paziente, l'assenza di condizioni fisiologiche controindicanti l'impiego di radiazioni ionizzanti, l'assenza di condizioni fisiologiche controindicanti l'esame RM. Le risultanze sono comunicate al paziente	
B1_2-20	Devono essere declinate le funzioni e le responsabilità attribuite a tutti i professionisti coinvolti nella gestione del sistema RIS-PACS ed in particolare: medico radiologo, esperto in fisica medica, informatico, tecnico sanitario di radiologia medica, amministratore tecnico di sistema dell'area radiologica, responsabile della conservazione.	
B1_2-21	La struttura deve tenere sotto controllo, attraverso specifiche procedure i seguenti elementi critici del processo di gestione del Sistema RIS-PACS: gestione complessiva dell'anagrafica e delle metodologie di identificazione del paziente nei passaggi significativi del processo, tra cui anche la gestione del paziente non identificato, della gestione del sistema durante black out ed altre criticità.	
B1_2-22	La struttura deve applicare specifiche procedure in materia di: accesso ai dati, assegnazione delle credenziali di autenticazione utente, attivazione/disattivazione dell'account ed assegnazione di soli account nominativi	
B1_2-23	Il mezzo mobile sanitario e le apparecchiature di diagnostica per immagini portatili, ivi comprese le apparecchiature per l'esecuzione di esami a domicilio, devono far riferimento ad una struttura sanitaria fissa che eroga le medesime prestazioni e regolarmente autorizzata all'esercizio ai sensi della vigente normativa regionale. Deve essere assicurata la presenza di un numero di operatori pari a quella prevista nelle analoghe diagnostiche fisse	
B1_2-24	Sistema di Controllo di qualità delle apparecchiature diagnostiche e programma di verifica dell'ottimizzazione della dose ai sensi della normativa vigente	
REQUISITI IMPIANTISTICI		
B1_2-25	Nei locali di attività diagnostica è previsto un impianto di climatizzazione che garantisce i seguenti parametri:	eccetto locale ecografico ed altri locali di attività se dotati di finestre apribili
	ricambi d'aria pari a 2 v/h	
	T = 20 – 26 °C	
	U% = 40 – 60%	
B1_2-26	Nel sito RM devono essere garantiti i parametri microclimatici e di ricambio aria in relazione ai requisiti previsti dalla normativa specifica e dalle esigenze impiantistiche dei tomografi RM.	

lista B1.2

REQUISITI TECNOLOGICI	
	In caso di impiego di radiazioni ionizzanti, strumentazioni in relazione alle tipologie di attività presenti ed oggetto di autorizzazione, con dotazioni minime di:
B1.2.27	<p>Radiologia diagnostica tradizionale</p> <p>stativo pensile o a colonna con generatore ad alta frequenza, di potenza non inferiore a 50 KW, teloradiografo e tavolo orizzontale con griglia antidiffusione, sistema di rilevazione digitale</p> <p>tavolo telecomandato per esecuzione di esami contrastografici, generatore ad alta frequenza, di potenza non inferiore a 50 KW, tubo radiogeno a doppia macchia focale e ad anodo rotante, griglia antidiffusione, sistema di rilevazione digitale</p> <p>Tomografia Computerizzata</p> <p>apparecchiatura TC multistrato</p>
B1.2.28	
B1.2.29	<p>Diagnostica RM</p> <p>apparecchiatura RM</p> <p>lettino RM compatibile</p> <p>ventilatore automatico RM compatibile dotato al minimo di spirometro, capnografo, sistema di rilevazione pressioni di esercizio e concentrazioni di ossigeno con opportuni sistemi di monitoraggio e allarme acustico visivo, compresa anche la disconnessione del paziente</p> <p>carrello anestesia</p> <p>sistema di aspirazione</p> <p>carrello per la gestione delle emergenze, comprendente: farmaci e dispositivi medici idonei al tipo di utenza e attività; defibrillatore semiautomatico con piastre idonee al tipo di utenza; dispositivi per l'ossigenoterapia, la ventilazione, la gestione avanzata delle vie aeree, l'aspirazione; dispositivi per accesso venoso, infusione e somministrazione farmaci; farmaci di emergenza secondo standard ACLS/ALS; dispositivi per la medicazione e il controllo delle emorragie - sfigmomanometro, pulsossimetro; monitor multiparametrico RM compatibile per la rilevazione remota dei parametri dell'area radiologica</p> <p>dispositivi di sicurezza ed accessori come espressamente previsti dalla normativa specifica vigente</p>
B1.2.30	<p>Mineralometria ossea (MOC)</p> <p>apparecchiatura dedicata con software di valutazione automatica di tipo quantitativo</p>
B1.2.31	<p>Prestazioni di RX dentarie</p> <p>ortopantomografo digitale</p>
B1.2.32	<p>Mammografia</p> <p>mammografo digitale</p>
	deve essere prevista la concomitante installazione della TC in caso di esecuzione di esami RM Body
	se esecuzione di procedure in anestesia
	in caso di esecuzione di procedure in sedazione profonda / anestesia)
	se esecuzione di procedure in anestesia
	se prevista
	se prevista
	se prevista

lista B1.2

B1.L.2.33	Teleradiologia devono essere garantiti i requisiti: tecnologici per la telegestione, teleconsulto, teledidattica, teleconferenza, teledistribuzione intra-aziendale e inter-aziendale e di controllo qualità previsti dalle raccomandazioni ministeriali e dagli enti di riferimento	se prevista
B1.L.2.34	Mezzo mobile le attrezzature utilizzate devono possedere le stesse caratteristiche delle dotazioni fisse e deve essere garantita l'archiviazione di immagini e referti radiologici nei sistemi RIS-PACS	
B1.L.2.35	Radiologia interventistica ecografo con eco-color-Doppler e sonde adeguate	
	sistema telecomandato	in caso di impiego di radiazioni ionizzanti. Anche condivisa all'interno della struttura
	TC multistrato	anche condivisa all'interno della struttura
	sistema di archiviazione digitale delle immagini	

lista B1.3

B1.3 – MEDICINA NUCLEARE DIAGNOSTICA

	Testo	Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI		
B.1.3.1	La disposizione dei locali consente la corretta applicazione delle logiche radioprotezionistiche di percorso previste per il trasferimento delle sorgenti, per lo spostamento di pazienti ed	
B.1.3.2	Locale destinato ad ospitare la gamma camera e/o altra diagnostica medico-nucleare (PET)	
B.1.3.3	Tutti i locali e le zone dedicate in via esclusiva all'attività di diagnostica sono all'interno di un sistema confinato da barriere fisiche fisse, a cui si accede attraverso porte normalmente chiuse, dotate di dispositivi di consenso di apertura	
B.1.3.4	Gli accessi all'area di degenza devono essere regolamentati e controllati, all'interno di un sistema confinato da barriere fisiche fisse, a cui si accede attraverso porte normalmente chiuse, dotate di dispositivi di consenso di apertura	in caso di terapia medico nucleare in degenza
B.1.3.5	Locale somministrazione dei radiofarmaci nel quale sono disponibili tutti i sistemi di radioprotezione e di monitoraggio, previsti dall'esperto qualificato e riportati nel regolamento interno, per il rispetto della normativa vigente per la radioprotezione, delle norme di buona preparazione del radiofarmaco (NBP-MN), delle norme di buona tecnica ed i sistemi di primo intervento per l'emergenza	
B.1.3.6	E' presente: una zona fredda (spogliatoi freddi differenziati, locali adibiti ad attività amministrative per accettazione e consegna referti e per ulteriori eventuali necessità ad es. referizzazione, attesa fredda, studio medico per la visita preesame), una zona filtro (dotata di dispositivo di monitoraggio di contaminazione e dotata di spogliatoi lavandini e docce differenziate, realizzate secondo norma di buona tecnica) e una zona calda (camera calda/locale per radiofarmacia, area/locale per controllo di qualità radiofarmaci, sala di somministrazione, diagnostiche, e locali destinati ad altra diagnostica/attività medico nucleare, ad esempio cicloergometro, servizi igienici separati per operatori e i pazienti, sale di attesa calde, locale/area deposito attrezzature di pulizia del reparto e materiali per decontaminazione)	nel caso di diagnostica PET devono essere previsti spazi di attesa calda per ogni paziente. Se è effettuata attività di diagnostica in vitro questa dovrà svolgersi in locali separati dall'attività in vivo
B.1.3.7	E' presente: una zona di attesa per visitatori, un locale visita al paziente prima della somministrazione, un locale di lavoro infermieri e spazio amministrativo/archivio; locale per la manipolazione dei radiofarmaci e locale per la somministrazione (eventualmente coincidenti, in funzione delle attività e tipologie); locale deposito per attrezzatura di pulizia del reparto e decontaminazione; stanze di degenza, con servizio igienico caldo e lavabo (entrambi a scarico controllato) dotate di un punto di controllo della contaminazione e di adeguate schermature fisse e mobili secondo valutazioni radioprotezionistiche	in caso di terapia medico nucleare in degenza. E' possibile la somministrazione direttamente nelle sale di degenza, in funzione del tipo di radioisotopo utilizzato
B.1.3.8	Zona filtro con spogliatoio del personale (dotata di dispositivo di monitoraggio di contaminazione e dotata di spogliatoi lavandini e docce differenziate, realizzate secondo norma di buona tecnica)	in base alle valutazioni di radioprotezione in caso di terapia medico nucleare in degenza
B.1.3.9	Le stanze di degenza sono realizzate con pavimenti e superfici lavabili e decontaminabili. Sono previste schermature e sistemi di controllo, secondo le valutazioni di radioprotezione effettuate dall'esperto qualificato	in caso di terapia medico nucleare in degenza
B.1.3.10	Servizi igienici nelle stanze di degenza, con sistema di scarico controllato per gli adempimenti radioprotezionistici	in caso di terapia medico nucleare in degenza

lista B1.3

	Testo	Applicabilità
B.1.3.1.1	Servizi igienici per pazienti caldi, di cui almeno uno dotato di sanitari per pazienti disabili, con sistema di scarico controllato per gli adempimenti radioprotezionistici	
B.1.3.1.2	Sale di attesa calde per gli utenti iniettati differenziate per tomografo PET e gamma camera, spazi di attesa calda e fredda per i pazienti barellati. Il modello organizzativo e le condizioni strutturali sono tali da garantire il mantenimento della dose ambientale entro i limiti di legge. L'area di attesa deve essere dotata di un numero di posti a sedere in base ai picchi accesso. Nel caso di diagnostica PET devono essere previsti spazi di attesa calda/barriere per ogni paziente	
B.1.3.1.3	Deposito temporaneo per lo stoccaggio di rifiuti radioattivi solidi e/o materiali contaminati in attesa di smaltimento e raccolta da parte di ditte autorizzate e locali per impianti di smaltimento degli scarichi liquidi radioattivi, dotati di vasche di raccolta e sistemi di controllo	
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
B.1.3.1.4	Dotazione di personale congrua alla tipologia e al volume di attività. Deve essere presente almeno:	
B.1.3.1.5	un medico specialista in medicina nucleare o disciplina equipollente per l'intero orario di accesso alle prestazioni/ di ricovero	
B.1.3.1.6	un tecnico sanitario di radiologia medica per postazione di lavoro attiva durante tutto l'orario di accesso alle prestazioni	
B.1.3.1.7	un infermiere per l'intero orario di accesso alle prestazioni/di ricovero	
B.1.3.1.8	Deve essere prevista la disponibilità di un esperto in fisica medica	
B.1.3.1.9	Il modello organizzativo e le condizioni strutturali sono tali da garantire il mantenimento della dose ambientale entro i limiti di legge	
B.1.3.2.0	Sistema di Controllo di qualità con modalità esplicitate relative a metodologia, frequenza dei controlli, responsabilità, per: strumenti, apparecchiature diagnostiche, gestione e preparazione radiofarmaci, radiodiagnostici, risorse umane), programma di verifica dell'ottimizzazione della dose e risultati (intra- ed inter-laboratori). I risultati ed i relativi indicatori sono conservati in appositi registri	
B.1.3.2.1	Modalità codificate per assicurare: l'appropriatezza della richiesta prima della effettuazione della procedura diagnostica o terapeutica, verificando la possibilità di soddisfare il quesito clinico con procedure che non erogano dose radiante al paziente e l'assenza di condizioni fisiologiche che controindicano l'impiego di radiazioni ionizzanti; la corretta informazione al paziente sulla procedura diagnostica/terapeutica a cui sarà sottoposto; il rispetto della privacy; l'adeguata comunicazione dei risultati al paziente, nel caso di ricovero le istruzioni alla dimissione sui comportamenti da seguire post terapia e la comunicazione al medico curante dell'avvenuto trattamento	

lista B1.3

	Testo	Applicabilità
B.1.3.22	Modalità codificate che regolamentino le visite ai pazienti, in base alle valutazioni di radioprotezione	in caso di terapia medico nucleare in degenza
B.1.3.23	Protocollo di collaborazione con un altro servizio di medicina nucleare in caso di disponibilità di una sola gamma camera, in modo da garantire la continuità terapeutica per tutti gli esami diagnostici eseguiti in tempo differito rispetto alla somministrazione del radiofarmaco	
B.1.3.24	Sistema di gestione/rendicontazione dei rifiuti radioattivi con definizione di locale per deposito temporaneo in funzione del volume / tipologia degli isotopi trattati e modalità codificate di ritiro per smaltimento	
B.1.3.25	Modalità codificate per la gestione delle emergenze e delle contaminazioni	
B.1.3.26	I percorsi devono essere chiaramente definiti ed identificati	
B.1.3.27	Gli accessi all'area di degenza sono regolamentati e controllati	in caso di terapia medico nucleare in degenza
REQUISITI IMPIANTISTICI		
B.1.3.28	Impianto di climatizzazione/ventilazione che assicura i parametri di qualità dell'aria, di temperatura, umidità e ricambi aria, legati alle esigenze di radioprotezione, delle attrezzature diagnostiche e di preparazione del radiofarmaco, conformemente alle norme tecniche di settore, in funzione del volume / tipologia degli isotopi trattati e della attività svolta	
B.1.3.29	Nella camera calda/radiofarmacia/camera degenza sono installati sistemi di aspirazione/filtrazione dell'aria con una logica di pressione differenziata dei locali in funzione della classificazione come da norma tecnica di settore e di quelle farmaceutiche (NBP-MN), del livello di rischio e della tipologia di radionuclidi somministrato	
REQUISITI TECNOLOGICI		
B.1.3.30	Nella zona calda sono disponibili in tutti i locali le schermature, i sistemi di radioprotezione e di monitoraggio previsti dall'esperto qualificato e riportati nelle norme interne di protezione e sicurezza	
B.1.3.31	Sistemi di monitoraggio e di misura delle sorgenti radioattive adeguati alle dimensioni delle risorse impiegate (area di lavoro, personale, tipo ed alle quantità giornaliere di materiali radioattivi impiegati e/o manipolati) e conformi ai requisiti minimi previsti dalle NBP in MIN	
B.1.3.32	Gamma camera e/o tomografo PET connessa con un sistema digitalizzato di acquisizione-elaborazione dati ed immagini e dotata di accessori per "scintigrafia totale corporea"	
B.1.3.33	Sistema di gestione e archiviazione delle immagini (RIS PACS)	
B.1.3.34	Strumentazione base di un laboratorio di analisi chimico-cliniche che comprende un sistema di misura delle radiazioni ionizzanti per campioni biologici	in caso di attività diagnostica in vitro

lista B1.3

	Testo	Applicabilità
B.1.3.35	Strumentazione ed attrezzature minime per la zona di preparazione dei radiofarmaci e per il laboratorio di controllo di qualità conformi alle NBP-MN	in funzione della tipologia e quantità di attività svolte/manipolate
B.1.3.36	Strumentazione accessoria per specifiche prestazioni dichiarate nel repertorio (sistema di erogazione di indicatori di ventilazione polmonare, cicloergometro per esami cardiologici, etc.)	
B.1.3.37	Sistema di comunicazione col paziente e sorveglianza remota da console di comando delle diagnostiche MN	in caso di terapia medico nucleare in degenza presenza di inferno e sistema di videosorveglianza del paziente che consenta l'assistenza infermieristica da remoto
B.1.3.38	Nella zona calda deve essere disponibile un sistema di primo intervento per l'emergenza	

lista B1.4

B1.4 – CARDIOLOGIA		
	Testo	Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI		
B.1.4.1	Locali per l'esecuzione di ecocardiografia ed ergometria di dimensioni adeguate a consentire facile accesso ad almeno due operatori e facilitarne il movimento in caso di manovre rianimatorie e ad ospitare le ulteriori attrezzature specifiche	per ambulatori in cui si esegue diagnostica ecocardiografia e test ergometrici
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
B.1.4.2	Presenza di un medico specializzato in cardiologia o disciplina equipollente per l'intero orario di accesso alle prestazioni	
B.1.4.3	Disponibilità di una unità infermieristica nell'ambito del presidio	deve essere garantita la presenza contemporanea di un cardiologo e di un'unità infermieristica per l'esecuzione di ecocardiografia transesofagea, ecostress, test ergometrici
B.1.4.4	Durante il montaggio dell'apparecchiatura per Elettrocardiografia Dinamica è garantita la presenza di un'unità infermieristica e la disponibilità di un cardiologo nell'ambito del presidio	
REQUISITI TECNOLOGICI		
B.1.4.5	Carrello o attrezzatura equivalente (zaino o altro contenitore portatile ecc.) per la gestione delle emergenze, comprendente farmaci e dispositivi medici idonei al tipo di utenza e attività, tra cui:	
	defibrillatore con funzione di pacing e cardioversione	se eseguito ecostress, ETE, esami con ecocontrasto, ergometria, test cardiometabolico, test del cammino
	dispositivi base per l'ossigenoterapia, la ventilazione, la gestione delle vie aeree, l'aspirazione	
	presidi per accesso venoso, infusione e somministrazione farmaci	
	farmaci di emergenza, con particolare riguardo a farmaci cardiologici	
	dispositivi per la medicazione e il controllo delle emorragie	
	sfigmomanometro	
	pulsossimetro	
	Ecocardiografia:	
B.1.4.6	ecocardiografo cardiovascolare Mono e Bidimensionale con sistema Doppler pulsato, continuo ed a codice di colore dotato di almeno due sonde, una a bassa ed una ad alta frequenza con sistema automatico interno di misurazioni e con monitoraggio elettrocardiografico	
B.1.4.7	elettrocardiografo a 3 canali	se eseguito ecostress
	Ergometria:	
B.1.4.8	poliografo con monitor minimo 3 canali, monitorati in continuo e 12 derivazioni visualizzabili; possibilità di stampa immediata di ecg 12 derivazioni	
B.1.4.9	sfigmomanometro mobile, con bracciali di varie dimensioni	

lista B1.4

	Testo	Applicabilità
B.1.4.10	ciclergonometro a freno elettromagnetico (almeno 300 Watt di potenza) e/o pedana scorrevole (treadmill)	
	Elettrocardiografia Dinamica:	
B.1.4.11	analizzatore	
B.1.4.12	registratori	
B.1.4.13	elettrocardiografo a 3 canali	
B.1.4.14	sistema di monitoraggio dell'EKG in telemetria con numero di canali in relazione al numero contemporaneo di pazienti.	

lista B1.5

B1.5 - ATTIVITA' DI ENDOSCOPIA		Testo	Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI			
B.1.5.1		Sala per endoscopia con spogliatoio per il paziente, servizio igienico dedicato adiacente accessibile ai disabili.	
B.1.5.2		Locale/spazio dedicato all'osservazione	
B.1.5.3		Locale/spazio adeguato per lavaggio ed alta disinfezione degli strumenti, dotato di lavello in acciaio inox fornito di acqua calda e fredda con rubinetteria non manuale	in alternativa procedura che regolamenti l'affidamento all'esterno o ad altro servizio interno
REQUISITI ORGANIZZATIVI			
B.1.5.4		Dotazione di personale congrua al volume di attività. Deve essere presente almeno: un medico appartenente alla disciplina inerente le attività svolte o disciplina equipollente per l'intero orario di accesso alle prestazioni	
		un'unità infermieristica per l'intero orario di accesso alle prestazioni	
B.1.5.5		Il raggiungimento dell'alta disinfezione degli endoscopi e degli accessori deve essere periodicamente verificato ed i risultati registrati	
B.1.5.6		Modalità codificate per gli interventi da attivare in caso di guasti o rotture improvvisate delle apparecchiature durante l'esecuzione delle indagini diagnostiche	
B.1.5.7		Registro delle prestazioni con indicazione di: orario di inizio della procedura, diagnosi, descrizione della procedura eseguita, eventuali tecniche di anestesia, sedazione, analgesia utilizzate, nominativo del professionista che ha eseguito l'indagine, eventuali complicanze, firma del medico che ha eseguito la procedura e dell'anestesista, per i dati di competenza, se effettuata sedazione profonda o anestesia generale	
B.1.5.8		Referto da consegnare al paziente contenente: diagnosi, descrizione della prestazione eseguita, tipologia e dosi di anestetici o altri farmaci utilizzati, eventuali complicanze ed eventuali consigli terapeutici	
B.1.5.9		Accesso regolamentato ad una sala radiologica idonea o disponibilità nella sala endoscopica delle risorse tecnologiche e professionali di diagnostica radiologica, secondo la normativa vigente	se richiesto dalle specifiche procedure
REQUISITI IMPIANTISTICI			
B.1.5.10		Nella sala destinata all'endoscopia è presente un impianto di climatizzazione che garantisce i seguenti parametri:	
		ricambi d'aria pari a 3 V/h	
		T = 20 – 26 °C	
		U% = 40 – 60%	
		classe dei filtri > 10-11 (95-99,97%)	in caso di sola endoscopia digestiva non è necessaria la filtrazione dell'aria con filtri assoluti
			La classe di filtrazione elevata è necessaria esclusivamente nel caso di endoscopia toracica
B.1.5.10.1		Continuità dell'alimentazione elettrica	

lista B1.5

B.1.5.11	Sistema di lavaggio-disinfezione a circuito chiuso	se non presente un sistema a ciclo chiuso: cappa aspirante per la protezione dai vapori nell'ambiente di pulizia-disinfezione degli endoscopi
B.1.5.12	Nel caso in cui vengano eseguiti interventi in anestesia generale, il locale dove vengono effettuate le procedure endoscopiche deve possedere le seguenti caratteristiche:	
	temperatura interna invernale e estiva compresa tra 20-24°C	
	umidità relativa estiva e invernale compresa tra 40-60% ottenuta con vapore	
	ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo) 15 v/h	
	filtraggio aria 99,97%	
B.1.5.13	Impianto di erogazione ossigeno e impianto prese vuoto. Se presente impianto gas anestetici deve essere presente impianto di aspirazione direttamente collegato alle apparecchiature di anestesia	In caso di nuove strutture o in caso di ristrutturazione se si eseguono prestazioni in anestesia generale, in tutti gli altri casi anche garantiti mediante apparecchiature portatili
B.1.5.14	Stazioni di riduzione della pressione doppie per ogni gas medicale tali da assicurare un adeguato livello di affidabilità dell'impianto allarmi di segnalazione esaurimento gas medicali	Stazioni di riduzione della pressione doppie per ogni gas medicale solo nel caso in cui vengano eseguiti interventi in anestesia generale, impianto di allarme sempre,
REQUISITI TECNOLOGICI		
B.1.5.15	Dotazione di endoscopi, fonti di luce e accessori che consente il completamento delle indagini terapeutiche anche in caso di guasti o rotture improvvise	
B.1.5.16	Saturimetro digitale per sala endoscopica	
B.1.5.17	Lavaendoscopi o idonea attrezzatura per alta disinfezione	
B.1.5.18	In caso di procedure eseguite in sedazione profonda o in anestesia generale sono inoltre necessari:	
	monitor parametri vitali	
	aspiratori distinti per endoscopio e aspirazione bronchiale	
	apparecchiature per anestesia	
B.1.5.19	Carrello o attrezzatura equivalente (zaino o altro contenitore portatile ecc.) per la gestione dell'emergenza, comprendente farmaci e dispositivi medici idonei al tipo di utenze e attività, tra cui:	
	defibrillatore semiautomatico	
	dispositivi base per l'ossigenoterapia, la ventilazione, la gestione delle vie aeree, l'aspirazione	
	dispositivi per accesso venoso, infusione e somministrazione farmaci	
	farmaci di emergenza, con particolare riguardo a farmaci cardiologici	

lista B1.5

	dispositivi per la medicazione e il controllo delle emorragie	
	monitor multiparametrico	il requisito è soddisfatto in presenza di cardiomonitor e il monitor non deve essere nel carrello ma nella struttura
	sigmomanometro	
	pulsossimetro	

lista B1.6

B1.6 – RADIOTERAPIA

	Testo	Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI		
B.1.6.1	Area di attesa per i pazienti trattati	
B.1.6.2	Sala di simulazione	
B.1.6.3	Bunker di terapia	
B.1.6.4	Locali per la conformazione dei campi di irradiazione, contenzione e protezione dell'utente in corso di terapia, verifica dosimetrica	
B.1.6.5	Locale visita	
B.1.6.6	Locale per trattamenti farmacologici brevi, qualora effettuati	
B.1.6.7	Locale per la conservazione e manipolazione delle sostanze radioattive nel caso in cui vengano utilizzate	
B.1.6.8	Spogliatoi per gli utenti in relazione alle sale di terapia presenti e comunicanti con le stesse	
B.1.6.9	I locali e gli spazi devono possedere i requisiti previsti dalla normativa vigente in materia di radioprotezione	
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
B.1.6.10	Il personale sanitario deve essere adeguato alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate in base alla normativa specifica del settore. Sono assicurati i seguenti standard minimi di personale: un medico specialista in radioterapia o disciplina equipollente presente per l'intero orario di accesso alle prestazioni un'unità infermieristica per l'intero orario di accesso alle prestazioni tecnici sanitari di radiologia medica per l'intero orario di accesso alle prestazioni deve essere disponibile un esperto in Fisica Medica	
B.1.6.11	E' previsto un sistema di Controllo di Qualità	
B.1.6.12	E' garantita, in caso di necessità, la possibilità di accesso ad un settore di degenza per l'assistenza dei pazienti trattati	
B.1.6.13	Se disponibile una sola unità di terapia è formalizzata la collaborazione con un altro servizio di radioterapia, in modo da garantire la continuità terapeutica in caso di guasto alle apparecchiature	

lista B1.6

	Testo	Applicabilità
REQUISITI IMPIANTISTICI		
B.1.6.14	L'impianto di climatizzazione garantisce i seguenti parametri:	
	ricambi d'aria pari a 6 V/h	nei locali di cui ai punti: B.1.6.2, B.1.6.3, B.1.6.4, B.1.6.6, B.1.6.7.
	T = 20 – 26 °C	
	U% = 40 – 60%	
REQUISITI TECNOLOGICI		
B.1.6.15	Simulatore per radioterapia ovvero la piena disponibilità di una diagnostica radiologica (convenzionale o computerizzata) dedicata alla definizione tecnica e pianificazione dei trattamenti	
B.1.6.16	Unità di terapia a fasci collimati (telecobalto terapia, acceleratore lineare)	
B.1.6.17	Attrezzatura per la valutazione della dose singola e dei relativi tempi di trattamento	
B.1.6.18	Apparecchiature per il controllo dosimetrico clinico	

lista B1.7

B1.7 - ATTIVITA' DI CHIRURGIA AMBULATORIALE

Sono distinte due tipologie:

a. chirurgia a complessità ed invasività maggiore (chirurgia ambulatoriale complessa o avanzata), che corrisponde a procedure chirurgiche precedentemente eseguite in regime di Day Surgery e che l'evoluzione della tecnica chirurgica e delle tecnologiche consentono di eseguire ambulatorialmente, che richiedono una breve permanenza post-intervento e, nelle prime fasi, una maggiore assistenza. Possono prevedere l'impianto di materiale protesico o di dispositivi, gli interventi chirurgici e le procedure invasive rientranti in tale tipologia sono definite dalla normativa regionale

b. chirurgia a complessità minore che corrisponde alla esecuzione di interventi chirurgici e procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive, senza ricovero, effettuate in anestesia topica o per infiltrazione (associate o meno a sedazione non profonda), che consentono al paziente autonomia motoria e piena vigilanza in breve tempo dopo la conclusione dell'intervento e non necessitano di assistenza continuativa post-intervento.

Per radiologia si intende tutta la diagnostica per immagini relativa a RX, TC, RM ed ecografia non complementare all'attività clinica con referenziazione per terzi.

La radiologia a domicilio può essere effettuata solo da strutture autorizzate nella disciplina di radiodiagnostica in ambito regionale.

La Radiologia Interventistica (RI) è la parte chirurgica della Radiologia che prevede manovre e interventi invasivi eseguiti sotto guida radiologica e in tale ambito limitati alla bassa complessità su strutture anatomiche superficiali.

La radiologia interventistica può essere distinta in:

- 1) Radiologia diagnostica invasiva
- 2) Radiologia interventistica extravascolare
- 3) Radiologia interventistica vascolare
- 4) Radiologia interventistica oncologica

Le prestazioni 2,3,4 possono essere combinate in relazione alla casistica. Le attività di RI vengono distinte in tre tipologie funzionali di articolazioni organizzative: livello 1, livello 2, livello 3. Le procedure eseguibili in ciascun livello sono definite dalla normativa regionale

Nelle strutture B1.7 possono essere eseguite prestazioni di RI di livello 1 e 2

	Testo	Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI		
B.1.7.1	Spazio adibito a spogliatoio per il personale sanitario separato dal locale chirurgico	
B.1.7.2	Spazio per la preparazione del personale sanitario all'atto chirurgico	anche all'interno del locale chirurgico
B.1.7.3	Spazio-spogliatoio per il paziente	
B.1.7.4	Locale chirurgico	
B.1.7.5	Spazio di sosta per i pazienti che hanno subito l'intervento	può essere individuato all'interno del locale visita
B.1.7.6	Deposito materiali sterili e strumentario chirurgico costituito da: armadio lavabile per la rimessa dei ferri chirurgici e per la conservazione del materiale sterilizzato, mantenuto in adatte confezioni o cestelli metallici, armadio lavabile per farmaci e materiale monouso	può essere situato all'interno dello spazio riservato alla sterilizzazione e preparazione del personale
B.1.7.7	Locale, anche non contiguo, adibito a studio medico per visita o medicazione	
B.1.7.8	Spazio per la sterilizzazione anche all'interno del locale chirurgico ed in comune con lo spazio per la preparazione del personale sanitario all'atto chirurgico	se non affidata all'esterno
B.1.7.9	Superfici ignifughe, resistenti al lavaggio e alla disinfezione, lisce e non scanalate, con raccordo arrotondato al pavimento, Pavimento resistente agli agenti chimici e fisici, levigato, antiscivolo	
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
B.1.7.10	Scheda clinica ambulatoriale che contiene: diagnosi, eventuali esami eseguiti, descrizione condizioni cliniche, le prestazioni effettuate, prescrizioni terapeutiche	per la radiologia interventistica può essere sostituita dal referto radiologico purché riporti quanto indicato
B.1.7.11	Registro chirurgico che riporta: diagnosi, descrizione dell'intervento eseguito, eventuali tecniche di anestesia e/o analgesia utilizzate, nominativi degli operatori, ora d'inizio e fine dell'intervento, decorso clinico e intraoperatorio, eventuali complicanze, il registro è sottoscritto dal medico responsabile dell'ambulatorio e ciascun intervento è firmato dal chirurgo che lo ha effettuato	per la radiologia interventistica può essere sostituita dal referto radiologico purché riporti quanto indicato
B.1.7.12	Modalità codificate per la redazione della relazione destinata al medico curante con indicazione della diagnosi, descrizione dell'intervento, tipo e quantità di anestetici ed altri farmaci utilizzati, eventuali complicanze. La relazione viene consegnata al paziente al termine della prestazione	per la radiologia interventistica può essere sostituita dal referto radiologico purché riporti quanto indicato
B.1.7.13	Dotazione di personale congrua al volume di attività. Deve essere presente almeno:	

lista B1.7

	Testo	Applicabilità
	un medico appartenente alla disciplina inerente l'attività svolta o disciplina equipollente	
	un'unità infermieristica per l'intero orario di accesso alle prestazioni	
REQUISITI IMPIANTISTICI		
B.1.7.4	Nel locale chirurgico è presente un impianto di climatizzazione che garantisce i seguenti parametri:	
	ricambi d'aria pari a 3 V/h	se eseguiti interventi in anestesia generale ricambi aria/ora (aria esterna senza riciclab) 13 V/h
	T = 20 – 26 °C	se eseguiti interventi in anestesia generale temperatura interna invernale e estiva compresa tra 20-24°C
	U% = 40 – 60%	se eseguiti interventi in anestesia generale umidità relativa estiva e invernale compresa tra 40-60% ottenuta con vapore
	classe dei filtri > 10-11 (95-99,97%)	se eseguiti interventi in anestesia generale filtraggio aria 99,97%
B.1.7.5	Continuità dell'alimentazione elettrica	
B.1.7.6	Lo spazio riservato alla preparazione del personale è dotato di lavabo per il lavaggio delle mani, con rubinetteria non manuale e dispensatore di detergenti e, ove richiesto, fornito dei materiali per l'antisepsi chirurgica delle mani e degli avambracci	
REQUISITI TECNOLOGICI		
B.1.7.7	Strumentario monouso o in acciaio inossidabile o in leghe o in metalli non ossidabili	
B.1.7.8	Arredi in acciaio inossidabile o materiali che offrano analoghe garanzie ai fini della sanificazione e della normativa antincendio	
B.1.7.9	In ogni locale chirurgico sono presenti:	
	lettino chirurgico	lettino radiotrasparente in caso di impiego di radiazioni ionizzanti
	strumentario specifico	
	aspiratore chirurgico con relativi sondini	
	lampada scaltica	

lista B1.7

	Testo	Applicabilità
	tavolino servitore	
	supporto per contenitore di rifiuti chirurgici	
CHIRURGIA AMBULATORIALE COMPLESSA O AVANZATA		
REQUISITI STRUTTURALI		
B.1.7.21	Il blocco operatorio può essere dotato di una sofa sala	
B.1.7.22	Ambienti dedicati all'assistenza post intervento in caso di procedure che nelle prime fasi richiedono maggiore assistenza, dotati di poltrone multifunzionali con spazi che garantiscano le manovre di primo soccorso	
B.1.7.23	Spazio attesa	
B.1.7.24	Spazio registrazione archivio	
B.1.7.25	Filtro sala operatoria	
B.1.7.26	Sale operatorie di cui almeno una sala operatoria con superficie non inferiore a mq. 25 e le altre non inferiore a mq.20	
B.1.7.27	Le superfici delle sale sono ignifughe, resistenti al lavaggio ed alla disinfezione, lisce e non scalmate, con raccordo arrotondato al pavimento	
B.1.7.28	Il pavimento è resistente agli agenti chimici e fisici, levigato e antiscivolo	
B.1.7.29	Zona preparazione personale di sala	
B.1.7.30	Zona preparazione paziente	
B.1.7.31	Zona assistenza post operatoria	
B.1.7.32	Deposito materiali sterili e strumentario chirurgico	deposito o armadio che può essere presente presso il comparto operatorio nel rispetto della sicurezza dei processi e preferibilmente al di fuori della sala
B.1.7.33	Locali/aree di lavoro per le attività non di assistenza diretta	
B.1.7.34	Locale per visita, medicazioni, indagini strumentali, dotato di lavabo con comandi non manuali	anche non contiguo
B.1.7.35	Servizi igienici pazienti distinti dal personale	
B.1.7.36	Servizi igienici personale	
B.1.7.37	Un locale/spazio per il deposito del materiale pulito	
B.1.7.38	Locale per il materiale sporco, dotato di attrezzature per l'eliminazione prodotti monouso per l'evacuazione	
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
B.1.7.42	Dotazione di personale congrua al volume di attività. Deve essere presente almeno:	

lista B1.7

	Testo	Applicabilità
	un medico appartenente alla disciplina specifica dell'attività o disciplina equipollente	
	un medico specializzato in anestesia e rianimazione che assicura la validazione e la preparazione dell'intervento, la presenza per tutta la durata dell'intervento, anche se condotto in sedazione endovenosa, il controllo post-operatorio fino al pieno recupero della coscienza dell'operato ed alla conclusione della sua permanenza in sala operatoria	per gli interventi in anestesia topica o locale per infiltrazione è sufficiente un anestesista rianimatore immediatamente disponibile presente nella struttura
	una figura infermieristica e un OSS	nel caso in cui vengano effettuate prestazioni di radiologia interventistica
	un tecnico sanitario di radiologia medica	per la radiologia interventistica può essere sostituita dal referto radiologico
B.1.7.23	Nella documentazione sanitaria devono essere riportate: la tecnica di anestesia impiegata, il tipo e le dosi dei farmaci utilizzati, l'ora di inizio e l'ora di completamento dell'intervento, il decorso clinico intraoperatorio, le eventuali complicanze, l'indicazione dell'ora in cui il paziente può essere dimesso con firma in calce del chirurgo e dell'anestesista. Sono presenti la scheda anestesiológica e la scheda di monitoraggio post-operatorio del paziente	
B.1.7.24	Devono essere fornita al paziente al momento della dimissione la relazione clinica che contiene le indicazioni per la reperibilità medica nell'arco delle 24 ore ed i contatti con struttura organizzativa di riferimento nelle successive 24 ore	per la radiologia interventistica può essere sostituita dal referto radiologico
REQUISITI IMPIANTISTICI		
B.1.7.25	Nel locale chirurgico è presente un impianto di climatizzazione che garantisce i seguenti parametri:	
	ricambi d'aria pari a 3 V/h	se eseguiti interventi in anestesia generale ricambi anidra (aria esterna senza riciclab) 15 v/h
	T = 20 – 26 °C	se eseguiti interventi in anestesia generale temperatura interna invernale e estiva compresa tra 20-24 °C
	U% = 40 – 60%	se eseguiti interventi in anestesia generale umidità relativa estiva e invernale compresa tra 40-60% ottenuta con vapore
	classe dei filtri > 10-11 (95-99,97%)	se eseguiti interventi in anestesia generale filtraggio aria 99,97%
B.1.7.25	Continuità dell'alimentazione elettrica	
B.1.7.26	Lo spazio riservato alla preparazione del personale è dotato di lavello per il lavaggio delle mani, con rubinetteria non manuale e dispensatore di detergenti e, ove richiesto, fornito dei materiali per l'antisepsi chirurgica delle mani e degli avambracci	
REQUISITI TECNOLOGICI		
B.1.7.27	Carrelli per la gestione terapia	
B.1.7.28	Carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico	
B.1.7.29	Letti articolati ad altezza variabile, accessibili da ogni lato o poltrone multifunzionali con spazi che consentano manovre di primo soccorso	
B.1.7.30	Adeguate attrezzature per mobilizzazione/mobilità (MMP/MMC) compresi gli ausili tecnici per la mobilità (corrimano, deambulatori) e trasporto dei pazienti in relazione alle caratteristiche della casistica trattata	

lista B1.7

	Testo	Applicabilità
B.1.7.31	Dispositivi antidecubito (anche in service) in relazione alle caratteristiche della casistica trattata e relative procedure di sanificazione eccetto il caso di fornitura esterna comprensiva del servizio	
B.1.7.32	Elettrocardiografo	
B.1.7.33	Pompe volumetriche peristaltiche e pompe a siringa	in relazione alle caratteristiche dell'attività
B.1.7.34	Aspiratore per bronco-aspirazioni (se non presente aspirazione centralizzata)	
B.1.7.35	Monitor multiparametrico portatili	
	Per ogni sala operatoria:	
B.1.7.38	lavdo operatorio	tavolo angiografico radiotrasparente per la sala angiografica
B.1.7.37	apparecchio per anestesia con sistema di evacuazione dei gas, dotato anche di spirometro e di monitoraggio della concentrazione di ossigeno, respiratore automatico dotato anche di allarme per decompressione paziente	
B.1.7.36	monitor per la rilevazione dei parametri vitali	
B.1.7.39	elettrobisturi (quando necessario)	
B.1.7.40	aspiratori distinti chirurgici e per broncoaspirazione	
B.1.7.41	lampada scialitica	
B.1.7.42	sistemi per la visione delle immagini	
B.1.7.43	strumentazione adeguata	
B.1.7.44	carrello di anestesia	
	Per ogni gruppo operatorio:	
B.1.7.45	frigoriferi per la conservazione di farmaci	
B.1.7.46	disponibilità di amplificatori di brillantezza, quando necessario	
B.1.7.47	Monitor-defibrillatore con funzione di pacing e cardioversione con piastre idonee al tipo di utenza	non necessaria per la sala angiografica
B.1.7.48	Carrello mobile per la gestione delle emergenze comprendente, dispositivi per l'ossigenoterapia, la ventilazione, la gestione avanzata delle vie aeree (comprese le vie aeree difficili), l'aspirazione, dispositivi per accesso venoso (anche centrale), intusione e somministrazione farmaci, farmaci di emergenza secondo standard ACLS/ALS, dispositivi per la medicazione e il controllo delle emorragie	
	Per zona risveglio:	
B.1.7.49	apparecchiatura per ventilazione assistita	
B.1.7.50	aspiratore per broncoaspirazione	

Ista B1.8

B1.8 - ATTIVITA' DI DIALISI

Sono previste tre tipologie di servizio: a) ambulatorio intraospedaliero ad elevata assistenza rivolto a pazienti uremici cronici complessi, ad alto rischio, instabili e stabili b) ambulatorio extra-ospedaliero ad assistenza decentrata (CAD) rivolto a pazienti uremici cronici complessi, instabili c) ambulatorio extra-ospedaliero ad assistenza limitata (CAL) rivolto a pazienti uremici cronici, stabilizzati

	Testo	Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI		
B.1.8.1	Locale apposito con attrezzature dedicate al trattamento dialitico in isolamento, con spogliatoi e servizi dedicati	almeno uno è presente in ambulatorio di dialisi nell'ambito territoriale di competenza della ex azienda sanitaria . In questo caso deve essere previsto apposito protocollo per la gestione dei rapporti
B.1.8.2	Locale separato per visite e manovre di medicazione	
B.1.8.3	Locale di almeno un posto letto per appoggio momentaneo del paziente	anche non dedicato
B.1.8.4	Locale per stoccaggio e riparazione attrezzature dialitiche	
B.1.8.5	Locale per impianto di preparazione dell'acqua e stoccaggio sterilizzanti chimici	
B.1.8.6	Postazioni dialisi disposte in modo da permettere accesso agevole su tre lati ed un continuo controllo visivo da parte del personale addetto	
B.1.8.7	Un locale attrezzato per la dialisi peritoneale ospedaliera estemporanea	se la struttura eroga prestazioni di dialisi peritoneale Valido per struttura ospedaliera dando evidenza del flusso assistenziale. Finalizzato ad assicurare il trattamento dialitico peritoneale per pazienti già in trattamento peritoneale che vengono ricoverati in ospedali dove non è presente la dialisi peritoneale per evitare lo shift sull'emodialisi,
B.1.8.8	Un locale per addestramento del paziente alla dialisi domiciliare	se la struttura eroga prestazioni di dialisi peritoneale Per le aziende sanitarie pubbliche comunque presente in ambito aziendale
B.1.8.9	Spogliatoio per pazienti se non utilizzabile quello della dialisi	se la struttura eroga prestazioni di dialisi peritoneale
B.1.8.10	Stanza attrezzata per il trattamento di pazienti con insufficienza renale acuta	per la struttura di tipo a
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
B.1.8.11	Dotazione di personale congrua al volume di attività ed ai picchi di accesso. Deve essere assicurato:	
	personale infermieristico con rapporto 1:3 pazienti in dialisi	
	presenza del nefrologo durante le ore di trattamento	solo per la tipologia c non è necessaria la presenza costante del medico, il nefrologo deve essere però consultabile e devono essere presenti procedure per la gestione delle emergenze urgenze
B.1.8.11	Deve essere garantita la realizzazione degli accessi vascolari e peritoneali nelle sale chirurgiche dei centri ospedalieri di riferimento, anche avvalendosi di collaborazioni esterne attraverso appositi protocolli	
B.1.8.12	Modalità standardizzate di disinfezione delle attrezzature, dell'impianto di trattamento e del circuito di distribuzione e tracciabilità dei controlli chimici e batteriologici dell'acqua per dialisi	

lista B1.8

	Testo	Applicabilità
REQUISITI IMPIANTISTICI		
B.1.8.13	La sala è dotata di un sistema di condizionamento ambientale che garantisce un adeguato comfort	dove non siano presente areazione e illuminazione naturale occorre garantire un ricambio d'aria di almeno 2 vol/h e U% tra 40 e 60%.
B.1.8.14	Continuità dell'alimentazione elettrica	
REQUISITI TECNOLOGICI		
B.1.8.15	Letto o poltrona bilancia per posto dialisi	
B.1.8.16	Un preparatore singolo automatico per posto dialisi, in single pass, provvisto di modulo per ultrafiltrazione controllata e delle normali sicurezze per monitor da dialisi	
B.1.8.17	Impianto di trattamento dell'acqua con demineralizzatore o con osmosi inversa	

lista B1.9

B1.9 - ATTIVITA' DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE

	Testo	Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI		
B.1.9.1	Locali per l'effettuazione di prestazioni sia individuali che di gruppo, se previste, adeguati allo svolgimento delle attività	
B.1.9.2	Box per attività di terapia fisica e strumentale e manipolazioni articolari	
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
B.1.9.3	Dotazione di personale congrua al volume di attività. Deve essere presente almeno: un fisiatra o un medico appartenente alla disciplina inerente, l'attività riabilitativa svolta nel presidio limitata alle discipline di cardiologia, malattie dell'apparato respiratorio, neurologia e ortopedia e traumatologia o discipline equipollenti	l'effettuazione delle attività svolte dai professionisti sanitari della riabilitazione non è necessaria la presenza costante del medico ad esclusione delle attività di riabilitazione cardiologica e respiratoria
	un professionista sanitario della riabilitazione, in possesso dei requisiti professionali inerenti la tipologia delle attività erogate nel presidio, per l'intero orario in cui viene svolta l'attività riabilitativa	
REQUISITI TECNOLOGICI		
B.1.9.4	Attrezzature, risorse tecnologiche e dispositivi medici necessari allo svolgimento delle varie tipologie di prestazioni erogate per attività individuali e di gruppo	
B.1.9.5	Attrezzature elettromedicali per la terapia fisica e strumentale di supporto e complemento all'esercizio terapeutico	

lista B1.10

B1.10 – ODONTOIATRIA

Se eseguite prestazioni di chirurgia ambulatoriale devono essere previsti anche i requisiti indicati in B.1.7

	Testo	Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI		
B.1.10.1	Locale/spazio per la decontaminazione/ disinfezione/ sterilizzazione degli strumenti e delle attrezzature, separato dal locale prestazioni e collocato in maniera adeguata rispetto alle funzioni, di superficie non inferiore a 2 mq	se non affidato all'esterno
B.1.10.2	Locale/spazio deposito rifiuti speciali separato dal locale prestazioni e posto in modo che non sia di passaggio per altri locali, con areazione ed illuminazione naturale o, in mancanza, adeguato sistema di estrazione dell'aria	
B.1.10.3	Locale/spazio per la conservazione in sicurezza dei materiali utilizzati	
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
B.1.10.4	Deve essere garantita una unità infermieristica	non obbligatorio per le prestazioni a bassa invasività. L'assistenza odontoiatrica può essere svolta da figure professionali con competenze specifiche.
REQUISITI IMPIANTISTICI		
	Per il locale/spazio decontaminazione/disinfezione/sterilizzazione dello strumentario:	
B.1.10.5	piano di lavoro per la fase "sporco"	
B.1.10.6	vasca di decontaminazione	
B.1.10.7	vasca per la sterilizzazione a freddo	
B.1.10.8	lavello dotato di comando di erogazione acqua non manuale	
B.1.10.9	vasca a ultrasuoni o lava ferri che garantisca il raggiungimento di almeno 60°	se non affidato all'esterno
B.1.10.10	piano di lavoro per la fase "pulito"	
B.1.10.11	termosigillatrice	se non utilizzate buste auto-sigillanti
B.1.10.12	autoclave tipo B con pompa per il vuoto frazionato conforme alle norme UNI EN preferibilmente dotata di stampante	se non affidato all'esterno
REQUISITI TECNOLOGICI		
B.1.10.13	"Riunito" odontoiatrico conforme alla normativa CE provvisto di:	
	manipoli per turbina e micromotore in numero adeguato rispetto al carico di lavoro giornaliero al fine di garantire l'utilizzo sterile per ogni paziente e comunque dovranno essere disponibili almeno due set per ogni operatore	
	Impianto di aspirazione chirurgica ad alta velocità con espulsione all'esterno	
	Impianto di produzione aria compressa	

/lista B1.10

	Testo	Applicabilità
B.1.10.14	Strumentario per visite in quantità adeguata al carico di lavoro giornaliero, stoccato in confezioni sterili e conservato in modo adeguato a garantire il mantenimento delle condizioni di sterilità	
B.1.10.15	Frigorifero, anche di tipo commerciale comune, per la conservazione dei componenti protesici e per i medicinali, dotato di termometro digitale a lettura esterna	
B.1.10.16	Mobile per la conservazione del materiale già sottoposto a sterilizzazione e mantenuto in adatte confezioni o cestelli metallici	
B.1.10.17	Mobile per lo stoccaggio del materiale d'uso non sterile	
B.1.10.18	Mobile per lo stoccaggio di farmaci e materiale sterile monouso in confezione industriale (materiale da sutura, strumenti chirurgici monouso)	
B.1.10.19	Apparecchiature di radiagnostica per uso odontoiatrico	

lista B1.11

B1.11 - ATTIVITA' DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

Sono individuati tre livelli di intervento di PMA distinti per complessità crescente:
 LIVELLO 1 (specialistica ambulatoriale) non comporta il ricorso a interventi chirurgici né a procedure invasive e prevede l'effettuazione di tecniche di inseminazione in cicli naturali o con induzione della crescita follicolare multipla ed eventualmente la crioconservazione degli spermatozoi
 LIVELLO 2 (chirurgia ambulatoriale) prevede interventi e procedure invasive, senza il ricorso ad anestesia generale, per l'effettuazione, oltre a quanto indicato per il livello 1, di prelievo oocitario ecoguidato e fecondazione in vitro con trasferimento in utero degli embrioni, prelievo degli spermatozoi dal tratto genitale maschile (prelievo percutaneo o biopsia testicolare ed iniezione intracitoplasmatica), sistema di crioconservazione/crioconservazione di gameti femminili e maschili e di embrioni, banca di gameti ed embrioni
 LIVELLO 3 (chirurgia ambulatoriale) che prevede l'utilizzo di procedure invasive con ricorso ad anelgo-sedazione (cosciente e non) in respiro spontaneo ed assistito con ventilatore polmonare per felettuazione, oltre a quanto previsto per i livelli 1 e 2, del transfer di gameti o embrioni per via laparoscopica ed biopsia embrionale e diagnosi genetica preimpianto e/o preservazione del tessuto ovarico.

Per i LIVELLI 2 e 3 i requisiti specifici per la PMA integrano i requisiti richiesti per la chirurgia ambulatoriale (B1.7)

Testo	Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI	
LIVELLO 1	
B.1.11.1 Locale all'interno della struttura di PMA, distinto dalle attività ambulatoriali ma attiguo o contiguo, per la preparazione del liquido seminale	
LIVELLO 2 e 3	
Zona preparazione personale addetto costituita da:	
B.1.11.2 uno spazio adibito a spogliatoio per il personale addetto, separato dal locale chirurgico	
B.1.11.3 servizi igienici per il personale	
B.1.11.4 locale chirurgico	
B.1.11.5 Spazio-spogliatoio per il paziente, separato dal locale chirurgico	
B.1.11.6 Zona sosta per i pazienti post-intervento	
B.1.11.7 Deposito di materiale sterile e strumentario chirurgico con armadio lavabile per la rimessa dei ferri chirurgici e per la conservazione del materiale sterilizzato mantenuto in adatte confezioni o cestelli metallici ed armadio lavabile per la rimessa dei farmaci e del materiale monouso	può essere situato all'interno dello spazio riservato alla sterilizzazione/ricondizionamento e preparazione del personale
B.1.11.8 Locale per visita o medicazione	anche non contiguo
B.1.11.9 Spazio per la sterilizzazione	anche all'interno del locale chirurgico in comune con lo spazio per la preparazione del personale sanitario all'atto chirurgico
B.1.11.10 Locale per l'esecuzione dei tempi biologici relativi alla seminologia	
B.1.11.11 Locale separato per effettuazione tempi biologici relativi alla processazione gameti femminili e maschili ed embriologia, attiguo o contiguo al locale chirurgico, con adeguato sistema di condizionamento e filtrazione aria	
B.1.11.12 Locale per crioconservazione dei gameti femminili e maschili, embrioni, tessuto ovarico o testicolare con caratteristiche conformi a quanto previsto dalle linee guida CNT	
B.1.11.13 Spazio dedicato alla biopsia embrionaria per diagnosi genetica preimpianto	per il Livello 3
B.1.11.14 Tutte le superfici devono essere ignifughe, resistenti al lavaggio e alla disinfezione, lisce e non scanalate, con raccordo arrotondato al pavimento. Il pavimento è resistente agli agenti chimici e fisici, levigato ed antisdrucchiolo	

lista B1.11

REQUISITI ORGANIZZATIVI	
B.1.11.15	Il centro fornisce agli utenti documentazione informativa che indica modalità delle procedure, percentuali di successo, possibili rischi, effetti collaterali
B.1.11.16	Deve essere identificato un medico specialista in ginecologia responsabile della struttura nel rispetto delle indicazioni vigenti
	<i>Per strutture che effettuano interventi di LIVELLO 1</i>
B.1.11.17	Dotazione di personale congrua al volume di attività. Deve essere presente almeno: un medico specializzato in ginecologia o disciplina equipollente dedicato od impegno prevalente
	un medico specializzato in endocrinologia o urologia o discipline equipollenti con comprovata esperienza andrologica
	un biologo o biotecnologo con documentata esperienza formativa e di training di almeno due anni nell'ambito delle tecniche di FMA
	disponibilità di consulenza psicologica, genetica e endocrinologica
B.1.11.18	E' garantita almeno la presenza di un'unità infermieristica o ostetrica per l'intero orario di accesso alle prestazioni
	<i>LIVELLO 2 (oltre a quanto previsto per il LIVELLO 1)</i>
B.1.11.19	Dotazione di personale congrua al numero di cicli annui sia per personale di assistenza che per la dirigenza medica, deve essere assicurato:
	<i>LIVELLO 3 (oltre a quanto previsto per il LIVELLO 2)</i>
B.1.11.20	Dotazione di personale congrua al numero di cicli annui sia per personale di assistenza che per la dirigenza medica, deve essere assicurato: biologo o biotecnologo con competenze specifiche in biopsia embrionaria per diagnosi genetica preimpianto
	per l'esecuzione di procedure di diagnosi pre-impianto è necessaria una formazione specifica documentata
REQUISITI IMPIANTISTICI	
	Il locale laboratorio e il locale chirurgico sono serviti:
B.1.11.21	da gruppo elettrogeno
B.1.11.22	Continuità dell'alimentazione elettrica
	<i>LIVELLO 3</i>
B.1.11.23	Nel locale chirurgico è presente un impianto di climatizzazione che garantisce i seguenti parametri: temperatura interna invernale e estiva compresa fra 20-24 °C umidità relativa estiva ed invernale compresa fra 40-60% ottenuta con vapore ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo) 15 v/h filtraggio aria 99,97 %
B.1.11.24	Impianto di gas medicali ed impianto di aspirazione di gas anestetici direttamente collegato alle apparecchiature di anestesia

lista B1.11

B.1.11.25	Disponibilità di acqua di raffreddamento per apparecchi laser, quando necessario	
B.1.11.26	Stazioni di riduzione della pressione per il locale chirurgico, doppie per ogni gas medicale tecnico tali da garantire un adeguato livello di affidabilità	
B.1.11.27	Impianto di allarme per la segnalazione esaurimento gas medicali	
B.1.11.28	Per il locale laboratorio l'impianto di climatizzazione rispetta i parametri indicati in B1.1	
REQUISITI TECNOLOGICI		
LIVELLO 1		
B.1.11.29	cappa biologica	
B.1.11.30	termostato	
B.1.11.31	centrifuga	
B.1.11.32	microscopio ottico a contrasto di fase	
B.1.11.33	pipetta/trice	
B.1.11.34	ecografo con sonda vaginale	
B.1.11.35	apparecchio per dosaggio ormonali	in alternativa è garantito il collegamento funzionale con un laboratorio di riferimento
B.1.11.36	attrezzatura per valutazione e preparazione del liquido seminale	
B.1.11.37	frigorifero di tipo sanitario	
LIVELLO 2 (oltre a quanto previsto per il LIVELLO 1)		
In aggiunta a quanto indicato in B1.7 sono presenti:		
B.1.11.38	incubatori in rapporto ai volumi di attività ed alla tipologia di incubatore	se vengono eseguite procedure di diagnosi preimpianto deve essere previsto un incubatore o un'area di coltura dedicata
B.1.11.39	stereomicroscopio	
B.1.11.40	invertoscopio con applicato micromanipolatore	
B.1.11.41	strumentario per prelievo ovociti	
B.1.11.42	strumentario chirurgico per prelievo di spermatozoi	se eseguito prelievo percutaneo o biopsia testicolare
B.1.11.43	cappe a flusso laminare di classe A con prestazioni conformi alle indicazioni GMP	
LIVELLO 3 (oltre a quanto previsto per il LIVELLO 2)		
B.1.11.44	Attrezzatura completa per laparoscopia	
B.1.11.45	Attrezzatura per biopsia embrionaria per diagnostica genetica	qualora il centro effettui questa procedura
B.1.11.46	Per la sala criobiologica deve essere assicurata la dotazione prevista dalle linee guida CNT	

lista B1.12

B1.12 – MEDICINA DELLO SPORT

a. ambulatori per attività specialistica diffusa nel territorio anche in collegamento con altre istituzioni sanitarie e sociali (distretti socio-sanitari, medicina di base, servizi sociali, ecc.); esame delle condizioni di rischio e valutazione degli effetti prodotti su soggetti che praticano attività sportiva; azioni di orientamento e correzione, terapia ed indirizzo alla riabilitazione per danni derivanti dalla pratica sportiva, accertamenti diagnostici, anche con manovre complesse, e prestazioni specialistiche finalizzati all'accertamento di idoneità alla pratica sportiva agonistica, che richiedono l'utilizzo di strumentazioni specifiche e l'apporto di altri specialisti

b. ambulatori che oltre alle attività sopraelencate possono svolgere valutazione funzionale di soggetti che svolgono attività sportiva; valutazione all'indirizzo e al recupero funzionale di soggetti affetti da varie patologie, che possono trarre beneficio da pratiche sportive

Le strutture che rilasciano certificazioni non agostiniche devono soddisfare i requisiti generali A e B

	Testo	Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI		
B.12.1	Almeno due locali contigui per attività diagnostiche e strumentali	
B.12.2	La sala per l'esecuzione delle prestazioni deve essere di dimensioni adeguate a consentire il facile accesso ad almeno 2 operatori ed agevolarne il movimento in casi di manovre rianimatorie	
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
B.12.3	Medico specialista in medicina dello sport o disciplina equipollente	
B.12.4	Assistenza infermieristica e tecnico-assistenziale, adeguatamente documentata, in relazione alle necessità del paziente	
B.12.5	Esiste un documento che definisce la tipologia dei soggetti e le manovre diagnostiche che richiedono la presenza di personale infermieristico e tecnico-assistenziale, rispettando i requisiti specifici previsti nelle sezioni di pertinenza	
B.12.6	E' garantita la consulenza specialistica in: cardiologia, neurologia, ortopedia, otorinolaringoiatria, oftalmologia	
B.12.7	Modalità codificate per l'esecuzione delle prestazioni specialistiche e attività diagnostiche non effettuate direttamente nella struttura limitatamente a: prestazioni ORL in cabina silente, EEG, diagnostica chimico-clinica, prova da sforzo per la misurazione degli scambi gassosi e la determinazione del consumo di ossigeno	
B.12.8	Protocolli di collaborazione con idonee strutture specialistiche esterne o studi medici per le prestazioni specialistiche e diagnostiche non effettuate direttamente	
B.12.9	Protocolli d'intesa con le società sportive del territorio di competenza per la programmazione delle attività di certificazione	
REQUISITI TECNOLOGICI		
	Dotazioni minime:	
B.12.10	elettrocardiografo con almeno 3 canali dotato di monitor	
B.12.11	spirografo con boccagli monouso	
B.12.12	bilancia	
B.12.13	altmetro	
B.12.14	gradino per I.R.I (30 - 40 - 50 cm)	

/lista B1.12

	Testo	Applicabilità
B.1.2.15	ottolipo luminoso	
B.1.2.16	ciclogometro almeno a freno elettromagnetico	
B.1.2.17	ergometro a manovella o a rullo per disabili	
B.1.2.18	metronomo	
B.1.2.19	semaforo per accertamento del senso cromatico	
B.1.2.20	elettrocardiografo a 6 tracce con monitor idoneo anche alla registrazione di prove da sforzo massimali	
B.1.2.21	elettrocardiografo per elettrocardiografia dinamica completo di registratori e lettore	
B.1.2.22	ecocardiografo con sistema doppler	
B.1.2.23	holter pressorio,	
	Per le strutture di tipo b oltre a quanto previsto per le strutture di tipo a:	
B.1.2.24	sistema di prova da sforzo per la misurazione degli scambi gassosi e la determinazione del consumo di ossigeno o protocollo di collaborazione con struttura specialistica esterna	
B.1.2.25	Tread - mill e ciclogometro	
B.1.2.26	analizzatore rapido di lattacidemia su prelievo di sangue capillare	
B.1.2.27	analizzatore rapido di glicemia su prelievo di sangue capillare	
B.1.2.28	sistema di valutazione della percentuale di grasso corporeo	
B.1.2.29	Dotazioni strumentali specifiche per le consulenze specialistiche se eseguite nella stessa sede	
B.1.2.30	Carrello o attrezzatura equivalente (zaino o altro contenitore portatile ecc.) per la gestione dell'emergenza, comprendente farmaci e dispositivi medici idonei al tipo di utenza e attività, tra cui:	
	defibrillatore semiautomatico	
	presidi base per l'ossigenoterapia, la ventilazione, la gestione delle vie aeree, l'aspirazione	
	presidi per accesso venoso, infusione e somministrazione farmaci	
	farmaci di emergenza, con particolare riguardo a farmaci cardiologici	
	presidi per la medicazione e il controllo delle emorragie	
	monitor multiparametrico	il requisito è soddisfatto in presenza di cardiomonitor e il monitor non deve essere nel carrello ma nella struttura

lista B1.12

	Testo	Applicabilità
	sigmomanometro	
	pulsossimetro	

lista B1.13

B1.13 – STRUTTURE DI GENETICA MEDICA

Il laboratorio è funzionalmente collegato ad un servizio clinico di Genetica Medica (SCGM) ed inserito nella rete regionale dei Laboratori di Genetica Medica (LGM)

Laboratorio di Genetica Medica – B1.13a

	Testo	Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI		
B.1.13a.1	Locale per i prelievi	anche in comune/condiviso con altri servizi
B.1.13a.2	Consultorio genetico	in comune/condiviso con SCGM, con gli altri servizi ambulatoriali o laboratoristici
B.1.13a.3	Spazio/locale per le attività amministrative	in comune/condiviso con SCGM
B.1.13a.4	Spazio/locale per l'archivio	in comune/condiviso con SCGM
B.1.13a.5	Locali/spazi per le diverse aree specializzate di attività, con caratteristiche igrotermiche controllabili e costanti tali da consentire una standardizzazione e riproducibilità dei protocolli impiegati ed un ottimale funzionamento delle attrezzature più critiche	se il laboratorio effettua prestazioni di citogenetica
B.1.13a.6	Locale per indagini microscopiche, attiguo ma separato dal precedente	se il laboratorio effettua prestazioni di citogenetica
B.1.13a.7	Locale per la "zona preamplificazione" per la preparazione dei reagenti, la separazione del DNA dai campioni in arrivo e la messa a punto della reazione di amplificazione	se il laboratorio effettua prestazioni di genetica molecolare nel caso di utilizzo esclusivo di tecnologie NGS PCR Free non è necessaria la separazione di spazi pre e post amplificazione
B.1.13a.8	Locale per la "zona postamplificazione" in cui vengono effettuati la reazione di amplificazione, l'esecuzione del test e la valutazione dei dati ottenuti	se il laboratorio effettua prestazioni di genetica molecolare nel caso di utilizzo esclusivo di tecnologie NGS PCR Free non è necessaria la separazione di spazi pre e post amplificazione
REQUISITI IMPIANTISTICI		
B.1.13a.9	I locali laboratorio hanno un impianto di climatizzazione con le caratteristiche definite nel B1.1 ovvero rispettano i seguenti parametri:	
	T = 20 – 26 °C	
	U% = 40 – 60%	
REQUISITI TECNOLOGICI		
B.1.13a.10	Tutte le attrezzature e gli equipaggiamenti sono adeguati alla tipologia ed al volume delle analisi eseguite e rispondono agli standard CE, esiste una lista degli strumenti che definisce anche "critici" che devono essere presenti almeno in doppio, con collegamenti elettrici e allarmi indipendenti	

lista B1.13

	Testo	Applicabilità
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
B.1.13a.11	Dotazione di personale congrua al volume di attività. Deve essere presente: personale medico e biologo con specializzazione in genetica medica tecnici di laboratorio	
B.1.13a.12	E' assicurato l'aggiornamento continuo in base alle attività effettuate e/o previste dal piano formativo annuale del laboratorio che prevede la qualificazione del personale tecnico per gli specifici compiti assegnati	
B.1.13a.13	Modalità codificate per i seguenti processi organizzativi e informativi secondo le indicazioni contenute nei "Provvedimenti del Garante" vigenti per: accesso ai locali conservazione, utilizzo e trasporto di campioni biologici conservazione dei dati e dei campioni trasferimento di dati genetici in formato elettronico consultazione dei dati genetici trattati con strumenti elettronici trattamento di dati genetici e di campioni biologici contenuti in elenchi, registri o banche dati comunicazione e diffusione dei dati	
B.1.13a.14	Accesso ai locali controllato mediante incaricati alla vigilanza o con strumenti elettronici che prevedono specifiche procedure di identificazione anche mediante dispositivi biometrici	le persone ammesse, a qualunque titolo, dopo l'orario di chiusura, sono identificate e registrate
B.1.13a.15	Modalità standardizzate e formalizzate per la conservazione, l'utilizzo e il trasporto dei campioni biologici per garantire la qualità, l'integrità, la disponibilità e la tracciabilità dei campioni	
B.1.13a.16	Modalità standardizzate per il trasporto condivise e sottoscritte dai soggetti di conferimento	
B.1.13a.17	Modalità standardizzate e formalizzate, sottoscritte da soggetti invianti e soggetti riceventi, per il trasferimento dei dati genetici in formato elettronico con posta elettronica certificata, previa cifratura delle informazioni trasmesse da realizzarsi con firma digitale o con modalità «web application», mediante protocolli di comunicazione sicuri e che assicurano, previa verifica, l'identità digitale del server che eroga il servizio e della postazione client da cui si effettua l'accesso ai dati, attestata da certificati digitali emessi, in conformità alle norme vigenti, da un'autorità di certificazione	
B.1.13a.18	Raccordo con i SCGM per l'invio alla consulenza genetica eventualmente necessaria dopo la conclusione del test genetico	
B.1.13a.19	Modalità standardizzate e formalizzate che definiscono i tempi massimi di conservazione dei dati genetici e dei campioni biologici per adempiere agli obblighi ed ai compiti previsti, secondo le indicazioni contenute nei "Provvedimenti del Garante" vigenti	

lista B1.13

	Testo	Applicabilità
B.1.13a:20	Modalità standardizzate e formalizzate per la consultazione dei dati genetici informatizzati, previa adozione di sistemi di autenticazione basati sull'uso combinato di informazioni note agli incaricati e di dispositivi, anche biometrici	
B.1.13a:21	Modalità standardizzate e formalizzate per il trattamento dei dati genetici e dei campioni biologici contenuti in elenchi, registri o banche dati che precludano a chiunque, anche ai soggetti autorizzati, l'identificazione degli interessati se non in caso di documentata e motivata necessità. In particolare vengono adottate le seguenti misure:	
	tecniche di cifratura o utilizzo di codici identificativi o di altre soluzioni appropriate allo scopo	
	trattamento disgiunto dei dati genetici e sanitari dagli altri dati personali laddove gli elenchi, i registri o le banche dati contengano anche informazioni riguardanti la genealogia o lo stato di salute degli interessati	
B.1.13a:22	I dati genetici non sono comunicati e i campioni biologici non sono messi a disposizione di terzi	i casi in cui sia indispensabile comunicare o diffondere i dati per il perseguimento delle finalità indicate nei "provvedimenti del garante" vigenti sono definiti con apposite procedure
B.1.13a:23	Catalogo delle prestazioni, costantemente aggiornato e conosciuto da tutto il personale coinvolto nell'erogazione del servizio e disponibile per i soggetti richiedenti le prestazioni, che contiene:	
	indicazione delle metodiche utilizzate (specificando eventuali obblighi legislativi)	
	unità di misura ove applicabili	
	intervalli di riferimento adottati e modalità di calcolo, ove applicabili	
	schema di controllo interno di qualità	
	RAPPORTI CON GLI UTENTI	
B.1.13a:24	Sono disponibili informazioni per gli utenti che comprendono: elenco e tipologia delle prestazioni erogate, modalità di accesso e prenotazione, tempi di attesa, modalità per la raccolta del consenso informato e degli eventuali dati clinici e genetici necessari, modalità per l'esecuzione del prelievo, modalità per la consegna dei risultati, contatti con il servizio	
B.1.13a:25	Modalità codificate per la comunicazione della diagnosi di patologie che comportano handicap o grave compromissione delle autonomie delle persone	
B.1.13a:26	La documentazione informativa contiene inoltre: l'esplicitazione analitica di tutte le specifiche finalità perseguite, i risultati conseguibili anche in relazione alle notizie inattese che possono essere conosciute per effetto del trattamento dei dati genetici, l'esplicitazione del diritto dell'interessato ad opporsi al trattamento dei dati genetici per motivi legittimi, l'esplicitazione del diritto dell'interessato di avvalersi della facoltà o meno di limitare l'ambito di comunicazione dei dati genetici ed il trasferimento dei campioni	
B.1.13a:27	Consenso informato per ogni tipologia di esame, per le informazioni relative ai nascituri il consenso è rilasciato dalla madre, nel caso in cui il trattamento effettuato mediante test prenatale possa rivelare anche dati genetici relativi alla futura insorgenza di una patologia paterna, è acquisito anche il consenso del padre	
	ACQUISIZIONE SERVIZI	

lista B1.13

	Testo	Applicabilità
B.1.13a.28	Modalità codificate per l'invio e la gestione dei casi da parte dei servizi clinici con i quali è stato instaurato un rapporto non sporadico di collaborazione che riportano: elenco dei centri con cui si è instaurato un rapporto di collaborazione non sporadico procedure e protocolli per l'invio dei campioni procedure distinte per l'invio di routine e per le urgenze	
B.1.13a.29	Il laboratorio opera sulla base di standard di qualità che rappresentano i requisiti minimi richiesti per l'autorizzazione ad operare nel campo e partecipa ad almeno un programma di controllo esterno di qualità per ogni categoria di analisi effettuata, a livello nazionale o internazionale, qualora disponibili	CONTROLLO DI QUALITA'
B.1.13a.30	Sono definiti standard di controlli per tutti i reagenti e le metodologie impiegate e la loro tracciabilità	
B.1.13a.31	Modalità standardizzate di referenziazione che prevedono: data del test, numero identificativo del campione che ne permette l'individuazione in modo univoco, identificazione del soggetto esaminato, tecniche impiegate, data della risposta, risultati del test e valori di riferimento (ove previsti), firma del dirigente responsabile dell'indagine e del responsabile della struttura. Tutte le informazioni sono direttamente correlate ai risultati dei test utili ad una corretta consulenza genetica	
B.1.13a.32	Archivio digitale che comprende elenchi permanenti dei soggetti testati per il tempo previsto dalla normativa vigente ed in particolare: registri di attività sommario dei risultati ottenuti documentazione iconografica per le indagini citogenetiche documentazione iconografica o membrane per le indagini di genetica molecolare dati relativi ai test di controllo di qualità interno ed esterno esiste una copia di backup dei dati informatizzati per minimizzare i rischi di perdita	
B.1.13a.33	←	per laboratori di tipizzazione tissutale

lista B1.13

B1.13 – STRUTTURE DI GENETICA MEDICA

Il servizio è funzionalmente collegato al Laboratorio di Genetica Medica in un Servizio integrato di Genetica Medica

Servizio Clinico di Genetica Medica – B1.13b

	Testo	Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI		
B.1.13b.1	Locale visita con aree funzionali distinte per visite pediatriche e degli adulti	
B.1.13b.2	Locale adibito a consultorio genetico in prossimità dell'ambulatorio arredato per favorire la comunicazione e consentire l'attività di educazione sanitaria rivolta al singolo e/o alla famiglia, di dimensioni sufficienti ad accogliere un nucleo familiare di 4-5 persone oltre agli operatori	
B.1.13b.3	Locale prelievi	in comune/condiviso con altri servizi ambulatoriali o laboratoristici
B.1.13b.4	Spazio/locale per le attività amministrative	in comune/condiviso con altri servizi ambulatoriali o laboratoristici
B.1.13b.5	Spazio/locale per l'archivio	in comune/condiviso con altri servizi ambulatoriali o laboratoristici
REQUISITI TECNOLOGICI		
B.1.13b.6	Attrezzature per valutazione auxologica e antropometrica in età pediatrica e adulta	
B.1.13b.7	Attrezzatura per l'acquisizione di immagini	
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
B.1.13b.8	Dotazione di personale congrua al volume di attività. Deve essere presente:	
	personale medico dedicato in possesso di specializzazione in genetica medica	
	personale infermieristico	
	disponibilità dello psicologo per la comunicazione e gestione del paziente almeno nella consulenza per patologie oncologiche, malattie genetiche ad esordio tardivo e, ove necessario, nei casi di diagnosi prenatale patologica	
	disponibilità di un mediatore linguistico culturale per la consulenza genetica rivolta alla popolazione straniera delle etnie più frequenti	
B.1.13b.9	E' assicurato l'aggiornamento continuo in base alle attività effettuate e/o previste dal piano formativo annuale del laboratorio, che prevede la qualificazione del personale tecnico per gli specifici compiti assegnati	
B.1.13b.10	L'accesso ai locali è controllato mediante incaricati alla vigilanza o con strumenti elettronici che prevedono specifiche procedure di identificazione anche mediante dispositivi biometrici	le persone ammesse, a qualunque titolo, dopo l'orario di chiusura, sono identificate e registrate
B.1.13b.11	Collegamento funzionale formalizzato con il laboratorio di Genetica Medica di riferimento	

/lista B1.13

	Testo	Applicabilità
B.1.13b.12	Modalità standardizzate di conservazione dei dati e dei campioni, trasferimento di dati genetici in formato elettronico, consultazione dei dati genetici informatizzati, trattamento di dati genetici e di campioni biologici contenuti in elenchi, registri o banche dati, comunicazione e diffusione dei dati, secondo le indicazioni contenute nei "Provvedimenti del Garante" vigenti	
B.1.13b.13	Modalità standardizzate per la conservazione, l'utilizzo e il trasporto dei campioni biologici tali da assicurare qualità, integrità, disponibilità e tracciabilità dei campioni. Le procedure per il trasporto sono condivise e sottoscritte dai soggetti di conferimento	
B.1.13b.14	Modalità standardizzate sottoscritte da soggetti invianti e soggetti riceventi per il trasferimento dei dati genetici in formato elettronico con posta elettronica certificata, previa cifratura delle informazioni trasmesse da realizzarsi con firma digitale o con modalità «web application», mediante protocolli di comunicazione sicuri e che assicurano, previa verifica, l'identità digitale del server che eroga il servizio e della postazione client da cui si effettua l'accesso ai dati, attestata da certificati digital emessi, in conformità alla normativa vigente, da un'autorità di certificazione	
B.1.13b.15	Modalità codificate per la definizione dei tempi massimi di conservazione dei dati genetici e dei campioni biologici, secondo le indicazioni contenute nei "Provvedimenti del Garante" vigenti	
B.1.13b.16	Modalità codificate per la consultazione dei dati genetici informatizzati che prevedono l'adozione di sistemi adeguati di autenticazione nel rispetto della normativa vigente	
B.1.13b.17	Modalità standardizzate per il trattamento dei dati genetici e dei campioni biologici contenuti in elenchi, registri o banche dati che non consentono l'identificazione degli interessati se non in caso di documentata e motivata necessità. In particolare vengono adottate le seguenti misure:	
	tecniche di cifratura o utilizzo di codici identificativi o di altre soluzioni appropriate allo scopo	
	trattamento disgiunto dei dati genetici e sanitari dagli altri dati personali laddove gli elenchi, i registri o le banche dati contengano anche informazioni riguardanti la genealogia o lo stato di salute degli interessati	
B.1.13b.18	Modalità codificate per la gestione delle liste di attesa differenziate, quando necessario, tra primi accessi, follow-up e accessi di nuovi componenti di nuclei familiari già seguiti ed il monitoraggio dei tempi di attesa	
B.1.13b.19	Modalità standardizzate per l'esecuzione delle prestazioni che contengono i criteri di appropriatezza della richiesta e prevedono sistemi di monitoraggio	
B.1.13b.20	Modalità standardizzate per la regolamentazione dei casi in cui è indispensabile comunicare o diffondere i dati per il perseguimento delle finalità indicate nei "provvedimenti del garante" vigenti	

/lista B1.13

	Testo	Applicabilità
B.1.13b.21	RAPPORTI CON GLI UTENTI Al momento dell'accesso al servizio l'utente riceve informazioni scritte sul trattamento dati nel rispetto della vigente legislazione sulla privacy e l'avvenuta consegna e tracciata	
B.1.13b.22	Il consenso informato è previsto per ogni tipologia di esame, per le informazioni relative ai nascituri il consenso è rilasciato dalla gestante, nel caso in cui il trattamento effettuato mediante test prenatale possa rivelare anche dati genetici relativi alla futura insorgenza di una patologia del padre, è previamente acquisito anche il consenso di quest'ultimo	
B.1.13b.23	Modalità codificate per la comunicazione di diagnosi di patologie che comportano handicap o grave compromissione delle autonomie delle persone	
	E' disponibile documentazione informativa per gli utenti che descrive:	
	patologie trattate	
	tipologia delle prestazioni	
	modalità di accesso	
	tempi di attesa	
	possibilità di eseguire prestazioni urgenti	
	modalità per la consegna dei risultati	
	indirizzo, numeri telefonici, indicazione del responsabile e dei referenti dei vari settori	
	modalità di assistenza agli utenti	
	diritti tutelati	

/ista B1.14

B1.14 – STRUTTURE DI MEDICINA TRASFUSIONALE**Servizi Trasfusionali – B1.14a**

	Testo	Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI		
B.1.14a.1	Il Servizio Trasfusionale dispone di locali idonei all'uso previsto che consentono lo svolgimento delle diverse attività in ordine logico, contengono il rischio di errori e minimizzano il rischio di contaminazioni con operazioni di pulizia e manutenzione	
B.1.14a.2	L'idoneità dei locali è garantita prima dell'utilizzo, ad intervalli regolari, a seguito di modifiche rilevanti	
	Sono presenti almeno:	
B.1.14a.2	area per attesa e accettazione dei donatori di sangue e di emocomponenti	
B.1.14a.3	locale destinato al colloquio ed alla valutazione delle condizioni generali di salute del donatore per la definizione del giudizio di idoneità alla donazione, che garantisca il diritto del donatore alla privacy e la confidenzialità necessaria per una corretta e completa acquisizione delle informazioni anamnestiche rilevanti ai fini della sicurezza dei prodotti del sangue	
B.1.14a.4	locale destinato alla raccolta di sangue ed emocomponenti strutturato in modo tale da salvaguardare la sicurezza dei donatori e del personale e da prevenire errori nelle procedure di raccolta	
B.1.14a.5	area destinata al riposo/risorso post-donazione	
B.1.14a.6	area adibita alla conservazione del sangue e degli emocomponenti che consente lo stoccaggio differenziato degli emocomponenti in base a tipologia e stato (es. globuli rossi, piastrine, plasma; unità da validare, valutate, in quarantena), nonché a criteri specifici di raccolta (es. unità ad uso autologo)	
B.1.14a.7	area per lo stoccaggio dei materiali, dispositivi e reagenti	
B.1.14a.8	area destinata esclusivamente alla lavorazione, del sangue e degli emocomponenti in circuito chiuso, accessibile solo a personale autorizzato. Viene periodicamente monitorata la contaminazione microbica delle attrezzature, delle superfici e dell'ambiente	
B.1.14a.9	area destinata esclusivamente alle attività diagnostiche di laboratorio di pertinenza accessibile solo a personale autorizzato	
B.1.14a.10	area destinata a deposito temporaneo sicuro dei residui dei materiali e dispositivi monouso utilizzati, del sangue e degli emocomponenti a qualunque titolo scartati	
B.1.14a.11	area di attesa, locale per la valutazione clinica dei pazienti e locale per l'erogazione di trattamenti terapeutici	se Il Servizio Trasfusionale eroga prestazioni cliniche di medicina trasfusionale
B.1.14a.12	servizi igienici per gli utenti distinti dal personale	
B.1.14a.13	Se Il Servizio Trasfusionale svolge attività di raccolta, processazione, controllo e distribuzione di cellule staminali emopoietiche si applicano le specifiche disposizioni normative vigenti in materia di tessuti e cellule umani	
REQUISITI TECNOLOGICI		
B.1.14a.14	Dispositivi di prelievo conformi alla normativa vigente per la raccolta di sangue intero, emocomponenti e cellule staminali emopoietiche periferiche	
B.1.14a.15	Sistemi di prelievo del sangue intero e degli emocomponenti che garantiscono la prevenzione del rischio di contaminazione microbica (quali ad esempio la deviazione del primo volume di sangue raccolto)	

/Ista B1.14

B.1.1.4a.16	Lettoni o poltrone da prelievo utilizzati per la raccolta di sangue intero, emocomponenti e cellule staminali emopoietiche periferiche che garantiscono le manovre di primo soccorso	
B.1.1.4a.17	Apparecchi per la determinazione della concentrazione emoglobinica pre-donazione in numero tale da garantire il back-up	
B.1.1.4a.18	Bilance automatizzate basculanti per la raccolta del sangue intero che garantiscono la corretta miscelazione del sangue raccolto con l'anticoagulante e rilevano almeno il volume del sangue prelevato ed il tempo di prelievo	e' disponibile una bilancia automatizzata per ogni postazione attiva
B.1.1.4a.19	Separatori cellulari per le attività di aferesi produttiva dotati di caratteristiche prestazionali che garantiscono: il massimo grado di sicurezza per il donatore, la qualità dei prodotti finali, il soddisfacimento dei requisiti relativi alla raccolta degli emocomponenti da aferesi previsti dalla normativa vigente	
B.1.1.4a.20	Dotazione per la gestione delle emergenze cliniche prevista dalla normativa vigente	
B.1.1.4a.21	Sistemi di saldatura dei circuiti di raccordo dei sistemi di prelievo idonei a prevenire il rischio di contaminazione microbica in fase di raccolta ed in fase di produzione degli emocomponenti	
B.1.1.4a.22	Per le attività di frazionamento del sangue intero in circuito chiuso con mezzi fisici semplici sono disponibili: almeno una centrifuga refrigerata per sacche con funzionalità di gestione e controllo dell'accelerazione e della velocità di centrifugazione, sistemi automatizzati per la scomposizione del sangue intero, che garantiscono almeno la rilevazione dei volumi dei singoli emocomponenti prodotti	
B.1.1.4a.23	Le apparecchiature destinate alla conservazione del sangue e degli emocomponenti sono dotate: di un sistema di controllo e di registrazione della temperatura, di allarme acustico e visivo in caso di escursioni anomale rispetto alle temperature di esercizio definite, di dispositivi di allarme remotizzato sia acustici che visivi o di equivalenti strumenti di allerta qualora esse siano ubicate in locali o zone non costantemente presidiate da personale del Servizio o da altro personale incaricato	
B.1.1.4a.24	Apparecchiature o sistemi per il trasporto del sangue e degli emocomponenti che garantiscono l'integrità e la preservazione delle proprietà biologiche dei prodotti preventivamente convallidati e periodicamente riconvalidati per la capacità di garantire le temperature di esercizio definite	
B.1.1.4a.25	Almeno un apparecchio per il congelamento del plasma prodotto che garantisce la conformità alle specifiche definite dalle normative vigenti	
B.1.1.4a.26	Almeno due congelatori per la conservazione del plasma alla temperatura di -25°C o inferiore	
B.1.1.4a.27	Almeno un apparecchio per lo scongelamento del plasma che garantisca lo scongelamento a temperatura controllata	
B.1.1.4a.28	Almeno un sistema di connessione sterile per l'assemblaggio di emocomponenti con interruzione del circuito chiuso con procedure di connessione sterile convallidate, e periodicamente riconvalidate, in relazione alla capacità del sistema di garantire il corretto allineamento dei segmenti saldati, la tenuta delle saldature ed il mantenimento della sterilità degli emocomponenti assemblati	
B.1.1.4a.29	Per le attività di aferesi terapeutica e per la raccolta di cellule staminali emopoietiche periferiche da donatori alloigenici e da pazienti candidati al trapianto autologo sono utilizzate apparecchiature dotate di caratteristiche prestazionali che garantiscono un elevato grado di sicurezza per i donatori e per i pazienti, nel caso della raccolta di cellule staminali emopoietiche periferiche, le apparecchiature soddisfano gli standard trapiantologici definiti di concerto con le Unità di trapianto emopoietico interessate	

Ista B1.14

B.1.1.4a.30	Se il Servizio Trastuzionale svolge attività di processazione, controllo e distribuzione di cellule staminali emopoietiche si applicano le specifiche disposizioni normative vigenti in materia di tessuti e cellule umani	
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
	SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	
B.1.1.4a.31	E' presente una funzione di Garanzia della qualità alla quale, indipendentemente da altre responsabilità, viene demandata la responsabilità della supervisione di tutti i processi che hanno influenza sulla qualità	
B.1.1.4a.32	Le procedure che influiscono sulla qualità e sulla sicurezza del sangue, degli emocomponenti e, ove applicabile, delle cellule staminali emopoietiche (lavorazione, conservazione, assegnazione, distribuzione e trasporto del sangue intero e degli emocomponenti; procedure analitiche di laboratorio) sono convalidate prima di essere introdotte e riconvalidate ad intervalli regolari e a seguito di modifiche rilevanti	
B.1.1.4a.33	Sistema di gestione e controllo della documentazione che garantisce la disponibilità di procedure e specifiche aggiornate, eventuali modifiche della documentazione sono datate e firmate da persona autorizzata	
B.1.1.4a.34	Sistema di gestione delle registrazioni e dei dati previsti dalle normative vigenti che garantisce la produzione, l'aggiornamento, la protezione e la conservazione secondo i criteri definiti dalle normative vigenti	
B.1.1.4a.35	Cartella del donatore compilata per ogni donatore di sangue, emocomponenti e cellule staminali emopoietiche, conservata ed archiviata secondo i criteri definiti dalla normativa vigente.	
	PERSONALE E ORGANIZZAZIONE	
B.1.1.4a.36	Responsabile designato dall'Ente cui affrisce il Servizio Trastuzionale, conformemente alla normativa vigente	
B.1.1.4a.37	Sono descritte le competenze necessarie del personale che interviene nelle attività di raccolta, controllo, lavorazione, conservazione, distribuzione ed assegnazione di sangue e di emocomponenti e, ove applicabile, delle cellule staminali emopoietiche ed esistono procedure per la valutazione periodica della persistenza di tali competenze	
	GESTIONE DELLE TECNOLOGIE	
B.1.1.4a.38	Le apparecchiature che influiscono sulla qualità e sulla sicurezza del sangue, degli emocomponenti e, ove applicabile, delle cellule staminali emopoietiche, sono qualificate, nell'ambito di procedure convalidate; prima della loro introduzione, ad intervalli prestabiliti, a fronte di idonee verifiche di validazione.	
B.1.1.4a.39	Sono definite e attivate appropriate modalità standardizzate e formalizzate per: gestione controllata delle apparecchiature impiegate per la conservazione del sangue, degli emocomponenti e delle cellule staminali emopoietiche nel Servizio Trastuzionale e presso le Strutture esterne ad esso afferenti gestione degli allarmi relativi alle apparecchiature destinate alla conservazione di sangue intero, emocomponenti e cellule staminali emopoietiche e piani per l'evacuazione delle unità contenute in apparecchiature guaste o malfunzionanti attivazione di piani di sorveglianza della funzionalità dei sistemi di controllo e di registrazione della temperatura (o livello di azoto per i criopreservatori di cellule staminali emopoietiche) e degli allarmi visivi e acustici delle suddette apparecchiature e la sistematica verifica dello stato di taratura dei dispositivi impiegati per la misurazione della temperatura/ livello di azoto	
	gestione controllata delle apparecchiature impiegate per la conservazione di farmaci, reagenti e materiali impiegati per l'erogazione del servizio	

/Ista B1, 14

B.1.1.4a40	I sistemi gestionali informatici (hardware, software, procedure di back-up) impiegati per l'erogazione del servizio sono qualificati prima dell'uso, sottoposti a controlli almeno annuali di affidabilità, sono periodicamente sottoposti a manutenzione ai fini del mantenimento dei requisiti e delle prestazioni previsti
B.1.1.4a41	Manuali o istruzioni scritte per l'uso dei sistemi gestionali informatici impiegati per l'erogazione del servizio
B.1.1.4a42	Sono adottati meccanismi che prevengono usi non autorizzati o modifiche non ammesse dei sistemi gestionali informatici impiegati nell'ambito dell'erogazione del servizio, conformemente a quanto previsto dalla normativa vigente
B.1.1.4a43	Sono effettuati back-up delle informazioni e dei dati a intervalli prestabiliti al fine di prevenire perdite o alterazioni degli stessi in caso di tempi inattivi, previsti o imprevisi, o di difetti di funzionamento dei sistemi gestionali informatici impiegati per l'erogazione del servizio
B.1.1.4a44	Modalità standardizzate per garantire le attività qualora i sistemi gestionali informatici non siano utilizzabili
	GESTIONE DEI MATERIALI
B.1.1.4a45	I materiali ed i reagenti che influiscono sulla qualità e sulla sicurezza del sangue, degli emocomponenti e delle cellule staminali emopoietiche, compresi quelli impiegati per il loro confezionamento e trasporto, provengono da fornitori autorizzati, rispondono alla normativa vigente, sono qualificati prima del loro impiego, al fine di accertarne la idoneità rispetto all'uso previsto
B.1.1.4a46	Sono disponibili modalità standardizzate formalizzate per: verifica di conformità dei materiali e reagenti che influiscono sulla qualità e la sicurezza dei prodotti e delle prestazioni erogate segregazione dei materiali/reagenti difettosi, obsoleti o comunque non utilizzabili registrazione dei lotti e delle scadenze dei materiali e reagenti critici
B.1.1.4a47	I materiali ed i reagenti impiegati sono conservati in condizioni controllate e idonee a prevenire l'alterazione delle loro caratteristiche qualitative
	ACCORDI E RELAZIONI CON TERZI
B.1.1.4a48	Sono disponibili presso il Servizio Trasfusionale accordi formalizzati o convenzioni stipulati con terzi ai sensi di specifiche disposizioni normative o in relazione ad atti di programmazione regionale o nazionale, quali convenzioni con le Associazioni e Federazioni dei donatori di sangue, accordi con altre strutture trasfusionali per l'approvvigionamento e/o la cessione di sangue o emocomponenti, contratti con l'industria convenzionata per il frazionamento del plasma ed il ritorno corrispettivo di farmaci plasmaderivati
B.1.1.4a49	Sono formalizzati specifici accordi che regolamentano le attività esternalizzate, o comunque non direttamente gestite dal Servizio Trasfusionale in particolare: raccolta e confezionamento di sangue intero, emocomponenti e cellule staminali emopoietiche trasporto di sangue intero, emocomponenti o cellule staminali emopoietiche test di laboratorio finalizzati alla tutela della salute del donatore da effettuare in occasione delle donazioni e dei controlli periodici od occasionali dei donatori test di validazione biologica del sangue e degli emocomponenti obbligatori per legge effettuati presso altro Servizio Trasfusionale, nel rispetto della normativa vigente in materia di titolarità della esecuzione di tali test attività inerenti alle cellule staminali emopoietiche che incidono sul livello di qualità delle stesse

Ista B1.14

	VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'
B.1.4a6.50	Sono disponibili procedure scritte per la gestione di: deviazioni di processo e non conformità di prodotto
	deroghe rispetto ai criteri definiti per la valutazione di idoneità dei donatori di cellule staminali emopoietiche periferiche e criteri di gestione del prodotto non conforme
	incidenti connessi alla raccolta, al controllo, alla lavorazione, alla conservazione, alla distribuzione e alla trasfusione/infusione di emocomponenti e cellule staminali emopoietiche
	reazioni indesiderate associate alla raccolta e alla trasfusione/infusione di emocomponenti e cellule staminali emopoietiche
	eventi indesiderati evitati (near miss)
B.1.4a6.51	Tutte le rilevazioni e le segnalazioni, con particolare riferimento a quelle relative a reazioni indesiderate gravi o ad incidenti gravi, attribuibili alla qualità ed alla sicurezza del sangue, degli emocomponenti e delle cellule staminali emopoietiche, sono documentate
B.1.4a6.52	Procedure scritte per l'eventuale ritiro di sangue, emocomponenti e cellule staminali emopoietiche. Tali procedure definiscono: le relative responsabilità, le misure da adottare allo scopo di identificare il donatore coinvolto, rintracciare e recuperare le unità, eventualmente ancora presenti, prelevate allo stesso donatore, informare destinatari e ricevitori dei componenti prelevati dallo stesso donatore nel caso di una esposizione ad un rischio
B.1.4a6.53	Procedure per la notifica alle autorità competenti di tutti gli incidenti e reazioni indesiderate gravi correlati alla raccolta, all'esecuzione di test, alla lavorazione, allo stoccaggio, alla distribuzione o alla trasfusione di emocomponenti
B.1.4a6.54	Annualmente viene predisposto e trasmesso alle autorità competenti, conformemente alla normativa vigente, un rapporto completo delle reazioni indesiderate gravi e degli incidenti gravi rilevati
B.1.4a6.55	E' individuato dal responsabile del Servizio Trasfusionale un Referente per l'Emovigilanza tra i medici operanti all'interno del Servizio Trasfusionale
B.1.4a6.56	Sistema che garantisce l'avvio di azioni correttive e preventive in caso di: deviazioni di processo, non conformità dei prodotti, incidenti e reazioni indesiderate, eventi indesiderati evitati (near miss), situazioni di non conformità emerse a seguito delle attività di auditing interno
B.1.4a6.57	Vengono effettuati periodicamente audit interni della qualità su tutte le fasi operative, allo scopo di verificare la rispondenza alle disposizioni normative vigenti, agli standard e alle procedure definite, influenti sulla qualità e sicurezza dei prodotti e servizi erogati
B.1.4a6.58	La direzione del Servizio Trasfusionale effettua periodiche revisioni dei risultati relativi ai le revisioni hanno lo scopo di individuare eventuali problemi di qualità che richiedono l'avvio di azioni correttive o di evidenziare tendenze sfavorevoli che richiedono azioni preventive prodotti e alla attività svolta
	SISTEMA INFORMATIVO
B.1.4a6.59	Il Servizio Trasfusionale garantisce la raccolta completa dei dati e delle informazioni previsti dal debito nei confronti della struttura sovraordinata. Tale raccolta è conforme alla normativa vigente ed alle indicazioni delle autorità competenti a livello regionale e nazionale
B.1.4a6.60	Documenti che specificano la responsabilità nella rilevazione dei dati, le modalità di verifica della loro qualità, della loro completezza e le modalità di diffusione
	PROGRAMMAZIONE DELLA RACCOLTA DEL SANGUE E DEGLI EMOCOMPONENTI
B.1.4a6.61	Criteri e modalità documentate per la programmazione della raccolta di sangue intero ed emocomponenti, definiti in collaborazione con le Associazioni e Federazioni dei donatori di sangue in relazione alla programmazione regionale

Ista B1.14

	SENSIBILIZZAZIONE, INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE DEL DONATORE DI SANGUE ED EMOCOMPONENTI
B.1.4a6.02	Viene garantito ai donatori, in collaborazione con le Associazioni e Federazioni dei donatori di sangue, adeguato materiale informativo in merito: alle caratteristiche essenziali del sangue, degli emocomponenti e dei prodotti emoderivati, ai benefici che i pazienti possono ricavare dalla donazione, alle malattie infettive trasmissibili, ai comportamenti e stili di vita che possono pregiudicare la sicurezza del ricevente e del donatore
	SELEZIONE DEL DONATORE DI SANGUE ED EMOCOMPONENTI
B.1.4a6.03	Linee guida/protocolli scritti che definiscono, in conformità alla normativa vigente: criteri e modalità per l'accertamento dell'idoneità del donatore alla donazione di sangue ed emocomponenti, modalità di svolgimento delle procedure di selezione
B.1.4a6.04	Linee guida/protocolli scritti definiti in conformità alla normativa vigente per: gli accertamenti diagnostici da effettuare in occasione di ogni donazione di sangue ed emocomponenti, i controlli periodici a tutela della salute del donatore
B.1.4a6.05	Sono documentati: gli accertamenti diagnostici pre-donazione, il giudizio finale di idoneità alla donazione, i controlli periodici dei donatori di sangue ed emocomponenti
B.1.4a6.06	E' identificabile il medico responsabile della selezione che ha effettuato la valutazione finale di idoneità del donatore alla donazione di sangue ed emocomponenti
B.1.4a6.07	Consenso informato del donatore in conformità alla normativa vigente acquisito prima della donazione
B.1.4a6.08	Modalità standardizzate formalizzate per la comunicazione al donatore degli esiti degli accertamenti effettuati in occasione della donazione tali procedure fanno particolare riferimento a qualsiasi risultato anomalo emerso dalle indagini diagnostiche effettuate, dall'esclusione temporanea, del richiamo, della riammissione e dell'esclusione definitiva
B.1.4a6.09	Modalità standardizzate formalizzate per la gestione del donatore non idoneo. L'effettuazione di indagini retrospettive su donatori risultati positivi alla ricerca di marcatori di malattie trasmissibili con la trasfusione, su donatori coinvolti in casi di presunta trasmissione di infezione con la trasfusione, su donatori coinvolti in altre reazioni trasfusionali indesiderate gravi
	SELEZIONE DEL DONATORE DI CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE (CSE)
B.1.4a6.20	Linee guida/protocolli scritti, che definiscono criteri e modalità per l'accertamento dell'idoneità del donatore alla donazione di cellule staminali emopoietiche (CSE) conformi alla normativa vigente ed agli specifici standard trapiantologici definiti di concerto con le Unità di trapianto emopoietico interessate
B.1.4a6.71	Documentazione degli accertamenti diagnostici pre-donazione e giudizio finale di idoneità alla donazione di CSE firmata dal medico del Servizio Trasfusionale responsabile della selezione, in relazione a specifici protocolli/linee guida condivisi con le Unità di trapianto emopoietiche interessate
B.1.4a6.72	Consenso informato del donatore alla donazione di CSE, acquisito prima della donazione, in conformità alla normativa vigente in relazione a: destinazione della CSE (uso terapeutico, uso per sperimentazione clinica, eliminazione in caso di non utilizzo per lo scopo a cui erano destinati), con i risultati ad avvenute di eventuali esiti anomali degli accertamenti previsti, nel caso in cui l'idoneità del donatore sia nota al ricevente (es. donatore familiare), alla somministrazione di fattori di crescita stimolanti la proliferazione e mobilitazione di CSE
B.1.4a6.73	Procedure scritte per la comunicazione al donatore degli esiti degli accertamenti effettuati in occasione della donazione di CSE, con particolare riferimento a qualsiasi risultato anomalo emerso dalle indagini diagnostiche effettuate
B.1.4a6.74	Per la donazione di CSE, si fa anche riferimento alle disposizioni normative in materia di tessuti e cellule umani

Ista B1.14

B.1.4a1.75	<p>RACCOLTA SANGUE INTERO, EMOCOMPONENTI E CSE PERIFERICHE</p> <p>Modalità standardizzate formalizzate per lo svolgimento delle attività di raccolta di sangue, emocomponenti e, ove applicabile, di CSE periferiche, conformi alla normativa vigente, garantiscono la qualità e la sicurezza dei prodotti, garantiscono la sicurezza dei donatori e degli operatori. In particolare per la verifica sicura dell'identità del donatore e la sua corretta registrazione. L'ispezione dei dispositivi impiegati per la raccolta di sangue intero, emocomponenti e CSE periferiche, al fine di accertare l'assenza di difetti e/o alterazioni, preliminarmente e successivamente al prelievo, la detersione e disinfezione della cute precedenti la venipuntura finalizzata alla donazione del sangue intero, degli emocomponenti e delle CSE periferiche, la reidentificazione positiva del donatore immediatamente prima della venipuntura, l'esecuzione di una seconda venipuntura, se necessaria, l'effettuazione della raccolta allogena o autologa delle unità di sangue intero, di emocomponenti e di CSE periferiche, il controllo delle unità a fine procedura ed i criteri di valutazione della loro utilizzabilità in caso di interruzioni occorse durante le procedure di raccolta o nel caso in cui siano stati superati i tempi massimi di prelievo previsti dalla normativa vigente, il trattamento, la conservazione ed il trasporto delle unità di sangue, emocomponenti e CSE periferiche raccolte, tali da preservare le caratteristiche del prodotto in modo adeguato alle esigenze delle successive lavorazioni, la conservazione ed invio dei campioni per le indagini di laboratorio prelevati al momento della raccolta, l'invio al laboratorio di processazione, da parte del personale che ha effettuato la raccolta di CSE periferiche, di una relazione contenente le informazioni relative al prelievo definite dalla normativa vigente, l'identificazione documentata</p>	
B.1.4a2.76	<p>Identificazione con un codice univoco correlato ad ogni unità di sangue, emocomponenti o CSE raccolta e ad ogni unità lavorata, conformemente alla normativa vigente del Servizio Trasfusionale e delle eventuali articolazioni organizzative presso le quali viene effettuata la raccolta di sangue e di emocomponenti</p>	
B.1.4a3.77	<p>Sistema di identificazione ed etichettatura che assicura: l'univoca identificazione di ogni donatore, unità di sangue, emocomponente, sacca satellite dei sistemi di prelievo (prima della raccolta), frazione di emocomponenti, emocomponente assemblato, unità di CSE e campione biologico associato alla donazione, il loro collegamento univoco alle registrazioni relative al donatore</p>	
B.1.4a4.78	<p>Almeno un infermiere e la disponibilità di un medico del Servizio Trasfusionale durante la procedura di donazione, al fine di garantire assistenza adeguata anche in caso di complicazioni o di reazioni indesiderate</p>	
	<p>REGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI CON LE UNITÀ DI RACCOLTA GESTITE DA ASSOCIAZIONI E FEDERAZIONI DONATORI SANGUE</p>	
B.1.4a5.79	<p>Le convenzioni/atti contrattuali che regolamentano i rapporti fra il Servizio Trasfusionale e le Unità di Raccolta ad esso collegate prevedono specificatamente l'affidamento al Servizio Trasfusionale della responsabilità tecnica delle Unità di Raccolta stesse</p>	
B.1.4a6.80	<p>Protocolli/accordi scritti che regolamentano i rapporti fra il Servizio Trasfusionale e le Unità di Raccolta ad esso collegate che definiscono:</p>	
	<p>qualifiche e competenze professionali necessarie per le attività di raccolta del sangue intero e degli emocomponenti presso le Unità di Raccolta</p>	
	<p>livello di informazione ed educazione da fornire ai donatori</p>	
	<p>modalità operative per la gestione e selezione dei donatori e per la raccolta di sangue intero ed emocomponenti</p>	
	<p>modalità operative per la conservazione, il confezionamento e il trasporto al Servizio Trasfusionale delle unità raccolte</p>	
	<p>attività di controllo/monitoraggio della qualità dei prodotti e delle attività da garantire</p>	
	<p>modalità operative per la gestione delle apparecchiature e dei materiali da impiegare per la raccolta e la conservazione temporanea del sangue e degli emocomponenti</p>	
	<p>flussi informativi previsti</p>	
B.1.4a3.81	<p>Modalità standardizzate e formalizzate per il controllo ed il monitoraggio, da parte del Servizio Trasfusionale, delle attività svolte dalle Unità di Raccolta ad esso collegate e del sangue intero e degli emocomponenti raccolti dalle stesse, l'avvio di eventuali azioni correttive e preventive</p>	

/Ista B1.14

LAVORAZIONE, QUALIFICAZIONE BIOLOGICA E VALIDAZIONE SANGUE ED EMOCOMPONENTI	
5.1.4a62	Tutto il sangue intero allogeneico raccolto viene sottoposto a separazione in emocomponenti eventuali deviazioni sono documentate e motivate
5.1.4a63	Modalità standardizzate per lo svolgimento delle attività di lavorazione del sangue e degli emocomponenti destinati ad uso trasfusionale conformi alla normativa vigente, preventivamente convalidate, riconvalidate ad intervalli periodici e a seguito di modifiche rilevanti introdotte nel processo
5.1.4a64	La produzione di plasma da inviare alla lavorazione farmaceutica viene effettuata in conformità alla normativa nazionale vigente, ai requisiti stabiliti dalle norme comunitarie inerenti al plasma come materia prima per la produzione di farmaci plasmaderivati
5.1.4a65	Modalità standardizzate per lo svolgimento delle attività di produzione di emocomponenti per uso non trasfusionale (Es, gel piastrinico, colla di fibrina, etc.)
5.1.4a66	Modalità standardizzate e formalizzate per il congelamento del plasma prodotto e per la sua conservazione successiva al congelamento conformi alla normativa vigente, preventivamente convalidate, riconvalidate ad intervalli periodici e a seguito di modifiche rilevanti introdotte nel processo
5.1.4a67	Modalità standardizzate e formalizzate per le attività, ove applicabili, di congelamento e scongelamento dei globuli rossi e delle piastine per uso trasfusionale conformi alla normativa vigente, preventivamente convalidate, riconvalidate ad intervalli periodici ed a seguito di modifiche rilevanti introdotte nel processo
5.1.4a68	Modalità standardizzate e formalizzate per la pianificazione ed esecuzione dei controlli di qualità degli emocomponenti prodotti, in riferimento a quanto previsto dalla normativa vigente, il campionamento per i controlli di qualità degli emocomponenti è statisticamente rappresentativo dei volumi di emocomponenti prodotti
5.1.4a69	Modalità standardizzate e formalizzate che regolamentano le attività di qualificazione biologica degli emocomponenti allogeneici, in applicazione di quanto definito dalla normativa vigente
5.1.4a70	Le modalità di effettuazione dei test previsti dalla normativa vigente per la qualificazione biologica del sangue e degli emocomponenti sono normalizzate, convalidate prima della loro introduzione, riconvalidate ad intervalli periodici e a seguito di modifiche rilevanti e deterministiche.
	la gestione di anomalie e discrepanze dei risultati analitici rispetto ai valori di riferimento
	la ripetizione delle indagini a fronte di test inizialmente reattivi e l'esecuzione di appropriati test di conferma a fronte di test ripetutamente reattivi
	la gestione del donatore con risultati positivi, compresa la comunicazione delle relative informazioni ed il suo inserimento nel follow up clinico
	misure atte a garantire che il sangue e gli emocomponenti i cui test di screening siano ripetutamente reattivi vengano esclusi dall'uso terapeutico e dalla consegna all'industria, tali prodotti sono conservati in appositi contenitori
5.1.4a91	La trasmissione dei dati analitici relativi ai suddetti test dai sistemi diagnostici ai sistemi gestionali informatici è effettuata con procedure che escludono passaggi di trascrizione manuale
5.1.4a92	Modalità standardizzate e formalizzate per i test di immunematologia eritrocitaria che prevedono specifiche modalità operative, controlli ed algoritmi decisionali per le indagini immunematologiche in caso di prima donazione e di esposizione potenzialmente immunizzante
5.1.4a93	Modalità standardizzate e formalizzate che regolamentano le attività di validazione degli emocomponenti allogeneici, in applicazione di quanto definito dalla normativa vigente
5.1.4a94	Prima della loro validazione, le unità di sangue e di emocomponenti devono essere bloccate operativamente e conservate in spazi separati rispetto alle unità già validate

/ista B1,14

B.1.1.4a.95	Registrazioni dell'evidenza che, preliminarmente alla validazione delle unità di sangue e di emocomponenti tutti gli elementi di registrazione documentale, di ammissibilità anamnestica e medica e di indagine diagnostica, soddisfano l'insieme dei criteri di autorizzazione al loro impiego clinico o industriale previsti dalla normativa vigente	
B.1.1.4a.96	Tutte le unità di sangue e di emocomponenti sono validate da dirigenti specificamente autorizzati da parte del responsabile del Servizio Trasfusionale	le unità di emocomponenti che non hanno superato tale controllo non sono assegnate, consegnate o distribuite
B.1.1.4a.97	Controllo oggettivo informatizzato su tutte le unità di sangue e di emocomponenti validate della corrispondenza univoca fra l'etichetta di prelievo e l'etichetta di validazione	
B.1.1.4a.98	Per la processazione, il controllo ed il rilascio di CSE, si fa riferimento alle specifiche normative vigenti in materia di cellule e tessuti umani	
B.1.1.4a.99	ETICHETTATURA	
B.1.1.4a.100	Sistema di etichettatura delle unità di sangue, di emocomponenti e di CSE periferiche raccolte, degli emocomponenti intermedi e di quelli finali che assicura la presenza delle informazioni necessarie alla loro identificazione previste dalla normativa vigente	
B.1.1.4a.101	Le etichette sono generate dai sistemi gestionali informativi con garanzia di associazione univoca tra donatore, unità, risultati analitici e, in fase di assegnazione e consegna, tra donatore e ricevente	
B.1.1.4a.102	L'etichettatura delle unità autologhe di sangue, emocomponenti e CSE è conforme alle prescrizioni della normativa vigente	
B.1.1.4a.103	L'etichettatura dei campioni biologici per i test analitici sui donatori garantisce l'univoca associazione con i donatori e le donazioni cui i campioni stessi sono associati	
B.1.1.4a.104	Le etichette utilizzate sono idonee allo specifico impiego secondo la normativa vigente	
B.1.1.4a.105	L'etichettatura è effettuata con modalità ed in ambienti che minimizzano il rischio di scambi ed errori	
B.1.1.4a.106	ASSEGNAZIONE, CONSEGNA E DISTRIBUZIONE SANGUE ED EMOCOMPONENTI Documenti, destinati alle strutture di diagnosi e cura che fanno riferimento al Servizio Trasfusionale approvati e diffusi dal Comitato per il buon uso del sangue secondo quanto definito dalla normativa vigente, che definiscono le modalità e/o i criteri:	
	con cui il Servizio Trasfusionale assicura la consulenza trasfusionale	
	per l'assegnazione degli emocomponenti in routine e in urgenza-emergenza	
	per l'identificazione univoca del paziente e dei campioni biologici destinati ai test di compatibilità pre-trasfusionale ai fini dell'abbinamento univoco tra richiesta trasfusionale, paziente e campioni	
	per l'invio delle richieste trasfusionali e dei relativi campioni biologici per i test di compatibilità pre-trasfusionale	
	per il ritiro e trasporto delle unità di emocomponenti	
	per la gestione degli emocomponenti all'interno delle strutture	
	per la effettuazione delle trasfusioni di emocomponenti, con particolare riferimento alla identificazione univoca del paziente, all'abbinamento certo dello stesso con le unità di emocomponenti da trasfondere, nonché alla definizione delle specifiche responsabilità	
	per la restituzione al Servizio Trasfusionale delle unità di emocomponenti non trasfuse	
	per la gestione delle attestazioni comprovanti gli esiti della trasfusione, compresa la segnalazione di incidenti, reazioni indesiderate ed eventi avversi evitabili (near miss), correlati al percorso trasfusionale	
	per l'accesso ai servizi di emoteca collegati, ove esistenti	

/lista B1.14

B.1.14a.106	Raccomandazioni linee guida per l'utilizzo appropriato degli emocomponenti e dei farmaci plasmaderivati destinate alle strutture di diagnosi e cura che fanno riferimento al Servizio Trasfusionale approvato dal Comitato per il controllo del sangue e delle cellule staminali da sangue cordonale, formalmente diffuse alle suddette strutture a cura della direzione sanitaria
B.1.14a.107	Modalità standardizzate e formalizzate per le attività di assegnazione e consegna delle unità di sangue e di emocomponenti e per il loro eventuale rientro conformi alla normativa vigente e preventivamente convalidate ed in particolare per:
	valutazione della appropriatezza delle richieste trasfusionali
	selezione delle unità da assegnare, in regime di routine o di emergenza-urgenza
	scelta delle indagini finalizzate ad accertare la compatibilità tra donatore e ricevente
	attivazione di meccanismi idonei a garantire la verifica della destinazione finale di ogni unità consegnata
	gestione della restituzione delle unità non trasfuse al Servizio e delle attestazioni comprovanti la loro integrità e corretta conservazione
	gestione delle segnalazioni di reazioni indesiderate o incidenti correlati alla trasfusione, deviazioni di processo e near miss ricevute
	assegnazione/consegna delle unità in caso di blocco o malfunzionamento del sistema gestionale informatico
	assegnazione e consegna di farmaci plasmaderivati, ove applicabile
B.1.14a.108	Il Servizio Trasfusionale garantisce le attività di assegnazione e consegna delle unità di emocomponenti H24
B.1.14a.109	Documenti che definiscono la consistenza qualitativa-quantitativa delle scorte di emocomponenti, in relazione ai fabbisogni pianificati e alle strutture/ricollezioni collegate al Servizio Trasfusionale
B.1.14a.110	Modalità standardizzate e formalizzate conformi alla normativa vigente e preventivamente convalidate per le attività di distribuzione delle unità di emocomponenti ad altri Servizi Trasfusionali e per l'invio del plasma all'industria convenzionata per la lavorazione farmaceutica del plasma
B.1.14a.111	Le attività di confezionamento e consegna del plasma destinato all'industria, ivi incluse le certificazioni generali dei lotti di plasma e quelle per singola unità associate alle consegne, sono effettuate in conformità alle disposizioni normative e linee guida nazionali e comunitarie vigenti
	CONSERVAZIONE E TRASPORTO SANGUE ED EMOCOMPONENTI
B.1.14a.112	Modalità standardizzate e formalizzate per la conservazione, il confezionamento ed il trasporto del sangue e degli emocomponenti per qualunque uso siano destinati che garantiscono il mantenimento delle caratteristiche biologiche, qualitative del sangue e degli emocomponenti durante l'intero periodo di stoccaggio, la tutela della sicurezza degli operatori e dell'ambiente che definiscono anche la gestione delle unità scadute e delle unità a carico della quali, durante la conservazione ed il trasporto, siano rilevate anomalie che ne compromettono l'utilizzabilità
B.1.14a.113	Le unità autologhe e le unità raccolte e preparate per scopi specifici sono conservate separatamente
	RINTRACCIABILITA'
B.1.14a.114	Sistema di rintracciabilità che consente di stabilire dove e in che fase di lavorazione si trovano il sangue, gli emocomponenti e le cellule staminali emopoietiche
B.1.14a.115	Rintracciabilità di tutte le informazioni atte a ricostruire il percorso trasfusionale, dalla donazione alla trasfusione, mediante accurate procedure di identificazione, di registrazione e di etichettatura conformi alla normativa vigente

B1.14 – STRUTTURE DI MEDICINA TRASFUSIONALE

Unità di Raccolta del Sangue e degli Emocomponenti – B1.14b

	Testo	Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI		
B.1.14b.1	L'Unità di Raccolta fissa dispone di locali idonei all'uso previsto che consentono lo svolgimento delle diverse attività in ordine logico contengono il rischio di errori, minimizzano il rischio di contaminazioni con operazioni di pulizia e manutenzione	I locali e gli spazi dell'unità di raccolta, data la peculiarità di tempi e modalità di utilizzo, possono essere destinati in giorni diversi ad altra attività sanitaria, anche per conto di altro titolare
B.1.14b.2	Nelle Unità di Raccolta fissa è garantita l'idoneità dei locali prima dell'utilizzo, ad intervalli regolari, a seguito di modifiche rilevanti	
	Sono presenti almeno:	
B.1.14b.2	area per attesa e accettazione dei donatori di sangue e di emocomponenti	
B.1.14b.3	locale destinato al colloquio e alla valutazione delle condizioni generali di salute del donatore per la definizione del giudizio di idoneità alla donazione che garantisce il diritto del donatore alla privacy e la confidenzialità necessaria per una corretta e completa acquisizione delle informazioni anamnestiche rilevanti ai fini della sicurezza dei prodotti del sangue	
B.1.14b.4	locale destinato alla raccolta di sangue intero e, ove applicabile, di emocomponenti da aferesi strutturato in modo tale da salvaguardare la sicurezza dei donatori e del personale e da prevenire errori nelle Modalità standardizzate di raccolta	
B.1.14b.5	area destinata al riposo/ristoro post-donazione	
B.1.14b.6	area per lo stoccaggio differenziato e sicuro dei materiali e dei dispositivi da impiegare	
B.1.14b.7	area destinata a deposito temporaneo sicuro dei residui, dei materiali e dispositivi utilizzati, del sangue e degli emocomponenti a qualunque titolo scartati,	
B.1.14b.8	servizi igienici in relazione alle disposizioni normative vigenti in materia di strutture sanitarie	
	UNITÀ DI RACCOLTA MOBILI	
B.1.14b.9	Le Unità di Raccolta mobili (autoemoteche) devono avere dimensioni e caratteristiche adeguate per lo svolgimento delle diverse attività in ordine logico, contenere il rischio di errori, minimizzare il rischio di contaminazioni con operazioni di pulizia e manutenzione	
B.1.14b.10	Nelle Unità di Raccolta mobili è garantita l'idoneità dei locali prima dell'utilizzo, ad intervalli regolari, a seguito di modifiche rilevanti	
	Deve contenere almeno:	
B.1.14b.11	area di accettazione	
B.1.14b.12	locale destinato al colloquio e alla valutazione delle condizioni generali di salute del donatore che garantisce il diritto del donatore alla privacy e la confidenzialità necessaria	
B.1.14b.13	area destinata alla raccolta di sangue intero e, ove applicabile, di emocomponenti da aferesi, è strutturata in modo tale da salvaguardare la sicurezza dei donatori e del personale e da prevenire errori nelle Modalità standardizzate e formalizzate di raccolta	

B.1.14b.14	spazio per lo stoccaggio del materiale e dei dispositivi da impiegare	
B.1.14b.15	spazio per il deposito temporaneo sicuro dei residui, dei materiali e dispositivi utilizzati, del sangue e degli emocomponenti a qualunque titolo scartati	
B.1.14b.16	adeguata illuminazione, ventilazione e climatizzazione	
B.1.14b.17	adeguata alimentazione elettrica	
B.1.14b.18	lavabo per il lavaggio delle mani	
B.1.14b.19	adeguati strumenti di comunicazione con il Servizio Trasfusionale cui l'unità mobile afferisce	
B.1.14b.20	Per le Unità di Raccolta mobili devono essere assicurate soluzioni per l'attesa ed il riposo/ristoro dei donatori in condizioni adeguate	
REQUISITI TECNOLOGICI		
B.1.14b.21	Sono utilizzati dispositivi di prelievo dedicati allo specifico impiego e conformi alla normativa vigente per la raccolta di sangue intero ed emocomponenti	
B.1.14b.22	Sono utilizzati esclusivamente sistemi di prelievo del sangue intero e degli emocomponenti che garantiscono la prevenzione del rischio di contaminazione microbica (quali ad esempio la deviazione del primo volume di sangue raccolto)	
B.1.14b.23	I letini o poltrone da prelievo utilizzati per la raccolta di sangue intero ed emocomponenti garantiscono le basilari manovre di primo soccorso	
B.1.14b.24	Il numero di apparecchi per la determinazione della concentrazione emoglobinica pre-donazione è tale da garantire il <i>back-up</i>	
B.1.14b.25	Per la raccolta del sangue intero sono utilizzate bilance automatizzate basculanti che garantiscono la corretta miscelazione del sangue raccolto con l'anticoagulante	e' disponibile una bilancia automatizzata per ogni postazione attiva
B.1.14b.26	Per le attività di aferesi produttiva sono utilizzati separatori cellulari dotati di caratteristiche prestazionali che garantiscono il massimo grado di sicurezza per il donatore, la qualità dei prodotti finali, il soddisfacimento dei requisiti relativi alla raccolta degli emocomponenti da aferesi previsti dalla normativa vigente	
B.1.14b.27	E' garantita la dotazione per la gestione delle emergenze cliniche prevista dalla normativa vigente	
B.1.14b.28	Sistemi per la saldatura dei circuiti di raccordo dei sistemi di prelievo idonei a prevenire il rischio di contaminazione microbica in fase di raccolta	
B.1.14b.29	Apparecchiatura per la conservazione a temperatura controllata del sangue e degli emocomponenti raccolti, in relazione alle specifiche indicazioni del responsabile del Servizio Trasfusionale cui l'Unità di Raccolta afferisce	
B.1.14b.30	Le apparecchiature destinate alla conservazione del sangue e degli emocomponenti sono dotate:	
	di un sistema di controllo e di registrazione della temperatura, nonché di allarme acustico e visivo in caso di escursioni anomale rispetto alle temperature di esercizio definite	
	di dispositivi di allarme remotizzato sia acustici che visivi o di equivalenti strumenti di allerta qualora esse siano tenute continuamente in esercizio e siano ubicate in locali o zone non costantemente presidiate da personale dell'Unità di Raccolta o da altro personale a ciò deputato	
B.1.14b.31	Dispositivi per il trasporto del sangue e degli emocomponenti che garantiscono l'integrità e la preservazione delle proprietà biologiche dei prodotti preventivamente convalidati e periodicamente riconvalidati per la capacità di garantire le temperature di esercizio definite secondo le specifiche ed indicazioni tecniche del Servizio Trasfusionale cui l'Unità di Raccolta afferisce	
B.1.14b.32	Tutte le dotazioni tecnologiche sono conformi alle indicazioni e caratteristiche tecniche fornite dal responsabile del Servizio Trasfusionale cui la Unità di Raccolta afferisce	

REQUISITI ORGANIZZATIVI	
	SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'
B.1.14b.33	Sistema di gestione per la qualità, in raccordo con il sistema di gestione per la qualità del Servizio Trasfusionale cui afferisce
B.1.14b.34	Funzione di Garanzia della qualità alla quale, indipendentemente da altre responsabilità, cui viene demandata la responsabilità della supervisione di tutti i processi che hanno influenza sulla qualità
B.1.14b.35	Modalità standardizzate per la conservazione e trasporto del sangue e degli emocomponenti, secondo le specifiche e le indicazioni tecniche del Servizio Trasfusionale cui l'Unità di Raccolta afferisce sono convalidate prima di essere introdotte, riconvalidate ad intervalli regolari e a seguito di modifiche rilevanti
B.1.14b.36	Sistema di gestione e controllo della documentazione che garantisce la disponibilità di Modalità standardizzate e formalizzate e specifiche aggiornate, eventuali modifiche della documentazione sono datate e firmate da persona autorizzata
B.1.14b.37	Sistema di gestione delle registrazioni e dei dati previsti dalle normative vigenti che garantisce la produzione, l'aggiornamento, la protezione e la conservazione secondo i criteri definiti dalle normative vigenti
B.1.14b.38	Cartella del donatore compilata, per ogni donatore di sangue ed emocomponenti, conservata ed archiviata secondo i criteri definiti dalla normativa vigente
	PERSONALE E ORGANIZZAZIONE
B.1.14b.39	Responsabile dell'Unità di Raccolta, designato dall'Associazione o Federazione dei donatori di sangue titolare dell'autorizzazione all'esercizio delle attività, conformemente alla normativa vigente, il cui nominativo è comunicato alle autorità competenti della regione/provincia autonoma e al Servizio Trasfusionale cui l'Unità di Raccolta afferisce
B.1.14b.40	Sono descritte le competenze necessarie del personale che interviene nelle attività di raccolta di sangue e di emocomponenti
B.1.14b.41	Modalità standardizzate e formalizzate per la valutazione periodica della persistenza di tali competenze
B.1.14b.42	Il possesso della qualifica e delle competenze richieste è verificato e formalmente attestato dalla persona responsabile dell'Unità di Raccolta, sulla base delle indicazioni del Servizio Trasfusionale cui l'Unità di Raccolta afferisce, per ogni singolo operatore
B.1.14b.43	Istruzioni scritte con le norme igieniche da adottare per lo svolgimento delle specifiche attività
B.1.14b.44	Sono garantite mediante specifici percorsi formativi le competenze tecnico professionali per il personale medico ed infermieristico addetto alle attività di raccolta del sangue ed emocomponenti derivati previste dall'Accordo della Conferenza Stato Regioni 25 luglio 2016
	GESTIONE DELLE TECNOLOGIE
B.1.14b.45	Le apparecchiature impiegate per la raccolta e per la conservazione del sangue e degli emocomponenti sono qualificate nell'ambito di modalità standardizzate e formalizzate convalidate, con riferimento alle indicazioni del responsabile del Servizio Trasfusionale cui l'Unità di Raccolta afferisce prima della loro introduzione, ad intervalli prestabiliti, a fronte di modifiche rilevanti
B.1.14b.46	Sono documentate le specifiche applicabili e le attività di controllo per le attrezzature critiche, con riferimento alle indicazioni del responsabile del Servizio Trasfusionale cui l'Unità di Raccolta afferisce ad esempio: apparecchiature per la raccolta di sangue e di emocomponenti, apparecchiature per la conservazione di sangue/emocomponenti, apparecchiature per la conservazione di sangue/emocomponenti, apparecchiature per la conservazione di materiali e farmaci, apparecchiature per misurazione e controllo
B.1.14b.47	Sistemi gestionali informatici (hardware, software, Modalità standardizzate e formalizzate di back-up) impiegati a supporto delle attività di raccolta di sangue ed emocomponenti adottati previa convalidazione con il responsabile del Servizio Trasfusionale cui l'Unità di Raccolta afferisce, convalidati prima dell'uso e sottoposti a controlli almeno annuali di affidabilità e periodicamente a manutenzione al fine del mantenimento dei requisiti e delle prestazioni previsti

B.1.14b.48	Manuali o istruzioni scritte per l'uso dei sistemi gestionali informatici impiegati per la raccolta di sangue ed emocomponenti	
B.1.14b.49	Sono adottati meccanismi che prevengono usi non autorizzati o modifiche non ammesse dei sistemi gestionali informatici impiegati nell'ambito dell'erogazione del servizio, conformemente a quanto previsto dalla normativa vigente	
B.1.14b.50	Sono effettuati backup delle informazioni e dei dati a intervalli prestabiliti al fine di prevenire perdite o alterazioni degli stessi in caso di tempi inattivi, previsti o imprevisi, o di difetti di funzionamento dei sistemi gestionali informatici impiegati per l'erogazione del servizio	
B.1.14b.51	Modalità standardizzate e formalizzate per garantire le attività qualora i sistemi gestionali informatici non siano utilizzabili	
		GESTIONE DEI MATERIALI
B.1.14b.52	I materiali ed i reagenti che influiscono sulla qualità e sulla sicurezza del sangue e degli emocomponenti, compresi quelli impiegati per il loro confezionamento e trasporto provengono da fornitori autorizzati, ove applicabile, rispondono alla normativa vigente, sono qualificati prima del loro impiego, al fine di accertarne la idoneità rispetto all'uso previsto	
	Modalità standardizzate e formalizzate per le attività di:	
B.1.14b.53	verifica di conformità dei materiali che influiscono sulla qualità e la sicurezza dei prodotti e delle attività	
B.1.14b.54	segregazione in aree dedicate dei materiali difettosi, obsoleti o comunque non utilizzabili	
B.1.14b.55	registrazione dei lotti e delle scadenze dei materiali critici	
B.1.14b.56	I materiali ed i reagenti impiegati sono conservati in condizioni controllate e idonee a prevenire l'alterazione delle loro caratteristiche qualitative	
		ACCORDI E RELAZIONI CON TERZI
B.1.14b.57	Sono formalizzati specifici accordi che regolamentano eventuali attività esternalizzate consentite dalla normativa vigente	
		VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'
B.1.14b.58	Modalità standardizzate e formalizzate scritte per la gestione di:	
	deviazioni di processo e non conformità di prodotto	
	incidenti connessi alla raccolta di sangue intero ed emocomponenti	
	reazioni indesiderate associate alla raccolta di sangue intero ed emocomponenti	
	eventi indesiderati evitati (<i>near miss</i>)	
B.1.14b.59	Tutte le reazioni indesiderate gravi e gli incidenti gravi correlati alle attività di raccolta di sangue intero ed emocomponenti sono documentati, gestiti e notificati al Servizio Trastusionale di riferimento secondo le indicazioni ricevute dal Servizio stesso	
B.1.14b.60	Sistema che garantisce l'avvio di azioni correttive e preventive in caso di deviazioni di processo, non conformità del sangue e degli emocomponenti raccolti, incidenti e reazioni indesiderate, eventi indesiderati evitati (<i>near miss</i>), situazioni di non conformità emerse a seguito delle attività di auditing interno	
B.1.14b.61	Vengono effettuati periodicamente, in raccordo con la funzione qualità del Servizio Trastusionale cui l'Unità di Raccolta afferisce, audit interni della qualità per verificare la rispondenza alle disposizioni normative vigenti, agli standard e alle Modalità standardizzate e formalizzate definite, influenti sulla qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti raccolti e dei servizi erogati	
B.1.14b.62	Il responsabile dell'Unità di Raccolta effettua periodiche revisioni dei risultati relativi ai prodotti e alle attività svolte per individuare eventuali problemi di qualità che richiedono l'avvio di azioni correttive o di evidenziare tendenze sfavorevoli che richiedono azioni preventive	

S.1.14b.65	<p style="text-align: center;">SISTEMA INFORMATIVO</p> <p>Sistema informativo dell'Unità di Raccolta che assicura la raccolta e la trasmissione al Servizio Trasfusionale di riferimento, conformemente alla normativa vigente di tutti i dati e le informazioni di pertinenza, di ogni altra informazione inerente alle attività svolte richiesta dal responsabile del Servizio Trasfusionale stesso</p>
S.1.14b.66	<p style="text-align: center;">REGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI CON IL SERVIZIO TRASFUSIONALE DI RIFERIMENTO</p> <p>Le convenzioni contrattuali che regolamentano i rapporti fra il Servizio Trasfusionale e l'Unità di Raccolta ad esso collegata prevedono che la stessa opera sotto la responsabilità tecnica del Servizio Trasfusionale cui essa riferisce</p>
S.1.14b.67	<p>L'Unità di Raccolta ha acquisito dal Servizio Trasfusionale di riferimento modalità standardizzate e formalizzate che descrivono:</p> <p>qualifiche e competenze professionali necessarie per le attività di raccolta del sangue intero e degli emocomponenti presso l'Unità di Raccolta</p>
	<p>livello di informazione ed educazione da fornire ai donatori</p>
	<p>modalità operative per la gestione e selezione dei donatori e per la raccolta di sangue intero ed emocomponenti</p>
	<p>modalità operative per la conservazione e l'invio al Servizio delle unità raccolte</p>
	<p>attività di controllo/monitoraggio della qualità dei prodotti e delle attività da garantire</p>
	<p>modalità operative per la gestione delle apparecchiature da impiegare per la raccolta e della friggemolche in dotazione alle Unità di Raccolta</p>
	<p>modalità operative per la gestione dei materiali da impiegare per la raccolta e la conservazione del sangue e degli emocomponenti</p>
	<p>flussi informativi previsti</p>
	<p style="text-align: center;">PROGRAMMAZIONE DELLA RACCOLTA DEL SANGUE E DEGLI EMOCOMPONENTI</p>
S.1.14b.68	<p>L'unità di Raccolta fissa e mobile effettua la propria attività seguendo la programmazione concordata con il servizio trasfusionale e approvata dal centro regionale sangue con cadenza almeno annuale</p>
S.1.14b.67	<p>Documenti che descrivono criteri e modalità per la programmazione della raccolta di sangue intero ed emocomponenti presso l'Unità di Raccolta i documenti sono definiti in collaborazione con il Servizio Trasfusionale di riferimento in relazione alla programmazione regionale</p>
S.1.14b.68	<p style="text-align: center;">SENSIBILIZZAZIONE, INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE DEL DONATORE</p> <p>Viene garantita ai donatori in collaborazione con il Servizio Trasfusionale di riferimento e secondo le indicazioni dello stesso adattare materiale informativo in merito alle caratteristiche essenziali del sangue degli emocomponenti e dei prodotti alle caratteristiche essenziali del sangue degli emocomponenti e dei prodotti emoderivati amoderivati alle malattie infettive trasmissibili, ai comportamenti e stili di vita che possono pregiudicare la sicurezza del ricevente e del donatore</p>
	<p style="text-align: center;">SELEZIONE DEL DONATORE DI SANGUE ED EMOCOMPONENTI</p>
S.1.14b.69	<p>Linee guida/protocolli scritti che definiscono, in conformità alla normativa vigente e alle indicazioni del responsabile del Servizio Trasfusionale di riferimento criteri e modalità per l'accertamento dell'idoneità del donatore alla donazione di sangue ed emocomponenti, modalità di svolgimento delle Modalità standardizzate e formalizzate di selezione</p>
S.1.14b.70	<p>Il medico responsabile della selezione che ha effettuato la valutazione finale di idoneità del donatore alla donazione di sangue ed emocomponenti è identificabile</p>
S.1.14b.71	<p>Consenso informato del donatore in conformità alla normativa vigente acquisito prima della donazione</p>

B.1.14b/72	Linee guida/protocolli scritti definiti in conformità alla normativa vigente, e alle indicazioni del responsabile del Servizio Trasfusionale di riferimento per gli accertamenti diagnostici da effettuare in occasione di ogni donazione di sangue ed emocomponenti, i controlli periodici a tutela della salute del donatore.	
B.1.14b/73	Sono sistematicamente documentati: gli accertamenti diagnostici pre-donazione, il giudizio finale di idoneità alla donazione ed i risultati dei controlli periodici dei donatori di sangue ed emocomponenti	
B.1.14b/74	Modalità standardizzate e formalizzate per la comunicazione al donatore di qualsiasi risultato anormale emerso dalle indagini diagnostiche effettuate, dell'esclusione temporanea, del richiamo, della riammissione, dell'esclusione definitiva	se gli accordi con il servizio trasfusionale di riferimento prevedano la delega formalizzata di queste funzioni al responsabile dell'unità di raccolta
B.1.14b/75	Sono disponibili: Modalità standardizzate e formalizzate scritte per la gestione del donatore non idoneo	
B.1.14b/76	L'Unità di Raccolta fornisce la necessaria collaborazione al Servizio Trasfusionale di riferimento per l'effettuazione di indagini retrospettive (look back) su donatori risultati positivi alla ricerca dei marcatori di malattie trasmissibili con la trasfusione coinvolti in casi di presunta trasmissione di infezione con la trasfusione o in altre reazioni trasfusionali indesiderate gravi	
	RACCOLTA SANGUE INTERO, EMOCOMPONENTI E CSE PERIFERICHE	
B.1.14b/77	Modalità standardizzate e formalizzate scritte per lo svolgimento delle attività di raccolta di sangue ed emocomponenti conformi alla normativa vigente, definite secondo le indicazioni del Servizio Trasfusionale di riferimento, che garantiscono la qualità e la sicurezza dei prodotti e la sicurezza dei donatori e degli operatori. In particolare, ed in particolare:	
	la verifica sicura dell'identità del donatore e la sua corretta registrazione	
	l'ispezione dei dispositivi impiegati per la raccolta di sangue intero ed emocomponenti al fine di accertare l'assenza di difetti ed alterazioni, preliminarmente e successivamente al prelievo	
	la detersione e disinfezione della cute precedenti la venipuntura finalizzata alla donazione del sangue intero e degli emocomponenti	
	l'effettuazione della raccolta di sangue intero e di emocomponenti	
	il controllo delle unità a fine procedura ed i criteri di valutazione della loro utilizzabilità in caso di interruzioni occorse durante le Modalità standardizzate e formalizzate di raccolta	
	le modalità di conservazione ed invio dei campioni per le indagini di laboratorio prelevati al momento della raccolta	
	l'identificazione documentata e rintracciabile del personale che ha effettuato le operazioni di raccolta	
	la registrazione dei dati relativi a tutte le Modalità standardizzate e formalizzate di prelievo di sangue intero ed emocomponenti, comprese quelle non completate	
B.1.14b/78	L'Unità di Raccolta e le eventuali articolazioni organizzative sono identificate con un codice univoco correlato ad ogni unità di sangue o emocomponenti raccolta, conformemente alla normativa vigente e alle indicazioni del responsabile del Servizio Trasfusionale di riferimento	
B.1.14b/79	Sistema di identificazione ed etichettatura utilizzato, secondo le indicazioni fornite dal servizio Trasfusionale di riferimento, che assicura:	
	identificazione univoca di ogni donatore, unità di sangue ed emocomponente, sacca satellite dei sistemi di prelievo (prima della raccolta) e campione biologico associato alla donazione	
	collegamento univoco alle registrazioni relative al donatore	
B.1.14b/80	Durante la procedura di donazione è assicurata al donatore la presenza di almeno un infermiere e un medico in possesso delle qualifiche e delle competenze richieste, al fine di garantire assistenza adeguata anche in caso di complicazioni o di reazioni indesiderate	

	<p style="text-align: center;">CONSERVAZIONE E TRASPORTO SANGUE ED EMOCOMPONENTI</p>		<p>Modalità standardizzate e formalizzate scritte per la conservazione, il confezionamento ed il trasporto del sangue e degli emocomponenti conformi alla normativa vigente e alle indicazioni del responsabile del Servizio Trasfusionale di riferimento, preventivamente convalidate e riconvalidate ad intervalli periodici e a seguito di modifiche rilevanti per garantire il mantenimento delle caratteristiche biologiche e qualitative del sangue e degli emocomponenti e la tutela della sicurezza degli operatori e dell'ambiente che definiscono anche la gestione delle unità a carico delle quali, durante la conservazione ed il trasporto, siano rilevate anomalie che ne compromettono l'utilizzabilità</p>
	<p style="text-align: center;">RINTRACCIABILITA'</p>		<p>L'unità di Raccolta garantisce la rintracciabilità di tutte le informazioni atte a ricostruire il percorso della donazione mediante accurate Modalità standardizzate e formalizzate di identificazione, di registrazione e di etichettatura conformi alla normativa vigente</p>

lista B1.15

B1.15 MEDICINA IPERBARICA		Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI		Applicabilità
	Testo	
B1.15.1	locale che può ospitare una o più camere iperbariche e che garantisca la possibilità di ispezione esterna, ispezione interna tramite uno o più obli e impianto video	
B1.15.2	area di alloggio camera iperbarica	
B1.15.3	locale/spazio per posizionamento della consolle di comando e la localizzazione del personale tecnico e sanitario adibito alla conduzione e al controllo della seduta terapeutica ed al funzionamento della/delle camere iperbariche	
B1.15.4	locale tecnico non accessibile agli utenti	
B1.15.5	area/aree tecniche per il sistema di produzione e stoccaggio di aria compressa e gas medicali.	
B1.15.6	locale/spazio per la refertazione	
B1.15.7	locale/spazio medicazioni	
B1.15.8	locale/spazio per la gestione del paziente critico e delle emergenze mediche	
B1.15.9	camera iperbarica accessibile a utenti deambulanti e barellati	
B1.15.10	porte di accesso alla Camera Iperbarica di tipo tagliafuoco.	
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
B1.15.11	In caso di trattamento di patologie urgenti/emergenti operatività H24.	
B1.15.12	Dotazione di personale adeguatamente formato secondo quanto indicato dalle linee guida e congrua al volume di attività. Durante l'intero orario delle prestazioni deve essere presente almeno:	
	un medico con formazione specifica in medicina iperbarica.	
	un operatore tecnico	
	infermiere	
B1.15.13	E' prevista una procedura per la gestione delle emergenze mediche	
B1.15.14	E' prevista una procedura per l'ingresso in sicurezza dei pazienti all'interno della camera iperbarica.	

lista B1.15

REQUISITI IMPIANTISTICI	
B1.15.15	Continuità dell'alimentazione elettrica
B1.15.16	Le valvole degli impianti di distribuzione dell'ossigeno alla consolle o alla camera iperbarica (o altri gas respiratori) sono tutte del volante per l'alta pressione.
B1.15.17	E' prevista la possibilità di analisi periodica dell'aria compressa tramite apposito sistema al fine di definire eventuali indicazioni per la manutenzione.
B1.15.18	La ventilazione della camera deve prevedere un ricambio di aria di almeno 20 l/min per singolo paziente per lavaggio
B1.15.19	Devono essere presenti delle sonde in camera con rilevatori indipendenti per la rilevazione della % di ossigeno nell'ambiente pressurizzato, associate ad opportuno doppio sistema di segnalazione in consolle. Deve essere inoltre presente un sistema automatico di commutazione in maschera dell'ossigeno con aria sintetica in caso di improvviso aumento della % di ossigeno nell'ambiente secondo le attuali norme di prevenzione degli incendi in camera
B1.15.20	Devono essere presenti set-point per l'allarme di concentrazioni di ossigeno a cui può seguire blocco dell'erogazione dell'ossigeno in maschera e immediata erogazione di aria.
B1.15.21	Devono essere presenti sistemi per la comunicazione interno/esterno e
REQUISITI TECNOLOGICI	
B1.15.22	Sono disponibili sistemi di respirazione, in accordo con le normative vigenti, per gli operatori da utilizzare in caso di incendio, tali da permettere la permanenza alla consolle in caso di emergenza (es. incendio)
B1.15.23	All'interno della Camera Iperbarica deve essere previsto l'utilizzo di sistemi compatibili per la ventilazione meccanica dei pazienti, monitoraggio multiparametrico, sistema di aspirazione (con eventuale riferimento a specifiche normative o indicazioni regionali)
B1.15.24	All'interno della Camera Iperbarica deve essere prevista la presenza di un Kit removibile di primo soccorso che garantisca, al minimo, la ventilazione manuale del paziente e il soccorso di base (con eventuale riferimento a specifiche normative o indicazioni regionali)

lista B2.1

B2.1 _ STRUTTURE AMBULATORIALI DI RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE

Le attività di recupero e riabilitazione funzionale si differenziano da quelle erogate nelle strutture ambulatoriali di Medicina Fisica e Riabilitazione B1_9 per la globalità del trattamento sulla disabilità che richiede un contestuale apporto multidisciplinare clinico riabilitativo. Sono rivolte a pazienti che presentano condizioni di disabilità, anche transitoria, di tipo segmentario o globale, conseguenti a patologie invalidanti in condizioni cliniche stabilizzate.

Alle prestazioni specialistiche eventualmente erogate si applicano i requisiti relativi alle specifiche tipologie di prestazione definiti da B1_1, a B1_12

	Testo	Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI		
B.2.1.1	Completa fruibilità degli spazi da parte di tutti i possibili utenti affetti dalle diverse tipologie di disabilità mediante l'assenza di barriere architettoniche che limitino l'accesso, gli spostamenti dentro la struttura, l'utilizzo sicuro dei vari spazi e servizi	
B.2.1.2	La struttura è dotata di ambienti specifici con dimensioni, arredi ed attrezzature adeguati allo svolgimento delle attività coerenti con i programmi di recupero e riabilitazione, in particolare:	
B.2.1.3	aree attrezzate in funzione della tipologia di utenza per attività di gruppo (palestre) statiche e dinamiche	
B.2.1.4	aree attrezzate in funzione della tipologia di utenza per attività individuali (motorie, respiratorie, neuropsicologiche, cardiologiche, ecc.)	
B.2.1.5	box (o stanze di dimensioni contenute) per terapie fisiche strumentali e manuali individuali	
B.2.1.6	area attrezzata per il trattamento, qualora previsto, dei disturbi comunicativi/cognitivi	
B.2.1.7	ambulatori medici per visite specialistiche e valutazioni diagnostico-prognostiche cliniche attinenti alle patologie trattate	
B.2.1.8	spogliatoi per i pazienti	
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
B.2.1.9	Dotazione di personale congrua al volume di attività. Deve essere presente almeno:	
	un fisiatra o un medico appartenente alla disciplina inerente l'attività riabilitativa svolta	la presenza costante del medico non è necessaria durante l'effettuazione delle attività svolte dai professionisti sanitari della riabilitazione salvo diverse condizioni cliniche definite nel progetto riabilitativo
	professionisti sanitari della riabilitazione in possesso dei requisiti necessari per lo svolgimento della specifica attività presenti per l'intero orario di accesso alle prestazioni	
	assistenza infermieristica e tecnico-assistenziale in relazione alle necessità del paziente	

lista B2.1

	Testo	Applicabilità
	l'équipe del centro si avvale, in relazione alle necessità dello specifico progetto riabilitativo, di altre figure professionali: psicologo, dietista, assistente sociale, educatore	
B.2.1.10	Per ogni singolo paziente l'équipe multiprofessionale effettua la valutazione iniziale globale per la definizione del Progetto Riabilitativo Individuale, comprendente uno o più programmi terapeutici, con monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni della disabilità.	
B.2.1.11	Le prestazioni ambulatoriali sono erogate in forma individuale, a piccoli gruppi, a domicilio, in extramurale	
B.2.1.12	Le attività del centro ambulatoriale sono organizzate su 6 ore giornaliere per almeno 5 giorni alla settimana	
	REQUISITI TECNOLOGICI	
B.2.1.13	Attrezzature e dispositivi per la valutazione del funzionamento e disabilità di pertinenza riabilitativa	
B.2.1.14	Dispositivi necessari e risorse tecnologiche per lo svolgimento di prestazioni da parte dei medici specialisti e degli altri operatori professionali della riabilitazione	
B.2.1.15	Attrezzature e presidi, comprese attrezzature elettromedicali, in relazione all'attività riabilitativa per attività individuali e/o di gruppo in ambienti dedicati.	
B.2.1.16	Monitor multiparametrico	

lista B2.2

B2.2 - CENTRO DI SALUTE MENTALE

Il CSM costituisce punto di coordinamento dell'attività di tutela della Salute Mentale per il territorio di competenza

	Testo	Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI		
B.2.2.1	L'organizzazione degli spazi deve essere tale da garantire le esigenze di riservatezza e di sicurezza	
B.2.2.2	spazio per custodia effetti personali degli operatori sanitari	
B.2.2.3	locale per accoglienza utenti; segreteria informazioni	
B.2.2.4	locali per attività diagnostiche, terapeutiche e socioassistenziali	
B.2.2.5	medicheria	
B.2.2.6	locale per riunioni e attività di gruppo e accoglienza strutturata	
B.2.2.7	spazio / locale archivio	
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
B.2.2.8	Cartella socio-sanitaria integrata individuale ed eventuale progetto terapeutico - riabilitativo individualizzato	
B.2.2.9	Per tutto l'orario di apertura è presente personale medico ed infermieristico e assicurata la presenza programmata di assistenti sociali, psicologi, tecnici della riabilitazione psichiatrica, educatori professionali e personale amministrativo	
B.2.2.10	Il CSM assicura per non meno di 12 ore al giorno, per 6 giorni alla settimana, l'accoglienza della domanda, l'organizzazione dell'attività territoriale, l'intervento in condizioni di emergenza/urgenza	
B.2.2.11	In altre fasce orarie dei giorni feriali e nei giorni festivi il CSM assicura la risposta su chiamata all'emergenza e l'assistenza programmata	

lista B2.2

	Testo	Applicabilità
B.2.2.12	Devono essere assicurati, attraverso protocolli scritti, il collegamento e la collaborazione per la continuità terapeutica con le seguenti strutture: dipartimento di Emergenza-Urgenza	
	medici di medicina generale e pediatri di libera scelta	
	SERD (servizio dipendenze)	
	neuropsichiatria infantile	
	attività consultoriali	
	servizi di assistenza e strutture residenziali per disabili e anziani	
B.2.2.13	E' assicurata, attraverso protocolli scritti, l'attività di consulenza rivolta ai pazienti ricoverati in reparti ospedalieri, in strutture socio sanitarie, nel carcere e nelle strutture di cui al D1.5 (REMS)	

/ista B2.3

B2.3 - CONSULTORIO FAMILIARE

Il consultorio assicura un'offerta attiva di servizi di prevenzione, educazione, assistenza e follow up; è caratterizzato dalla prossimità al cittadino, elevata capacità di accoglienza e bassa soglia d'accesso per offrire consultazione esperta, orientamento e supporto in particolare per le scelte inerenti la vita e la salute sessuale e riproduttiva, sostenendo e accompagnando le persone nei percorsi assistenziali che da queste scelte discendono. Presso il setting consultoriale vengono assicurate le risposte appropriate previste da specifici percorsi: percorso nascita, percorso diagnosi prenatale, percorso contraccezione e procreazione responsabile percorso interruzione volontaria di gravidanza, percorso sessualità, percorso fertilità e sterilità individuale e di coppia, percorso genitorialità e famiglia, percorso mamma segreta, percorsi per la promozione del benessere in età adolescenziale e di contrasto al disagio, percorso disturbi relazionali in età adolescenziale, percorso disturbi del comportamento alimentare, percorso menopausa, percorso prevenzione oncologica, percorso prevenzione e cura malattie sessualmente trasmesse (MST), percorso violenza di genere e Codice Rosa, percorso abuso e maltrattamento, percorso affido e adozione.

	Testo	Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI		
B.2.3.1	I locali sono differenziati in base alla tipologia del Consultorio. Il numero degli ambulatori e dei locali è correlato al numero degli operatori e alle attività effettuate, nonché ai dati di afflusso.	
B.2.3.2	Area di attesa di dimensioni adeguata alle caratteristiche dell'utenza sia in termini di numerosità che di tipologia	nel caso in cui i consultori siano collocati in una più ampia struttura sanitaria (es. casa della salute) tali locali possono essere comuni
B.2.3.3	Locale/spazio per accoglienza utenti, segreteria, informazione	nel caso in cui i consultori siano collocati in una più ampia struttura sanitaria (es. casa della salute) tali locali possono essere ricompresi nelle aree comuni di servizi trasversali
B.2.3.4	Locale per consulenza psicologica, diagnostica e terapeutica	
B.2.3.5	Locale per consulenza sociale	possono essere anche locali pluriuso in tal caso deve essere adeguatamente regolamentate le modalità di utilizzo
B.2.3.6	Ambulatorio per attività ostetrico-ginecologiche, pediatriche etc.	
B.2.3.7	Locale/spazio ad uso polifunzionali (riunioni, attività educative di gruppo ecc.)	Può essere in comune tra più consultori collegati funzionalmente
B.2.3.8	Spazio archivio	
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
B.2.3.9	Nei consultori principali è garantita la presenza delle equipe consultoriali, quindi delle seguenti figure professionali: ginecologo, psicologo, personale ostetrico, assistente sociale. Sono inoltre da prevedere le altre figure professionali richieste dai diversi percorsi, in relazione alle specifiche attività svolte	
B.2.3.10	I consultori secondari sono funzionalmente collegati ai consultori principali.	

/lista B2.3

	Testo	Applicabilità
B.2.3.11	Sono presenti procedure organizzative, istruzioni operative e protocolli interni o interaziendali che garantiscono la continuità assistenziale e individuano le modalità di coordinamento delle attività assicurate dal consultorio con gli altri servizi sanitari e sociali ed enti locali nell'ambito dei relativi percorsi condivisi.	
B.2.3.12	E' favorita l'accessibilità dei Consultori, in relazione alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, garantendo l'apertura al pubblico per 6 giorni la settimana, incluso il prefestivo almeno nei Consultori principali.	
REQUISITI TECNOLOGICI		
B.2.3.13	Ecografo per ecografia office	in tutte le sedi dove viene svolta attività ginecologica
B.2.3.14	Presenza di altra strumentazione correlata qualitativamente e quantitativamente alle attività svolte	

lista B2.4

B2.4 – PRESIDI PER IL TRATTAMENTO DELLE DIPENDENZE (SERD) - CENTRO AMBULATORIALE

	Testo	Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI		
B.2.4.1	Accesso al servizio ed organizzazione degli spazi che assicurano il rispetto delle esigenze di riservatezza e sicurezza prevedendo preferibilmente percorsi separati e distinti dalle altre attività presenti	
B.2.4.2	Locale o spazio per sala di attesa esclusivo e dedicato	
B.2.4.3	Locale per visita medica	
B.2.4.4	Locale o spazio per terapie farmacologiche	
B.2.4.5	Locale controllato per raccolta campioni biologici	
B.2.4.6	Locale per interventi psicologici	
B.2.4.7	Locale per interventi sociali – educativi - riabilitativi	
B.2.4.8	Locale per riunioni e attività di gruppo	
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
B.2.4.9	E' garantita la presenza di una equipe multidisciplinare composta da: medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, educatori professionali che può essere integrata con altre figure professionali ritenute necessarie per particolari attività specifiche	
B.2.4.11	Durante le ore di accesso diretto dei pazienti è assicurata la presenza di:	
	un medico	
	un infermiere professionale	
	e almeno due tra le seguenti figure professionali:	
	uno psicologo	
	un assistente sociale	
	un educatore professionale	
B.2.4.12	La direzione è assicurata dalle figure previste dall'art. 6 D.M. Sanita n. 444/90	

lista B2.4

	Testo	Applicabilità
B.2.4.13	Disponibilità dei principali trattamenti per abuso e/o dipendenza da sostanze psicotrope (alcol, farmaci, nicotina) e delle dipendenze senza sostanze (gioco d'azzardo patologico ecc.) in particolare sono assicurati interventi: medico-farmacologici, psicologici/psicoterapici, socio-riabilitativi, di prevenzione individuale	
B.2.4.14	In caso di documentata necessità del paziente gli interventi sono effettuati domiciliariamente	
B.2.4.15	Deve essere assicurata la disponibilità dei principali interventi di prevenzione e monitoraggio per malattie correlate o concomitanti in modo da garantire la riservatezza e, ove richiesto, l'anonimato, in particolare sono assicurati:	
	screening e l'educazione sanitaria per la prevenzione dell'infezione da HIV	
	screening e monitoraggio delle patologie correlate alle dipendenze, delle epatiti virali, e l'educazione sanitaria e le vaccinazioni disponibili	
B.2.4.16	Sono assicurati percorsi assistenziali differenziati per dipendenze da sostanze legali e illegali o per dipendenze senza sostanze	
B.2.4.17	E' assicurata l'assistenza alle persone detenute con problema di tossico/alcolodipendenza e gioco di azzardo patologico	
B.2.4.18	E' assicurato l'accesso diretto degli Utenti al SERD per non meno di sei ore al giorno, e l'erogazione di prestazioni programmate anche in altre fasce orarie.	
B.2.4.19	E' garantita l'erogazione dei trattamenti farmacologici per i giorni festivi e di chiusura del servizio	
B.2.4.20	Per ciascun assistito, è formulata e documentata la valutazione diagnostica multiprofessionale in particolare sono assicurati: visita medica, valutazione –tossicologica, valutazione psichiatrica, psicodiagnosi, valutazione sociale	
B.2.4.21	Modalità formalizzate per il collegamento e la collaborazione per la continuità diagnostico - terapeutica con le seguenti strutture:	
	laboratori e servizi di diagnostica per immagine	
	servizi di salute mentale	
	servizi di malattie infettive	
B.2.4.22	Per ciascun assistito viene redatto e documentato un piano di trattamento personalizzato, costantemente monitorato ed aggiornato	
REQUISITI TECNOLOGICI		
B.2.4.23	Cassaforte e/o armadio blindato per stupefacenti	
B.2.4.24	Frigorifero rispondente alle normative per la conservazione dei campioni biologici	
B.2.4.25	Contenitori rispondenti alle normative per il trasporto dei campioni biologici	

/ista B2.5

B2.5 – CASA DELLA SALUTE

La **Casa della Salute** (Cds) è un'articolazione organizzativa che "risponde alle esigenze di ricomposizione ed organizzazione nel territorio di una comunità locale, delle attività per la promozione della salute e del benessere sociale, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie e sociali per una popolazione programmata, secondo una logica di continuità assistenziale e di presa in carico" e che "si configura quindi come una struttura polivalente e funzionale in grado di erogare le cure primarie, garantire la continuità assistenziale, ... ai cui interno opera l'insieme del personale distrettuale ... I medici dell'assistenza primaria e gli specialisti ambulatoriali".

In relazione alle diverse caratteristiche epidemiologiche e oro-geografiche territoriali e alla diversa distribuzione dei servizi storicamente presenti sul territorio la Cds potrà avere diversa complessità, diversa dimensione e orario di apertura.

Alle prestazioni specialistiche eventualmente erogate si applicano i requisiti relativi alle specifiche tipologie di prestazione definiti da B1_{1,1} a B1_{1,2}. Possono essere ricomprese anche tipologie di attività di cui alla sezione D che sono oggetto di distinto specifico percorso autorizzativo.

	Testo	Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI		
B.2.5.1	Completa fruibilità degli spazi da parte di tutti i possibili utenti, mediante l'assenza di barriere architettoniche che limitino l'accesso, gli spostamenti dentro la struttura, l'utilizzo sicuro dei vari spazi e servizi	
B.2.5.2	La struttura è dotata di ambienti specifici con dimensioni, arredi ed attrezzature adeguati allo svolgimento delle attività, in particolare:	
	area accoglienza con personale di segreteria e CUP	I locali/spazi per attività amministrative / accettazione / informazioni /archivio/ consegna referti possono essere collocate anche in aree comuni di servizi trasversali
	ambulatori medici per l'attività dei MMG, PdF e visite specialistiche correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate	Anche utilizzati ad uso non esclusivo, in tal caso devono essere definite nel regolamento di organizzazione e funzionamento della Cds responsabilità e modalità operative sull'utilizzo dei locali, dei dispositivi medici e sull'organizzazione dei servizi
	locale per attività infermieristica	anche ad uso non esclusivo
	locale per la continuità assistenziale	ove presente
	locali per accertamenti diagnostici con le caratteristiche attinenti le specifiche attività	ove previsti
	locale per l'attività dell'assistente sociale con sportello aperto al cittadino	ove presente
	locale punto insieme	ove previsto, anche ad uso non esclusivo
	spazio riunioni	
	locali direzionali	

/lista B2.5

	Testo	Applicabilità
	spazio per attività di empowerment dei pazienti in particolare per i percorsi della cronicità	anche ad uso non esclusivo
	REQUISITI ORGANIZZATIVI	
B.2.5.3	Il personale sanitario deve essere adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate	
B.2.5.4	La presenza dei medici di Continuità Assistenziale (CA) e dell'attività primaria deve essere conforme ai modelli organizzativi normati dagli specifici accordi di settore.	ove presente la continuità assistenziale
B.2.5.5	L'attività infermieristica all'interno delle Cds è garantita in forma diretta dalle aziende sanitarie e/o in forma indiretta attraverso società di servizi dai MMG in base a specifici accordi aziendali	
B.2.5.6	La Casa della Salute deve prevedere, indipendentemente dai servizi presenti, un orario minimo giornaliero di apertura di 7 ore dal Lunedì al Venerdì	orario congruente con il documento di programmazione zonale
	REQUISITI TECNOLOGICI	
B.2.5.7	La dotazione di strumenti ed accessori deve essere correlata alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate e alle caratteristiche della Cds, in particolare devono essere assicurati:	
	collegamento con rete aziendale;	
	strumentazione per telemedicina in relazione alle caratteristiche della Cds	ove prevista
	strumentazione diagnostica in relazione alle caratteristiche della Cds	

lista C

C - REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI, ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO (Ricoveri area medica, area chirurgica, critica, psichiatria, pediatria, riabilitazione intensiva, lungodegenza)

	Testo	Applicabilità
<p>Sulla base della programmazione regionale si differenziano due tipi di strutture ospedaliere: stabilimenti che operano in regime di urgenza ed elezione e fanno parte della rete dell'emergenza regionale e stabilimenti che operano solo in regime di elezione. Le strutture di riabilitazione psichiatrica cod.56 sono previste solo per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare e dei disturbi gravi della personalità. Le attività di Day Surgery sono effettuate all'interno del presidio di ricovero secondo il seguente modello organizzativo: articolazione organizzativa dedicata all'interno di uno stabilimento ospedaliero, dotata di accettazione, degenza, sale operatorie ed eventuali servizi di supporto DEDICATI o posti letto funzionali all'interno dell'area di degenza chirurgica a ciclo continuo. I requisiti sono quelli indicati in C3 e C6.</p>		
REQUISITI STRUTTURALI		
C.0	Area / modulo di accoglienza e soggiorno dedicati all'isolamento del paziente infetto dotato di zona filtro	nuove realizzazioni o ristrutturazioni importanti di strutture esistenti
C.00	Accessi e percorsi interni separati per pazienti potenzialmente infetti	nuove realizzazioni o ristrutturazioni importanti di strutture esistenti; nelle strutture esistenti la separazione dei percorsi può essere realizzata mediante soluzioni organizzative funzionali
C.1	Spazi per attesa e relativi servizi igienici per l'utenza, per accettazione ed attività amministrative anche in comune fra più attività sanitarie ed ad integrazione socio-sanitaria, opportunamente dimensionati	
C.2	Pareti e pavimenti delle camere di degenza e locali visita, medicazioni, indagini strumentali rivestiti o trattati con materiali ignifughi, resistenti al lavaggio e alla disinfezione, con superfici lisce e non scanalate e raccordo arrotondato al pavimento, che deve avere caratteristiche antisdrucchiolo ed essere resistente agli agenti chimici e fisici	
C.2.1	Separazione dei percorsi sporco / pulito	nuove realizzazioni o ristrutturazioni importanti di strutture esistenti; nelle strutture esistenti la separazione dei percorsi può essere realizzata mediante soluzioni organizzative funzionali
C.3	Locale/spazio di lavoro per il personale sanitario per le attività non di assistenza diretta	
C.4	Locale per il medico di guardia (ove previsto)	
C.5	Locale/spazio per discussione casi clinici, riunioni, approfondimento	
C.6	Locali/spazi direzionali opportunamente dimensionati in base alle caratteristiche dell'attività, anche collocati all'esterno dell'area di degenza	
REQUISITI ORGANIZZATIVI		

lista C

	Testo	Applicabilità
C.7	Accettazione sanitaria, opportunamente separata dall'accettazione amministrativa, organizzata in funzione della tipologia e della complessità dell'attività svolta	
C.8	Diversificazione organizzativa dell'attività di accettazione dei ricoveri programmati da quelli in urgenza che avvengono mediante l'attività di pronto soccorso	per gli stabilimenti con attività di pronto soccorso
C.9	Sono definite le articolazioni organizzative funzionali e professionali che operano nello stabilimento ed individuati i relativi livelli di responsabilità sia in ambito medico che infermieristico	
C.10	Continuità dell'assistenza attraverso la presenza continuativa (H24 e 7 giorni su 7) di personale medico in funzione delle caratteristiche e della complessità dell'attività svolta	per gli stabilimenti con attività di ricovero a ciclo continuo
C.11	Presenza in turno nell'arco delle 12 h diurne di almeno un medico specialista in Medicina Interna e/o di altra disciplina afferente l'area medica, ovvero con documentata attività di servizio per almeno sette anni nella disciplina se all'interno dello stabilimento sono svolte attività di ricovero di area medica	contribuisce alla continuità dell'assistenza
C.12	Presenza in organico di almeno un medico specialista in Chirurgia generale e/o di altra disciplina afferente l'area chirurgica, ovvero con documentata attività di servizio per almeno sette anni nella disciplina se all'interno dello stabilimento sono svolte attività di ricovero di area chirurgica	
C.13	Presenza continuativa di personale infermieristico, tecnico e di supporto attraverso la turnazione (H24 e 7 giorni su 7) in funzione della complessità dell'attività svolta	per gli stabilimenti con attività di ricovero a ciclo continuo
C.14	Servizio di anestesia e rianimazione che assicura la copertura H24 anche mediante la pronta disponibilità	per gli stabilimenti con attività di ricovero a ciclo continuo in area chirurgica e per gli ospedali sede di DEU di I e II livello
C.14.1	Presenza del radiologo interventista H24 anche mediante la pronta disponibilità	per i centri di radiologia interventistica di III anche la presenza del neuroradiologo
C.15	Presenza di specialisti adeguata alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate nelle singole discipline per assicurare un'adeguata presa in cura nell'ambito dei percorsi clinico assistenziali anche mediante la pronta disponibilità	
C.16	Servizi di radiodiagnostica in funzione della tipologia delle attività svolte	per gli stabilimenti con attività di ricovero in area medica e chirurgica, se è presente attività di pronto soccorso la disponibilità deve essere garantita nell'arco delle 24 ore
C.17	Attività di prelievo di campioni per indagini ematologiche e biochimico-cliniche di routine	

lista C		
Testo	Applicabilità	
C.18	<p>Sono garantite le attività di diagnostica chimico-clinica anche attraverso il ricorso a rapporti con strutture autorizzate all'esercizio di tali attività, assicurando la tempestività delle risposte necessaria alla corretta gestione della casistica.</p>	<p>per gli stabilimenti con attività di ricovero in area medica e chirurgica, se è presente attività di pronto soccorso la disponibilità deve essere garantita nell'arco delle 24 ore</p>
C.19	<p>Servizi generali e di supporto correlati alla tipologia e complessità dell'attività svolta nel presidio</p>	
C.20	<p>Sistema di gestione del processo di decontaminazione, disinfezione e sterilizzazione della strumentazione ove previsto, comprensivo della registrazione dei risultati delle prove di efficacia</p>	
C.21	<p>Piano di emergenza interna per la rapida evacuazione integrato nei programmi aziendali per la gestione delle emergenze</p>	
C.22	<p>Piano di emergenza interna per la gestione dei maxi-afflussi integrato nei programmi regionali e aziendali per la gestione delle maxi-emergenze, ivi comprese quelle epidemiche</p>	
C.22.1	<p>Sono garantite le procedure e le dotazioni tecnologiche per l'emergenza intraospedaliera così come previsti dagli atti regionali</p>	
C.22.2	<p>Sono definiti i criteri di eleggibilità dei pazienti per l'utilizzo del Day hospital e della day surgery e modalità codificate per l'attivazione del ricovero a ciclo continuo quando necessario.</p>	
REQUISITI TECNOLOGICI		
C.23	<p>Armadi, carrelli e apparecchiature facilmente lavabili e disinfettabili che garantiscono la conservazione in sicurezza ed integrità dei farmaci e dei dispositivi medici. I frigoriferi garantiscono la visualizzazione e le registrazioni della temperatura che vengono controllate sistematicamente</p>	
C.24	<p>Unità radiologica portatile monoblocco</p>	<p>per gli stabilimenti con attività di ricovero in urgenza e programmata in area medica e chirurgica e lungodegenza Può non essere previsto nei casi in cui la numerosità e la tipologia degli accertamenti da eseguire in spazi al di fuori del servizio di diagnostica presente in struttura sono contenute e/o sono adottati approcci diagnostici differenti in grado di assicurare adeguata qualità diagnostica, ad es. ecografia polmonare in alternativa all'RX a letto del paziente con una disponibilità di personale medico adeguatamente formato, presente in turno almeno nelle ore diurne</p>
C.25	<p>Ecografo</p>	<p>per gli stabilimenti con attività di ricovero in urgenza e programmata in area medica e chirurgica</p>
C.26	<p>Unità radiologica portatile ad anodo rotante</p>	<p>per le strutture di ricovero di area chirurgica</p>

	Testo	Applicabilità
C.27	Apparecchio per saturimetria trans-cutanea (può essere a comune fra più articolazioni organizzative di degenza sullo stesso piano ma in tal caso devono essere presenti istruzioni operative per assicurarne l'utilizzo efficace)	per gli stabilimenti con attività di ricovero in urgenza e programmata in area medica e chirurgica, riabilitazione e lungodegenza
C.28	Frigoemoteca funzionalmente collegata con il servizio di immunoelettrologia e trasfusione o con il centro trasfusionale territorialmente competente, qualora non siano presenti il servizio di immunoelettrologia e trasfusione o il centro trasfusionale	
C.29	Pompe per NET In relazione alle caratteristiche dell'attività	
C.30	Disponibilità di dispositivi di Terapia Topica Negativa anche mediante contratti di fornitura	escluse degenze psichiatriche
C.31	Carrello-per la gestione delle emergenze, comprendente farmaci e dispositivi medici idonei al tipo di utenza e attività, tra cui:	può essere a comune fra più articolazioni organizzative di degenza sullo stesso piano ma in tal caso devono essere presenti istruzioni operative per assicurarne l'utilizzo tempestivo
	defibrillatore semiautomatico	
	dispositivi base per l'ossigenoterapia, la ventilazione, la gestione delle vie aeree, l'aspirazione	
	dispositivi per accesso venoso, infusione e somministrazione farmaci	
	dispositivi per la medicazione e il controllo delle emorragie	
	sfigmomanometro	
	pulsossimetro	
C.32	Illuminazione e ventilazione naturali rispondenti alle normative vigenti compresi i regolamenti edili e di igiene del Comune su cui insiste la struttura. In caso di soluzioni diverse sono garantite le condizioni microclimatiche rispondenti agli standard previsti da indicazioni tecniche di settore, ove non diversamente regolamentate dalle normative di cui sopra	
C.32.1	Devono essere previste regolarmente e debitamente tracciate le attività di verifica, controllo, manutenzione e pulizia delle Unità di trattamento aria in funzione dell'utilizzo dei locali, con riferimento ai parametri microclimatici richiesti e al mantenimento delle differenze pressorie necessarie. Per le strutture di nuova realizzazione devono essere previsti sistemi di telegestione impiantistica	
C.33	Sistemi di continuità dell'alimentazione elettrica in riferimento alle caratteristiche dell'utenza elettrica e dell'attività svolta.	

lista C

lista C

	Testo	Applicabilità
C.34	Presenza di impianto di illuminazione di sicurezza	
C.35	Impianti elettrici conformi alla normativa vigente per i luoghi di lavoro ed in funzione alla classificazione sanitaria degli ambienti	
	IN CASO DI UTILIZZO DI EMOCOMPONENTI AUTOLOGHI PER USO NON TRASFUSIONALE (EuNT)	Strutture sanitarie, pubbliche o private, non dotate di Servizio Trasfusionale
	REQUISITI STRUTTURALI	
C.36	Ambiente di prelievo e somministrazione distinti da quella di preparazione.	Può essere previsto dalla convenzione con SIMT un ambiente unico con caratteristiche idonee
	REQUISITI ORGANIZZATIVI	
C.37	Presenza di specifica convenzione stipulata con l'azienda sanitaria dove opera il servizio trasfusionale di riferimento, ai sensi del decreto legge n.69 del 2 Novembre 2015 e "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti"	
C.38	Protocolli operativi relativi alle modalità di produzione e applicazione	
C.39	Registro di carico/scarico degli EuNT preparati/utilizzati	
C.40	Modulistica per la registrazione di produzione e applicazione, rilevazione eventi avversi, registrazione follow up, report periodico di attività conforme alla normativa nazionale e regionale	
C.41	Piano dei controlli di qualità sugli EuNT prodotti	
	REQUISITI TECNOLOGICI	
C.41	Dispositivi medici conformi alle indicazioni per l'uso specifico secondo la relativa normativa vigente (classe IIa o superiore)	

/Ista C. 1

C.1 - PRONTO SOCCORSO OSPEDALIERO

La rete ospedaliera dell'emergenza si articola su quattro livelli di operatività: ospedale sede di Pronto Soccorso ('di base'), ospedale sede di DEU di I livello, Ospedale sede di DEU di II livello, servizio di Continuità Assistenziale come definiti dal D.M. 70/2015; per la fascia pediatrica la rete prevede Pronto Soccorso con percorso pediatrico di base, Pronto Soccorso con percorso pediatrico integrato, Pronto Soccorso pediatrico e DEA pediatrico di II livello con valenza regionale come definiti dalla DGR 669/2018		Testo	Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI			
C.1.1	Viabilità di accesso facilmente identificabile anche nelle ore notturne con via pedonale dedicata e percorrenza automezzi protetta, con segnaletica chiara per individuare i parcheggi e il percorso per raggiungere l'ingresso del Pronto Soccorso	AREA ACCESSO ACCETTAZIONE TRIAGE	
C.1.2	'Camera calda' coperta e riscaldata per l'accesso diretto a mezzi		
C.1.3	Area di sosta per le ambulanze dimensionata in base ai picchi di frequenza degli accessi con percorso a senso unico		
C.1.4	Elisuperficie attrezzata anche per il volo notturno con percorso preferenziale e facilitato verso PS, emodinamica e terapia intensiva		per gli stabilimenti di nuova realizzazione
C.1.4.1	Possibilità di allestire una zona filtro in ingresso (area pre-triage)		nuove realizzazioni o ristrutturazioni importanti di strutture esistenti
C.1.5	Aree attese utenti/accompagnatori dimensionate in base ai picchi di frequenza degli accessi		
C.1.5.1	Safe/zone di attesa diversificate per accogliere le diverse tipologie di utilizzatori		per DEU di I e II livello
C.1.5.2	Disponibilità di informazioni di base in linguaggio facilmente comprensibile per i pazienti e gli accompagnatori sul funzionamento del PS (mediante video, punti informativi self service, pannelli, ecc.) e sui tempi di attesa effettivi		
C.1.5.3	Disponibilità di servizi per assicurare comfort e utilizzare al meglio il tempo di attesa (intrattenimento informativo ed educativo) e strumenti per fruire di servizi (es, pagamento ticket, utilizzo Totem, Carta Nazionale dei Servizi, ecc.)		
C.1.5.4	Disponibilità di distributori di cibo e bevande		
C.1.6	Area colloquio utenti-accompagnatori che garantisce il rispetto della privacy visiva e uditiva, preferibilmente in prossimità del triage		
C.1.7	Servizi igienici per utenti esterni di cui almeno uno accessibile ai disabili		
C.1.8	Area registrazioni/segreteria \ archivio (anche interno all'area triage)		per DEU di I e II livello
C.1.9	Spazio per il personale di vigilanza		
C.1.10	Locale/spazio per deposito barelle e carrozzine di facile accesso per accogliere gli utenti in base alle loro necessità		
C.1.11	Area Triage ubicata in posizione strategica rispetto agli ingressi e facilmente identificabile, con eventuale zona riservata per approfondimenti che garantisca il rispetto della privacy visiva e uditiva		
C.1.12	Area di transito-attivo e/o di permanenza breve attigua a quella del Triage per l'intervento del Team di Valutazione Rapida, dotata di postazioni su barella o poltrona ed elementi divisorii per la privacy		
C.1.13	Area attesa post triage 'osservata'		nel pronto soccorso 'di base' può essere unica

/lista C.1

	Testo	Applicabilità
	AREA INTERVENTI SANITARI	
C.1.14	Presenza di aree/zone di trattamento diversificate per i percorsi omogenei ad alta, intermedia e bassa complessità modulabili in base agli accessi per assicurare la massima efficienza dei diversi flussi: -Area per la gestione dell'emergenza dimensionata per consentire gli interventi salvavita in base al numero atteso di accessi (AREA AD ALTA COMPLESSITA') -Area con box/moduli multipli ed equivalenti e comunque attrezzati singolarmente per la valutazione ed il trattamento delle urgenze con adeguate postazioni di lavoro/controllo (AREA A COMPLESSITA' INTERMEDIA) -Area per la valutazione e trattamento di pazienti con problematiche minori, generali o specialistiche (AREA A BASSA COMPLESSITA')	le postazioni e il personale vengono rimodulati tra le aree base alla distribuzione delle tipologie degli accessi
C.1.15	Area diagnostica per immagini dedicata (con almeno RX, Ecografia e TC), adiacente e/o rapidamente raggiungibile, e percorsi di accesso rapidi e privilegiati verso le aree di RMN, di Angiografia e di Endoscopia	
C.1.16	Area di attesa attiva/trattamento nel percorso a bassa complessità tale da consentire un agevole controllo diretto da parte del personale sanitario, dotata di poltrone ed elementi divisorii per la privacy	
C.1.17	Locale visita/trattamento di pazienti potenzialmente contagiosi con filtro o presenza di procedura che garantisca pari livello di protezione e sicurezza	
C.1.17.1	Disponibilità di oostazione adeguatamente attrezzato per paziente pediatrico	
C.1.18	Locale/spazio per accompagnamento fine vita, collocato in posizione adeguatamente riservata rispetto alle attività di PS, con possibilità di permanenza dei familiari e dotato di elementi che garantiscono condizioni di privacy visiva e uditiva	per le nuove strutture, per le strutture esistenti mediante modalità organizzative degli spazi presenti
C.1.19	Postazioni di lavoro per le attività non di assistenza diretta del personale medico e dell'assistenza	
C.1.20	Locali/spazi per attività di briefing, riunioni e direzionali opportunamente dimensionati in base alle caratteristiche dell'attività anche collocati all'esterno dell'area di PS	
C.1.20.1	Tisaneria	per le nuove strutture, per le strutture esistenti mediante modalità organizzative degli spazi presenti
C.1.21	Aree/arredi facilmente raggiungibili per lo stoccaggio dei materiali di consumo, farmaci, dispositivi	
C.1.22	Locale/spazio per colloquio con i familiari che garantisca la privacy	
C.1.23	Locale per accoglienza per pazienti in condizione di fragilità (pazienti con grave disabilità intellettiva, pazienti che hanno subito traumi fisici ed emotivi a seguito di maltrattamenti e/o abusi, in questo caso non identificabile ai non addetti, ubicato in zona che assicuri la privacy, allestito per assicurare un comfort consono alle esigenze	anche non ad uso esclusivo
C.1.24	Servizi igienici per gli utenti distinti dal personale di cui almeno 1 accessibile ai disabili	
C.1.25	Servizi igienici per il personale	
C.1.26	Locale/spazio/arredi per il deposito del materiale pulito facilmente accessibili al personale	
C.1.27	Locali per il materiale sporco, dotato di vuotatoio e lavapadelle e/o di attrezzature per l'eliminazione prodotti monouso per l'evacuazione facilmente accessibili al personale	
C.1.28	Deposito attrezzature	

/lista C. 1

	Testo	Applicabilità
	AREA OSSERVAZIONE BREVE	
C.1.29	Posti letto tecnici utilizzabili per l'osservazione con possibilità di monitoraggio non invasivo all'interno o adiacenti al PS	il dimensionamento deve tenere conto delle tipologie di risposte dell'ospedale (posti letto area medica, posti letto subintensivi, ecc.)
C.1.30	Postazioni funzionali adeguate per pazienti pediatrici	per i pronto soccorso di ospedali privi di pronto soccorso pediatrico
C.1.31	Locali/postazioni di lavoro per le attività non di assistenza diretta	
C.1.32	Aree/arredi facilmente raggiungibili per lo stoccaggio dei materiali di consumo, farmaci, dispositivi	
C.1.33	Area colloquio pazienti-accompagnatori	
C.1.34	Servizi igienici per gli utenti distinti dal personale di cui almeno 1 accessibile ai disabili	
C.1.35	Servizi igienici per il personale	anche in comune con le altre aree del pronto soccorso
C.1.36	Locale/spazio/arredi per il deposito del materiale pulito facilmente accessibili al personale	anche in comune con le altre aree del pronto soccorso
C.1.37	Locali per il materiale sporco, dotati di vuotatoio e lavapadelle e/o di attrezzature per l'eliminazione prodotti monouso per l'evacuazione, facilmente accessibili al personale	anche in comune con le altre aree del pronto soccorso
C.1.38	Deposito attrezzature	anche in comune con le altre aree del pronto soccorso
C.1.39	Stanza medico di guardia con servizio igienico	
C.1.40	Locale/spazio relax personale	anche in comune con le altre aree del Pronto Soccorso
	REQUISITI ORGANIZZATIVI	
C.1.41	Attività di diagnostica di laboratorio H24	anche mediante guardia attiva e/o pronta disponibilità
C.1.42	Attività di diagnostica per immagini H24	anche mediante guardia attiva e/o pronta disponibilità
C.1.43	Attività di diagnostica per immagini dedicata con almeno una diagnostica tradizionale, un ecografo multidisciplinare e una TC multistrato almeno 64 slice	per DEU di I e II livello
C.1.44	Disponibilità H24 di attività trasfusionale	anche mediante guardia attiva e/o pronta disponibilità
C.1.45	Disponibilità di sala operatoria H24 mediante guardia attiva e/o pronta disponibilità del chirurgo e dell'anestesista	per DEU di I e II livello
C.1.46	Laboratorio di emodinamica funzionante 24 ore su 24	per DEU di II livello, mediante guardia attiva e/o pronta disponibilità
C.1.47	Modalità codificate per il trasporto protetto e per il trasporto secondario	
C.1.48	Sistemi di registrazione analitica dei dati di attività	
C.1.49	Funzione di Triage garantita da personale infermieristico in modo continuativo nelle 24 ore, tutti i giorni con l'attivazione di postazioni in relazione al numero di accessi	
C.1.50	Percorsi di Fast track attivabili anche direttamente dal Triage secondo criteri predefiniti con presa in carico e completamento del percorso da parte dello specialista della disciplina	in base ai volumi di attività e presenza della disciplina specialistica

/lista C. 1

	Testo	Applicabilità
C.1.51	Funzione di See and Treat su protocolli medico-infermieristici condivisi predefiniti assicurata in ciascun turno di servizio da almeno un infermiere certificato, con impiego flessibile in base alla tipologia di accessi	nei PS con un numero di accessi annui superiore a 30.000, o con picchi mensili maggiori di 2.500 personale dedicato al See and Treat assicurando comunque la flessibilità di impiego in altri percorsi in base all'andamento degli accessi
C.1.52	Percorsi per target definiti di pazienti (percorso pediatrico, ostetrico-ginecologico, paziente con agitazione psico motoria, paziente con disabilità complessa, vittime violenza, paziente infettivo) che identificano anche le situazioni nelle quali i familiari o caregiver di pazienti vulnerabili possono essere ammessi all'interno del Pronto Soccorso	
C.1.53	Piano di intervento specifico per il PS all'interno del PEIMAF (Piano di emergenza interno per il massiccio afflusso di feriti)	
C.1.54	Attività di OBI pediatrico, ostetrico-ginecologico, psichiatrico assicurata rispettivamente nel reparto di pediatria, nel reparto di ostetricia e ginecologia e nel reparto di psichiatria	negli ospedali dove sono presenti degenze pediatriche, ostetrico-ginecologiche, psichiatriche negli altri casi procedure per il trasferimento ad altro ospedale
C.1.55	Presenza di addetti all'accoglienza chiaramente identificabili e adeguatamente formati per l'accoglienza e il supporto informativo ai familiari in attesa	
C.1.56	Presenza costante del servizio di vigilanza	
	REQUISITI IMPIANTISTICI	
C.1.57	Impianto di illuminazione di emergenza	
C.1.58	Impianto gas medicali, compressi e per vuoto	
C.1.59	Possibilità di dotare aree interne al PS di pressione negativa, con ricambi orari di aria >6 e filtro HEPA nel PS di maggiori dimensioni comprensiva di area vestizione/svestizione; a tali aree si deve poter accedere dall'esterno attraverso un percorso indipendente	nuove realizzazioni o ristrutturazioni importanti di strutture esistenti
C.1.59	Impianto di climatizzazione che assicura le specifiche caratteristiche igrometriche in funzione della destinazione d'uso dei vari ambienti	
C.1.60	Sistemi di sorveglianza e di allarme automatico attivabile da remoto vs 113 e 112 e altri dispositivi di sicurezza in caso di aggressioni	
	REQUISITI TECNOLOGICI	
C.1.61	Elettrocardiografo/i (in numero idoneo alle aree di lavoro, grantito in shock room)	Come benchmark indicativo si propone aree di 8-10 postazioni (di media intensità)
C.1.62	Emogasanalizzatore	almeno uno per area lavoro/team per DEU di I e II livello
C.1.63	Monitor multiparametrico/i (in numero idoneo alle aree di lavoro, rapporto 1:1 postazione alta intensità, 1:2 media intensità)	
C.1.64	Ecografo multidisciplinare (eco fast, vascolare)	almeno uno per area lavoro/team per DEU di I e II livello
C.1.65	Pulsossimetro/i portatile	almeno uno per area lavoro/team per DEU di I e II livello
C.1.66	Ventilatore/i per ventilazione invasiva e non invasiva, dispositivi per CPAP	
C.1.67	Bombola/e di ossigeno per trasporto	
C.1.68	Dispositivi per il monitoraggio arterioso non invasivo e cruento	

/lista C. 1

	Testo	Applicabilità
C.1.65	Dispositivi per la terapia infusionale (pompe)	
C.1.70	Glucometro/i	
C.1.71	Dispositivi per il controllo della temperatura (TTM)	
C.1.72	Dispositivi trauma (set tavola spinale, steccobende o similari, collari, fissatore temporaneo di bacino)	
C.1.73	Set per emocolture e rachicentesi	
C.1.74	Sonde per svuotamento gastrico e gastrolusi	
C.1.75	Set cateterismo vescicale	
C.1.76	Dispositivi per la gestione del parto	
C.1.77	Lampadale scialitica	
C.1.78	Carrelli per la gestione delle emergenze (distinti per adulte e pediatriche) comprendenti: monitor-defibrillatori con funzione di pacing e cardioversione (in numero idoneo alle aree di lavoro, rapporto 1:1 postazione alta intensità dispositivi per l'ossigenoterapia, la ventilazione, la gestione avanzata delle vie aeree (comprese le vie aeree difficili), l'aspirazione dispositivi per accesso venoso (anche centrale) ed intraosseo, infusione e somministrazione farmaci farmaci di emergenza secondo standard rianimazione cardiovascolare dispositivi per la medicazione, l'emostasi (es.elettrobisturi) e il controllo delle emorragie maggiori (es. tourniquet), dispositivi per il drenaggio dello emio-pneumotorace, del tamponamento cardiaco, addominale sfigmomanometro, pulsossimetro portatili Compressore automatico esterno	
C.1.79	Per il percorso per le vittime di violenza, disponibilità di: -armadio con serratura congelatore per la conservazione di campioni biologici e dei reperti -kit reperimento tracce violenza sessuale -macchina fotografica digitale -contenitori adeguati per la raccolta dei materiali come previsto per la catena di custodia e indumenti monouso	per gli ospedali con emodinamica e percorsi ECLS-arresto cardiaco In caso di assenza del congelatore, procedura per il trasferimento dei campioni biologici presso una struttura idonea indicata alla tenuta e conservazione dei reperti
C.1.80	Device per assistenza vocale e livechat per persone con disabilità sensoriale	
C.1.81	Ausili per autosollevaramento, materassini antidecubito per le persone con lesione midollare, letto/barella per grandi obesi	

/sta C.2

C.2 - TERAPIA INTENSIVA E SUBINTENSIVA

I posti letto per pazienti critici intensivi e subintensivi possono anche essere previsti all'interno di un'unica area ad alto contenuto tecnologico ed assistenziale

Testo		Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI		
C.2.1	Degense dotate di spazio tale da consentire agevoli manovre assistenziali sui quattro lati	
C.2.2	Locale per pazienti infetti dotato di zona filtro	nelle strutture esistenti, l'isolamento può essere garantito anche a livello di postazioni funzionali mediante specifiche attrezzature es. biobox, isolamento portatile ecc.
C.2.3	Spazio adibito ai colloqui con i familiari	
C.2.4	Area attesa per i familiari	
C.2.5	Deposito dispositivi sanitari ed altro materiale pulito	
C.2.6	Arredi/arnesi facilmente raggiungibili per lo stoccaggio dei materiali di consumo, farmaci, dispositivi	
C.2.7	Deposito materiale sporco	
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
C.2.8	Continuità dell'assistenza medica e infermieristica e di supporto con servizio attivo H24 modulata in base alla complessità assistenziale	
C.2.9	Disponibilità di personale sanitario della riabilitazione per la valutazione e gestione dei programmi specifici di assistenza	
C.2.10	Se presente un'area critica multifunzione i pazienti critici devono essere stratificati sulla base della complessità dei bisogni assistenziali in modo da assicurare standard assistenziali adeguati	Il locale deve avere pressione negativa rispetto all'esterno e la zona filtro una pressione intermedia tra quella del locale infettivi e l'esterno.
REQUISITI IMPIANTISTICI		
C.2.11	Impianto elettrico con caratteristiche per locali medici di gruppo 2	
C.2.12	Nei locali di attività è presente un impianto di climatizzazione che garantisce i seguenti parametri: T = 20-24°C U% = 40-60% ricambi aria pari a 6 V/h classe dei filtri > 10-11 (95-99,97%)	
C.2.13	Il locale per pazienti infetti deve avere pressione negativa rispetto all'esterno con gradienti pressori a scalare tra zona filtro ed il resto del reparto	
C.2.14	In caso di emergenza sanitaria per massiccio afflusso di pazienti con caratteristiche patologiche omogenee, gli ambienti per la degenza (tipo open space o articolato in box), devono consentire la determinazione di una pressione positiva o negativa (switch) in relazione alle necessità	nuove realizzazioni o ristrutturazioni importanti di strutture esistenti
C.2.15	Impianto di gas medicali	
C.2.16	Impianto allarme di segnalazione esaurimento gas medicali	
C.2.17	Sistemi di continuità dell'alimentazione elettrica	
REQUISITI TECNOLOGICI		

/ista C.2

	Testo	Applicabilità
C.2.18	Letti tecnici attrezzati per area critica e fisioterapia precoce, funzionalmente e tecnologicamente adattabili ad entrambe le funzioni se prevista un'unica area multifunzione	
C.2.19	Ventilatore automatico da rianimazione dotato di modalità diversificate di ventilazione sia per la ventilazione assistita che per il divezzamento, fornito di sistemi di allarme standardizzati per la sicurezza del paziente	per subintensiva: ventilatore automatico per la ventilazione NIV e per la ventilazione di emergenza
C.2.20	Monitor per la rilevazione dei parametri vitali (cardiologici, pressori incrementi e/o cruenti, respiratori compresi capnografia e pulsossimetria)	per subintensiva: monitor multiparametrico per il monitoraggio dei parametri vitali
C.2.21	Sistema di riscaldamento e raffreddamento paziente	per terapia intensiva
C.2.22	Sistema di aspirazione medicale con impianto centralizzato vuoto	
C.2.23	Lampada scialitica per posto letto o fonte di illuminazione anche per piccoli interventi	
C.2.24	Carrello per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore ed unità di ventilazione manuale, farmaci per emergenza, sistema di aspirazione e pulsossimetro comprendente farmaci e dispositivi medici idonei al tipo di utenza e attività:	in caso di gestione delle vie aeree difficili, dispositivi per la gestione del tamponamento cardiaco e dell'emo-pneumotorace
	defibrillatore con funzione di pacing e cardioversione con piastre idonee al tipo di utenza	
	dispositivi per l'ossigenoterapia, la ventilazione, la gestione avanzata delle vie aeree, l'aspirazione	
	dispositivi per accesso venoso (anche centrale), infusione e somministrazione farmaci	
	farmaci di emergenza secondo standard ACLS/ALS	
	Dispositivi per la medicazione e il controllo delle emorragie, dello emo-pneumotorace, del tamponamento cardiaco	
	monitor multiparametrico, sfigmomanometro, pulsossimetro	
C.2.25	Barilla da trasporto pazienti critici dotata o attrezzabile con ventilatore, monitoraggio avanzato e sistemi di supporto vitale	per terapia intensiva
C.2.26	Frigorifero termostato con sistema di allarme e tracciabilità	
C.2.27	Emogasanalizzatore ed emossimetro	
C.2.28	Laringo-broncoscopio dotato di colonna video per II e fibrobroncoscopio per subintensiva	
C.2.29	Pompe per infusione	
C.2.30	Pompe per infusione parenterale ed enterale	
C.2.31	Presenza di apparecchiatura per emofiltrazione	

lista C.3

C.3 - AREA DI DEGENZA

	Testo	Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI		
C.3.1	Area di degenza strutturata in modo da garantire il rispetto della privacy dell'utente ed un adeguato comfort di tipo alberghiero e strutturata in modo da consentirne un utilizzo flessibile anche da parte di discipline diverse e per livelli differenziati di assistenza	In caso di day hospital e day surgery all'interno di un'area di degenza i servizi di supporto possono essere in comune con essa
C.3.2	Le degenze destinate ad accogliere pazienti infettivi o utilizzabili come potenziali espansioni in caso di emergenze epidemiche devono essere dotate di zona vestizione e zona svestizione dedicate, che permettano anche l'osservazione ("mirroring") e dotate di superficie adeguata e area filtro	nuove realizzazioni o ristrutturazioni importanti di strutture esistenti
C.3.3	Camere di degenza singola con superficie minima 12 mq e di degenza multipla con superficie paria a 9 mq per posto letto e non più di 4 posti letto per camera con arredi facilmente lavabili e disinfettabili	nelle strutture esistenti è consentita una superficie minima della camera di degenza multipla di 9 mq per il primo posto letto e di 7 mq per ogni letto ulteriore fino ad un massimo di 4 posti letto per camera
		per le nuove strutture camere a due posti letto con bagno interno
C.3.4	Un servizio igienico con doccia per i degenti ogni 4 posti letto.	In caso di day hospital e day surgery la superficie della camera può essere di 7 mq per posto letto
C.3.5	Servizi igienici accessibili ai disabili secondo le specifiche tecniche previste dalle normative vigenti	nel caso di degenze destinate a lettanti/divezzi non è vincolante
	Per una degenza fino a 40 posti letto sono presenti almeno:	nelle strutture esistenti è sufficienti la presenza di almeno un servizio igienico al piano accessibile ai portatori di disabilità e comunque in riferimento al tipo di attività
C.3.6	Disponibilità di stanze utilizzabili funzionalmente come singola almeno per il 10% delle dotazioni e procedure organizzative per assicurare l'isolamento strutturale e funzionale ove necessari e la presenza di un solo paziente all'interno della camera in relazione a particolari condizioni cliniche	
C.3.7	Un bagno assistito qualora la tipologia dei pazienti e della degenza lo rendano necessario	
C.3.8	Locale per visita, medicazioni, indagini strumentali, dotato di lavabo con comandi non manuali	
C.3.9	Locali/aree di lavoro per il personale sanitario per le attività non di assistenza diretta	
C.3.10	Locale per soggiorno/ristoro dei degenti qualora la tipologia dei pazienti e dell'attività lo rendano necessario	
C.3.11	Spazio attesa visitatori	

/Ista C.3

C.3.12	Spazio riservato per la comunicazione con i parenti e la permanenza dei familiari in situazioni particolari	
C.3.13	Spazio attrezzato per interventi riabilitativi che non richiedono l'accesso alla palestra, rivolti ai pazienti ricoverati	per le nuove strutture ed in particolare per le degenze ortopediche, Stroke Unit, lungodegenza
C.3.14	Spazio/locale tiseneria	
C.3.15	Locale/spazi/ arredi per il deposito del materiale pulito facilmente accessibili al personale	
C.3.16	Locale/i per il materiale sporco, dotato di vuotatoio e lavapadelle e/o di attrezzature per l'eliminazione prodotti monouso per l'evacuazione	
C.3.17	Spazi o armadi per deposito materiali di consumo, attrezzature, strumentazioni	
C.3.18	Servizi igienici per il personale	
C.3.19	Spazio/locale per deposito materiali ed attrezzature per pulizia e sanificazione ambienti	
C.3.20	Locali di soggiorno e svago ad uso esclusivo dei bambini, proporzionati al loro numero.	per le degenze pediatriche
C.3.21	Locale per la permanenza dell'accompagnatore, e la possibilità di dormire, in maniera adeguata, nella stessa camera del bambino	per le degenze pediatriche
C.3.22	Locali per i trattamenti e palestra-per i trattamenti le terapie riabilitative sia singole che di gruppo	per le strutture di riabilitazione cod 56, 28 e 75
C.3.23	Laboratorio di esposizione e responsabilizzazione alimentare	per le strutture di sola riabilitazione psichiatrica è esclusa la presenza della palestra per le degenze di riabilitazione rivolte ai disturbi del comportamento alimentare
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
C.3.24	Disponibilità di personale sanitario della riabilitazione (Fisioterapista e/o Logopedista) in base alle caratteristiche della casistica trattata	per le aree di degenza per acuti medica, chirurgica, Intensiva
C.3.25	Presenza di dietista per le esercitazioni di preparazione dei cibi (frequenza settimanale)	per le degenze di riabilitazione psichiatrica rivolte ai disturbi del comportamento alimentare
C.3.26	Dotazione di personale congrua al volume di attività. Per l'intero orario di funzionamento della Day Surgery deve essere presente almeno: un medico appartenente alla disciplina specifica dell'attività o disciplina equipollente un medico specializzato in anestesia e rianimazione che assicura la valutazione e la preparazione dell'intervento, la presenza per tutta la durata dell'intervento, anche se condotto in sedazione endovenosa, il controllo post-operatorio fino al pieno recupero della coscienza dell'operato ed alla conclusione della sua permanenza in sala operatoria	
	un infermiere	

Ista C.3

	un tecnico sanitario di radiologia medica	nel caso in cui vengano effettuate prestazioni di radiologia interventistica
C.3.27	Può essere previsto il ricovero in area medica per pazienti psichiatrici con necessità di assistenza continua per patologie di interesse internistico e che richiedono terapia psichiatrica temporanea, in tal caso devono essere assicurate modalità organizzative adeguate per assicurare la sicurezza dei pazienti	per le aree di degenza per acuti medica
C.3.28	Nella cartella clinica sono riportate: la tecnica di anestesia impiegata, il tipo e le dosi dei farmaci utilizzati, l'ora di inizio e l'ora di completamento dell'intervento, il decorso clinico intraoperatorio, le eventuali complicanze, indicazione dell'ora in cui il paziente può essere dimesso con firma in calce del chirurgo e dell'anestesista. All'interno della cartella sono conservate la scheda anestesiológica e la scheda di monitoraggio post-operatorio del paziente	
C.3.29	Devono essere fornita al paziente al momento della dimissione la relazione clinica che contiene le indicazioni per la reperibilità medica nell'arco delle 24 ore ed i contatti con struttura organizzativa di riferimento nelle successive 24 ore	in caso di attività day hospital e day surgery
REQUISITI IMPIANTISTICI		
C.3.30	Nelle camere di degenza è presente la seguente dotazione minima impiantistica:	
C.3.31	Impianto di climatizzazione che garantisce i seguenti parametri:	
	T = 20 – 26 °C	
	U% = 40 – 60%	
	ricambi aria pari a 2 V/h.	nelle degenze a ciclo continuo il ricambio d'aria può essere garantito anche naturalmente, le superfici finestrate devono assicurare un rapporto aeroluminante di 1/8 e devono essere assicurati i parametri di comfort termico previsti;
		per le degenze speciali, riferirsi agli standard indicati dalla normativa vigente applicabile e dalle indicazioni di buona tecnica
C.3.32	Le degenze di malattie infettive devono essere dotate di stanze a pressione negativa rispetto all'esterno con gradienti pressori a scalare tra la zona filtro ed il resto del reparto, un idoneo numero di ricambi orari di aria e filtro HEPA in uscita. Le aree protette e le stanze di isolamento dedicate ai pazienti infettivi devono poter garantire pressione negativa rispetto all'esterno con gradienti pressori a scalare tra la zona filtro ed il resto del reparto, un idoneo numero di ricambi orari di aria e filtro HEPA in uscita.	nuove realizzazioni o ristrutturazioni importanti di strutture esistenti
C.3.33	Devono essere previste aree di espansione dotate di impianto elettrico idoneo per locali medici di gruppo 2, allo scopo di consentirne l'utilizzo per cure intensive in caso di emergenze	nuove realizzazioni o ristrutturazioni importanti di strutture esistenti

/Ista C.3

C.3.34	Impianto di illuminazione di emergenza		
C.3.35	Almeno 3 prese per alimentazione elettrica per posto letto		
C.3.36	Impianto di chiamata con segnalazione acustica e luminosa		
C.3.37	Impianto di erogazione ossigeno e prese vuoto		Impianto è previsto per almeno il 10% dei posti letto delle degenze psichiatriche e di riabilitazione
REQUISITI TECNOLOGICI			
C.3.38	Carrelli per la gestione terapia		
C.3.39	Carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico		
C.3.40	Letti articolati ad altezza variabile, accessibili da ogni lato		In caso di day hospital e day surgery possono essere previste poltrone multifunzione con spazi che garantiscono le manovre di primo soccorso
C.3.41	Adeguate attrezzature per mobilitazione/mobilità (MMP/MMC) compresi gli ausili tecnici per la mobilità (corrimano, deambulatori) e trasporto dei pazienti		
C.3.42	Dispositivi antidecubito (anche in service) in relazione alle caratteristiche della casistica trattata e relative procedure di sanificazione eccetto il caso di fornitura esterna comprensiva del servizio		
C.3.43	Elettrocardiografo		per le strutture di area medica, chirurgica, riabilitativa, lungodegenza (presente a livello di presidio)
C.3.44	Pompe volumetriche peristaltiche e pompe a siringa		in relazione alle caratteristiche dell'attività
C.3.45	Aspiratore per bronco-aspirazioni (se non presente aspirazione centralizzata)		escluse degenze psichiatriche Solo per le degenze di riabilitazione è prevista la presenza di broncoaspiratori portatili per rispondere ad eventuali necessità di pazienti in posti letto non coperti con impianto centralizzato.
C.3.46	Monitor multiparametrico		escluse degenze psichiatriche

Ista C.4

C.4 RADIOLOGIA INTERVENTISTICA (radiologia diagnostica invasiva, radiologia interventistica extravascolare, radiologia interventistica vascolare, radiologia interventistica oncologia)

La Radiologia interventistica (RI) raggruppa tutte le procedure terapeutiche invasive effettuabili utilizzando la guida dell'imaging radiologico: fluoroscopia, ecografia (US), TC ed RM. La radiologia interventistica può essere distinta in: 1) Radiologia diagnostica invasiva 2) Radiologia interventistica extravascolare 3) Radiologia interventistica vascolare 4) Radiologia interventistica oncologica Le prestazioni degli ambiti 2,3,4 possono essere combinate in relazione alla casistica. Le attività di RI vengono distinte in tre tipologie funzionali di articolazioni organizzative: livello 1, livello 2, livello 3. Le procedure eseguibili in ciascun livello sono definite dalla normativa regionale		Testo	Applicabilità
LIVELLO 2			
REQUISITI STRUTTURALI			
C-4.1	Area attesa dotata di un adeguato numero di posti a sedere e di uno spazio dedicato allo stazionamento dei pazienti barellati, possibilmente separata dai normali percorsi di accesso alle diagnostiche radiologiche non invasive		
C-4.2	Servizi igienici distinti per operatori e utenti anche condiviso all'interno della struttura		
C-4.3	Locale/spazio per la refertazione anche condivisa all'interno della struttura		
C-4.4	Spazi e sistemi per l'archiviazione digitale delle immagini e la produzione di supporti digitali (CD, DVD) anche condivisi all'interno della struttura		
C-4.5	Locale/spazio per il deposito del materiale sporco anche condiviso all'interno della struttura		
C-4.6	Locale/spazio per il deposito del materiale pulito anche condiviso all'interno della struttura		
C-4.7	Spazio per il deposito del materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni		
C-4.8	Sala per esami angiografici e per le varie procedure interventistiche con le caratteristiche delle sale del blocco operatorio		
C-4.9	Spazio dedicato per il monitoraggio dei pazienti pre- e postprocedura con presenza di gas medicali.		
C-4.10	I locali e gli spazi devono possedere caratteristiche che consentano il rispetto della normativa vigente in materia di radioprotezione		

Ista C.4

REQUISITI ORGANIZZATIVI	
C.4.11	<p>Sono previsti posti letto funzionali per ricoveri a gestione diretta da parte della struttura di RI o, in relazione alla casistica e all'organizzazione interna dell'ospedale, sono definite modalità codificate di collegamento funzionale per il ricovero da parte di altre discipline</p> <p>il numero di posti letto funzionali per ricoveri da parte della struttura di RI o di altra disciplina sono stabiliti in base ai volumi attesi</p>
C.4.12	<p>Dotazione di personale congrua al volume di attività ed ai picchi di accesso. Il numero del personale sanitario, medico infermieristico e tecnico sanitario di radiologia medica, OSS, deve essere adeguato alla tipologia/complessità e al volume dell'attività erogata, per l'attivazione della sala deve essere presente almeno:</p> <p>un radiologo interventista</p> <p>un tecnico sanitario di radiologia medica</p> <p>un infermiere</p>
C.4.13	<p>È garantita l'immediata disponibilità di un medico specialista in anestesia e rianimazione, presente all'interno del presidio</p>
C.4.14	<p>E' assicurata la disponibilità dell'esperto in fisica medica per consulenza sull'ottimizzazione e la garanzia di qualità e su problematiche connesse con la radioprotezione, se richiesto</p>
C.4.15	<p>Sono declinate le funzioni e le responsabilità attribuite a tutti i professionisti coinvolti nella gestione del sistema RIS-PACS ed in particolare: medico Radiologo, esperto in Fisica Medica, informatico, tecnico di radiologia medica, amministratore tecnico di sistema dell'area radiologica, responsabile della conservazione, anche condivisi all'interno della struttura</p>
C.4.16	<p>Modalità codificate per assicurare che: prima della effettuazione della procedura ne sia verificata l'appropriatezza ed in particolare la possibilità di utilizzo di procedure che non erogano dose radiente al paziente, l'assenza di condizioni fisiologiche che controindicano l'impiego di radiazioni ionizzanti; sia fornita una corretta informazione al paziente; siano rispettate le indicazioni inerenti il rispetto della privacy; la comunicazione dei risultati al paziente</p>
C.4.17	<p>Sistema di Controllo di qualità delle apparecchiature diagnostiche e programma di verifica dell'ottimizzazione della dose</p>
C.4.18	<p>Sistema di registrazione degli indicatori di dose al paziente, con raccomandazione di messa a punto di protocollo di monitoraggio delle esposizioni dei pazienti e procedura per il follow up del paziente che ha ricevuto alte dosi da radiazioni</p>
REQUISITI IMPIANTISTICI	
C.4.19	<p>Sono soddisfatti i requisiti previsti per il blocco operatorio</p>

Ista C.4

REQUISITI TECNOLOGICI	
C.4.20	Sistema di protezioni piombate al letto portapaziente
C.4.21	Paratia piombata al soffitto per primo operatore
C.4.22	Strumentazioni in relazione alle tipologie di attività, con dotazioni minime di:
	Ecografi con eco-color-Doppler e sonde adeguate allo studio e alla puntura vascolare, dei quali uno dedicato alla interventistica in elezione e uno a servizio della sala angiografica
	Angiografo digitale con possibilità di accesso dai due lati, monitor di visualizzazione in sala che consente la visualizzazione degli indicatori di esposizione del paziente in tempo reale corredato da: <ul style="list-style-type: none"> - iniettore automatico - monitor multiparametrico - sistema per anestesia dotato al minimo di spirometro, capnografo, sistema di rilevazione pressioni di esercizio e concentrazioni di ossigeno e gas medicali con opportuni sistemi di monitoraggio e allarme acustico e visivo, compresa anche la disconnessione del paziente, - dispositivi per la defibrillazione di tipologia adeguata in relazione alle procedure previste e alle dotazioni salvavita presenti nella struttura - luce scialitica - elettrobisturi
	TC multistrato anche condivisa all'interno della struttura, per accessi programmati e secondo esigenze
C.4.23	Teletrasmissione delle immagini
C.4.24	Sistema di gestione e archiviazione delle immagini (RIS PACS)
LIVELLO 3 (oltre a quanto previsto per il livello 2)	
REQUISITI STRUTTURALI	
C.4.25	Almeno due sale per esami angiografici e per le varie procedure interventistiche con le caratteristiche delle sale del blocco operatorio
C.4.26	Zona console con raddoppio dei monitor di visualizzazione e stazione di elaborazione delle immagini
REQUISITI ORGANIZZATIVI	
C.4.27	Devono essere assicurate modalità organizzative che consentano in caso di necessità l'utilizzo contemporaneo di due sale angiografiche

/lista C.5

C.5 - PUNTO NASCITA - BLOCCO PARTO

La rete regionale dei servizi ospedalieri ostetrici e pediatrici/neonatalogici è articolata in tre livelli collegati operativamente in rete con differenti caratteristiche strutturali e competenze professionali, in modo da garantire la massima corrispondenza tra necessità assistenziali ed appropriatezza e efficacia delle cure. I punti nascita di I livello assistono gravidanze e parti a rischio, in situazioni che non richiedono presuntivamente interventi di livello tecnologico ed assistenziale elevato per la madre e per il feto; i punti nascita di II livello - assistono gravidanze e parti anche a rischio in situazioni che non richiedono presuntivamente interventi di livello tecnologico ed assistenziale elevato tipiche del III livello, per la madre e per il feto; i punti nascita di III livello assistono gravidanze e parti anche a rischio elevato comprese quelle situazioni di alto rischio perinatale (anche provenienti da altri livelli) e di assistenza a soggetti "inborn" di qualsiasi peso o età gestazionale

	Testo	Applicabilità
PUNTI NASCITA DI I° LIVELLO BASE		
REQUISITI STRUTTURALI		
	Per l'area di degenza ostetrica e nido - rooming in, oltre a quanto previsto nella lista C.3, sono disponibili:	
c.5.1	posi letto rapportati al volume di attività, le camere della degenza ostetrica sono distinte da quelle della degenza ginecologica,	per le strutture esistenti anche solo funzionalmente anche per i letti di day surgery
c.5.2	culle rapportate al volume di attività svolta con un minimo di 8 culle fino a 500 neonati sani	
c.5.3	area di assistenza neonatale in continuità con l'area di degenza di Ostetricia e Ginecologia, privilegiando il rooming in	
	Per il blocco parto:	
c.5.4	due sale travaglio-parto dotate ciascuna di un solo letto con spazio dedicato ai prodrumi di travaglio, collocate in prossimità dell'area degenza	per le strutture esistenti: in alternativa un'area travaglio-parto che consente l'esplicitamento di almeno due parti in contemporanea strutturata in modo tale da garantire riservatezza e privacy anche mediante ausilio di supporti rimovibili; l'area di degenza può non essere collocata in prossimità dei blocchi operatori e della sala travaglio-parto ma all'interno dello stesso edificio, con percorsi preferenziali per il trasporto delle pazienti barellate per e dalla sala parto e di quella operatoria
c.5.5	isola neonatale all'interno delle sale travaglio-parto o, se unica, comunicante con queste	
c.5.6	sala operatoria dedicata, collegata funzionalmente con la sala travaglio, facilmente raggiungibile in caso di complicità chirurgica, che garantisce i requisiti per il blocco operatorio ad eccezione dei servizi igienici per il personale e della zona relax	
c.5.7	zona osservazione post-partum	Per lo spazio dedicato al post-partum può essere usata la stessa sala travaglio, parto.
c.5.8	deposito dispositivi medici e strumentario chirurgico	Per le strutture in cui è prevista una sala operatoria connessa al blocco travaglio parto dedicata esclusivamente all'emergenza ostetrica, i depositi del blocco travaglio parto e della sala operatoria possono essere a comune garantendo flussi separati per sporco e pulito e zona filtro in ingresso, nel rispetto del requisito di progressiva riduzione del livello di contaminazione.
c.5.9	servizi igienici per le partorienti, distinti da quelli per il personale	

/lista C.5

C.5.10	postazioni di lavoro per il personale per attività non di assistenza diretta		
C.5.11	deposito materiale sporco, dotato di vuotatoio e lavapadelle e/o di attrezzature per l'eliminazione prodotti monouso per l'evacuazione	Per le strutture in cui è prevista una sala operatoria connessa al blocco travaglio parto dedicata esclusivamente all'emergenza ostetrica, i depositi del blocco travaglio parto e della sala operatoria possono essere a comune garantendo flussi separati per sporco e pulito e zona filtro in ingresso, nel rispetto del requisito di progressiva riduzione del livello di contaminazione.	
C.5.12	spazio attesa per accompagnatore	anche esterno al blocco parto	
REQUISITI ORGANIZZATIVI			
C.5.12.1	Capacità di assistere gravidanze e parti in età gestazionale ≥ 34 settimane (in situazioni che non richiedono presuntivamente interventi di livello tecnologico ed assistenziale elevato tipiche del III livello, per la madre e per il feto) e neonati sani e patologici ≥ 34 SG ⁰⁰ (o ≥ 35 ⁰⁰ SG nei punti nascita in deroga) che non richiedano ricovero in TIN		
C.5.12.2	Capacità di garantire un'adeguata assistenza all'evento nascita anche mediante tecniche di controllo del dolore farmacologiche e non		
C.5.13	Collegamenti funzionali per l'intervento del Servizio Trasporto di Emergenza Neonatale (STEN) o del Servizio Trasporto Materno Assistito (STAM) tramite specifici accordi con i livelli di intensità di intervento superiore per assicurare assistenza immediata d'urgenza ai nascituri, ai neonati e alle partorienti		
C.5.14	Modalità standardizzate per la gestione delle emergenze ostetriche		
C.5.15	Dotazioni di personale rapportata al volume di attività. L'articolazione dei turni del personale garantisce la presenza H24 di almeno: un medico specialista in ostetricia-ginecologia due ostetriche		
	un medico specialista in anestesia e rianimazione presente nel presidio che garantisce un intervento immediato		
	un medico specialista in neonatologia o pediatra con provate competenze neonatologiche		
	pronta reperibilità integrativa per il personale ostetrico-ginecologico nei turni notturni e festivi		
C.5.16	Prestazioni di diagnostica per immagini, di medicina di laboratorio e trasfusionali anche attraverso il ricorso a strutture esterne (fermo restando la disponibilità di almeno 2 unità di emazie concentrate zero negativo, kell negativo nella struttura)		
C.5.17	Modalità standardizzate sia per la donna che per il neonato per la collocazione in stanza singola in caso di malattie infettive presunte o in atto		
C.5.17.1	Il blocco parto ed il blocco operatorio ostetrico dovranno essere funzionalmente collegati con il reparto di terapia intensiva/terapia subintensiva del presidio ospedaliero per il ricovero della paziente ostetrica in condizioni critiche/subcritiche o con necessità di osservazione intensiva/subintensiva. Ove l'ospedale fosse sprovvisto di tali reparti si farà riferimento ai protocolli organizzativi ed operativi STAM per trasferire la paziente, dopo stabilizzazione, presso strutture adeguate.		
REQUISITI IMPIANTISTICI			

/lista C.5

C.5.18	Nelle camere di degenza ostetrica è presente un impianto di climatizzazione con le caratteristiche previste dalla sezione C.3	
C.5.19	Per il blocco parto sono presenti:	
	Impianto di condizionamento ambientale che garantisce i seguenti parametri igrotermici	
	temperatura interna invernale e estiva compresa tra 20-24°C (temperatura ideale 23-24°C)	
	umidità relativa estiva e invernale compresa 30-60%	
	ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo) 6 v/h	
	classe dei filtri > 11-12 (99,9-99,97%)	
C.5.20	Impianto di erogazione gas medicali, area compressa medicale e prese vuote	
C.5.21	Impianto allarme di segnalazione esaurimento gas medicali	
	REQUISITI TECNOLOGICI	
	Area di degenza nido – rooming in, sono presenti almeno:	
C.5.22	due culle per patologia neonatale lieve	
C.5.23	un'incubatrice	
	Nel blocco parto per ogni sala travaglio-parto sono presenti:	
C.5.24	cardiotocografo	
C.5.25	testate letto con erogazione di ossigeno e prese vuote	
C.5.26	letto tecnico per travaglio parto	
C.5.27	orologio con contasecondi a muro	
	Per le sale travaglio è presente la seguente dotazione comune:	
C.5.28	carrello e/o attrezzatura equivalente (zaino o altro contenitore portatile) per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore ed unità di ventilazione manuale, farmaci per emergenza, sistema di aspirazione, pulsossimetro e set predefiniti per la gestione della pre-eclampsia/eclampsia (Eclampsia Box*) e dell'emorragia post partum acuta (farmaci uterotonici e pallone di Bakri) e CVO.	*Eclampsia box (LG APE 2013); MgSO4 fiale, labelolo fiale, diazepam fiale, calcio gluconato fiale, nifedipina cor, soluzione fisiologica flac.100 ml, soluzioni Ringer flac. 500 ml, siringhe 5/10/20 ml con aghi, cannule di Guedel (mis 3-4-5), pallone Ambu, maschere facciali (mis 3-4-5), sondini da aspirazione e sondini monouso, laccio emostatico, agocannula 18-16 G, set flebo, garze e cerotti
C.5.29	lampada scialitica mobile (almeno 1 ogni 2 sale contigue o area travaglio-parto)	
C.5.30	elettrocardiografo (disponibile h 24)	
C.5.31	ecografo (disponibile h 24) per le emergenze ostetriche	
C.5.32	due pompe a siringa	
C.5.33	due pulsossimetri	
	Nell'isola neonatale sono presenti:	
C.5.33	un lettino di rianimazione con lampade radianti ogni 500 nati anno	
C.5.34	Per ogni lettino 1 erogatore di O2, 1 aria medicale e 1 presa vuoto	
C.5.35	due sistemi di miscelazione, umidificazione e riscaldamento dei gas medicali	
C.5.36	due valvole di limitazione del picco pressorio dei gas erogati	
C.5.37	disponibilità h 24 di due set di materiale per intubazione e ventilazione manuale, per incannulamento dei vasi ombelicali e posizionamento di drenaggio toracico	in alternativa un ventilatore polmonare portatile
C.5.38	un pulsossimetro (disponibile)	

/lista C.5

C.5.39	un misuratore PA (disponibile)	
C.5.40	una pompa a siringa (disponibile)	
C.5.41	un emogasanalizzatore (disponibile nel presidio)	
	incubatrice da trasporto con dotazioni come da indicazione dello STEN (Servizio Trasporto Emergenza Neonatale)	
	PUNTI NASCITA DI I° LIVELLO AVANZATO oltre a quanto previsto per il I° livello Base	
	REQUISITI STRUTTURALI	
C.5.42	Area di degenza ostetrica e nido-rooming in con posti letto e culle in numero adeguato all'attività svolta nel rispetto degli atti programmati ed indirizzi vigenti	
C.5.43	Area di degenza di patologia neonatale con lettini in numero adeguato all'attività svolta in base agli indirizzi programmatori regionali	
	Per il blocco parto sono presenti i requisiti del II livello con le seguenti specifiche:	
C.5.44	tre sale travaglio – parto dotate ciascuna di un solo letto, incrementabili in funzione del volume di attività	
C.5.45	una sala operatoria pronta e disponibile h/24 ore per le emergenze ostetriche	
	REQUISITI ORGANIZZATIVI	
C.5.45.1	Capacità di assistere gravidanze e parti in età gestazionale ≥32 settimane (in situazioni che non richiedono presuntivamente interventi di livello tecnologico ed assistenziale elevato tipiche del II livello, per la madre e per il feto) e neonati sani e patologici ≥32 SG ⁴⁰ e PN >1500 g che non richiedano ricovero in TIN	
C.5.46	Attività di diagnostica per immagini, medicina di laboratorio ed emotrasfusionale disponibili H24	
C.5.47	Possibilità di usufruire, anche attraverso una pronta disponibilità integrativa, di competenze specialistiche (cardiologica, neurologica, nefrologica, etc.) e di alte tecnologie (TC, etc.)	
	REQUISITI IMPIANTISTICI	
	Nell'area di degenza patologia neonatale sono presenti:	
C.5.48	impianto elettrico con disponibilità di almeno due prese per ogni lettino e di 6 per ogni incubatrice	
C.5.49	impianto centralizzato di erogazione dei gas medicinali, aria compressa e di aspirazione con almeno due tre prese, 1 di O ₂ , 1 di aria compressa e 1 vuoto, per ogni posto di cura	
	REQUISITI TECNOLOGICI	
C.5.50	Nell'area di degenza nido – rooming in, sono presenti almeno quattro incubatrici	
	Nell'isola neonatale sono presenti almeno:	
C.5.51	due lettini di rianimazione con lampade radianti	
C.5.52	una incubatrice da trasporto	
C.5.53	pompa a siringa, pulsossimetro e misuratore di PA dedicati	
	Nell'area di degenza patologia neonatale sono presenti, rapportati al volume di attività:	
C.5.54	pannelli radianti	

/lista C.5

C.5.55	lampade per fototerapie	
C.5.56	pompe per microinfusione	
C.5.57	pulsossimetri	
C.5.58	lettore di glucosemia	
C.5.59	bilirubinometro	
C.5.60	misuratore PA	
C.5.61	ossimetri	
PUNTI NASCITA DI II° LIVELLO BASE, oltre a quanto previsto per il 1° livello		
REQUISITI STRUTTURALI		
Per il blocco parto/isola neonatale:		
C.5.62	tre sale travaglio-parto dotate di un solo letto, incrementabili in funzione dei volumi attività	
C.5.63	isola neonatale adeguata ad accogliere parti plurimi e neonati nati contemporaneamente	
C.5.64	posti letto di terapia intensiva neonatale (almeno uno ogni 750 nati anno del bacino di riferimento)	
C.5.65	posti letto di terapia subintensiva neonatale (due posti letto per posto letto di intensiva)	
Per il punto nascita:		
C.5.65.1	Posto letto di terapia intensiva per la gravida e la puerpera in condizioni critiche o subcritiche (disponibile nel presidio ospedaliero)	
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
C.5.65.2	Capacità di assistere gravidanze e parti indipendentemente dal livello di rischio per madre e feto e neonati sani e patologici 229 ^o SG e PN >1000 g	
C.5.66	Area accettazione emergenza H24 che assicura una funzione triage e l'immediata presa in carico in sicurezza della partoriente, anche in situazioni di urgenza-emergenza, mediante specifiche istruzioni operative e percorsi dedicati	
C.5.67	Supporto di pronta disponibilità integrativa in rapporto al volume dell'attività per il personale medico ostetrico-ginecologico, anestesista-rianimatore, neonatologo, personale ostetrico ed infermieristico	
C.5.67.1	Possibilità di somministrare nutrizione parenterale.	
REQUISITI TECNOLOGICI		
Nel blocco parto :		
C.5.67.2	un emogasanalizzatore	
C.5.68	Isola neonatale attrezzata per accogliere parti plurimi e neonati nati contemporaneamente	
Nell'area degenza ad alta intensità di assistenza neonatale sono presenti, in rapporto al volume di attività:		
C.5.69	incubatrici per terapia intensiva	
C.5.70	ventilatori automatici per neonati	
C.5.71	pulsossimetri	
C.5.72	misuratore PA non cruenta	

/lista C.5

C.5.73	monitor cardiorespirografico	
C.5.74	pompe per microinfusione	
C.5.75	aspiratori	
C.5.76	ossimetri	
C.5.77	incubatrici da trasporto	
C.5.78	apparecchio RX portatile dedicato	
C.5.79	elettroencefalografo e/o monitor CFM	disponibile nel presidio
C.5.80	ecografo con ecodoppler	
PUNTI NASCITA DI II° LIVELLO AVANZATO, oltre a quanto previsto per il II° livello base		
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
C.5.81	Capacità di assistere gravidanze e parti indipendentemente dal livello di rischio per madre e feto e neonati sani e patologici anche <29 SG e PN <1000 g	
REQUISITI TECNOLOGICI		
C.5.82	Nel blocco parto (o nel presidio ospedaliero, accessibile h 24):	
C.5.83	un tromboelastografo/tromboelastometro	
C.5.84	Nell'area degenza ad alta intensità di assistenza neonatale sono presenti, in rapporto al volume di attività:	
C.5.85	emogasanalizzatore	
C.5.86	Apparecchiatura per terapia con monossido di azoto	
C.5.87	Apparecchiatura per trattamento ipotermico	
C.5.88	Apparecchiatura per ventilazione ad alta frequenza	

Ilista C.6

C.6 – BLOCCO OPERATORIO

	Testo	Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI		
C.6.1	Numero complessivo di sale operatorie in funzione della tipologia e complessità delle prestazioni per specialità che vengono erogate, comunque devono essere garantite almeno due sale operatorie	
C.6.2	Il gruppo operatorio è articolato in zone progressivamente meno contaminate dall'ingresso del complesso operatorio fino alle sale chirurgiche e sono assicurati flussi separati funzionalmente per "sporco" e "pulito" e zone filtrate d'ingresso	
C.6.3	Le modalità di apertura delle porte devono assicurare la minima trasmissione di particelle anche prevedendo aree filtro in relazione al livello di contaminazione dei locali direttamente collegati alla sala, con apertura non contemporanea delle porte di accesso e di uscita e adeguati tempi di ripristino	
C.6.4	Spazio filtro di entrata degli operandi anche per cambio barella	
C.6.5	Zona filtro per il personale addetto, adeguatamente dimensionata in funzione delle presenze, suddivisa in zona sporca e pulita	
C.6.6	Zona preparazione personale addetto alla sala, contigua alle sale operatorie e dimensionata in base al personale impiegato	
C.6.7	Zona preparazione operandi con spazi adeguati al posizionamento delle apparecchiature, impianti, materiali necessari	
C.6.8	Area di recupero e di assistenza post-anestesiologica (PACU) contigua alle sale operatorie e con numero di posti letto proporzionato all'attività e complessità della chirurgia e, almeno in quota parte, per l'utilizzo come espansione di posti letto di Terapia Intensiva in caso di maximergenze	
C.6.9	Locale/spazio per esecuzione analisi estemporanee se richieste dalla tipologia di attività	
C.6.10	Locale relax operatori	
C.6.11	Servizi igienici del personale	
C.6.12	Sale operatorie di cui almeno una sala operatoria con superficie non inferiore a mq. 25 e le altre non inferiore a mq.20. La superficie della sala deve consentire il corretto posizionamento e fruibilità delle attrezzature necessarie. Le porte di accesso alle sale devono essere dotate di comandi a mani libere	

I lista C.6

C.6.13	Le superfici delle sale sono ignifughe, resistenti al lavaggio ed alla disinfezione, senza rilascio di particolato, lisce e non scanalate, con raccordo arrotondato al pavimento,	
C.6.14	Il pavimento è resistente agli agenti chimici e fisici, levigato e antiscivolo,	
C.6.15	I corridoi di accesso dei pazienti alle sale consentono il passaggio agevole del letto e il trasporto in sicurezza del paziente	
C.6.16	Deposito dispositivi e strumentario chirurgico, se a servizio delle sale operatorie per chirurgia altamente specializzata deve prevedere lo spazio per apparecchiature specifiche (es. assistenza ventricolare, ECMO, ecc.) con filtro in ingresso per il transito delle apparecchiature	
C.6.17	Deposito per armamentario e materiale di medicazione	
C.6.18	Deposito attrezzature e materiale pulito	
C.6.19	Deposito per la sosta temporanea del materiale sporco	non si applica se previsto l'immediato allontanamento del materiale sporco tramite percorso dedicato
C.6.20	Servizio per la sterilizzazione del materiale chirurgico secondo i criteri specifici individuati in C.10	
C.6.21	Sala gessi nel caso di attività chirurgica di ortopedia-traumatologia anche non contigua	
C.6.22	spazio per dispositivi HCU collocato all'esterno delle sale	per le sale di nuova realizzazione che effettuano chirurgia con circolazione extra corporea
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
C.6.23	Oltre a quanto riportato in C, l'attivazione di una sala prevede almeno un medico anestesista, due chirurghi e due infermieri	
C.6.24	Sono definite procure e protocolli operativi per le procedure e condizioni cliniche di maggiore rilievo (es. gestione analgesia, gestione catetere epidurale ecc.)	Per le PACU
C.6.25	Sono definiti i criteri per l'ammissione e la dimissione dall'area di gestione post-anestesiológica così anche le modalità di hand-over tra sala operatoria e PACU, tra PACU e area di degenza.	Per le PACU
C.6.26	L'operatività della PACU è definita sulla base della programmazione chirurgica assicurando l'assistenza infermieristica necessaria e un medico anestesista di riferimento	Per le PACU
C.6.27	Piano di controllo e manutenzione delle caratteristiche igienico strutturali delle sale	
C.6.28	Percorso di tipo unidirezionale dedicato al trasferimento del materiale sporco dalla sala alla decontaminazione	in alternativa specifica procedura organizzativa
C.6.29	Sono definite procure e protocolli operativi per la gestione delle emergenze in sala operatoria compresa l'allertizzazione di altra équipe	
C.6.30	Modalità codificate per l'applicazione delle buone pratiche specifiche per la sicurezza del paziente e loro tracciabilità	
REQUISITI IMPIANTISTICI		

I lista C.6

C.6.31	E' presente un impianto di ventilazione e condizionamento a contaminazione controllata (VCCC) che garantisca:	
	zone progressivamente meno contaminate dall'ingresso fino alle sale chirurgiche	
	T = 20-24°C	
	U% = 40-60%	devono essere mantenute alle condizioni di benessere per il personale e alle caratteristiche termo-igrometriche necessarie per specifiche attività chirurgiche
	ricambi aria pari a 15 V/h per le sale operatorie, 6 V/h per le sale di preparazione e risveglio, 2 V/h per gli altri locali	devono essere mantenute alle condizioni di benessere per il personale e alle caratteristiche termo-igrometriche necessarie per specifiche attività chirurgiche anche mediante l'utilizzo di un unico impianto per l'intero blocco operatorio
	caratteristiche tecniche che assicurano gli standard previsti dalla classe ISO corrispondente al livello di rischio dell'attività chirurgica svolta	
	classe dei filtri > 12 (99,97%)	
C.6.32	Il livello di emissioni sonore dell'impianto di VCCC deve essere adeguato ai criteri definiti dalle norme tecniche di riferimento al fine di garantire una buona comunicazione tra gli addetti ed evitare affaticamento e perdita di concentrazione	
C.6.33	Tutte le componenti dell'impianto VCCC devono essere progettate ed installate in modo da facilitarne la pulizia, il controllo e la manutenzione, inclusa la sostituzione dei filtri, e realizzati con materiali resistenti alla corrosione in relazione agli agenti decontaminanti da utilizzare	
C.6.34	Devono essere presenti sistemi di misura dei parametri indicativi del corretto funzionamento dell'impianto VCCC in grado di rilevare precocemente condizioni di rischio	
C.6.35	Impianto di erogazione gas medicinali (ossigeno, aria medicale), prese vuote e impianto aria compressa, nella zona risveglio è presente impianto di gas medicinali (escluso gas anestetici) e prese vuote con le caratteristiche previste dalle norme di buona tecnica	
C.6.36	Impianto di aspirazione dei gas medicinali ed anestesiolgici	
C.6.37	Disponibilità di acqua di raffreddamento per apparecchi laser, quando necessario	
C.6.38	Stazioni di riduzione della pressione per il reparto operatorio (doppie per ogni gas medicale tecnico)	
C.6.39	Impianto allarmi di segnalazione esaurimento gas medicinali	

lista C.6

C.6.40	Impianto di fonìa nei locali del blocco operatorio, integrato con il sistema di comunicazione dell'ospedale	
C.6.41	La rete informatica deve essere realizzata con caratteristiche delle apparecchiature adeguate al tipo di utilizzo	
C.6.42	Continuità dell'alimentazione elettrica	
	Per zona risveglio	
C.6.43	Predisposizione impiantistica che consenta l'utilizzo in caso di maxi emergenza delle postazioni previste come espansione dei posti letto di Terapia Intensiva	nuove realizzazioni o ristrutturazioni importanti di strutture esistenti
REQUISITI TECNOLOGICI		
	Per ogni sala operatoria:	
C.6.44	lavolo operatorio	
C.6.45	sistema per anestesia dotato al minimo di spirometro, capnografo, sistema di rilevazione pressioni di esercizio e concentrazioni di ossigeno e gas medicali con opportuni sistemi di monitoraggio e allarme acustico e visivo, compresa anche la disconnessione del paziente	
C.6.46	monitor multiparametrico	
C.6.47	elettrobisturi	
C.6.48	sistema di aspirazione per uso chirurgico e anestesilogico	
C.6.49	lampada scialitica	
C.6.50	sistemi per la visione delle immagini	
C.6.51	strumentazione adeguata	
C.6.52	Carrello di anestesia	
C.6.53	Per ogni gruppo operatorio:	
C.6.54	frigoriferi per la conservazione di farmaci	
C.6.55	disponibilità di amplificatori di brillantezza, quando necessario	
C.6.56	monitor defibrillatore con funzione di pacing e cardioversione	
C.6.57	ecografo multidisciplinare (eco fast, vascolare)	
C.6.58	dispositivi per l'anestesia loco regionale	

I lista C.6

C.6.59	set per la gestione delle vie aeree difficili		
C.6.60	sistemi per il monitoraggio neuromuscolare durante anestesia (TOF)		
C.6.61	Monitor-defibrillatore con funzione di pacing e cardioversione con piastre idonee al tipo di utenza (per PACU)		
C.6.62	Carrello mobile per la gestione delle emergenze, comprendente: dispositivi per l'ossigenoterapia, la ventilazione, la gestione avanzata delle vie aeree (comprese le vie aeree difficili), l'aspirazione, dispositivi per accesso venoso (anche centrale), infusione e somministrazione farmaci, farmaci di emergenza secondo standard ACLS/ALS, dispositivi per la medicazione e il controllo delle emorragie, dello emio-pneumotorace, del tamponamento cardiaco (per PACU)		
	Per zona risveglio		Deve essere ubicata nel blocco operatorio, preferenzialmente in prossimità delle sale operatorie, o contigua al complesso operatorio, per limitare la durata del trasporto e consentire il rapido intervento di un anestesista in caso di bisogno.
C.6.62	Armadio e/o carrello/i con farmaci e dispositivi necessari per l'assistenza post-operatoria (per PACU)		Per le PACU
C.6.63	Monitor multiparametrico, sfigmomanometro, saturimetro, materiale per medicazione e assistenza paziente (per singola postazione)		Per le PACU
C.6.64	Respiratore/i automatico, dispositivi NIV e CPAP		Per le PACU
C.6.65	Sistema di comunicazione per attivazione consulenti; visualizzazione immagini radiologiche		
C.6.66	Dispositivi per la gestione post-operatoria dei pazienti (es. controllo temperatura)		

lista C.7

C.7 – CARDIOLOGIA INVASIVA

	Testo	Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI		
C.7.1	La struttura di cardiologia invasiva è collegata funzionalmente all'area di degenza ad alta intensità (UTIC e/o Terapia Intensiva)	
C.7.2	I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate e sono distribuiti in ordine logico e funzionale all'attività cardiologica interventistica e comprendono: zona filtro esterna all'ingresso della sala angiografica con funzioni di spogliatoio e di deposito degli effetti personali sala lavaggio/preparazione del personale attigua alla sala area preparazione/risveglio sala di emodinamica con superfici ignifughe, resistenti al lavaggio ed alla disinfezione, lisce e non scanalate, con raccordo arrotondato al pavimento, il pavimento è antistatico, resistente agli agenti chimici e fisici, levigato e antiscivolo vano tecnico locale/spazio "sala comandi" e refezione	
C.7.3	Locale/spazio preparazione e stoccaggio materiali e dispositivi	
C.7.4	Servizi igienici per i pazienti all'esterno del reparto	
C.7.5	Deposito per il materiale sporco.	
C.7.6	Locale/spazio deposito rifiuti speciali separato dal locale prestazioni e posto in modo che non sia di passaggio per altri locali, con areazione ed illuminazione naturale o, in mancanza, adeguato sistema di estrazione dell'aria	
C.7.7	In caso di sala ibrida deve soddisfare sia i requisiti della sala emodinamica che di sala operatoria	
C.7.8	I locali e gli spazi devono possedere tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente in materia di radioprotezione	
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
C.7.9	Le strutture di cardiologia invasiva sono collegate funzionalmente a: Stroke Unit o Neurologia, Chirurgia Vascolare, Nefrologia e Dialisi di riferimento, per le problematiche connesse alla gestione interventistica dei pazienti con sindrome coronarica acuta	

Lista C.7		Testo	Applicabilità
C.7.10	Per le strutture collocate in Ospedali senza Cardiocirurgia è identificata una Cardiocirurgia di riferimento		
REQUISITI IMPIANTISTICI			
C.7.11	Sono soddisfatti i requisiti impiantistici previsti per il reparto blocco operatorio (C6)		
REQUISITI TECNOLOGICI			
C.7.12	Angiografo fisso comprendente stativo, tavolo di cateterismo con possibilità di accesso da due lati, generatore di alta tensione, sistema di acquisizione analogico o digitale, complesso radiogeno, iniettore angiografico		
C.7.13	Apparecchio angiografico portatile per garantire la continuità in caso di guasto dell'angiografo fisso		se presente una sola sala
C.7.14	Iniettore angiografico		
C.7.15	Attrezzatura radiologica ad alte prestazioni in termini di immagini e sicurezza del paziente (scopia digitale pulsata)		
C.7.16	Respiratore automatico (eventualmente anche adatto al paziente pediatrico se si pratica tale attività)		
C.7.17	Pulsiossimetro		
C.7.18	Strumentazione per la misurazione della portata cardiaca		
C.7.19	Contropulsatore aortico " o altro sistema di assistenza ventricolare"		può essere presente anche nell'ambito dello stabilimento in cui la cardiologia invasiva è collocata
C.7.22	Apparecchi per ACT		solo se viene eseguita attività interventistica, può essere presente anche nell'ambito dello stabilimento in cui la cardiologia invasiva è collocata
C.7.23	Apparecchio per emogasanalisi		può essere presente anche nell'ambito dello stabilimento in cui la cardiologia invasiva è collocata
C.7.24	Poligrafo con almeno 2 canali di pressione e 2 tracce ecg		
C.7.25	Poligrafo con la possibilità di visualizzare 12 derivazioni, almeno tre contemporanee (solo dove si pratica interventistica)		
C.7.26	Elettrocardiografo almeno a 3 canali		
C.7.27	Lampada scialitica con alimentazione di sicurezza		

/lista C.7

	Testo	Applicabilità
C.7.28	Carrello per la gestione delle emergenze, comprendente dispositivi medici idonei al tipo di utenza e attività tra cui: defibrillatore con funzione di pacing e cardioversione dispositivi per l'ossigenoterapia, la ventilazione, la gestione avanzata delle vie aeree, l'aspirazione dispositivi per accesso venoso, periferico e centrale, infusione e somministrazione farmaci farmaci di emergenza secondo standard ACLS/ALS	
	dispositivi per la medicazione e il controllo delle emorragie, dello emo-pneumotorace, del tamponamento cardiaco monitor multiparametrico, , sfigmomanometro pulsossimetro	
C.7.29	Pompe da infusione	
C.7.30	Pace-maker temporaneo	
C.7.31	Set per emergenze cardiache	
C.7.32	Ecocardiografo di alta gamma con tridimensionale	

/Ista C.8

C.8 – SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA (SPDC)

	Testo	Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI		
C.8.1	Collocato preferibilmente a piano terra con possibilità di accesso a spazi interni di verde/giardino	per le nuove strutture
C.8.2	Presenza nello stesso presidio di DEU/PS	per le nuove strutture
C.8.3	L'area di degenza deve essere strutturata in modo da garantire il rispetto della privacy dell'utente ed un adeguato comfort di tipo alberghiero e strutturata in modo da garantire le esigenze di sicurezza	
C.8.4	Dotazione minima di 6 posti letto e dotazione massima di 16 posti letto	
C.8.5	Camere di degenza singola con superficie minima 12 mq; camere di degenza multipla con superficie pari a 9 mq per posto letto e non più di 2 posti letto per camera (nelle strutture esistenti è consentita una superficie minima della camera di degenza multipla di 9 mq per il primo posto letto e di 7 mq per ogni letto ulteriore fino ad un massimo di 2 posti letto per camera). Le camere sono separate per uomini e donne	
C.8.6	Sono individuate modalità di flessibilità organizzativa tali da permettere l'utilizzo delle stanze in forma singola in base ai volumi dell'attività e comunque deve essere disponibile almeno una camera di degenza con un solo posto letto	
	Sono inoltre disponibili:	
C.8.7	un servizio igienico ogni 2 posti letto	
C.8.8	una doccia/vasca ogni 4 posti letto non serviti da servizi igienici dotati anche di doccia/vasca ad uso esclusivo della camera	
C.8.9	un bagno assistito	
C.8.10	un locale per visita e medicazioni dotato di lavabo con comandi non manuali	
C.8.11	un locale per le attività ricreative anche collocabile nel soggiorno	per le strutture esistenti è possibile l'uso polifunzionale dei locali
C.8.12	un locale per visite e colloqui	
C.8.13	un locale sala pranzo	per le strutture esistenti è possibile l'uso polifunzionale dei locali
C.8.14	un ambiente per pazienti fumatori	
C.8.15	un locale/spazio per il deposito del materiale pulito	
C.8.16	un locale per deposito attrezzature	
C.8.17	un locale, presente in ogni piano di degenza, per il materiale sporco e dotato di vuotatolo e lavapadelle	
C.8.18	locale/spazio ristoro	

/lista C.8

C.8.19	servizi igienici per il personale	
C.8.20	spazio attesa visitatori	
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
C.8.21	La dotazione organica del personale addetto, medico infermieristico e tecnico sanitario e di riabilitazione, è rapportata alla tipologia e al volume delle attività e alla complessità delle patologie trattate	
	è comunque garantita la presenza di psichiatri e infermieri H 24	
C.8.22	E' presente un documento di funzionamento e regolamento delle attività del reparto che contiene protocolli scritti per la prevenzione e gestione degli atti auto ed eteroaggressivi, gestione delle crisi, prevenzione e gestione dell'allontanamento dal reparto.	
C.8.23	Può essere previsto il ricovero in area medica per pazienti psichiatrici con necessità di assistenza continua per patologie di interesse infermieristico e che richiedono terapia psichiatrica temporanea, in tal caso devono essere assicurate modalità organizzative adeguate per assicurare la sicurezza dei pazienti	
REQUISITI IMPIANTISTICI		
C.8.24	Si applicano i requisiti previsti per C.3	
REQUISITI TECNOLOGICI		
C.8.25	Carrello per la gestione terapia	

/lista C.9

C.9 - ANATOMIA PATOLOGICA

	Testo	Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI		
C.9.1	Locale/area accettazione campioni	
C.9.2	Locale/area preparazione campioni	
C.9.3	Locale/area inclusione, colorazione e montaggio preparato	
C.9.4	Locale osservazione e refertazione	
C.9.5	Locale/sistemi per archiviazione campioni	
C.9.6	Locale deposito materiali di consumo	
C.9.9	Sala autoptica distinta dai depositi e dalle aree di osservazione, dotata di porte di accesso con comando di apertura automatizzato	anche in comune con medicina legale, in tal caso deve essere regolamentata la modalità di utilizzo
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
C.9.8	Modalità standardizzate per l'esecuzione dei singoli esami: regole di richiesta, raccolta, trasporto e conservazione del campione, descrizione delle fasi preliminari, caratteristiche e descrizione del metodo	
C.9.9	Sistemi per assicurare l'identificazione e la tracciabilità del campione in tutte le fasi pre-analitiche (prelievo, raccolta e trasporto, accettazione, fissazione ed inclusione, taglio delle sezioni, colorazione e/o altre analisi di immunoistochimica e/o molecolari), analitiche e di archiviazione:	
	la richiesta di esame isto-patologico deve riportare: identificazione del paziente o sistemi di identificazione mediante codice a barre o similari nel rispetto della normativa a tutela della riservatezza dei dati, identificazione del richiedente (struttura, nome, cognome e firma), identificazione del materiale, specificando data del prelievo, tipo di prelievo, localizzazione topografica e lateraltà del prelievo, numero di contenitori (in caso di prelievi multipli differenziati deve essere riportato anche il numero arabo identificativo del campione) notizie cliniche pertinenti, notifica di rischio biologico, tempo di intervento, orario di inserimento del campione tissutale nel mezzo di conservazione/trasporto	
	sul contenitore devono essere riportati obbligatoriamente: Identificazione del paziente o sistemi di identificazione mediante codice a barre o similari nel rispetto della normativa a tutela della riservatezza dei dati (in caso di prelievi multipli differenziati deve essere riportato anche il numero arabo identificativo del campione, corrispondente a quanto riportato sulla richiesta o sistemi di identificazione mediante codice a barre o similari), tipo di prelievo, localizzazione topografica e lateraltà del prelievo, notifica di rischio biologico	
C.9.10	Modalità codificate per il trasporto, intra ed extra-ospedaliero, del materiale biologico dalla sala operatoria e/o ambulatori al servizio di anatomia patologica che ne assicurino una adeguata conservazione	

/lista C.9

C.9.11	Per il materiale proveniente da istituzioni esterne, se non esiste un sistema informatizzato condiviso, devono essere definite modalità codificate per assicurare la tracciabilità dei campioni	
C.9.12	Modalità codificate per la richiesta di il materiale per consulto o ulteriori indagini al di fuori delle strutture custodi che disciplinano le modalità di conservazione (vetrino e/o blocchetto) e restituzione	
C.9.13	Modalità codificate per la conservazione della "riserva non campionata" che deve essere garantita per almeno 15 giorni dalla data di validazione del referto diagnostico, in ambienti idonei e con sistemi adatti ad assicurarne un eventuale utilizzo per ulteriori indagini	
C.9.14	Modalità codificate per la conservazione del materiale campionato (bocchetti in paraffina e vetrini) in idonei spazi e con adeguate modalità anche in forma digitale, come indicato dalle linee guida per la dematerializzazione della documentazione clinica in diagnostica per immagini. La conservazione deve avvenire per dieci anni con riferimento alla data della validazione del referto diagnostico come indicato dalle linee guida nazionali ed internazionali. In ogni caso, qualora siano in corso giudizi civili o penali, la struttura è tenuta a valutare l'opportunità di conservazione del materiale anche oltre il termine decennale	
C.9.15	Sono documentati i controlli di qualità interni ed esterni	
REQUISITI IMPIANTISTICI		
C.9.16	Nei locali per inclusione, colorazione e montaggio preparati l'impianto di climatizzazione rispetta quanto indicato nella lista B1.1	
C.9.19	Nella sala autoptica è presente un impianto di climatizzazione che garantisce i seguenti parametri:	
	T ≤ 18 °C sempre	
	U% = 60% ± 5%	
	ricambi aria pari a 15 v/h	
C.9.18	Devono essere presenti le dotazioni tecnologiche essenziali per l'espletamento dell'attività diagnostica isto/citopatologica	
C.9.19	Devono essere presenti dotazioni tecnologiche per l'eventuale espletamento dell'attività diagnostica autoptica	se prevista

lista C.10

LISTA C1.10 - GESTIONE FARMACI E MATERIALE SANITARIO

	Testo	Applicabilità
	APPROVVIGIONAMENTO E CONSERVAZIONE FARMACI E DISPOSITIVI	
	REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI	
C1.10.1	Spazio ricezione materiale-registrazione e spazi adeguati per il movimento in uscita dei farmaci e altro materiale sanitario	solo per strutture di ricovero
C1.10.2	Spazio deposito per farmaci e dispositivi medico-chirurgici con pavimenti con superficie lavabile e disinfettabile	
C1.10.3	Armadio antiscasso per la conservazione degli stupefacenti	ove necessario, l'armadio può essere posizionato anche in altro locale
C1.10.4	Arredi e attrezzature per deposito e conservazione dei medicinali, dei dispositivi medico chirurgici, del materiale di medicazione e degli altri materiali di competenza	
C1.10.5	Frigoriferi adeguati alla conservazione dei medicinali: dotati di: registratori di temperatura, sistema di allarme, collegati a gruppi di continuità o ad una linea di alimentazione preferenziale, locali/spazi destinati all'attività con pavimenti con superficie lavabile e disinfettabile	
	REQUISITI IMPIANTISTICI	
C1.10.6	Nel locale deposito sono garantite idonee condizioni microclimatiche, in particolare sono rispettati i seguenti parametri:	
	T = 20-26 °C	
	U% = 50% ± 5%	
	SERVIZIO DI FARMACIA (oltre a quanto previsto per approvvigionamento)	se presente
	REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI	
C1.10.7	Locale/spazio preparazioni farmaceutiche dotato di cappa di aspirazione forzata e pareti con rivestimento impermeabile e lavabile	
C1.10.8	Locale/area per attività di supporto gestionale	
C1.10.9	Armadi con serratura per la custodia dei veleni	
C1.10.10	Attrezzature ed utensili di laboratorio obbligatori, e ogni altra dotazione di strumenti atti ad una corretta preparazione galenica	
C1.10.11	Deposito infiammabili debitamente autorizzato nel rispetto della normativa vigente	

lista C.10

C.1.10.12	Disponibilità dei medicinali indicati nella tabella F.U. nei quantitativi ritenuti sufficienti al regolare espletamento del servizio, nelle forme - salvo diverse specificazioni nell'elenco - e nei dosaggi che rispondono alle abituali esigenze terapeutiche, e nei confezionamenti più idonei alla loro conservazione e al loro impiego pratico.	
C.1.10.13	Area distribuzione farmaci e dispositivi (a bancone)	se presente distribuzione diretta
C.1.10.14	Spazio di attesa dotato di sedute in numero adeguato rispetto ai picchi di frequenza degli accessi	se presente distribuzione diretta
C.1.10.15	Laboratorio galenico oncologico con i requisiti ambientali ed impiantistici previsti dalle linee guida SIFO in materia, dotato di zona filtro con lavandino per la preparazione degli operatori, spogliatoio, zona di decontaminazione, locale stoccaggio	se presente allestimento centralizzato di farmaci CTA
C.1.10.16	Laboratorio galenico per la nutrizione parenterale con i requisiti ambientali ed impiantistici previsti dalle linee guida SIFO in materia	se presente allestimento centralizzato di medicinali personalizzati per nutrizione parenterale
REQUISITI IMPIANTISTICI		
C.1.10.17	Nel locale deposito e preparazione sono garantite idonee condizioni microclimatiche, in particolare sono rispettati i seguenti parametri: T = 20-26 °C	per i locali deposito e preparazione
	U% = 50% ± 5%	per i locali deposito e preparazione
	Impianto di climatizzazione che assicura ricambi aria pari a 2 v/h e classe dei filtri 3 - 4 (80 - 90%)	per i locali di preparazione

lista C.11

C.11 - SERVIZIO DI STERILIZZAZIONE

Può essere assicurato mediante la presenza di una centrale di sterilizzazione, una funzione abbinata al gruppo operatorio, affidamento all'esterno		Applicabilità
Testo		
REQUISITI STRUTTURALI		
C.11.1	Il percorso è progressivo dalla zona sporca a quella pulita	
	Il servizio di sterilizzazione centralizzato ha locali/spazi separati per:	
C.11.2	ricezione e lavaggio dei materiali dotato di vasche per il lavaggio fornite di acqua calda e fredda e piano di appoggio in materiale resistente agli agenti chimici, con superfici facilmente lavabili e disinfettabili, resistenti agli agenti chimici e fisici e pavimenti antisdrucciolo	presente anche nelle strutture con affidamento esterno della sola sterilizzazione
C.11.3	sterilizzazione e confezionamento	presenza di autoclave passante tra locale decontaminazione e sterilizzazione
C.11.4	stoccaggio e distribuzione dei materiali sterilizzati	
C.11.5	zona filtro per il personale, prima dell'accesso alla zona sterile	
C.11.6	locale per il deposito di materiale sterile	
C.11.7	locale per il deposito di materiale sporco	
C.11.8	servizi igienici del personale	
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
C.11.9	E' garantita all'interno dell'equipe la presenza almeno di un infermiere	
C.11.10	Tracciabilità delle procedure di gestione del processo di sterilizzazione	le procedure ed il sistema di tracciabilità devono essere documentate anche in caso di affidamento all'esterno anche ad altra struttura
REQUISITI IMPIANTISTICI		
C.11.11	Impianto di climatizzazione che garantisce i seguenti parametri:	
	T = 20 - 27°C	
	U% = 40 - 60%	
	ricambi aria pari a 15 v/h	
	classe dei filtri > 10-11 (95-99,97%)	
C.11.12	Impianto di illuminazione di emergenza	
C.11.13	Impianto di aria compressa	
REQUISITI TECNOLOGICI		
C.11.14	Apparecchiatura per il lavaggio del materiale da sottoporre a sterilizzazione	
C.11.15	Apparecchiatura per il confezionamento;	

lista C.11

C.11.16	Testo	Applicabilità
	Apparecchiatura di sterilizzazione;	

/Ista C.12

C.12 -SERVIZIO DI SANIFICAZIONE ATTREZZATURE, ARREDI E LETTERECCI

L'attività può essere assicurata mediante un servizio centralizzato interno, servizio effettuato in loco, affidamento all'esterno anche con gestione consorziata fra più aziende pubbliche e private

	Testo	Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI		
C.12.1	Articolazione interna degli spazi che garantisce la separazione tra le zone sporche e pulite ed un percorso progressivo dalla zona sporca alla zona pulita	per servizio di sanificazione centralizzato
C.12.2	Locale filtro e decontaminazione del personale, con servizi igienici, spogliatoi e docce	
C.12.3	Locale di pretrattamento e disinfezione	
C.12.4	Deposito materiali da trattare e delle attrezzature tecnologiche necessarie	
C.12.5	Deposito pulito	
C.12.6	Pareti e pavimento sono lavabili e disinfettabili. I pavimenti hanno caratteristiche antisdrucchiolo nelle zone sporche con adeguate pendenze in modo da garantire i necessari scarichi	
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
C.12.7	Modalità standardizzate per la gestione dell'attività di sanificazione e disinfestazione	
C.12.8	Identificazione delle attrezzature ed arredi non trasportabili	documentata anche in caso di affidamento a ditte esterne
C.12.9	Sono assicurate idonee modalità di trasporto dei materiali	documentate anche in caso di affidamento a ditte esterne
REQUISITI IMPIANTISTICI		
C.12.12	Impianto di climatizzazione che garantisce i seguenti parametri:	
	T = 20 - 27°C	
	U% = 40 - 60%	
	ricambi aria pari a 6 v/h	salvo diverse indicazioni contenute nel DVR
C.12.11	Impianto di illuminazione di emergenza	
C.12.12	Impianto di aria compressa	
C.12.13	Punto acqua per lavaggio ambienti e smaltimento acqua pavimento	

lista C. 13

C.13 - SERVIZIO CUCINA - DISPENSA

Può essere assicurato mediante servizio interno gestito direttamente o in affidamento o tramite servizio esterno anche gestito in forma associata da più strutture di ricovero

	Testo	Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI		
C.13.1	Locale/spazio per ricezione derrate	anche in caso di affidamento a servizio esterno
C.13.2	Locale/spazio per smistamento del vitto	in caso di affidamento a servizio esterno
C.13.3	Dispensa	
C.13.4	Celle frigorifere distinte	
C.13.5	Spazio preparazione, cottura, distribuzione	
C.13.6	Spazio preparazione diete speciali	
C.13.7	Area lavaggio	
C.13.8	Deposito per stoviglie e carrelli	
C.13.9	Spogliatoi con servizio igienico e docce per personale addetto al servizio di cucina	anche in caso di attività di sporzionamento del vitto
C.13.10	Locale lactarium	per degenze pediatriche
C.13.11	Cucina divezzi	per degenze pediatriche
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
C.13.12	È garantita l'elaborazione delle tabelle dietetiche, dei menù e delle diete speciali	
C.13.13	È assicurata la disponibilità di personale dietista in relazione alla tipologia ed al volume dell'attività svolta	

lista C.14

C.14 - SERVIZIO LAVANDERIA - GUARDARوبا

Il servizio può essere espletato all'interno o affidato all'esterno erogato tramite ditte specializzate e/o gestito in forma associata da più strutture sanitarie di ricovero

	Testo	Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI		
C.14.1	Deposito biancheria sporca	
	Locale/spazio ricezione (raccolta, cernita) biancheria sporca e lavaggio, trattamento, asciugatura con:	
C.14.2	pareti e pavimenti lavabili e disinfettabili	
C.14.3	pavimenti antisdrucciolo	
C.14.4	presa acqua, lavello attrezzato anche per lavaggio mani	
C.14.5	scarico acqua a pavimento	
C.14.6	ricambio aria naturale o artificiale con almeno 2 ricambi aria ora	
C.14.7	Spazio stiratura, rammendo	
C.14.8	Locale/spazio guardaroba dotato di armadi chiusi o scaffalature ed in tal caso il materiale pulito è riposto in confezioni sigillate	
C.14.9	Spogliatoio con servizio igienico e docce per il personale addetto al servizio lavanderia	
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
C.14.10	Documentazione relativa ai protocolli di bonifica della biancheria infetta, gli spazi e le attrezzature dovranno essere corretti a quanto definito nei protocolli di bonifica	

lista C. 15

C.15 - SERVIZIO MORTUARIO

	Testo	Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI		
C.15.1	Locale sosta salme, dotato di idoneo impianto di condizionamento e di sistema di rilevazione acustica e luminosa di eventuali segni di vita	Il sistema di rilevazione acustica e luminosa può essere sostituito da indicazioni normative vigenti in materia (art. 8 DPR 10 settembre 1990 n. 285) nel caso in cui non sia prevista diversa soluzione organizzativa con servizio esterno
C.15.2	Camera ardente/sala per onoranze funebri al feretro	
C.15.3	Locale preparazione del personale con servizi igienici	
C.15.4	Servizi igienici per i visitatori	
C.15.5	Almeno un servizio è accessibile ai disabili	
C.15.6	Entrata ed uscita autonoma senza interferenze rispetto al sistema generale dei percorsi interni della struttura	
C.15.7	Accesso dall'esterno per i visitatori	
C.15.8	Sala attesa visitatori	
C.15.9	Deposito materiale con lavabo	
C.15.10	Locali per eventuali riscontri anatomo-patologici nel presidio ospedaliero ove tali riscontri non siano affidabili all'esterno	nel caso in cui non sia prevista diversa soluzione organizzativa con servizio esterno
C.15.11	Locale sosta e preparazione salme dotato di lavabo	
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
C.15.12	E' assicurato un orario di apertura ai visitatori	
C.15.13	E' applicata una procedura per l'accoglienza delle salme e dei visitatori	
REQUISITI IMPIANTISTICI		
C.15.14	Nei locali con presenza di salme è presente un impianto di climatizzazione che garantisce i seguenti parametri:	
	T ≤ 18 °C sempre (nei locali destinati all'osservazione - trattamento e preparazione della salma)	
	U% = 60 % ± 5% (per la sala osservazione delle salme, la sala autoptica e la sala destinata alle celle frigorifere)	

lista C.15

	ricambi aria pari a 15 v/h per la sala autoptica, 6 v/h per osservazione e locale celle frigorifere	
C.15.15	Climatizzatore che garantisca idonee condizioni termoisolometriche	nella camera ardente / sala per onoranze funebri al feretro ove prevista
C.15.16	Ricambi d'aria pari ad almeno 2v/h. Nel caso di ricambi d'aria naturali le finestre sono con rapporto aero-illuminante non inferiore ad 1/8 e dotate di apposite reticelle anti insetto	nella camera ardente / sala per onoranze funebri al feretro ove prevista
C.15.17	Impianto illuminazione di emergenza	

lista C. 16

C.16 – CENTRO TRAPIANTI

I centri trapianti sono articolazioni organizzative collocate all'interno di stabilimenti ospedalieri di alta specializzazione, costituite da un insieme di unità operative variamente dislocate.	
REQUISITI STRUTTURALI	
C.16.1	La sede deve essere facilmente accessibile sia per via terrestre che per via aerea in relazione alla compatibilità con l'attività di trapianto
C.16.2	La struttura dispone di ambulatori per le visite di idoneità e di follow up post trapianto
C.16.3	La degenza deve essere collocata nelle adiacenze del reparto operatorio o in ogni caso i percorsi di collegamento devono essere brevi e riservabili al momento al passaggio del trapiantato
C.16.4	Per la degenza nell'immediato post trapianto devono essere disponibili postazioni di Area critica in condizioni di contaminazione controllata
REQUISITI ORGANIZZATIVI	
C.16.5	La struttura ospedaliera sede di Centro trapianti dispone di specifici servizi, in relazione alla tipologia di trapianto svolto, o all'interno della struttura stessa o in strutture limitrofe con le quali sono stipulati accordi in un'ottica di rete:
	all'interno della struttura ospedaliera per una adeguata gestione delle emergenze ospedaliere sono presenti almeno: chirurgia, endoscopia toracica, terapia intensiva, endoscopia digestiva, nefrologia con dialisi, cardiologia con UTIC e cardiologia intensivistica per effettuazione procedure diagnostiche e di trattamento delle cardiopatie ischemiche con tecniche di imaging in condizioni di stress e a riposo, laboratorio a risposta rapida, radiodiagnostica con TC, ecografia, radiologia interventistica, servizio trasfusionale H24
	è inoltre garantito l'accesso a servizi di specifiche discipline: pneumologia, gastroenterologia, urologia, malattie infettive, anatomia patologica con possibilità di esecuzione di esame istologico di campioni biotipi dell'organo trapiantato con tecniche di allestimento rapido comprensive di ricerca immunostochimica di depositi di C4D e anticorpi donatore-specifici, ricerca Polyoma virus, CMV, EBV, psichiatria, oculistica, ostetricia-ginecologia, dermatologia, cure palliative e terapia del dolore, fisioterapia, fisioterapia, nutrizione clinica, endocrinologia, assistenza sociale e psicologica
	anche in altra struttura con la quale è stipulata convenzione

lista C. 16

	sono disponibili servizi di: microbiologia e virologia che eseguono indagini bio-molecolari, immunogenetica, diagnostica onco-ematologica e chimico clinica	
C.16.6	Per ogni struttura trapianti deve essere garantita la presenza di un medico H24 tutti i giorni	
C.16.7	I diversi servizi che sono coinvolti nel percorso di trapianto devono essere esattamente definiti ed elencati, devono essere indicate le funzioni e le aree di responsabilità delle figure coinvolte e i raccordi funzionali tra i vari servizi	
C.16.8	Deve essere individuato il responsabile del programma, il responsabile dell'equipé chirurgica incaricata dell'intervento di trapianto e delle procedure chirurgiche propedeutiche e successive, almeno un responsabile clinico della gestione pre e post operatoria e del follow up, il responsabile della gestione della lista di attesa. Tali figure devono possedere documentate competenze	
C.16.9	E' individuata a livello aziendale la figura/struttura incaricata della verifica annuale dei requisiti	
C.16.10	Per l'attività di trapianto devono essere definiti i percorsi previsti per il personale, il paziente e i materiali e le procedure per il loro uso in sicurezza	
C.16.11	I controlli post trapianto sono organizzati assicurando percorsi che evitino la commistione con pazienti con patologie trasmissibili	
C.16.12	Per i Centri trapianto di rene devono essere disponibile un reparto di emodialisi con almeno quattro postazioni escluse quelle previste nell'immediata post trapianto e almeno una postazione dialitica nell'Area critica di riferimento	
C.16.13	Per i Centri trapianto di fegato deve essere presente un centro di epatologia in grado di offrire un'assistenza epatica o terapia sostitutiva della funzione epatica basata su emoperfusione o altre tecniche extracorporee	
C.16.14	Per i Centri trapianto di pancreas deve essere disponibile un servizio di diabetologia	
C.16.15	Per i Centri trapianto di cuore all'interno dell'ospedale deve essere presente la diagnostica emodinamica e sala angiografica idonea per l'esecuzione di biopsie miocardiche in adiacenza alle sale operatorie	
C.16.16	Per i Centri trapianto multi organo devono essere disponibili tutte le strutture richieste per ogni specifico organo, commisurate ai volumi massimi di attività trapiantologica attesi	
C.16.17	I controlli post trapianto sono eseguiti da personale esperto, individuato in numero adeguato	

lista C. 16

REQUISITI IMPIANTISTICI	
C.16.17	Per i Centri trapianto di polmone deve essere disponibile almeno una sala dotata di apparecchiatura per la circolazione extracorporea e un servizio di Fisiopatologia respiratoria per la preparazione all'intervento e la valutazione pre e post-operatoria del ricevente
C.16.18	Per i Centri trapianto di cuore devono essere disponibili sale riservate dotate di apparecchiatura di assistenza CCH in circolazione extracorporea
C.16.19	Per i Centri trapianto multi organo devono essere disponibili tutte le attrezzature richieste per ogni specifico organo, commisurate ai volumi massimi di attività trapiantologica attesi
REQUISITI TECNOLOGICI	
C.16.19	Per i Centri trapianto di rene deve essere disponibile almeno un dispositivo per la perfusione ex vivo del rene
C.16.20	Per ogni trapianto di organo è predisposto un elenco di tutte le apparecchiature che devono essere rese disponibili, comprese quelle di riserva per lo svolgimento di funzioni critiche
C.16.21	Per i Centri trapianto di rene l'area degenza deve essere dotata di almeno un'apparecchiatura per dialisi
C.16.22	Per i Centri trapianto di cuore deve essere disponibile un monitor ECG portatile ed un defibrillatore per l'assistenza durante il trasporto del paziente
C.16.23	Per tutte le tipologie di trapianto devono essere disponibili per la fase di trasporto del paziente critico una barella dotata di ventilatore meccanico portatile, monitor/defibrillatore con ECG, NIPT, saturimetro

lista C.17

C. 17 – MEDICINA NUCLEARE TERAPEUTICA

	Testo	Applicabilità
Nel caso in cui i trattamenti vengano eseguiti all'interno della medicina nucleare alcuni requisiti richiesti per la parte terapeutica sono a comune con il servizio di diagnostica		
REQUISITI STRUTTURALI		
C.17.1	La disposizione dei locali consente la corretta applicazione delle logiche radioprotezionistiche di percorso previste per il trasferimento delle sorgenti, per lo spostamento di pazienti ed operatori	
C.17.2	Gli accessi all'area di degenza devono essere regolamentati e controllati, all'interno di un sistema confinato da barriere fisiche fisse, a cui si accede attraverso porte normalmente chiuse, dotate di dispositivi di consenso di apertura	
C.17.3	Locale somministrazione dei radiofarmaci nel quale sono disponibili tutti i sistemi di radioprotezione e di monitoraggio, previsti dall'esperto qualificato e riportati nel regolamento interno, per il rispetto della normativa vigente per la radioprotezione, delle norme di buona preparazione del radiofarmaco (NBP-MIN), delle norme di buona tecnica ed i sistemi di primo intervento per l'emergenza	è possibile la somministrazione direttamente nelle sale di degenza, in funzione della tipologia di radioisotopo utilizzato
C.17.4	E' presente: una zona di attesa per visitatori, un locale visita al paziente prima della somministrazione, un locale di lavoro infermieri e spazio amministrativo/archivio; locale per la manipolazione dei radiofarmaci e locale per la somministrazione (eventualmente coincidenti, in funzione delle attività e tipologia); locale deposito per attrezzatura di pulizia del reparto e decontaminazione; stanze di degenza, con servizio igienico caldo e lavabo (entrambi a scarico controllato) dotate di un punto di controllo della contaminazione e di adeguate schermature fisse e mobili secondo valutazioni radioprotezionistiche	
C.17.5	Zona filtro con spogliatoio del personale (dotata di dispositivo di monitoraggio di contaminazione e dotata di spogliatoi lavandini e docce differenziate, realizzate secondo norma di buona tecnica)	in base alle valutazioni di radioprotezione
C.17.6	Le stanze di degenza sono realizzate con pavimenti e superfici lavabili e decontaminabili. Sono previste schermature e sistemi di controllo, secondo le valutazioni di radioprotezione effettuate dall'esperto qualificato	
C.17.7	Servizi igienici nelle stanze di degenza, con sistema di scarico controllato per gli adempimenti radioprotezionistici	
C.17.8	Servizi igienici per pazienti caldi, di cui almeno uno dotato di sanitari per pazienti disabili, con sistema di scarico controllato per gli adempimenti radioprotezionistici	
C.17.9	Deposito temporaneo per lo stoccaggio di rifiuti radioattivi solidi e/o materiali contaminati in attesa di smaltimento e raccolta da parte di ditte autorizzate e locali per impianti di smaltimento degli scarichi liquidi radioattivi, dotati di vasche di raccolta e sistemi di controllo	

lista C.17

	Testo	Applicabilità
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
C.17.10	Il numero del personale sanitario, medico fisico infermieristico e tecnico, deve essere adeguato alla tipologia e al volume dell'attività erogata	
C.17.11	Deve essere prevista la disponibilità di un esperto in fisica medica	
C.17.12	Modalità codificate per assicurare: l'appropriatezza della richiesta prima della effettuazione della procedura terapeutica e l'assenza di condizioni fisiologiche che controindicano l'impiego di radiazioni ionizzanti; la corretta informazione al paziente sulla procedura terapeutica a cui sarà sottoposto; il rispetto della privacy; le istruzioni alla dimissione sui comportamenti da seguire post terapia e la comunicazione al medico curante dell'avvenuto trattamento	
C.17.13	Modalità codificate che regolamentino le visite ai pazienti, in base alle valutazioni di radioprotezione	
C.17.14	Sistema di gestione/rendicontazione dei rifiuti radioattivi con definizione di locale per deposito temporaneo in funzione del volume / tipologia degli isotopi trattati e modalità codificate di ritiro per smaltimento	
C.17.15	Modalità codificate per la gestione delle emergenze e delle contaminazioni	
C.17.16	Gli accessi all'area di degenza sono regolamentati e controllati	
REQUISITI IMPIANTISTICI		
C.17.17	Impianto di climatizzazione/ventilazione che assicura i parametri di qualità dell'aria, di temperatura, umidità e ricambi aria, legati alle esigenze di radioprotezione, delle attrezzature di preparazione del radiofarmaco, conformemente alle norme tecniche di settore, in funzione del volume / tipologia degli isotopi trattati e della attività svolta	
C.17.18	Nella camera calda/radiofarmacia/camera degenza sono installati sistemi di aspirazione/filtrazione dell'aria con una logica di pressione differenziata dei locali in funzione della classificazione come da norma tecnica di settore e di quelle farmaceutiche (NBP-MIN), del livello di rischio e della tipologia di radionuclide somministrato	
REQUISITI TECNOLOGICI		
C.17.19	Nella zona calda sono disponibili in tutti i locali le schermature, i sistemi di radioprotezione e di monitoraggio previsti dall'esperto qualificato e riportati nelle norme interne di protezione e sicurezza	
C.17.20	Sistemi di monitoraggio e di misura delle sorgenti radioattive adeguati alle dimensioni delle risorse impiegate (area di lavoro, personale, tipo ed alle quantità giornaliere di materiali radioattivi impiegati e/o manipolati) e conformi ai requisiti minimi previsti dalle NBP in MIN	
C.17.21	Sistema di monitoraggio della contaminazione radioattiva ambientale e del personale in funzione della tipologia/modalità di radioisotopi impiegati	
C.17.22	Presenza di interfono e sistema di videosorveglianza del paziente che consenta l'assistenza infermieristica da remoto	
C.17.23	Nella zona calda deve essere disponibile un sistema di primo intervento per l'emergenza	

/lista D

D - REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO IN FASE POSTACUTA

	Testo	Applicabilità
	REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI	
D.0	Accessi e percorsi interni separati per pazienti potenzialmente infetti	nuove realizzazioni o ristrutturazioni importanti di strutture esistenti: nelle strutture esistenti la separazione dei percorsi può essere realizzata mediante soluzioni organizzative funzionali
D.00	Area / modulo di accoglienza e soggiorno dedicati all'isolamento del paziente infetto dotato di zona filtro	nuove realizzazioni o ristrutturazioni importanti di strutture esistenti
D.1	Locali e spazi correlati alla tipologia ed al volume delle attività erogate	
D.2	Spazi/locali per funzioni direzionali, attesa, accettazione e attività amministrative.	possono essere anche in comune se coesistono più attività sanitarie ambulatoriali, gestite anche da titolarità diverse
D.3	Locale per soggiorno/ristoro dei degenti	qualora la tipologia dei pazienti e dell'attività lo rendano necessario
D.4	Locale/spazio di lavoro per il personale per le attività non di assistenza diretta	
D.5	Locale per il medico di guardia (ove previsto)	
D.6	Locale/spazio per discussione casi clinici, riunioni, approfondimento	
D.7	Carrello o attrezzatura equivalente (zaino o altro contenitore portatile ecc.) per la gestione delle emergenze, comprendente farmaci e dispositivi medici idonei al tipo di utenza e attività, tra cui:	
	defibrillatore semiautomatico	per quanto attiene l'uso del defibrillatore semiautomatico dovrà essere presente durante l'attività, personale in possesso della formazione aggiornata di BLS-D
	dispositivi di base per l'ossigenoterapia, la ventilazione, la gestione delle vie aeree, l'aspirazione	in strutture dove le attività sono svolte da professionisti non abilitati alla somministrazione e gestione dei farmaci e la presenza di personale sanitario Medico o Infermieristico non è prevista in maniera continuativa durante lo svolgimento delle attività, devono essere presente dispositivi medici di base per la ventilazione (es. pallone autoespandibile o pocket mask)
	dispositivi per accesso venoso, infusione e somministrazione farmaci	
	farmaci di emergenza	non si applica alle strutture dove la attività sono svolte da professionisti non abilitati alla somministrazione e gestione dei farmaci e la presenza di personale sanitario Medico o Infermieristico non è prevista in maniera continuativa durante lo svolgimento delle attività
	dispositivi per la medicazione e il controllo delle emorragie	
	pulsossimetro e sfigomanometro	

Lista D

	Testo	Applicabilità
REQUISITI IMPIANTISTICI		
D.8	<p>■ Illuminazione e ventilazione naturali rispondenti alle normative vigenti compresi i regolamenti edilizi e di igiene del Comune su cui insiste la struttura. In caso di soluzioni diverse sono garantite le condizioni microclimatiche rispondenti agli standard previsti da indicazioni tecniche di settore, ove non diversamente regolamentate dalle normative di cui sopra.</p>	
D.9	<p>■ Impianti elettrici conformi alla normativa vigente per i luoghi di lavoro ed in funzione alla classificazione sanitaria degli ambienti</p>	

Ista D.1

D.1 - PRESIDI DI RIABILITAZIONE FUNZIONALE DEI SOGGETTI PORTATORI DI DISABILITA' FISICHE, PSICHICHE E SENSORIALI

Questa tipologia di struttura eroga prestazioni sanitarie specialistiche e sanitario assistenziali, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative non erogabili in ambito ambulatoriale o domiciliare per situazioni che non richiedono ricovero ospedaliero. In ciascun settore le prestazioni di ricovero a ciclo diurno e continuativo, nonché le attività ambulatoriali possono essere svolte nel medesimo presidio in modo coordinato ed integrato. Le strutture si distinguono in due tipologie: a. presidi a più alta intensità clinico riabilitativa che si rivolgono a pazienti che presentano condizioni di disabilità conseguenti a patologie invalidanti ammissibili, per condizione clinica stabilizzata, a trattamento riabilitativo extraospedaliero che richiede, per lo svolgimento delle specifiche attività riabilitative, un'adeguata tutela assistenziale nelle 24 ore (regime residenziale) e nelle 12 ore (regime diurno); b. presidi con caratteristiche abilitative riabilitative assistenziali che si rivolgono a soggetti che presentano condizioni di gravi disabilità neuropsichiche, per i quali sono definiti programmi assistenziali a indirizzo riabilitativo continuativi e protratti nel tempo, finalizzati al raggiungimento di più alti livelli di abilità o a impedire o ritardarne il declino

	Testo	Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI		Per le strutture residenziali e semiresidenziali di riabilitazione funzionale i locali e gli spazi, esclusa l'area di degenza, possono essere condivisi con strutture anche socio sanitarie purché siano presenti condizioni che consentano una gestione separata e sia presente un regolamento che disciplini gli ambiti di attività.
	STRUTTURE A CICLO DIURNO	
D.1.1	Locale/i per accertamenti medici di cui almeno uno attrezzato per le medicazioni	in caso di riconversione anche in comune con la struttura di ricovero ospedaliero
D.1.2	Locali per valutazioni funzionali e/o psicodiagnostiche	
D.1.3	Palestra per le terapie riabilitative	
D.1.4	Locale/i per terapia individuale	
D.1.5	Locale/i per ergoterapia e/o terapia occupazionale	
D.1.6	Locale/i per terapia del linguaggio e/o riabilitazione cognitiva	
D.1.7	Locale/i per rieducazione psico-motoria	
D.1.8	Locale/i per riabilitazione urologica con servizio igienico annesso ed area separata per spogliarsi	
D.1.9	Locale/i per attività pedagogico-educativa, addestramento professionale e tempo libero	per la tipologia b
D.1.10	Locale soggiorno/pranzo	in caso di riconversione anche in comune con la struttura di ricovero ospedaliero
D.1.11	Locale/spazio ristoro	
D.1.12	Locale spogliatoio/guardaroba distinti tra personale e pazienti	
D.1.13	Locale per il riposo in caso di presenza di bambini da 0 a 4 anni	
D.1.14	La superficie dei locali garantisce lo svolgimento delle specifiche attività sia a livello individuale che di gruppo	

REQUISITI STRUTTURALI	
STRUTTURE A CICLO CONTINUATIVO	
D.1.15	<p>Modulo minimo di 10 posti letto</p> <p>può essere ammessa una dotazione inferiore per strutture che erogano altre attività residenziali o semiresidenziali anche ad integrazione socio sanitaria o in caso di riconversione di attività preesistente di ricovero ospedaliero</p>
D.1.16	<p>Camere di degenza con servizio igienico ad uso esclusivo con possibilità di accesso e rotazione completa delle carrozzine, di superficie minima 12 mq per le camere singole e di 9 mq per posto letto per le camere multiple che non devono avere più di 4 posti letto</p> <p>nelle strutture esistenti la superficie minima è di 9 mq per il primo posto letto e di 7 mq per ogni letto ulteriore</p> <p>Per le strutture esistenti che non ospitano esclusivamente pazienti con limitazioni funzionali che richiedono l'utilizzo di carrozzina o altri ausili per la deambulazione, la dotazione del servizio igienico ad uso esclusivo con possibilità di accesso e rotazione completa delle carrozzine deve essere soddisfatta per la totalità dei pazienti che presentano una limitazione funzionale che comporta l'utilizzo di ausili per la mobilità, e comunque essere presente in misura non inferiore all'80% del numero totale di camere. Per le strutture di nuova realizzazione o in caso di ristrutturazione il requisito deve essere soddisfatto per la totalità delle camere di degenza.</p>
D.1.17	<p>Un bagno assistito qualora la tipologia dei pazienti e della degenza lo rendano necessario</p> <p>in caso di riconversione anche in comune con la struttura di ricovero ospedaliero</p>
D.1.18	<p>Servizi igienici annessi alle camere e non, conformi alla normativa sulle barriere architettoniche</p> <p>in caso di riconversione anche in comune con la struttura di ricovero ospedaliero</p>
D.1.19	<p>Spazi di supporto alla degenza:</p> <p>in caso di riconversione anche in comune con la struttura di ricovero ospedaliero</p>
	locale/spazi/ arredi per il deposito del materiale pulito
	spazi o armadi per deposito materiali di consumo, attrezzature, strumentazioni
	locale/i per il materiale sporco, dotato di vuotatoio e lavapadelle e/o di attrezzature per l'eliminazione prodotti monouso per l'evacuazione
REQUISITI ORGANIZZATIVI	
D.1.20	<p>Apertura 5 giorni la settimana per almeno 6 ore giornaliere</p> <p>Per le strutture a ciclo diurno</p>

/lista D.1

Per le strutture residenziali e semiresidenziali di riabilitazione funzionale i locali e gli spazi, esclusa l'area di degenza, possono essere condivisi con strutture anche socio sanitarie purché siano presenti condizioni che consentano una gestione separata e sia presente un regolamento che disciplini gli ambiti di attività.

lista D.1

REQUISITI STRUTTURALI	
D.1.21	<p>Per le strutture residenziali e semiresidenziali di riabilitazione funzionale i locali e gli spazi, esclusa l'area di degenza, possono essere condivisi con strutture anche socio sanitarie purché siano presenti condizioni che consentano una gestione separata e sia presente un regolamento che disciplini gli ambiti di attività.</p> <p>anche personale delle aree assistenza sociale, psicologica e pedagogica per le strutture con caratteristiche abilitative/riabilitative assistenziali</p>
D.1.22	<p>Dotazione di personale congrua al volume di attività. Deve essere presente almeno:</p> <p>un fisiatra o un medico appartenente alla disciplina inerente l'attività riabilitativa svolta nel presidio</p> <p>personale della riabilitazione in possesso dei requisiti necessari per lo svolgimento della specifica attività, durante l'orario di erogazione della stessa</p> <p>personale infermieristico tale da garantire la copertura della specifica attività</p> <p>personale addetto all'assistenza tale da garantire la copertura dalla specifica attività</p>
D.1.23	<p>Sono codificate le modalità per assicurare adeguata informazione e accesso del familiare alla struttura</p>
D.1.24	<p>Sono codificate le modalità per assicurare specifico addestramento prima del rientro del paziente al proprio ambiente di vita</p>

lista D.1

REQUISITI STRUTTURALI		Per le strutture residenziali e semiresidenziali di riabilitazione funzionale i locali e gli spazi, esclusa l'area di degenza, possono essere condivisi con strutture anche socio sanitarie purché siano presenti condizioni che consentano una gestione separata e sia presente un regolamento che disciplini gli ambiti di attività.
D.1.25	Le attività riabilitative devono essere organizzate per moduli di max 20 soggetti per tipologia trattata	
D.1.26	Viene predisposta una scheda clinica individuale contenente le condizioni cliniche, le prestazioni effettuate, la diagnosi, le eventuali prescrizioni terapeutiche, i referti ed il Progetto terapeutico Riabilitativo Individualizzato per ogni singolo paziente	
REQUISITI TECNOLOGICI		
D.1.27	Attrezzature, dispositivi medico chirurgici e presidi diagnostico terapeutici in relazione alla specificità della riabilitazione svolta	

/ista D.2

D.2 - PRESIDI DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE: CENTRO DIURNO PSICHIATRICO

	Testo	Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI		
D.2.1	Collocato in normale contesto residenziale urbano in modo da favorire i processi di socializzazione e l'utilizzo di spazi ed attività per il tempo libero esistenti nella comunità, preferibilmente a piano terra con annesso spazio verde	
D.2.2	L'organizzazione degli spazi garantisce le esigenze di riservatezza e di sicurezza	
D.2.3	Locali per attività prevalentemente di gruppo in relazione alle attività specifiche previste nel centro	
D.2.4	Locale per colloqui/visite psichiatriche/neuropsichiatriche	
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
D.2.5	Apertura 6 giorni la settimana per almeno 8 ore giornaliere	Può essere prevista un'apertura inferiore per strutture per minori con disturbi psicopatologici e neuropsichiatrici e per adulti affetti da disturbi dello spettro autistico ed alimentari
D.2.6	E' individuato un responsabile/referente della struttura	
D.2.7	Presenza del personale medico specialistico e di psicologi programmata o per fasce orarie. Nell'orario di apertura devono essere presenti contestualmente almeno due operatori.	
D.2.8	E' garantita la presenza di educatori professionali, personale infermieristico, professionisti sanitari della riabilitazione, istruttori in relazione alle attività programmate	
D.2.9	Per ciascun utente è documentato un programma terapeutico-riabilitativo individualizzato	

lista D.3

D.3 - PRESIDI DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE: STRUTTURA RESIDENZIALE E PSICHIATRICA

<p>Le STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE PER ADULTI sono distinte sia per tipo di intervento riabilitativo (terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo), correlato al livello di compromissione di funzioni e abilità del paziente e di gravità della patologia (e della sua trattabilità) sia per il livello di intensità assistenziale offerto, correlato al grado di autonomia complessiva.</p> <p>SRP.1 - PER TRATTAMENTI TERAPEUTICO RIABILITATIVI A CARATTERE INTENSIVO. Per pazienti con disturbo psicopatologico grave e gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, per i quali si ritengono efficaci interventi ad alta intensità terapeutico-riabilitativa. L'attuazione di programmi è ad alta intensità di cura con attività di clinica intensiva sia in termini psichiatrici che psicologici e la prevalenza delle attività strutturate di riabilitazione rispetto a quelle di risocializzazione. Durata massima del programma non superiore a 18 mesi, prorogabile per altri 6 mesi, con motivazione scritta e concordata con il Centro di Salute Mentale di riferimento. Possono essere programmate modalità di inserimento rivolte a situazioni di acuzie, post-acuzie e sub-acuzie della durata massima di 3 mesi.</p> <p>SRP.1-DCA - PER PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE. Per pazienti con gravi disturbi del comportamento alimentare che necessitano di monitoraggio quotidiano delle condizioni cliniche generali, di pasto assistito e di supervisione dopo ogni pasto. I pazienti si trovano nell'impossibilità di prendersi cura di sé, presentano un'elevata continuità o problematichità familiari che non consentono il trattamento domiciliare, oppure con quadro clinico stabile, che tuttava necessita di un percorso riabilitativo.</p> <p>SRP.2 - STRUTTURE PER TRATTAMENTI TERAPEUTICO RIABILITATIVI A CARATTERE ESTENSIVO. Per pazienti con compromissioni del funzionamento personale e sociale gravi o di gravità moderata ma persistenti e invalidanti con tendenza alla cronicizzazione, per i quali si ritengono efficaci trattamenti terapeutico-riabilitativi e di assistenza da attuare anche in programmi a media intensità riabilitativa e di più lunga durata, anche finalizzati a consolidare un funzionamento adeguato alle risorse personali. Durata massima del programma non superiore a 36 mesi, prorogabile per altri 12 mesi con motivazione scritta e concordata con CSM referente.</p> <p>SRP.2-A - AD ALTA INTENSITA' ASSISTENZIALE. La tipologia di offerta è caratterizzata dall'attuazione di programmi a media intensità riabilitativa, che prevedono attività clinica di minore intensità e una maggiore presenza di attività di risocializzazione rispetto a quelle di riabilitazione. I pazienti di questa tipologia devono possedere competenze adeguate a sostenere le normali abilità prevedibili nella quotidianità notturna.</p> <p>SRP.3 - PER TRATTAMENTI SOCIO RIABILITATIVI. Per pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale, per i quali risultano efficaci interventi da attuare in programmi a bassa intensità riabilitativa con prevalenza di attività di assistenza e risocializzazione. Durata massima del programma non superiore a 36 mesi, prorogabile con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento, sulla base del Programma terapeutico riabilitativo individualizzato residenziale in coerenza con il Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato globale.</p> <p>SRP.3.1 - con personale sulle 24 ore giornaliere. Ospitano pazienti clinicamente stabilizzati che presentano prevalentemente bisogni nell'area del supporto e della riabilitazione di mantenimento, piuttosto che in quella terapeutica specifica della patologia; sono portatori di marcate compromissioni di tipo persistente nella cura di sé/ambiente, nella competenza relazionale, gestione economica e abilità sociali; non sono in grado di gestirsi da soli anche solo per alcune ore, dimostrano incompetenza nella gestione di imprevisti o di emergenza.</p> <p>SRP.3.2 - con personale sulle 12 ore giornaliere. Ospitano pazienti clinicamente stabilizzati che presentano bisogni prevalentemente nell'area del supporto e della riabilitazione di mantenimento, piuttosto che in quella terapeutica specifica; possono essere presenti livelli anche differenti di disabilità nella conduzione della vita quotidiana, nella cura di sé/ambiente, competenza relazionale, gestione economica e abilità sociali, ma compatibili con un'assistenza garantita nelle 12 ore diurne.</p> <p>SRP.3.3 - con personale a fasce orarie. Accolgono pazienti clinicamente stabilizzati, che provengono prevalentemente, ma non esclusivamente, da una pregressa esperienza in strutture socio-riabilitative con personale sulle 24 o 12 ore, conclusasi positivamente. Presentano bisogni riabilitativi prevalentemente orientati alla supervisione nella pianificazione e nella verifica delle attività della vita quotidiana con possibilità di godere, in modo mirato, di periodi di affiancamento personalizzato, a supporto delle competenze autonome acquisite, che richiedono un'assistenza garantita solo in alcune fasce orarie diurne. La tipologia di offerta è caratterizzata dall'attuazione di programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di supervisione e risocializzazione.</p>	<p>Le STRUTTURE RESIDENZIALI TERAPEUTICO RIABILITATIVE PER MINORI accolgono minori con bisogni assistenziali che necessitano di interventi terapeutico-riabilitativi non erogabili né ambulatorialmente né in regime semiresidenziale. La tipologia delle strutture residenziali è distinta per livello di intensità terapeutico-riabilitativa che può richiedere maggiore o minore intensità assistenziale, correlato al grado di autonomia complessiva. Nell'ambito delle strutture possono essere individuati moduli in relazione all'età tenendo presente le seguenti fasce: 10-14 anni e 14-18.</p> <p>A.1 - AD ALTA INTENSITA' TERAPEUTICO RIABILITATIVA. Per pazienti, con disturbo psicopatologico complesso e una parziale instabilità clinica. Compromissione di funzioni e abilità di livello grave. Le condizioni psicopatologiche portano a frequenti ricoveri e/o necessitano di ulteriore stabilizzazione, anche dopo un periodo di ricovero. La presenza di problemi relazionali gravi in ambito familiare e sociale possono concorrere a determinare, a mantenere o aggravare il disturbo. La tipologia di offerta è caratterizzata dall'attuazione di programmi ad alta intensità di cura, che prevedono attività clinica intensa sia in termini psichiatrici che psicologici e riabilitativi, che possono essere appropriati anche per situazioni di acuzie, post-acuzie e sub-acuzie. Durata massima del programma non superiore a 3 mesi, eventualmente prorogabile con motivazione scritta e concordata con l'équipe dell'Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia Adolescenza. Possono essere programmate modalità di inserimento rivolte a situazioni di post-acuzie. PER MINORI AFFETTI DA DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE. Strutture nelle quali vengono accolti pazienti, prevalentemente in situazione di post-acuzie, con gravi disturbi del comportamento alimentare che necessitano di monitoraggio quotidiano delle condizioni cliniche generali, di pasto assistito e di supervisione dopo ogni pasto.</p> <p>A.2 - A MEDIA INTENSITA' TERAPEUTICO RIABILITATIVA. Per pazienti in situazioni di multiproblematicità e complessità clinica ma con un quadro clinico che non presenta elementi di instabilità rilevanti. La compromissione di funzioni e abilità si presenta di livello grave o moderato in particolare nelle attività di base relative alla sfera del sé e alle attività sociali complesse. Possibile contemporanea presenza di problemi relazionali di gravità media o elevata in ambito familiare e sociale. La tipologia di offerta è caratterizzata dall'attuazione di programmi a media intensità di cura, che prevedono attività clinica sia in termini psichiatrici che psicologici e riabilitativi. Un ruolo rilevante assume il recupero del funzionamento scolastico e formativo e l'investimento nella direzione di un futuro inserimento lavorativo.</p> <p>A.3 - A BASSA INTENSITA' TERAPEUTICO RIABILITATIVA. Per pazienti che non presentano elementi di particolare complessità, con quadri clinici sufficientemente stabili e con moderata compromissione di funzioni e abilità. Possibile contemporanea presenza di problemi relazionali di gravità media o elevata in ambito familiare e sociale. La tipologia di offerta è caratterizzata dall'attuazione di programmi a bassa intensità di cura, che prevedono attività clinica sia in termini psichiatrici che psicologici e riabilitativi. Sono prevalenti le attività educative e di risocializzazione rispetto a quelle riabilitative e cliniche. Un ruolo rilevante assume il consolidamento di un funzionamento adeguato alle risorse personali, il recupero di un percorso scolastico e formativo e l'investimento nella direzione di un futuro inserimento lavorativo.</p> <p>Durata massima del programma non superiore a 12 mesi, eventualmente prorogabile con motivazione scritta e concordata con l'équipe dell'Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia Adolescenza di riferimento.</p>
---	---

lista D.3

Testo	Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI	I locali accessori e ricreativi, come mensa e/o palestra, possono essere in comune tra moduli per adulti e moduli per minori con orari di accesso diversi e con una precisa programmazione oraria per gruppi omogenei. I parametri sono riferiti ad un modulo e in una struttura possono coesistere più moduli purché per ciascun modulo siano rispettati i requisiti minimi
D.3.1 Collocate preferibilmente in contesto residenziale urbano in modo da agevolare i processi di socializzazione	SRP.1 – SRP.1 DCA - SRP.2.A – A.1 - A.1 DCA
D.3.2 Capacità massima di 12 posti letto	SRP.3.1 – A.2 – A.3
D.3.3 Capacità massima di 10 posti letto	SRP.3.2
D.3.4 Capacità massima di 8 posti letto	SRP.2.B - SRP.3.3
D.3.5 Capacità massima di 6 posti letto	oltre 10 posti letto
D.3.6 Sono soddisfatti i requisiti di cui al DPCM22/12/1989, allegato a, limitatamente ai criteri 5,7,9 (punti a e b, punto f in relazione alle dimensioni della struttura), 10	fino a 10 posti letto
D.3.7 Caratteristiche di civile abitazione	fino a 10 posti letto
D.3.8 L'organizzazione interna garantisce gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana e le specifiche attività sanitarie	fino a 10 posti letto
D.3.9 Spazi dedicati per il personale, il colloquio e le riunioni	
REQUISITI ORGANIZZATIVI	
D.3.10 E' individuato un referente della struttura	
D.3.11 Esiste un documento di regolamento e funzionamento	
D.3.12 Per ciascun utente è documentato un progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato (PTRI) globale-generale redatto dal CSM <i>inviante che ha il carico</i> il paziente	
D.3.13 Presenza di un Programma dettagliato dall'equipe contenente le aree di intervento e le figure professionali coinvolte coerente con il PTRI	
D.3.14 Nella definizione del programma è assicurata l'acquisizione del consenso dell'utente o di chi ne esercita legittimamente la rappresentanza e la condivisione delle scelte adottate	
D.3.15 Presenza di procedure per la gestione delle emergenze-urgenze cliniche	
D.3.16 Equipe multi professionale comprendente personale socio sanitario: medico psichiatra, psicologo, infermiere, tecnico della riabilitazione psichiatrica/educatore professionale/terapista occupazionale, OSS	Inoltre dietista, nutrizionista, fisioterapista in strutture DCA per SRP3.2 e SRP3.3 non è prevista la presenza dello psicologo neuropsichiatra infantile al posto dello psichiatra per le strutture per minori
D.3.17 Presenza di personale socio sanitario H 24 con almeno un infermiere ed un OSS nelle ore notturne	SRP.1 – SRP.1 DCA – per le strutture A.1 – A.1 DCA anche la presenza dell'educatore H 24
D.3.18 Presenza del personale socio sanitario H 24	SRP.2.A – SRP.3.1
D.3.19 Presenza di personale socio sanitario H 24 con almeno un educatore e un OSS nelle ore notturne	A.2 – A.3

lista D.3

D.3.20	Presenza del personale sociosanitario H 12	SRP.2.B – SRP.2.2
D.3.21	Presenza del personale sociosanitario a fasce orarie	SRP.3.3
D.3.22	Pasto assistito e supervisione dopo ogni pasto con monitoraggio complessivo delle condizioni cliniche generali per pazienti con DCA	

lista D.4

D.4 – STRUTTURE TERAPEUTICHE PER PERSONE CON DISTURBI DA USO DI SOSTANZE E DA GIOCO D'AZZARDO

	Testo	Applicabilità
<p>Le strutture già autorizzate ai sensi della L.r. 11 agosto 1993 n. 54, mantengono invariata la destinazione d'uso dell'immobile; e devono, con riferimento alla normativa sull'accessibilità ed al superamento delle barriere architettoniche, in presenza di più strutture gestite da un unico ente gestore, assicurare che almeno una di queste possieda il requisito dell'accessibilità come definito dalla legge 9 gennaio 1989 n. 13 (Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati) e successivi atti attuativi. Le strutture erogano prestazioni in regime residenziale e diurno nelle seguenti aree di intervento: accoglienza, terapeuico riabilitativa, specialistica, pedagogico-riabilitativa.</p>		
REQUISITI STRUTTURALI		
D.4.1	Apertura di almeno 5 giorni a settimana per le strutture diurne	
D.4.2	Capacità ricettiva non inferiore a 8 posti e non superiore a 30 posti	per le strutture già iscritte all'albo regionale degli enti ausiliari ai sensi della L.r. 54/1993 alla data di entrata in vigore del regolamento è ammessa una capacità ricettiva superiore a 30 posti mediante moduli autonomi di massimo 30 posti
D.4.3	Caratteristiche delle civili abitazioni	fino a 12 posti
D.4.4	Numero dei locali adeguato al numero dei pazienti in modo da assicurare il normale svolgimento delle attività terapeutico riabilitative e di socializzazione	
D.4.5	Locali adeguatamente arredati, compatibilmente con il progetto riabilitativo	
D.4.6	Locale/spazio pranzo	
D.4.7	Locale/spazio soggiorno	
D.4.8	Locale/spazio cucina	
D.4.8	Locale/spazio dispensa	
D.4.10	Locale per attività riabilitative	
D.4.11	Locale ad uso mediceria con un'area attrezzata per l'ideonea conservazione dei farmaci	
D.4.12	Locali/spazi per bambini per attività di nido	in caso di strutture che ospitano genitori
D.4.13	Camere con non più di 4 posti letto con la superficie di 12 mq per per il primo posto letto e di 6 mq per ogni letto ulteriore	in caso di struttura già iscritta all'albo regionale degli enti ausiliari ai sensi della L.r. 54/1993 alla data di entrata in vigore del regolamento, beneficia di parametri inferiori del 23% a quelli indicati
D.4.14	Camere per compressa di non più di 2 madri o 2 padri con bambino	in caso di strutture che ospitano genitori
D.4.15	Locali e camere riservate ai minori e/o giovani adulti	in caso di strutture che ospitano minori e/o giovani adulti
D.4.16	Moduli da 8 a 20 posti	in caso di strutture che ospitano minori e/o giovani adulti
D.4.17	Servizi igienici situati in luogo di facile ed agevole accesso, dotati di wc, bidet e lavabo (quest'ultimo anche se posto in eventuale antibagno) di sapone liquido e di asciugamani a perdere o sistema alternativo atto ad evitare l'asciugatura promiscua delle mani	
	almeno 1 ogni 4 posti letto	
	almeno 1 ogni 10 posti per le strutture semiresidenziali	in caso di struttura già iscritta all'albo regionale degli enti ausiliari ai sensi della L.r. 54/1993 alla data di entrata in vigore del regolamento, beneficia di parametri inferiori del 23% a quelli indicati. E' la deroga alla presenza del servizio igienico accessibile in presenza di più strutture gestite da un unico gestore
	almeno 1 è accessibile	
D.4.18	Almeno una doccia ogni 10 posti letto anche in ambiente separato	
D.4.19	Almeno una doccia accessibile	

lista D.4

	Testo	Applicabilità
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
D.4.20	Presenza di regolamento della struttura che definisce l'organizzazione interna e le funzioni del responsabile, consegnato ai pazienti al momento dell'inserimento	
D.4.21	Modalità formalizzate per l'attivazione, anche in collaborazione con i servizi sociali, di una figura professionale con competenze linguistiche e culturali adeguate in caso di presenza di pazienti stranieri, in grado di collaborare con gli educatori per facilitare la comunicazione con l'utente e il suo nucleo familiare, nonché per l'eventuale espletamento delle pratiche relative alla permanenza sul territorio nazionale, per la conoscenza ed utilizzo delle risorse del territorio, per l'accompagnamento a percorsi di accesso al lavoro, alle opportunità formative, ai servizi sanitari e scolastici	
D.4.22	Deve essere individuato il responsabile di programma e del sostituto in caso di assenza	può essere svolto dal direttore sanitario se ha documentata esperienza di almeno tre anni in comunità per tossicodipendenti, residenziali o diurne, a gestione pubblica o privata, può essere svolto da operatori con documentata esperienza di almeno dieci anni in comunità residenziali o diurne per tossicodipendenti, a gestione pubblica o privata e con almeno uno dei seguenti titoli: a) attestato di abilitazione per educatore professionale rilasciato ai sensi del D.M. 10 febbraio 1984 e del D.M. 8 ottobre 1998, n. 520; b) diploma di laurea in educatore professionale rilasciato nell'ambito delle facoltà di scienze dell'educazione o di scienze della formazione; c) diploma di laurea in pedagogia, psicologia, in scienze dell'educazione, in scienze della formazione, diploma di laurea in educatore sociale, diploma di laurea in scienze sociali; c) qualifica di educatore di comunità per tossicodipendenti rilasciata ai sensi della Lr. 54/1983 da enti pubblici o altri enti espressamente autorizzati dalla regione toscana
D.4.23	Registro giornaliero delle presenze con annotazioni delle assenze degli utenti anche temporanee, e la loro motivazione	
D.4.24	Fascicolo personale per ogni paziente ove è conservato il programma terapeutico, sottoscritto dal paziente stesso, e ogni sua successiva modifica o aggiornamento oltre a tutta la documentazione cartacea relativa al paziente e pervenuta alla sede operativa in tutto il periodo di erogazione del servizio	
D.4.25	Dotazione di personale congrua in rapporto al numero di assistiti, alla tipologia del percorso di cura e alle modalità di svolgimento delle attività. Deve essere prevista:	
D.4.26	presenza continuativa di personale per tutta la durata di svolgimento delle attività terapeutiche e riabilitative	
D.4.27	numero adeguato di animatori, istruttori artigiani, operatori generici che coadiuvano il personale sanitario nel completamento del programma terapeutico riabilitativo svolto nella struttura	
D.4.28	educatore professionale e/o educatore di comunità per tossicodipendenti	
D.4.29	infermiere, psichiatra e/o tossicologo, psicologo e/o psicoterapeuta	per l'area di intervento specialistica

/lista D,5

D.5 - STRUTTURE RESIDENZIALI DESTINATE AD ACCOGLIERE LE PERSONE APPLICATE LE MISURE DI SICUREZZA DEL RICOVERO IN OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO E DELL'ASSEGNAZIONE A CASA DI CURA E CUSTODIA

	Testo	Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI		
D.5.1	Spazio verde esterno dedicato ai soggetti ospitati nella residenza che risponde alle necessarie esigenze di sicurezza	
AREA ABITATIVA		
D.5.2	Numero massimo di 20 posti letto per modulo abitativo	
D.5.3	Non più di 2 posti letto per camera	fino ad un massimo di tre posti letto in caso di particolari esigenze strutturali o assistenziali
D.5.4	Bagno in camera con doccia, separato dallo spazio dedicato al pernottamento, ogni 2 posti letto	comunque attiguo alla camera e appositamente dedicato e per un massimo di tre posti letto in caso di particolari esigenze strutturali o assistenziali;
D.5.5	Le camere da letto hanno struttura, arredi e attrezzature tali da garantire sicurezza, decoro e comfort	
D.5.6	Almeno un bagno assistito per soggetti con disabilità motoria	
AREA DI SERVIZIO		
D.5.7	Locale cucina/dispensa	
D.5.8	Locale lavanderia e guardaroba	
D.5.9	Locale soggiorno/pranzo	
D.5.10	Locale per attività lavorative	
D.5.11	Locale/spazio per deposito materiale pulito	
D.5.12	Locale/spazio per deposito materiale sporco e materiale di pulizia	
D.5.13	Locale/spazio o armadio per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni	
D.5.14	Locale di servizio per il personale	
D.5.15	Locale/spazio attrezzato per la custodia temporanea degli effetti personali dei degenti, effetti che sono gestiti dal personale per motivi terapeutici, di sicurezza o salvaguardia	
D.5.16	Locale per lo svolgimento dei colloqui con i familiari, avvocati, magistrati	
D.5.17	Un'area in cui è possibile fumare	
AREA SANITARIA		
D.5.18	Locali per le visite mediche	
D.5.19	Studio medico/locale per riunioni di équipe	

/lista D.5

	Testo	Applicabilità
D.5.20	Locale idoneo a svolgere principalmente attività di gruppo, in relazione alle attività specifiche previste	
D.5.21	Locale per colloqui e consultazioni psicologico/psichiatriche	
D.5.22	E' presente un locale per la gestione degli aspetti giuridico-amministrativi	
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
D.5.23	E' individuato un medico psichiatra dirigente referente della struttura	
D.5.24	Esiste un documento di regolamento e funzionamento	
D.5.25	Per ciascun utente è documentato un progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato (PTRI) globale-generale redatto dal servizio di salute mentale inviante che ha in carico il paziente, redatto in collaborazione con il servizio sanitario della Rems	
D.5.26	Presenza di un Programma dettagliato dall'equipe contenente le aree di intervento e le figure professionali coinvolte coerente con il PTRI	
D.5.27	Nella definizione del programma è assicurata l'acquisizione del consenso dell'utente o di chi ne esercita legittimamente la rappresentanza e la condivisione delle scelte adottate	
D.5.28	Equipe multi professionale comprendente medico psichiatra, psicologo, infermiere, tecnico della riabilitazione psichiatrica/educatore professionale, OSS, assistente sociale	
D.5.29	Presenza di personale sanitario a tempo pieno: medici psichiatri, psicologi, educatori / tecnici della riabilitazione psichiatrica, infermieri, OSS	
D.5.30	Presenza di assistente sociale e amministrativo per fasce orarie programmate	
D.5.31	E' assicurata la reperibilità medico psichiatrica notturna e festiva	
D.5.32	E' garantita la presenza notturna di personale infermieristico e OSS	
D.5.33	Modalità codificate di attivazione delle Forze dell'Ordine, nelle situazioni di emergenza attinenti alla sicurezza	
D.5.34	E' assicurata per il personale la formazione mirata ad acquisire e a mantenere, con aggiornamenti periodici o annuali, competenze cliniche, medico legali e giuridiche, con particolare attenzione ai rapporti con la Magistratura di sorveglianza, specifiche per la gestione dei soggetti affetti da disturbo mentale autori di reato	
D.5.35	E' assicurata la disponibilità, laddove necessario, del servizio di mediazione etnoclinica per pazienti di altre nazionalità.	
D.5.36	Presenza di procedure per la gestione delle emergenze-urgenze cliniche	

/lista_D,5

	Testo	Applicabilità
REQUISITI TECNOLOGICI		
D.5.37	È presente attrezzatura per la movimentazione manuale del paziente ed è disponibile almeno una carrozzina per disabili motori	
D.5.38	Sono disponibili scale di valutazione e materiale testistico per le valutazioni psicodiagnostiche e la rilevazione dei bisogni assistenziali	
D.5.39	Sono presenti apposite attrezzature, strumentazioni e arredi, che facilitino lo svolgimento di attività di tempo libero, educazionale e riabilitativo.	
D.5.40	La dotazione attrezzature e strumentazioni è in quantità adeguata alla tipologia e al volume delle attività svolte e tali da non risultare pregiudizievoli per l'ordinario svolgimento della vita all'interno delle residenze e/o per l'incolumità degli stessi ricoverati e degli operatori in servizio	
D.5.41	Presenza di regolamento interno redatto dal responsabile della struttura, -che disciplini gli oggetti che i ricoverati possono detenere ed utilizzare, in conformità di quanto sarà disciplinato da successivi accordi	
D.5.42	Sono disponibili sistemi di sicurezza congrui rispetto alla missioni della struttura, quali sistemi di chiusura delle porte interne ed esterne, sistemi di allarme, telecamere, nel rispetto delle caratteristiche sanitarie e dell'intensità assistenziale e tali da garantire comunque adeguata libertà di movimento all'interno del perimetro	

lista D.6

D.6 – STRUTTURE RESIDENZIALI DESTINATE AD ACCOGLIERE I PAZIENTI NELLA FASE POST-ACUTA ALLA DIMISSIONE OSPEDALIERA

Questa tipologia di strutture identifica un livello intermedio tra la degenza ospedaliera per acuti e le strutture territoriali, offrendo una modalità di assistenza infermieristica avanzata, pur essendo caratterizzata da una componente diagnostico terapeutica significativa per la quale è richiesta una residuale dotazione tecnologica all'interno della struttura. Inoltre è necessaria una adeguata assistenza medica giornaliera. Questa attività è rivolta a soggetti in dimissione da reparti per acuti che necessitano di assistenza medica sulle 24 ore non ad alto contenuto tecnologico, in ambiente sanitario, per la gestione della fase immediatamente successiva alla fase di stabilizzazione in ospedale per acuti, assicurando la continuità terapeutica e assistenziale e, qualora necessario, riabilitativa estensiva e/o di counseling riabilitativo.

	Testo	Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI		
D.6.1	Modulo di degenza tipo di almeno 8 posti letto con dotazione minima di:	se collocato all'interno di una struttura di ricovero per acuti o post-acuzie il bagno assistito, i servizi igienici ed i locali/spazi di supporto alla degenza possono essere in comune con la stessa struttura di ricovero
D.6.2	camere di degenza multipla di superficie minima pari a 9 mq per posto letto, non più di 4 posti letto per camera	nelle strutture esistenti è consentita una superficie minima della camera di degenza multipla di 9 mq per il primo posto letto e di 7 mq per ogni letto ulteriore fino ad un massimo di 4 posti letto per camera
D.6.3	un servizio igienico ogni 4 posti letto	
D.6.4	Servizi igienici accessibili ai disabili secondo le specifiche tecniche previste dalle normative vigenti	nelle strutture esistenti è sufficiente la presenza di almeno un servizio igienico a piano accessibile ai portatori di disabilità
D.6.5	Un bagno assistito qualora la tipologia dei pazienti e della degenza lo rendano necessario	
D.6.6	Locale per visita e medicazioni dotato di lavabo con comandi non manuali	
D.6.7	Locale/spazio per attività riabilitative	
D.6.8	Spazio attesa visitatori	
D.6.9	Locale tisania	
D.6.10	Locale/spazio per il deposito del materiale pulito	
D.6.11	Locale per il materiale sporco, dotato di vuotatoio e lavapadelle e/o di attrezzature per l'eliminazione prodotti monouso per l'evacuazione	
D.6.12	Spazi o armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni	
D.6.13	Spazio/locale per deposito materiale e attrezzature per pulizia	

lista D.6

REQUISITI ORGANIZZATIVI	
D.6.14	Assistenza medica 7 giorni su 7 sulle 24 ore in funzione della tipologia e della complessità delle attività svolte, con la presenza in turno nell'arco delle 12 h diurne di almeno un medico specialista in medicina interna, geriatra, fisiatra o equipollenti.
D.6.15	Assistenza infermieristica e assistenza OSS continuativa sulle 24 ore.
D.6.16	Personale di riabilitazione tale da garantire l'assistenza riabilitativa estensiva in misura adeguata alla tipologia e alla complessità delle attività svolte
D.6.17	Le attività di analisi chimico-cliniche possono essere garantite anche attraverso il ricorso a rapporti con strutture autorizzate all'esercizio di tali attività. Deve comunque essere presente l'attività di prelievo
D.6.17.1	Istruzioni operative per l'attivazione del sistema di emergenza di facile consultazione da parte del personale
REQUISITI IMPIANTISTICI	
D.6.18	Nelle camere di degenza è presente la seguente dotazione minima impiantistica: impianto di climatizzazione che garantisca T = 20 – 26 °C
	Impianto di illuminazione di emergenza
D.6.19	Almeno 3 prese per alimentazione elettrica per posto letto
D.6.20	Impianto di erogazione ossigeno e prese vuote
D.6.21	Impianto di chiamata con segnalazione acustica e luminosa
REQUISITI TECNOLOGICI	
D.6.22	Carrello per la gestione terapia
D.6.23	Carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico
D.6.24	monitor multiparametrico
D.6.25	Letti articolati ad altezza variabile, accessibili da ogni lato
D.6.26	Adeguate attrezzature per mobilitazione/mobilità (Mimp/MMC) compresi gli ausili tecnici per la mobilità (corrimano, deambulatori) e trasporto dei pazienti
D.6.27	Dispositivi antidecubito (anche in service) in relazione alle caratteristiche della casistica trattata e relative procedure di sanificazione eccetto il caso di fornitura esterna comprensiva del servizio

lista D.6

D.6.28	Aspiratore per bronco aspirazione		disponibile nella struttura
D.6.29	Apparecchio radiologico per RX standard		Per le strutture non inserite in un contesto ospedaliero, per le quali la presenza in sede di apparecchiature RX può rilevarsi non necessaria in ragione della numerosità degli accertamenti richiesti, deve essere garantita l'esecuzione tempestiva di indagini strumentali; in tutti i casi in cui le stesse sono utili all'inquadramento diagnostico del paziente, mediante modalità organizzative che vengano formalizzate e adeguatamente documentate. Tali modalità devono privilegiare soluzioni che assicurino la massima qualità della prestazione ed il minor disagio per il paziente, prevedendo ad es. l'esecuzione di indagini ecografiche polmonare -alternative all'RX a fatto del paziente- da parte di personale medico presente in struttura, previa formazione specifica, e garantendone la presenza in turno almeno sulle 12 h, la fornitura di prestazioni, ove possibile presso la struttura di Cure intermedie mediante accordi negoziali con servizi esterni di radiodiagnostica
D.6.30	Deve essere garantita nell'arco delle 24 ore, la disponibilità nel presidio di attività diagnostiche correlate alla tipologia e complessità dell'attività svolta. In ogni caso devono essere presenti:		
D.6.31	Apparecchio per saturimetria trans-cutanea		disponibile nella struttura
D.6.32	Ecografo		disponibile nella struttura
D.6.33	Elettrocardiografo (può essere a comune fra più articolazioni organizzative, ma in tal caso devono essere presenti istruzioni operative per assicurarne l'utilizzo efficace)		
D.6.34	Sistemi di continuità dell'alimentazione elettrica in riferimento alle caratteristiche dell'utenza elettrica e dell'attività svolta.		
D.6.35	Presenza di impianto di illuminazione di sicurezza		

lista D.7

D. 7 – STRUTTURE RESIDENZIALI EXTRAOSPEDALIERE A BASSA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE (CURE INTERMEDIE)

Questa tipologia di strutture assicura un livello di intensità intermedio tra la degenza ospedaliera per acuti e le strutture territoriali, offrendo una modalità di assistenza infermieristica avanzata, pur essendo caratterizzata da una componente diagnostico terapeutica significativa, per la quale è richiesta una residuale dotazione tecnologica all'interno della struttura, senza necessità di assistenza medica sulle 24 ore.

Questa attività è rivolta a: soggetti in condizioni di buon compenso clinico, in dimissione da reparti, per acuti in fase immediatamente successiva alla fase di stabilizzazione o provenienti dal territorio con riaccutizzazione di cronicità, che richiedono la necessaria continuità assistenziale e terapeutica, un'assistenza continuativa di tipo infermieristico sulle 24 ore in ambiente sanitario e, qualora necessario, eventuali trattamenti riabilitativi di tipo estensivo e/o di counseling riabilitativo con l'obiettivo principale di mantenere e/o recuperare il massimo potenziale di autosufficienza residua; soggetti con riduzione non stabilizzata delle capacità funzionali riferite alla mobilità e alla cura del sé recuperabili con intervento assistenziale e di rieducazione estensiva ma non gestibili a domicilio per condizioni prevalentemente sanitarie (es. sindrome da immobilizzazione, procrastinata indicazione al carico dopo intervento ortopedico ecc.) che richiedono interventi assistenziali continuativi per la mobilità e la cura della persona.

	Testo	Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI		
D.7.1	Modulo di degenza tipo di almeno 8 posti letto con dotazione minima di:	se collocato all'interno di una struttura di ricovero per acuti o post-acuzie il bagno assistito, i servizi igienici e i locali/spazi di supporto alla degenza possono essere in comune modulo da 8 a 20 posti letto con possibile estensione fino a 2 moduli
D.7.2	camere di degenza multipla di superficie minima pari a 9 mq per posto letto, non più di 4 posti letto per camera	nelle strutture esistenti è consentita una superficie minima della camera di degenza multipla di 9 mq per il primo posto letto e di 7 mq per ogni letto ulteriore fino ad un massimo di 4 posti letto per camera;
D.7.3	un servizio igienico ogni 4 posti letto	
D.7.4	Servizi igienici accessibili ai disabili secondo le specifiche tecniche previste dalle normative vigenti	nelle strutture esistenti e sufficienti: la presenza di almeno un servizio igienico a piano accessibile ai portatori di disabilità
D.7.5	Servizi igienici accessibili ai disabili secondo le specifiche tecniche previste dalle normative vigenti	
D.7.6	Un bagno assistito qualora la tipologia dei pazienti e della degenza lo rendano necessario	
D.7.7	Locale per visita e medicazioni dotato di lavabo con comandi non manuali	
D.7.8	Locale/spazio per attività riabilitative	
D.7.8	Spazio attesa visitatori	
D.7.10	Locale tisaneria	
D.7.11	Locale/spazio per il deposito del materiale pulito	
D.7.12	Locale per il materiale sporco, dotato di vuotatolo e lavapadelle e/o di attrezzature per l'eliminazione prodotti monouso per l'evacuazione	

lista D.7

D.7.15	Spazi o armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni	
D.7.16	Spazio/locale per deposito materiale e attrezzature per pulizia	
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
D.7.15	Assistenza medica 6 giorni su 7 con presenza minima giornaliera di 3h per 6 giorni fino a 20 pazienti di un medico specialista in medicina interna e/o di altra disciplina afferente l'area medica ovvero con documentata attività di servizio per almeno sette anni nella disciplina. Oltre 20 pazienti incremento di almeno 1 ora di presenza settimanale per singolo paziente anche con il concorso di altre discipline per non oltre il 50%.	
D.7.16	Assistenza infermieristica e assistenza OSS continuativa sulle 24 ore.	
D.7.17	Personale di riabilitazione tale da garantire l'assistenza riabilitativa estensiva in misura adeguata alla tipologia e alla complessità delle attività svolte	
D.7.18	Criteri per l'accesso: N.E.W.S. < =3, diagnosi già definita e processo di stabilizzazione clinica non ancora consolidato, Programma di trattamento già predisposto e concordato con i medici ospedalieri e/o con i MMG in caso di dimissione da ospedale per acuti o con MMG appartenenti all'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) in caso di accesso dal territorio	
D.7.19	Le attività di analisi chimico-cliniche possono essere garantite anche attraverso il ricorso a rapporti con strutture autorizzate all'esercizio di tali attività. Deve comunque essere presente l'attività di prelievo	
D.7.19.1	Istruzioni operative per l'attivazione del sistema di emergenza di facile consultazione da parte del personale	
REQUISITI IMPIANTISTICI		
D.7.20	Nelle camere di degenza è presente la seguente dotazione minima impiantistica:	
D.7.21	impianto di climatizzazione che garantisca T = 20 - 26 °C	
D.7.22	Impianto di illuminazione di emergenza	
D.7.23	Almeno 3 prese per alimentazione elettrica per posto letto	
D.7.24	Impianto di chiamata con segnalazione acustica e luminosa	
D.7.25	Impianto di erogazione ossigeno e prese vuote	per almeno 50% pl
REQUISITI TECNOLOGICI		
D.7.26	monitor multiparametrico	
D.7.27	Carrello per la gestione terapia	
D.7.28	Carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico	

lista D.7

D.7.28	Letti articolati ad altezza variabile, accessibili da ogni lato	
D.7.29	Adeguate attrezzature per mobilitazione/mobilità (MMP/MMC) compresi gli ausili tecnici per la mobilità (corrimano, deambulatore) e trasporto dei pazienti	
D.7.31	Dispositivi antidecubito (anche in service) in relazione alle caratteristiche della casistica trattata e relative procedure di sanificazione eccetto il caso di fornitura esterna comprensiva del servizio	
D.7.32	Aspiratore per bronco aspirazione	
D.7.33	Deve essere garantita la disponibilità nel presidio di attività diagnostiche correlate alla tipologia e complessità dell'attività svolta. In ogni caso devono essere presenti:	
D.7.34	Apparecchio per saturimetria trans-cutanea	disponibile nella struttura
D.7.35	Ecografo	disponibile nella struttura
D.7.36	Elettrocardiografo (può essere a comune fra più articolazioni organizzative, ma in tal caso devono essere presenti istruzioni operative per assicurarne l'utilizzo efficace)	
D.7.37	Sistemi di continuità dell'alimentazione elettrica in riferimento alle caratteristiche dell'utenza elettrica e dell'attività svolta.	
D.7.38	Presenza di impianto di illuminazione di sicurezza	

lista D.8

D.8 - HOSPICE

Centri residenziali di cure palliative facenti parte della rete delle cure palliative di assistenza ai pazienti terminali, per l'assistenza in ricovero temporaneo di pazienti affetti da malattie progressive ed in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, per i quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non è possibile o appropriata

	Testo	Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI		
D.8.1	Realizzati in edifici dedicati anche all'interno di strutture ospedaliere o di strutture residenziali purché con accesso dedicato, in contesto urbano o urbanizzato, facilmente raggiungibile e con articolazione spaziale interna utile a creare condizioni di vita simili all'abitazione	
D.8.2	Capacità ricettiva massima di 30 posti letto	
	AREA RESIDENZIALITA'	
D.8.3	Camere di degenza singole di superficie minima pari almeno a 14 mq, personalizzabili dal paziente, con spazio adeguato per le attività clinico assistenziali e la movimentazione di carrozzine e sollevatori	
D.8.4	Ogni camera dotata di letto speciale per il paziente completo di schienali regolabili, poltrona/letto per familiare, tavolo con sedie, una poltrona	
D.8.5	Un servizio igienico completo per ogni camera	
D.8.6	Servizi igienici accessibili ai disabili secondo le specifiche tecniche previste dalle normative vigenti	
D.8.7	Locale cucina/ tisaneria con arredo che comprenda almeno un tavolo con 4 sedie	
D.8.8	Locale/spazio per il deposito del materiale pulito	anche in comune con Area valutazione e terapia
D.8.9	Locale/spazio deposito materiali ed attrezzature	anche in comune con Area valutazione e terapia
D.8.10	Locale per il materiale sporco, dotato di vuotatoio e lavapadelle e/o di attrezzature per l'eliminazione prodotti monouso per l'evacuazione	anche in comune con Area valutazione e terapia
D.8.11	Locale per personale di assistenza in posizione idonea	
D.8.12	Ambulatorio mediche	
D.8.13	Soggiorno polivalente o spazi equivalenti per le diverse attività dimensionato in rapporto alla capacità ricettiva	
	AREA VALUTAZIONE E TERAPIA	
D.8.14	Locale ed attrezzature per terapie antalgiche e prestazioni ambulatoriali con relativo adiacente spazio per l'attesa	
D.8.15	Locale/spazio per la preparazione e la manipolazione dei farmaci e le preparazioni nutrizionali	
D.8.16	Locali per prestazioni in regime diurno o dh	

lista D.8

D.8.17	Locale per colloqui con il personale dell'equipe clinico-assistenziale		
AREA GENERALE DI SUPPORTO			
D.8.18	Spogliatoio, servizi di sosta e lavoro per personale volontario		
D.8.19	Locali riunione equipe clinico assistenziale		
D.8.20	Portineria dotata di telefono		in comune se collocato all'interno di un edificio dove sono presenti altri presidi sanitari gestiti dalla stessa titolarità
D.8.21	Locale/spazio per rapporto con il pubblico che garantisce la privacy		in comune se collocato all'interno di un edificio dove sono presenti altri presidi sanitari gestiti dalla stessa titolarità
D.8.22	Locali per uso amministrativo		in comune se collocato all'interno di un edificio dove sono presenti altri presidi sanitari gestiti dalla stessa titolarità
D.8.23	Cucina con dispensa o locale sporzionatura pasti con relativi locali accessori		in comune se collocato all'interno di un edificio dove sono presenti altri presidi sanitari gestiti dalla stessa titolarità
D.8.24	Lavanderia e steria		in comune se collocato all'interno di un edificio dove sono presenti altri presidi sanitari gestiti dalla stessa titolarità
D.8.25	Magazzini		in comune se collocato all'interno di un edificio dove sono presenti altri presidi sanitari gestiti dalla stessa titolarità
D.8.26	Spazio per i visitatori		in comune se collocato all'interno di un edificio dove sono presenti altri presidi sanitari gestiti dalla stessa titolarità
REQUISITI ORGANIZZATIVI			
D.8.26	E' individuato un referente della struttura		
D.8.27	Esiste un documento di regolamento e funzionamento		
D.8.28	Presenza di un piano di assistenza individuale (pai) definito ed elaborato dall'equipe, concordato con il medico responsabile dell'invio in struttura nella definizione del piano è assicurata l'acquisizione del consenso dell'utente o di chi ne esercita legittimamente la rappresentanza e la condivisione delle scelte adottate		
D.8.29	Presenza di procedure per la gestione delle emergenze-urgenze cliniche		
D.8.30	Equipe multi professionale comprendente medico esperto in cure palliative, medico di medicina generale, medici specialisti, infermiere, psicologo, assistente sociale, terapeuta della riabilitazione, oss,		
D.8.31	Presenza del personale infermieristico e oss nelle 24 ore		

lista D.8

D.8.32	Presenza di specifica procedura per l'accertamento della morte e adeguata soluzione organizzativa per l'allontanamento della salma	in caso contrario deve essere previsto un locale sosta salme anche in comune se la struttura è collocata all'interno di uno stabilimento dove sono presenti altri presidi sanitari gestiti dalla stessa titolarità
D.8.32.1	Istruzioni operative per l'attivazione del sistema di emergenza di facile consultazione da parte del personale	
REQUISITI TECNOLOGICI		
D.8.33	Nelle camere di degenza è presente la seguente dotazione minima impiantistica:	
	impianto di climatizzazione che garantisca $T = 20 - 26 \text{ }^\circ\text{C}$	
	$U\% = 40 - 60\%$	
	ricambi aria pari a 2 V/h	il ricambio d'aria può essere garantito anche naturalmente, le superfici finestrate devono assicurare un rapporto aer-illuminante di 1/8, devono pertanto essere garantiti i parametri di comfort termico previsti
D.8.34	Almeno 3 prese per alimentazione elettrica per posto letto	
D.8.35	Impianto di chiamata con segnalazione acustica e luminosa	
D.8.36	Impianto televisivo e impianto wifi a disposizione degli utenti	
D.8.37	Impianto erogazione ossigeno e prese vuoto	
D.8.38	Carrello e/o attrezzatura equivalente per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore ed unità di ventilazione manuale	
D.8.39	Carrello per la gestione terapia	
D.8.40	Monitor multiparametrico	
D.8.41	Letti articolati ad altezza variabile, accessibili da ogni lato	
D.8.42	Adeguate attrezzature per mobilitazione/mobilità (MMP/MMC) e trasporto dei pazienti	
D.8.43	Dispositivi antidecubito (anche in service) in relazione alle caratteristiche della casistica trattata e relative procedure di sanificazione eccetto il caso di fornitura esterna comprensiva del servizio	
D.8.44	Sistemi di continuità dell'alimentazione elettrica in riferimento alle caratteristiche dell'utenza elettrica e dell'attività svolta.	
D.8.45	Presenza di impianto di illuminazione di sicurezza	

ALLEGATO B

REQUISITI BIVALENTI

REQUISITI ORGANIZZATIVI DI LIVELLO AZIENDALE	
<p>1.1 STRUTTURA E RUOLI L'Organizzazione ha definito in modo chiaro e sintetico le politiche complessive aziendali e l'articolazione interna, con la declinazione delle responsabilità fino ai livelli operativi, tale da assicurare che i processi primari clinico assistenziali e quelli di supporto concorrano alla realizzazione della <i>governance</i> clinica</p>	<p>1.1.AZ.1 RUOLI I ruoli nella <i>governance</i> clinica sono chiaramente articolati nelle diverse componenti</p> <p>1.1. AZ.2 RETE AZIENDALE PER LA QUALITA' E SICUREZZA E' chiaramente identificata la struttura della rete aziendale della qualità e sicurezza che assegna alle strutture esperte di staff (Qualità, Rischio clinico, Formazione ecc.) funzioni di supporto metodologico e di facilitazione ed assicura il pieno coinvolgimento di tutti i professionisti (<i>clinical engagement</i>); vengono definite le figure di facilitazione per la qualità e la sicurezza per ciascuna articolazione organizzativa</p>
<p>1.2. PIANIFICAZIONE La pianificazione comprende indicatori di performance/qualità clinica e organizzativa ed è coerente con i piani di miglioramento dei processi clinico assistenziali</p>	<p>1.2.AZ.1 PROGRAMMAZIONE Viene assicurata una programmazione annuale analitica delle attività previste che comprende l'assegnazione di obiettivi specifici di qualità clinica ed organizzativa e di sicurezza e delle risorse necessarie</p> <p>1.2.AZ.2 RIESAME Viene effettuato il riesame degli scostamenti mediante la valutazione costante dei risultati rispetto agli obiettivi programmati di <i>governance</i> clinica</p>
<p>2.1 COMPETENZE PER LA GOVERNANCE CLINICA L'Organizzazione ha definito le strategie ed i processi attuativi correlati che garantiscono: -lo sviluppo delle competenze professionali ed organizzative in coerenza con gli obiettivi aziendali di <i>governance</i> clinica -i percorsi di inserimento del personale</p>	<p>2.1.AZ.2 FORMAZIONE E' assicurata una formazione costante focalizzata sull'efficacia e sull'appropriatezza clinica ed organizzativa anche in relazione alle innovazioni introdotte, come parte integrante dell'agire dei professionisti</p>
<p>3.2 GESTIONE DOCUMENTAZIONE I processi attuativi per la gestione e la verifica della qualità della documentazione sanitaria garantiscono: -la tracciabilità delle attività e dei relativi livelli di responsabilità -la massima fruibilità delle informazioni necessarie agli operatori per la corretta gestione dei percorsi clinico assistenziali -il rispetto delle regole concernenti la privacy ed il consenso informato</p>	<p>3.2.AZ.1 DOCUMENTAZIONE SANITARIA Viene monitorata la qualità della documentazione sanitaria ed i risultati delle verifiche vengono comunicati al personale interessato e vengono realizzate azioni di miglioramento coerenti</p>
<p>4.1 INFORMAZIONE E ASCOLTO E' presente un sistema articolato e diffuso che promuove e garantisce l'informazione, l'ascolto e la partecipazione dei cittadini, in particolare attraverso: -il governo completo e tempestivo delle informazioni di servizio per l'utenza, attraverso tutti i canali di contatto ed i media disponibili -l'aggiornamento ed il monitoraggio degli impegni che riguardano il</p>	<p>4.1.AZ.1 IMPEGNI VERSO I CITTADINI Gli impegni assunti sulla qualità e la sicurezza delle cure, come strumento di politica pubblica per la promozione della qualità dei servizi ad es. mediante la carta dei servizi, vengono regolarmente monitorati ed il loro raggiungimento è documentato e reso disponibile</p> <p>4.1.AZ.2 RECLAMI E SEGNALAZIONI E' attivo un sistema di gestione dei reclami e delle segnalazioni finalizzato al loro utilizzo per il miglioramento dei servizi e che garantisce il coinvolgimento dei professionisti</p>

<p>rispetto dei valori del paziente, l'umanizzazione e l'equità di accesso per i pazienti fragili e a rischio compreso quelli inclusi nella Carta dei Servizi</p> <p>-la raccolta, l'analisi, la risposta e la valorizzazione, nei percorsi di miglioramento continuo, delle segnalazioni e dei reclami dei cittadini, il coinvolgimento</p>	
<p>5.1 SISTEMA QUALITA'</p> <p>E' implementato un sistema per la qualità e la sicurezza che consente di :</p> <p>-raccogliere ed analizzare i dati delle performances e del sistema di incident reporting al fine di identificare le aree di criticità per la qualità e la sicurezza delle cure</p> <p>-attuare strategie proattive di prevenzione basate sull'analisi dei dati e sull'utilizzo degli strumenti di valutazione della qualità e sicurezza come audit clinici, audit su eventi significativi, audit organizzativi, root cause analysis etc.</p> <p>-assicurare che siano in atto strategie di prevenzione e di gestione dei rischi legati alla pratica clinica, monitorando l'adesione delle diverse strutture operative alle pratiche evidence-based per la sicurezza del paziente e garantendo una gestione unitaria dei temi trasversali come quello delle infezioni correlate all'assistenza</p> <p>-garantire la conformità con i requisiti legislativi e con gli standard professionali di riferimento rilevanti</p> <p>-assicurare la comunicazione, l'informazione ed il pieno coinvolgimento del personale clinico e non</p>	<p>5.1.AZ.2 PIANO QUALITA' E SICUREZZA Esiste un piano aziendale, aggiornato con cadenza annuale, per il miglioramento della qualità e della sicurezza. Il piano è correlato ad una relazione annuale sui risultati raggiunti, indica in modo sintetico le priorità e le azioni di miglioramento in corso e contiene un focus specifico sui principali rischi per la sicurezza del paziente e sul rischio infettivo oltre che il livello di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente</p>
<p>6.1 ACCESSO AI PERCORSI</p> <p>L'Organizzazione adotta strategie adeguate per governare l'accesso ai percorsi attraverso:</p> <p>-strumenti di allineamento tra capacità e domanda</p> <p>-pieno coinvolgimento di tutti i soggetti che hanno la responsabilità di cura dei pazienti</p> <p>-la definizione e la comunicazione delle modalità di primo accesso ai servizi tali da garantire trasparenza, equità e appropriatezza</p> <p>-la definizione di adeguate modalità organizzative dei percorsi clinico assistenziali che assicurino l'assunzione di responsabilità della cura del paziente successivamente al primo accesso</p>	<p>6.1.AZ.2 PRENOTAZIONE Sono assicurate modalità di prenotazione trasparenti e di facile accesso</p>
<p>7.2 FORNITORI ESTERNI</p> <p>L'organizzazione prevede un sistema di</p>	<p>7.2.AZ.1 SERVIZI ESTERNI Sono identificati i ruoli e le responsabilità del sistema di monitoraggio dei servizi esternalizzati</p>

monitoraggio per la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi erogati da parte dei fornitori esterni rilevanti per la qualità delle cure (es. sterilizzazione, pulizie, ristorazione, farmaci e dispositivi ecc.)	
8.1 VALUTAZIONE INNOVAZIONI L'organizzazione definisce il processo di valutazione di nuove tecnologie sanitarie, dispositivi medici, sistemi di organizzazione e gestione, sistemi informativi e farmaci, preliminari alla acquisizione ed all'utilizzo degli stessi	8.1.AZ.1 PROCESSO DI VALUTAZIONE E' in essere un processo standardizzato di valutazione delle innovazioni
REQUISITI DI PROCESSO (COMUNI)	
5.1.COM.10 PROTOCOLLI E PDTA Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (PDTA, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) coprono la casistica principale (in termini di volumi e di rischio procedura) e sono oggetto di monitoraggio specifico e quindi di discussione per quanto riguarda il livello di adesione	
5.1.COM.3 GESTIONE DEL FARMACO Esiste un sistema di gestione in sicurezza del farmaco	
5.1.COM.4 GESTIONE DISPOSITIVI MEDICI Esiste un sistema per la gestione in sicurezza di dispositivi medici ed impiantabili che prevede la tracciabilità dei dispositivi medici impiantati, per la registrazione ed eventuale trasmissione del dato, e consente di rintracciare tempestivamente i pazienti, qualora sia necessario	
6.1.COM.1 CONDIVISIONE PERCORSO DI CURA E' predisposta all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere con il paziente l'intero percorso di cura compresa la fase di dimissione	
3.1.COM.3 SISTEMA DI GESTIONE DEL DOLORE Esiste un sistema di gestione del dolore	
5.1.COM.2 PREVENZIONE E SORVEGLIANZA INFEZIONI E' definito ed in atto un insieme di azioni coerenti finalizzate alla sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	
5.1.COM.14 TEAM EMERGENZA INTRAOSPEDALIERA Esiste un sistema di attivazione condiviso ed efficace del team che gestisce il paziente critico (si applica alle strutture di ricovero per acuti in area medica e chirurgica)	

ALLEGATO C

Lista SC/A

STUDI SOGGETTI A SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITA'

Gli studi, in relazione alla tipologia delle attività svolte devono assicurare tutti i requisiti previsti dalle normative tecniche di settore, regionali, nazionali ed internazionali, anche quando non espressamente richiamati dai requisiti oggetto della presente disciplina. I locali e le attrezzature possono essere anche ad uso non esclusivo ovvero utilizzati da più titolari di studio professionale.

	Testo	Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI		
STU.S.1	Locale studio separato da quelli destinati ad attività non sanitarie e non direttamente comunicante con questi, che garantisca il rispetto della privacy, munito di lavabo con comandi non manuali, con pavimento facilmente lavabile e disinfettabile, comunicante con locale spogliatoio per il paziente o dotato di area interna separata ad uso spogliatoio	I locali o spazi per l'attesa, accettazione, deposito e attività amministrative ed i servizi igienici possono essere in comune tra più studi sanitari o con strutture sanitarie, purché opportunamente dimensionati. In tal caso, devono essere definite le modalità di utilizzo per garantire la costante idoneità dei locali e delle attrezzature Per in comune si intende comunicanti e solo tra studi o studi e strutture sanitarie
STU.S.3	Servizio igienico a disposizione degli utenti e facilmente raggiungibile, munito di lavabo con comandi non manuali	Il locale o area ad uso spogliatoio quando necessario
STU.S.4	Spazio di attesa, ove necessario in base all'organizzazione dell'attività	
STU.S.5	Locale/spazio per il deposito del materiale pulito	Per gli studi che effettuano prestazioni a minore invasività
STU.S.6	Spazio/locali per deposito di materiale sporco	Per gli studi che effettuano prestazioni a minore invasività
STU.S.7	Spazi o armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni	ove necessario
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
STU.S.8	La denominazione dello studio e delle attività svolte deve consentire di identificare chiaramente la natura di studio professionale e la relativa disciplina	
	Se i locali sono ad uso non esclusivo devono essere previste modalità per garantire l'idoneità costante dei locali e delle attrezzature	

Lista SC/A		Applicabilità
	Testo	
STU.S.9	Può essere prevista la presenza di altro personale sanitario, oltre al titolare, in relazione alle caratteristiche delle prestazioni erogate	
STU.S.11	In caso di prelievi di tessuti o liquidi a scopo diagnostico, devono essere definite modalità adeguate per: riconoscimento del paziente, identificazione dei campioni, prelievo, conservazione, trasporto dei materiali biologici da sottoporre ad accertamenti	ove applicabile
STU.S.14	Tutti i materiali, farmaci e confezioni soggetti a scadenza devono portare in evidenza la data di scadenza ed essere conservati con modalità adeguate	
STU.S.15	Il titolare dello studio garantisce che siano eseguiti gli interventi di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza e di manutenzione della struttura e degli impianti al fine di assicurare la funzionalità dello studio ed il rispetto dei requisiti previsti in tema di sicurezza del paziente	
STU.S.16	Il titolare dello studio garantisce che per le apparecchiature biomediche siano assicurati gli interventi di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza e di manutenzione ordinaria e straordinaria e che i dispositivi medici siano conformi a tutte le normative di settore, comprese quelle comunitarie e le conseguenti normative interne di recepimento	Le attrezzature e risorse tecnologiche possono essere in comune fra più professionisti titolari di studio (uso non esclusivo). In tal caso, devono essere regolamentate le modalità per garantirne la costante idoneità e i livelli di responsabilità
STU.S.17	Carrello o attrezzatura equivalente (zaino o altro contenitore portatile ecc.) per la gestione delle emergenze, comprendente farmaci e dispositivi medici idonei al tipo di utenza e attività, tra cui: defibrillatore semiautomatico, dispositivi base per l'ossigenoterapia, la ventilazione, la gestione delle vie aeree, l'aspirazione, dispositivi per accesso venoso, infusione e somministrazione farmaci, farmaci di emergenza, dispositivi per la medicazione e il controllo delle emorragie, pulsossimetro e sfigmomanometro	Per gli studi che effettuano prestazioni a minore invasività. In caso di locali di attività o studi all'interno dello stesso edificio, è sufficiente un unico presidio per la gestione dell'emergenza, purché facilmente accessibile, deve essere identificato il responsabile della corretta gestione dell'attrezzatura di emergenza Per quanto attiene l'uso del defibrillatore semiautomatico il personale dovrà essere in possesso della formazione aggiornata di BLS-D. Per quanto attiene l'uso del defibrillatore semiautomatico dovrà essere presente durante l'attività, personale in possesso della formazione aggiornata di BLS-D
REQUISITI IMPIANTISTICI		
STU.S.18	Illuminazione e ventilazione naturali rispondenti alle normative vigenti compresi i regolamenti edilizi e di igiene del Comune su cui insiste la struttura. In caso di soluzioni diverse sono garantite le condizioni microclimatiche rispondenti agli standard previsti da indicazioni tecniche di settore, ove non diversamente regolamentate dalle normative di cui sopra.	

Lista SC/A

	Testo	Applicabilità
STU.S.19	Impianti elettrici conformi alla normativa vigente per i luoghi di lavoro ed in funzione alla classificazione sanitaria degli ambienti	
IN CASO DI UTILIZZO DI EMOCOMPONENTI AUTOLOGHI PER USO NON TRASFUSIONALE (EuNT)		Strutture sanitarie, pubbliche o private, non dotate di Servizio Trasfusionale
REQUISITI STRUTTURALI		
STU.S.20	Ambiente di prelievo e somministrazione distinti da quella di preparazione.	Può essere previsto dalla convenzione con SMT un ambiente unico con caratteristiche idonee
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
STU.S.21	Presenza di specifica convenzione stipulata con l'azienda sanitaria dove opera il servizio trasfusionale di riferimento, ai sensi del decreto legge n.69 del 2 Novembre 2015 e "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti"	
STU.S.22	Protocolli operativi relativi alle modalità di produzione e applicazione	
STU.S.23	Registro di carico/scarico degli EuNT preparati/utilizzati	
STU.S.24	Modulistica per la registrazione di produzione e applicazione, rilevazione eventi avversi, registrazione follow up, report periodico di attività conforme alla normativa nazionale e regionale	
STU.S.25	Piano dei controlli di qualità sugli EuNT prodotti	
REQUISITI TECNOLOGICI		
STU.S.26	Dispositivi medici conformi alle indicazioni per l'uso specifico secondo la relativa normativa vigente (classe IIa o superiore)	

Lista STU AUT

STUDI SOGGETTI AD AUTORIZZAZIONE	
<p>Studio nel quale sono eseguiti interventi chirurgici a complessità minore o procedure diagnostiche o terapeutiche, senza ricovero, effettuate in anestesia topica o per infiltrazione (associate o meno a sedazione non profonda), che consentono al paziente autonomia motoria e piena vigilanza in breve tempo dopo la conclusione dell'intervento e non necessitano di assistenza continuativa post-intervento.</p> <p>Gli studi, in relazione alla tipologia delle attività svolte devono assicurare tutti i requisiti previsti dalle normative tecniche di settore, regionali, nazionali ed internazionali, anche quando non espressamente richiamati dai requisiti oggetto della presente disciplina</p>	
Testo	Applicabilità
REQUISITI STRUTTURALI	
STUA.1 Spazio di attesa dotata di sedute in numero adeguato	I locali o spazi per l'attesa, accettazione, deposito e attività amministrative ed i servizi igienici possono essere in comune tra più studi sanitari o con strutture sanitarie, purché opportunamente dimensionati. In tal caso, devono essere definite le modalità di utilizzo per garantire la costante idoneità dei locali e delle attrezzature.
STUA.2 Locale per l'effettuazione delle procedure invasive separato e non comunicante con locali destinati ad altri usi non sanitari, che garantisca il rispetto della privacy, munito di lavabo con comandi non manuali con erogazione di acqua calda e fredda con pavimento facilmente lavabile e disinfettabile, provvisto, quando necessario in relazione all'attività, di locale/area interna ad uso spogliatoio per il paziente, comunicante con il locale visita.	(dove per in comune si intende comunicanti e solo tra studi o studi e strutture sanitarie)
STUA.3 Servizio igienico a disposizione degli utenti e facilmente raggiungibile, munito di lavabo con comandi non manuali e accessibile ai disabili	Per studi che effettuano attività chirurgica devono essere previste superfici ignifughe, resistenti al lavaggio e alla disinfezione, lisce e non scanalate, con raccordo arrotondato al pavimento. Pavimento resistente agli agenti chimici e fisici, levigato, antisdrucciolo
STUA.4 Locale/spazio armadio per il deposito del materiale pulito	Per attività di endoscopia digestiva deve essere dedicato ed adiacente
STUA.5 Locale/spazio per deposito del materiale sporco	
STUA.6 Spazi o armadi per deposito dispositivi medici, materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni. Per i materiali sterili e strumentario chirurgico deve essere previsto armadio lavabile per la rimessa dei ferri chirurgici e la conservazione del materiale sterilizzato, mantenuto in adatte contenitori o cestelli metallici, armadio lavabile per farmaci e materiale monouso può essere situato all'interno dello spazio riservato alla sterilizzazione e preparazione del personale	
STUA.7 Locale/spazio per la decontaminazione degli strumenti e delle attrezzature, separato dal locale prestazioni e collocato in maniera adeguata rispetto alle funzioni munito di lavabo in materiale resistente agli agenti chimici con erogazione di acqua calda e fredda e dotato di adeguato ricambio d'aria naturale o artificiale	
STUA.8 Locale/spazio per la sterilizzazione degli strumenti e delle attrezzature, separato dal locale prestazioni e collocato in maniera adeguata rispetto alle funzioni, e dotato di adeguato ricambio d'aria naturale o artificiale	se non affidata all'esterno.

Lista STU AUT

STUA.9	Locale/spazio deposito rifiuti speciali separato dal locale prestazioni e posto in modo che non sia di passaggio per altri locali e dotato di adeguato ricambio d'aria naturale o artificiale	
STUA.10	Spazio adibito a spogliatoio per il personale sanitario separato dai locali dove vengono erogate prestazioni invasive	
STUA.11	Spazio per la preparazione del personale sanitario anche all'interno del locale chirurgico, dotato di lavello per il lavaggio delle mani, con rubinetteria non manuale con erogazione di acqua calda e fredda e dispensatore di detergenti e, ove richiesto, fornito degli attrezzi e dei materiali per l'antisepsi chirurgica delle mani e degli avambracci	
STUA.12	Spazio di sosta post-procedurale	per attività in anestesia o sedazione. Può essere individuato all'interno del locale visita ove presente
STUA.13	Locale, anche non contiguo a quello chirurgico, per visita o medicazione	per studio con attività chirurgica
STUA.14	I locali e gli spazi per l'esecuzione di radiodiagnostica devono possedere, ove previste, caratteristiche che rispondano alle normative vigenti in materia di radioprotezione	
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
STUA.15	La denominazione dello studio e delle attività svolte deve consentire di identificare chiaramente la natura di studio professionale e la relativa disciplina	
STUA.16	Il professionista titolare dello studio e gli eventuali collaboratori devono essere in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente ed essere adeguatamente aggiornati	
STUA.17	Può essere prevista la presenza di altro personale sanitario, oltre al titolare, in relazione alle caratteristiche delle prestazioni erogate	
STUA.18	Deve essere garantita una unità infermieristica	L'assistenza odontoiatrica può essere svolta da figure professionali con competenze specifiche, per attività chirurgica la presenza del personale infermieristico deve essere garantita per tutto l'orario di accesso alle prestazioni
STUA.19	Modalità codificate per la rintracciabilità medica durante l'orario di chiusura dello studio	per attività chirurgica ed endoscopia
STUA.20	Il titolare dello studio e il personale presente dovrà essere in possesso della formazione aggiornata di BLS-D	
STUA.21	In caso di prelievi di tessuti o liquidi a scopo diagnostico, devono essere definite modalità adeguate per: riconoscimento del paziente, identificazione dei campioni, prelievo, conservazione, trasporto di materiali biologici	
STUA.22	Devono essere assicurate modalità adeguate di: pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione dello strumentario adeguate alle caratteristiche dei DMR utilizzati, periodicamente verificate e con registrazione dei risultati delle prove di efficacia. La tracciabilità del monitoraggio microbiologico di efficacia deve essere disponibile anche in caso di affidamento all'esterno della sterilizzazione	per endoscopia devono essere adottate procedure di reprocessing aderenti alle buone pratiche regionali

Lista STU AUT

STUA.23	Per il servizio di pulizia e sanificazione ambientale viene assicurata: l'adozione di sistemi, tecniche e metodiche di sanificazione ambientale in linea con le evidenze disponibili; l'individuazione di standard tecnici per le prestazioni minime richieste e le frequenze di intervento di pulizia e sanificazione in relazione alle caratteristiche delle diverse aree di rischio ed integrati da ulteriori protocolli per specifiche patologie infettive; la presenza di piani di monitoraggio del processo di sanificazione e dei risultati ottenuti dalla sua attuazione; la formazione del personale addetto rapportata alla complessità dell'area di rischio e agli standard nazionali.	
STUA.24	Nel caso di affidamento del servizio anche qualora reso nell'ambito del servizio Global service o Multifunzione devono essere rispettati i criteri ambientali minimi stabiliti dalla normativa di riferimento nazionale	
STUA.25	Devono essere assicurate modalità adeguate di pulizia e sanificazione ambientale ai fini della prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	
STUA.26	Tutti i materiali, farmaci e confezioni soggetti a scadenza devono portare in evidenza la data di scadenza ed essere conservati con modalità adeguate	
STUA.27	E' presente un inventario delle apparecchiature utilizzate costantemente aggiornato e la documentazione tecnica in lingua italiana fornita all'acquisto resa disponibile per la manutenzione	
STUA.28	Il titolare dello studio garantisce che siano eseguiti gli interventi di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza e di manutenzione della struttura e degli impianti al fine di assicurare la funzionalità dello studio ed il rispetto dei requisiti previsti in tema di sicurezza del paziente	
STUA.29	Il titolare dello studio garantisce che per le apparecchiature biomediche siano assicurati gli interventi di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza e di manutenzione ordinaria e straordinaria e che i dispositivi medici siano conformi a tutte le normative di settore, comprese quelle comunitarie e le conseguenti normative interne di recepimento	Le attrezzature e risorse tecnologiche possono essere in comune fra più professionisti titolari di studio (uso non esclusivo). In tal caso, devono essere regolamentate le modalità per garantirne la costante idoneità e i livelli di responsabilità
STUA.30	Sono definiti i processi da attivare in caso di guasti o rotture improvvise delle apparecchiature durante l'esecuzione delle prestazioni, qualora sussista un rischio per gli operatori e per gli utenti.	
STUA.31	Sono applicate le linee guida fornite della maggiore evidenza scientifica disponibile e aggiornate per assicurare una buona pratica clinica nelle varie branche o discipline specialistiche	
STUA.32	Scheda clinica ambulatoriale contenente la registrazione delle prestazioni effettuate in riferimento al repertorio delle prestazioni erogate dalla struttura e comprensiva della identificazione del paziente, le eventuali prescrizioni terapeutiche ed i referti, privilegiando la gestione elettronica della documentazione nel rispetto della normativa vigente in materia	
STUA.33	Registro chirurgico / procedurale che riporta: diagnosi, descrizione della procedura eseguita, eventuali tecniche di anestesia e/o analgesia utilizzate, ora d'inizio e fine dell'intervento, decorso clinico e intraoperatorio, eventuali complicanze. Il registro è sottoscritto dal medico responsabile dell'ambulatorio ciascun intervento è firmato dal chirurgo che lo ha effettuato	per attività chirurgica
REQUISITI IMPIANTISTICI		

Lista STU AUT

STUA.34	<p>Illuminazione e ventilazione naturali rispondenti alle normative vigenti compresi i regolamenti edili e di igiene del Comune su cui insiste la struttura. In caso di soluzioni diverse sono garantite le condizioni microclimatiche rispondenti agli standard previsti da indicazioni tecniche di settore, ove non diversamente regolamentate dalle normative di cui sopra.</p>	
STUA.35	<p>Nel locale dove vengono effettuate prestazioni chirurgiche o endoscopiche in anestesia/sedazione è presente un impianto di climatizzazione che garantisce un adeguato ricambio d'aria e comfort microclimatico che garantisce i seguenti parametri: ricambi d'aria pari a 3 V/h T = 20 – 26 °C U% = 40 – 60% classe dei filtri > 10-11 (95-99,97%)</p>	in caso di sola endoscopia digestiva non è necessaria la filtrazione dell'aria con filtri assoluti
STUA.36	Impianti elettrici conformi alla normativa vigente per i luoghi di lavoro ed in funzione alla classificazione sanitaria degli ambienti	
STUA.37	Sistemi di continuità dell'alimentazione elettrica in riferimento alle caratteristiche dell'utenza elettrica e dell'attività svolta.	
REQUISITI TECNOLOGICI		
STUA.38	<p>"Riunite" odontoiatrico conforme alla normativa CE provvisto di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • manipoli per turbina e micromotore in numero adeguato rispetto al carico di lavoro giornaliero al fine di garantire l'utilizzo sterile per ogni paziente e comunque dovranno essere disponibili almeno due set per ogni operatore • impianto di aspirazione chirurgica ad alta velocità con espulsione all'esterno • impianto di produzione aria compressa 	per studio odontoiatrico
STUA.39	piano di lavoro per la fase "sporco"	per studio odontoiatrico
STUA.40	piano di lavoro per la fase "pulito"	per studio odontoiatrico
STUA.41	autoclave tipo B con pompa per il vuoto frazionato conforme alle norme UNI EN preferibilmente dotata di stampante	per studio odontoiatrico se non affidata all'esterno
STUA.42	Frigorifero dotato di termometro digitale a lettura esterna	
STUA.43	Apparecchiature di radiodiagnostica per uso odontoiatrico	
STUA.44	Per il locale dove vengono eseguite le procedure arredi sanificabili e con standard coerenti alla normativa antincendio	
STUA.45	Letto paziente con caratteristiche definite in base all'utilizzo previsto (es. procedure chirurgiche / endoscopiche)	per studio chirurgico o endoscopico
STUA.46	Attrezzature e dispositivi medico chirurgici in relazione alla specifica attività svolta	
STUA.47	Lampada scialitica o adeguato sistema di illuminazione in base al tipo di procedura	per studio chirurgico o endoscopico
STUA.48	Tavolo/i servitore sanificabile	per studio chirurgico o endoscopico

Lista STU AUT

STUA.49	Sistema per la sterilizzazione dei dispositivi (ad es. include: vasca per la sterilizzazione a freddo, vasca a ultrasuoni o lava ferri che garantisce il raggiungimento di almeno 60°	per studio chirurgico o endoscopico. Se non affidato all'esterno
STUA.50	Monitor multiparametrico	Se effettuate procedure in sedazione
STUA.51	Ossigeno medicale	Se effettuate procedure in sedazione
STUA.52	Carrello o attrezzatura equivalente (zaino o altro contenitore portatile ecc.) per la gestione delle emergenze, comprendente farmaci e dispositivi medici idonei al tipo di utenza e attività, tra cui:	
	defibrillatore semiautomatico	Per quanto attiene l'uso del defibrillatore semiautomatico dovrà essere presente durante l'attività, personale in possesso della formazione aggiornata di BLS-D
	dispositivi base per l'ossigenoterapia, la ventilazione, la gestione delle vie aeree, l'aspirazione	
	dispositivi per accesso venoso, infusione e somministrazione farmaci	
	farmaci di emergenza	
	dispositivi per la medicazione e il controllo delle emorragie	
	pulsossimetro e sfigmomanometro	
IN CASO DI UTILIZZO DI EMOCOMPONENTI AUTOLOGHI PER USO NON TRASFUSIONALE (EuNT)		
REQUISITI STRUTTURALI		
STUA.53	Ambiente di prelievo e somministrazione distinti da quella di preparazione.	Può essere previsto dalla convenzione con SIMT un ambiente unico con caratteristiche idonee
REQUISITI ORGANIZZATIVI		
STUA.54	Presenza di specifica convenzione stipulata con l'azienda sanitaria dove opera il servizio trasfusionale di riferimento, ai sensi del decreto legge n.69 del 2 Novembre 2015 e "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti"	
STUA.55	Protocolli operativi relativi alle modalità di produzione e applicazione	
STUA.56	Registro di carico/scarico degli EuNT preparati/utilizzati	
STUA.57	Modulistica per la registrazione di produzione e applicazione, rilevazione eventi avversi, registrazione follow up, report periodico di attività conforme alla normativa nazionale e regionale	
STUA.58	Piano dei controlli di qualità sugli EuNT prodotti	
REQUISITI TECNOLOGICI		
STUA.59	Dispositivi medici conformi alle indicazioni per l'uso specifico secondo la relativa normativa vigente (classe IIa o superiore)	

SEZIONE III

COMMISSARI REGIONALI - Ordinanze

ORDINANZA DEL COMMISSARIO DELEGATO
14 settembre 2020, n. 110

L. 228/2012 - art. 1 c. 548 - O.C.D. n. 5/2013 e ss.mm.ii. - Intervento di adeguamento idraulico dei Torrenti Magione - Radicata e Patrignone nel Comune di Orbetello codice 2012EGR0244 - Liquidazione delle indennità definitive d'esproprio.

IL COMMISSARIO DELEGATO

Considerato che nel mese di novembre ed in particolare nei giorni dal 10 al 13 novembre 2012 e nei giorni 27 e 28 novembre 2012, eventi alluvionali hanno colpito la Regione Toscana interessando il territorio delle province di Arezzo, Grosseto, Lucca, Massa Carrara, Pisa, Pistoia e Siena;

Visti i decreti del Presidente della Giunta regionale numeri 196 del 13 novembre 2012, 199 del 15 novembre 2012 e 206 del 4 dicembre 2012, con cui è stata riconosciuta la rilevanza regionale degli eventi alluvionali anzidetti;

Visto che con Delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2012 è stato dichiarato lo stato di emergenza in conseguenza degli eventi alluvionali che nei giorni dal 10 al 13 novembre 2012 e nei giorni 27 e 28 novembre 2012 hanno colpito 139 comuni, individuati nella suddetta delibera, nelle province di Arezzo, Grosseto, Lucca, Massa Carrara, Pisa, Pistoia e Siena;

Vista la legge 24 dicembre 2012 n. 228 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2013)";

Preso atto del comma 548 dell'articolo 1 di tale legge con cui il Fondo di cui all'articolo 6, comma 1, del decreto-legge 3 maggio 1991, n. 142, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 luglio 1991, n. 195, è stato incrementato nella misura di 250 milioni di euro per l'anno 2013, da destinare a interventi in conto capitale nelle regioni e nei comuni interessati dagli eventi alluvionali del mese di novembre 2012;

Preso altresì atto che il medesimo comma 548 ha previsto che i Presidenti delle Regioni interessate dagli eventi alluvionali operano in qualità di commissari delegati con i poteri e le modalità di cui al decreto legge 6 giugno 2012, n. 74, convertito, con modificazioni, dalla legge 1° agosto 2012, n. 122;

Visto il D.P.C.M. del 23 Marzo 2013 con cui è stata data attuazione all'articolo 1, comma 548, della Legge n. 228/2012, che ha stabilito in particolare la nomina dei commissari e la ripartizione delle risorse;

Preso atto, in particolare, per la Regione Toscana, della nomina, quale Commissario delegato, del Presidente della Giunta Regionale e dell'assegnazione di euro 110.900.000,00 da far confluire su apposita contabilità speciale;

Dato atto che presso la sezione di Firenze della Banca d'Italia è aperta la contabilità speciale n. 5750 intestata al sottoscritto;

Visto il D.L. 30 dicembre 2019, n. 162, convertito con modificazioni dalla L. 20 febbraio 2020, n. 8, recante: «Disposizioni urgenti in materia di proroga di termini legislativi, di organizzazione delle pubbliche amministrazioni, nonché di innovazione tecnologica» che ha disposto, con l'art. 15, comma 6, che "Il termine di scadenza dello stato di emergenza conseguente agli eventi sismici del 20 e 29 maggio 2012, di cui all'articolo 1, comma 3, del decreto-legge 6 giugno 2012, n. 74, convertito, con modificazioni, dalla legge 1° agosto 2012, n. 122, È ulteriormente prorogato al 31 dicembre 2021, al fine di garantire la continuità delle procedure connesse all'attività di ricostruzione";

Considerato, pertanto, che in virtù del richiamo stabilito dall'art. 1, comma 548, della Legge n. 228/2012 al D.L. 74/2012, convertito nella Legge n. 122/2012, riguardo ai poteri e modalità dei Commissari nominati dal medesimo comma 548, a seguito del D.L. n. 162/2019 suddetto e' da ritenersi prorogato al 31 dicembre 2021 anche il mandato commissariale del Sottoscritto;

Vista la propria Ordinanza n. 5 del 24 aprile 2013 con la quale:

- è stato approvato il "Piano degli interventi pubblici di ripristino e di messa in sicurezza per il superamento dell'emergenza", di cui all'allegato 2 alla citata ordinanza, da realizzare per un importo pari a 83 M€;

- è stato approvato l'allegato 3 alla citata ordinanza contenente le disposizioni per l'attuazione degli "Interventi pubblici di ripristino e di messa in sicurezza per il superamento dell'emergenza" di cui all'art. 1 comma 548 della legge 24 dicembre 2012, n. 228;

- sono stati nominati soggetti attuatori degli interventi gli enti specificatamente indicati nell'allegato 2 alla citata ordinanza che dovranno eseguire gli interventi indicati secondo le disposizioni di cui all'allegato 3 alla citata ordinanza;

Viste le proprie Ordinanze n. 14 del 26 luglio 2013,

n. 23 del 5 novembre 2013 e n. 29 del 17 dicembre 2013, n. 16 del 22.05.2014, n. 46 del 03.11.2014, n. 58 del 4.12.2014, 22 del 25 maggio 2015, 42 del 26.10.2015, 3 del 16.02.2016, 8 del 10.03.2016 la n. 2 del 27.02.2017, la n. 35 del 18.04.2018, la n. 114 del 23.11.2018 e n. 11 del 19.02.2019 nonché la n. 105 del 05.08.2020 con le quali è stato rimodulato il Piano degli Interventi;

Dato atto che nel “Piano degli interventi pubblici di ripristino e di messa in sicurezza per il superamento dell'emergenza”, di cui all'allegato 2 della suddetta Ordinanza n. 5/2013, è stato individuato “l'intervento di adeguamento idraulico dei Torrenti Magione - Radicata e Patignone nel Comune di Orbetello”, codice 2012EGR0244, finanziato per € 3.000.000,00 a valere sulle risorse della contabilità speciale n. 5750, individuando per l'attuazione Regione Toscana - Genio Civile Toscana Sud;

Dato atto che con la richiamata Ordinanza n. 58 del 4 Dicembre 2014 l'intervento di cui trattasi è stato certificato indifferibile e di estrema urgenza ai sensi dell'art. 9 D.L. n. 133/2014, convertito in L. n. 164/2014, ai fini dell'applicazione delle norme di semplificazione e accelerazione procedurale previste dal citato articolo 9;

Considerato che:

- con propria Ordinanza n. 14/2013 viene stabilita la competenza alla realizzazione dell'intervento codice 2012EGR0244 direttamente da parte del Commissario delegato, avvalendosi del supporto del Settore dell'Ufficio Tecnico del Genio Civile di Area Vasta Grosseto Siena e OO.MM. in merito ai necessari adempimenti di natura tecnica, amministrativa e contabile con le modalità ordinariamente utilizzate dalla Regione Toscana per le procedure di appalto;

- con propria Ordinanza n. 3 del 21 gennaio 2015 è stato approvato il progetto definitivo di “Adeguamento idraulico dei Torrenti Magione - Radicata e Patignone nel Comune di Orbetello” e la Conferenza dei servizi decisoria equivalente, ai sensi degli art. 12 del D.P.R. 327/2001 e dell'art. 9 della L.R. n. 30/2005, che ha comportato la dichiarazione di pubblica utilità, indifferibilità ed urgenza dell'opera;

- con propria Ordinanza n. 28 del 29.06.2015 è stato approvato il progetto esecutivo dell'intervento in oggetto;

- con propria Ordinanza n. 43 del 17.11.2015 è stata disposta l'aggiudicazione definitiva dell'appalto per l'affidamento dei lavori di “Adeguamento idraulico del Magione-Radicata e del Patignone, I° stralcio funzionale”, codice 2012EGR0244”, al costituendo RTI Impresa Impresa Edile Stradale F.lli Massai S.r.l. con sede in via Birmania, 148 - Grosseto e Tirrena Costruzioni Generali s.r.l. con sede in via Siria, 76 - Grosseto;

- con propria Ordinanza n. 3 del 16.02.2016 è stato in-

dividuato l'Ing. Renzo Ricciardi del Settore Genio Civile Toscana Sud, quale dirigente di riferimento per l'attuazione dell'intervento codice 2012EGR0244;

- con propria Ordinanza n. 7 del 10.03.2016 è stato approvata una modifica del quadro economico per tener conto della somma necessaria per la copertura assicurativa dei progettisti;

- con verbale sottoscritto in data 18.02.2016, in via d'urgenza, si è proceduto alla consegna parziale dei lavori, con successiva consegna definitiva in data 06.05.2016;

- con propria ordinanza n. 39 del 07.09.2017 è stata approvata una perizia di variante al progetto esecutivo di “Adeguamento idraulico del Magione-Radicata e del Patignone, I° stralcio funzionale, codice 2012EGR0244” e riapprovato il quadro economico dell'intervento risultando diminuita di € 15.000.00 la voce B.6 Spese di laboratorio anche per collaudo in corso d'opera” e aumentate di 5.000,00 ciascuna rispettivamente le voci B.1 “Oneri relativi alle spese tecniche per procedura espropri e servitù”, B.2 “Indennizzi di esproprio e servitù” e la B.4 “Oneri per lo spostamento sotto servizi”;

- i lavori sono stati ultimati in data 28.09.2017 come risulta dal Certificato di ultimazione dei lavori sottoscritto dal Direttore dei lavori;

- con propria ordinanza n. 56 del 06.07.2018 sono stati affidati i lavori complementari dell'importo di € 38.216,82 di cui € 36.432,57 per lavori e € 1.784,25 per oneri per la sicurezza al netto del ribasso offerto in sede di gara, Iva esclusa alla “RTI Impresa Edile Stradale F.lli Massai S.r.l. e Impresa Tirrena Costruzioni Generali S.r.l.”;

- i lavori complementari sono stati ultimati in data 23.08.2018;

- è stato emesso il Certificato di Regolare Esecuzione dei lavori complementari in data 28.12.2018;

- è stato emesso il Certificato di Collaudo dei lavori principali in data 30.10.2019;

- con propria ordinanza n. 117 del 20.12.2019 sono stati ritenuti ammissibili il certificato di regolare esecuzione dei lavori complementari e il collaudo delle opere;

Visto il T.U. “Espropriazione per pubblica utilità” approvato con D.P.R. n. 327/2001 e successive modifiche e integrazioni;

Vista la Legge Regionale n. 47 del 1° agosto 2016 “Disposizioni in materia di espropriazione per pubblica utilità. Modifiche alla l.r. 30/2005 e alla l.r. 67/2003”, ed in particolare l'art. 20 bis “Norma transitoria per i procedimenti avviati prima dell'entrata in vigore della l.r. 47/2016” in base al quale le procedure espropriative relative all'intervento di competenza della Regione Toscana, oggetto del presente atto, sono conferite al Comune di Orbetello quale autorità espropriante;

Preso atto che il sottoscritto, pertanto, è individuato quale promotore dell'espropriazione che, in qualità di

soggetto attuatore, chiede l'espropriazione e ne assume gli oneri economici, mentre il soggetto beneficiario dell'espropriazione è il Demanio Pubblico dello Stato Ramo Idrico - c.f. 97905270589, che diventerà proprietario dei beni espropriati;

Visto il "Piano particellare d'esproprio" conservato agli atti di questo Ufficio che riporta le superfici presunte di esproprio e di occupazioni temporanee necessarie per la corretta esecuzione dei lavori e stima l'ammontare provvisorio delle relative indennità da corrispondere ai proprietari;

Dato atto che:

- in data 12.02.2015 è stato sottoscritto l'accordo preliminare di cessione volontaria, tra i rappresentanti degli Enti competenti quali Regione Toscana - Genio Civile di Bacino Sud e Opere Marittime, Comune di Orbetello e tutti i proprietari delle aree interessate dai lavori in oggetto, con il quale, vista la conformità urbanistica dell'opera, gli stessi accettavano le indennità di esproprio proposte e lasciavano al Commissario la piena disponibilità delle aree a partire dalla redazione dei verbali di immissioni in possesso;

- nei giorni 27, 28 e 29 gennaio 2016 è avvenuta l'immissione in possesso e occupazione temporanea dei terreni con la sottoscrizione dei verbali di immissione in possesso e consistenza delle aree interessate dai lavori;

Vista la Determinazione Dirigenziale del Comune di Orbetello n. 144 in data 09.03.2016 "presa d'atto dell'occupazione d'urgenza e dell'immissione in possesso degli immobili ai sensi dell'art. 22 bis D.P.R. n. 327/2001 e autorizzazione alla liquidazione delle indennità provvisorie di esproprio nella misura dell'80% accettate per atto di cessione volontaria, ai sensi dell'art. 20 c. 6 D.P.R. n. 327/2001";

Vista la Determinazione Dirigenziale del Comune di Orbetello n. 277 in data 09.05.2016 con la quale è stata approvata la liquidazione dell'acconto dell'80% dell'indennità di esproprio ai proprietari elencati nell'allegato "A" alla determina e qui riportati: Albertazzi Beatrice, Albertazzi Fabiola, Albertazzi Luisa, Albiati Enzo, Berti Adriana, Cavasinni Ercole, eredi Mordenti Santa (deceduta il 22.03.2015), Cipriani Claudio, Cipriani Liliana, Cipriani Liliano, Cipriani Marisa, Galletti Urela, Nannini Adelfo, Nannini Michela, Novelli Alessandro, Novellis di Coarazze Eugenio e Testa Francesco avendo questi sottoscritto l'accordo di cessione volontaria in data 12.02.2015;

Vista l'ordinanza Commissariale n. 25 del 04.07.2016 con la quale la Regione Toscana - Genio Civile Toscana Sud - Sede di Grosseto, quale Settore di cui si avvale il Commissario delegato ex legge n. 228/2012, in qualità di soggetto promotore dell'espropriazione per le opere

in oggetto, ha provveduto a liquidare l'acconto dell'80% delle indennità di esproprio ai soggetti aventi diritto;

Considerato che:

- sono stati eseguiti, redatti e presentati i frazionamenti per la definizione delle aree effettivamente espropriate;

- il Settore Genio Civile Toscana Sud ha provveduto a fare le verifiche per la libera e piena proprietà degli immobili le cui risultanze sono conservate agli atti;

Vista la Determinazione Dirigenziale del Comune di Orbetello n. 425 del 28.05.2020 con la quale sono state determinate e disposta la liquidazione dell'indennità definitive di esproprio, sulla base delle superfici effettivamente espropriate risultanti dai frazionamenti, ai proprietari interessati comprensive delle l'indennità di occupazione anticipata, l'indennità di occupazione temporanea, delle indennità aggiuntive e dei rimborsi dovuti ai soggetti dal n. 1 al n. 12 dell'allegato A al presente atto;

Preso atto che con la suddetta determinazione è stata, inoltre, disposta la liquidazione, ai sensi dell'art. 32 del DPR 327/01, per il rimborso delle spese sostenute per lo spostamento dell'impianto di irrigazione per un importo di € 27.991,91 alla Coutenza Priorato Impianto di irrigazione Snc soggetto n. 13 dell'allegato A al presente atto;

Considerato che:

- la ALBIATI SOCIETA' AGRICOLA A R.L. con sede in ORBETELLO ha acquistato dal signor Enzo Albiati la particella 615 del Foglio 27 con atto a rogito not. Roberto Baldassarri del 19.09.2019 Rep. 53086/34634;

- il signor Enzo Albiati con dichiarazione conservata agli atti, chiede che il pagamento dell'indennità definitiva di esproprio venga liquidata direttamente alla ALBIATI SOCIETA' AGRICOLA A R.L., con le modalità indicate nella stessa dichiarazione;

- la signora Marzia Cipriani, con atto di Divisione a rogito notaio Petrina Giuseppe di Firenze repertorio n. 343401/12913 del 31.07.2017 ha acquisito la piena proprietà degli immobili siti nel Comune di Orbetello, tra cui l'appezzamento censito al Foglio 32 particelle 5 e 13 soggette ad esproprio, nonostante ciò, signora Cipriani Marzia, con dichiarazione, conservata agli atti, ha chiesto che il pagamento del saldo dell'indennità venga ripartito in parti uguali tra i signori CIPRIANI Claudio, CIPRIANI Liliana, CIPRIANI Liliano e lei stessa;

- il terreno di proprietà del signor TESTA Francesco, limitatamente alla particella 552 del foglio 32 è concesso in affitto alla signora PIERSANTI Daniela, in forza di regolare contratto d'affitto agrario, alla quale si riconosce un'Indennità aggiuntiva ai sensi dell'Art. 42 DPR 327/2001;

- con nota presentata a questo ufficio Prot. 227729 del 01/07/2020, le signore ALBERTAZZI Beatrice nata a Orbetello il 20/03/1970, ALBERTAZZI Fabiola nata a Orbetello il 19/11/1962, ALBERTAZZI Luisa nata a Orbetello il 30/01/1965, chiedono che la somma spettan-

te quale dell'indennità definitiva di esproprio, venga liquidata alla signora BERTI Adriana (madre delle stesse) direttamente sul conto corrente da lei indicato;

- per quanto sopra richiamato, rimane a carico del sottoscritto commissario il compito di effettuare i pagamenti relativi alle indennità di cessione/esproprio e di occupazione poiché le risorse finanziarie occorrenti sono state a questo assegnate con gli atti sopra citati;

Ritenuto pertanto di procedere alla liquidazione ai soggetti dal n. 1 al n. 12 individuati nell'Allegato "A" parte integrante e sostanziale del presente atto e con le modalità indicate nell'Allegato "B", non pubblicabile, a titolo di indennità definitive di esproprio, comprensive di eventuali indennità aggiuntive, soprassuoli e rimborsi della somma di € 38.932,69;

Ritenuto inoltre di procedere alla liquidazione alla Coutenza Priorato Impianto di irrigazione Snc soggetto n. 13 dell'Allegato "A" parte integrante e sostanziale del presente atto e con le modalità indicate nell'Allegato "B", non pubblicabile, a titolo rimborso per lo spostamento dell'impianto di irrigazione della somma di € 27.991,91;

Considerato che la somma necessaria per il pagamento dell'indennità di espropriazione definitive di esproprio, comprensive di eventuali indennità aggiuntive, soprassuoli e rimborsi, come emerge dal quadro economico approvato con ordinanza commissariale n. 56 del 06.07.2018, trova copertura all'interno del punto c.2 delle somme a disposizione mentre lo spostamento dell'impianto di irrigazione intestato alla Coutenza Priorato Impianto di irrigazione Snc, trova copertura all'interno del punto c. 4 delle somme a disposizione;

Considerato pertanto, di impegnare sul capitolo n. U22188, prenotazione n. 20135 della contabilità speciale n. 5750, l'importo di € 38.932,69 per la liquidazione delle indennità definitive di esproprio, comprensive di eventuali indennità aggiuntive, soprassuoli e rimborsi a favore dei soggetti dal n. 1 al n. 12 dell'Allegato "A" e di impegnare sul capitolo n. U22188, prenotazione n. 20135 della contabilità speciale n. 5750, l'importo di € 27.991,91 quale il rimborso per lo spostamento dell'impianto di irrigazione a favore della Coutenza Priorato Impianto di irrigazione Snc soggetto n. 13 dell'allegato "A";

Ritenuto, altresì, di liquidare a favore dei soggetti dal n. 1 al n. 12 dell'Allegato "A", la somma totale di € 38.932,69, imputandola sull'impegno assunto con il presente atto, secondo le modalità specificate nell'Allegato "B";

Ritenuto, altresì, di liquidare a favore del soggetto n. 13 dell'Allegato "A", la somma totale di € 27.991,91, imputandola sull'impegno assunto con il presente atto, secondo le modalità specificate nell'Allegato "B";

Dato atto che l'impiego delle sopra citate risorse è

conforme alla programmazione finanziaria approvata dal Commissario delegato così come risulta dalla citata ordinanza n. 5 del 24/04/2013 e ss.mm.ii;

ORDINA

1. Di impegnare per il pagamento dell'indennità definitiva di esproprio dei terreni necessari alla realizzazione L. 228/2012-art. 1 c. 548-O.C.D. n. 5/2013 e ss.mm.ii.- Intervento di adeguamento idraulico dei Torrenti Magione - Radicata e Patrignone nel Comune di Orbetello" codice 2012EGR0244 posti nei comuni di Orbetello (GR), ai sensi dell'art. 22 bis comma 3 del DPR 327/2001, la somma di € 38.932,69 sul capitolo Capitolo n. 22188, prenotazione n. 20135, contabilità speciale n. 5750 a favore dei soggetti dal n. 1 al n. 12 dell'allegato A al presente atto;

2. di liquidare, imputando sull'impegno assunto con il presente atto, ai soggetti dal n. 1 al n. 12 dell'allegato A al presente atto e con le modalità di cui all'Allegato "B", la somma totale di Euro 38.932,69;

3. Di impegnare per il pagamento ai sensi dell'art. 32 del DPR 327/01, del rimborso delle spese sostenute per lo spostamento dell'impianto di irrigazione, la somma di € 27.991,91 sul capitolo n. 22188, prenotazione n. 20135, contabilità speciale n. 5750 a favore della Coutenza Priorato Impianto di irrigazione Snc soggetto n. 13 dell'allegato "A";

4. di liquidare, imputando sull'impegno assunto con il presente atto, al soggetto n. 13 dell'allegato A al presente atto e con le modalità di cui all'Allegato "B", la somma di € 27.991,91;

5. che le indennità sopra indicate non sono soggette alla ritenuta di cui all'art. 35 del D.P.R. 327/2001 e ss.mm.ii. né al versamento dell'IVA non ricorrendo le condizioni necessarie;

6. di pubblicare il presente atto, ai sensi dell'art. 42 del D.Lgs. 14/03/2013 n. 33, nel sito www.regione.toscana.it/regione/amministrazione-trasparente alla voce Interventi straordinari e di emergenza.

Il presente atto è integralmente pubblicato sul BURT ai sensi degli articoli 4, 5 e 5 bis della l.r. 23/2007 e ai sensi dell'art. 26 c.7 del DPR 327/2001, nonché sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale ai sensi dell'art. 18 della l.r. 23/2007. E' escluso dalla pubblicazione l'allegato "B" nel rispetto dei limiti alla trasparenza imposti dalla normativa statale.

Il Commissario Delegato
Enrico Rossi

SEGUE ALLEGATO

Allegato "A" all'Ordinanza Commissariale																																						
n.	Ditta	Luogo e data di nascita e quota di prop.	F	Particella		Tipo di coltura	Sup. Espropriata mq	Indennità di Esproprio €/mq	Indennità di cup. Anticipata	Sup. Occup. Tempor Mq	Ind. Occup. Tempor	Aggiuntiva CD Fittavolo	Rimborso per Sprassuoli	TOTALE	Accounto 80%	SALDO	Interessi	TOTALE DA Liquidare																				
				Originar	Derivat																																	
1	ALBERTAZZI Beatrice	Orbetello il 20/03/1970 Prop. 2/9	27	38	617	seminativo	331	€ 2,00	€ 662,00	€ 27,56	465	€ 135,63		€ 847,08	€ 544,81	€ 302,27	€ 3,50	€ 305,77																				
	ALBERTAZZI Fabiola	Orbetello il 19/11/1962 Prop. 2/9		177	613	seminativo	7	€ 2,00	€ 14,00	€ 0,58	25	€ 7,29																										
	ALBERTAZZI Luisa	Orbetello il 30/01/1965 Prop. 2/9																																				
	BERTI Adriana	Grosseto il 08/03/1940 Prop. 3/9																																				
2	ALBIATI SOCIETA' AGRICOLA R.L.	Con sede in Orbetello	27	304	615	vivato	231	€ 4,00	€ 924,00	€ 38,50	624	€ 384,00	€ 624,97	€ 1.951,47	€ 949,26	€ 1.002,21	€ 13,14	€ 1.015,35																				
3	CAVASINI Ercole	Orbetello il 27/05/1960 Prop. 1/1	27	349		seminativo		€ 2,00		878	€ 256,08					€ 0,00																						
		Orbetello il 27/09/1950 Prop. 1/1																																				
4	NANNINI Adelfo	Orbetello il 27/09/1950 Prop. 1/1	27	510		seminativo		€ 2,00		654	€ 190,75					€ 52,72	€ 0,69	€ 53,41																				
		Orbetello il 12/04/1977 Prop. 1/1																																				
5	NANNINI Michela	Orbetello il 30/01/1965 Prop. 1/1	27	511		seminativo		€ 2,00		1080	€ 315,00					€ 0,00																						
		Monte Argentario il 02/10/1940 Prop. 1/1																																				
6	GALLETTI Urelda	Orbetello il 02/07/1957 Prop. 1/2	27	136	611	seminativo	2461	€ 2,00	€ 4.922,00	2000	€ 583,33					€ 9.985,67	€ 130,93	€ 10.116,60																				
		Orbetello il 02/07/1957 Prop. 1/2																																				
7	TRIBOCCHI Antonella	Orbetello il 18/05/1963 Prop. 1/2	27	15		seminativo		€ 2,00		3988	€ 1.863,22					€ 2.563,97	€ 33,61	€ 2.597,58																				
		Orbetello il 18/05/1963 Prop. 1/2																																				
8	TESTA Francesco	Orbetello il 05/06/1958 Prop. 1/1	32	552	719	seminativo	387	€ 2,00	€ 774,00	340	€ 99,17					€ 27,21	€ 0,88	€ 28,09																				
		Orbetello il 05/06/1958 Prop. 1/1																																				
9	PIERSANTI Daniela	Orbetello il 05/06/1961	32					Afituitaria								€ 602,91		€ 602,91																				
		Orbetello il 05/06/1961																																				
10	NOVELLI Alessandro	Orbetello il 06/01/1956 Prop. 1/4	32	5	717	seminativo	23	€ 2,00	€ 46,00	15	€ 4,38																											
		Orbetello il 19/09/1952 Prop. 1/4																																				
		Orbetello il 26/05/1948 Prop. 1/4																																				
		Orbetello il 07/12/1949 Prop. 1/4																																				
11	BARTOLINI AURORA c.b.	Orbetello il 17/07/1972 Prop. 1/1	32	470	715	seminativo	548	€ 2,00	€ 1.096,00	€ 45,87	€ 203,88				€ 2.100,00	€ 3.385,88	€ 2.338,72	€ 30,67	€ 2.369,39																			
		ORBETELLO il 09/08/1949 Prop. 1/4																																				
12	NOVELLI DI COARAZZE Eugenio	ORBETELLO il 15/12/1947 Prop. 1/2	32	471				€ 2,00		444	€ 129,50					€ 129,50	€ 1,71	€ 131,21																				
		ORBETELLO il 15/12/1947 Prop. 1/2																																				
13	COUTENZA PRIORATO	Con sede in Orbetello	33	1	107	pascolo	1635	€ 0,65	€ 1.062,75	€ 44,28	2665	€ 252,62																										
																				108	pascolo	69	€ 0,65	€ 44,85	€ 1,87													
																				109	pascolo	1386	€ 0,65	€ 900,90	€ 37,54													
																				2	pascolo arb.	1063	€ 0,70	€ 744,10	€ 31,00													
																				3	seminativo	1185	€ 2,00	€ 2.370,00	€ 98,75													
																				8			€ 2,00		€ 23,63													
																				103			€ 2,00		€ 63,29													
Rimborso Interferenza - spostamento linea di irrigazione interrata, Coutenza Priorato Impianto di irrigazione Snc - Fatt. 110 del 31/12/2019 € 25.447,19 + Iva € 2.554,72														€ 59.886,40		€ 21.386,49		€ 38.499,79		€ 432,90		€ 38.932,69																
emessa dalla Tirrena Costruzioni Generali con sede in Grosseto																						€ 27.991,91																
																						€ 66.924,60																

ORDINANZA DEL COMMISSARIO DELEGATO
14 settembre 2020, n. 111

L. 228/2012 art. 1 comma 548 - O.C.D. n. 35/2018 - Lavori relativi all'intervento di "Risoluzione delle criticità strutturali riscontrate nei Lotti IX e X sul Torrente Carrione-, Comune di Carrara (MS)" - codice intervento 2012EMS0004 - CIG 788208022F - CUP J85B18004920005 - Approvazione variante, ai sensi dell'art. 106, comma 1, lett. c), del D.Lgs. n. 50/2016, in applicazione della Delibera di Giunta regionale n. 645 del 25 maggio 2020.

IL COMMISSARIO DELEGATO

Considerato che, nel mese di Novembre ed in particolare nei giorni dal 10 al 13 Novembre 2012 e nei giorni 27 e 28 Novembre 2012, eventi alluvionali hanno colpito la Regione Toscana interessando il territorio delle Province di Arezzo, Grosseto, Lucca, Massa Carrara, Pisa, Pistoia e Siena;

Visti i Decreti del Presidente della Giunta Regionale numeri 196 del 13 Novembre 2012, 199 del 15 novembre 2012 e 206 del 4 dicembre 2012, con cui è stata riconosciuta la rilevanza regionale degli eventi alluvionali anzidetti;

Visto che con Delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 Dicembre 2012 è stato dichiarato lo stato di emergenza in conseguenza degli eventi alluvionali che nei giorni dal 10 al 13 Novembre 2012 e nei giorni 27 e 28 Novembre 2012 hanno colpito 139 comuni, individuati nella suddetta delibera, nelle Province di Arezzo, Grosseto, Lucca, Massa Carrara, Pisa, Pistoia e Siena;

Vista la Legge 24 dicembre 2012 n. 228 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2013)";

Preso atto del comma 548 dell'articolo 1 di tale Legge con cui il Fondo di cui all'articolo 6, comma 1, del Decreto-Legge 3 maggio 1991, n. 142, convertito, con modificazioni, dalla Legge 3 luglio 1991, n. 195, è stato incrementato nella misura di 250 milioni di euro per l'anno 2013, da destinare a interventi in conto capitale nelle regioni e nei comuni interessati dagli eventi alluvionali del mese di novembre 2012;

Preso atto che il medesimo comma 548 ha previsto che i Presidenti delle Regioni interessate dagli eventi alluvionali operino in qualità di Commissari Delegati con i poteri e le modalità di cui al Decreto Legge 6 giugno 2012, n. 74, convertito, con modificazioni, dalla Legge 1 Agosto 2012, n. 122;

Visto il D.P.C.M. del 23 marzo 2013 con cui è stata

data attuazione all'articolo 1, comma 548, della Legge n. 228/2012, che ha stabilito in particolare la nomina dei Commissari e la ripartizione delle risorse;

Preso atto, in particolare, per la Regione Toscana, della nomina quale Commissario Delegato del Presidente della Giunta Regionale e dell'assegnazione di Euro 110.900.000,00 da far confluire su apposita contabilità speciale;

Dato atto che presso la sezione di Firenze della Banca d'Italia è stata aperta la contabilità speciale n. 5750 intestata al sottoscritto;

Visto il D.L. 30 dicembre 2019, n. 162, convertito con modificazioni dalla L. 20 febbraio 2020, n. 8, recante: «Disposizioni urgenti in materia di proroga di termini legislativi, di organizzazione delle pubbliche amministrazioni, nonché di innovazione tecnologica» che ha disposto, con l'art. 15, comma 6, che "Il termine di scadenza dello stato di emergenza conseguente agli eventi sismici del 20 e 29 maggio 2012, di cui all'articolo 1, comma 3, del decreto-legge 6 giugno 2012, n. 74, convertito, con modificazioni, dalla legge 1° agosto 2012, n. 122, è ulteriormente prorogato al 31 dicembre 2021, al fine di garantire la continuità delle procedure connesse all'attività di ricostruzione";

Considerato, pertanto, che in virtù del richiamo stabilito dall'art. 1, comma 548, della Legge n. 228/2012 al D.L. 74/2012, convertito nella Legge n. 122/2012, riguardo ai poteri e modalità dei Commissari nominati dal medesimo comma 548, a seguito del D.L. n. 162/2019 suddetto è da ritenersi prorogato al 31 dicembre 2021 anche il mandato commissariale del Sottoscritto;

Vista l'Ordinanza Commissariale n. 114 del 23 novembre 2018 "Eventi novembre 2012. Presa d'atto dei tagli lineari disposti con provvedimenti statali. Assegnazione dell'economia al finanziamento di interventi pubblici da individuare con successivo atto" la quale prendere atto dei tagli lineari disposti con alcuni provvedimenti statali (legge stabilità 2014, DL 35/2013, DL 4/2014, DL 66/2014) che hanno comportato la riduzione della somma originariamente assegnata con D.P.C.M. del 23/03/2013 di euro 110.900.000,00 nella minor somma di euro 108.899.439,32;

Richiamata la propria Ordinanza n. 5 del 24 aprile 2013 con la quale:

- è stato approvato il "Piano degli interventi pubblici di ripristino e di messa in sicurezza per il superamento dell'emergenza", di cui all'allegato 2 alla citata Ordinanza, da realizzare per un importo pari a 83,0 M€;
- è stato approvato l'allegato 3 alla citata Ordinanza contenente le disposizioni per l'attuazione degli "In-

terventi pubblici di ripristino e di messa in sicurezza per il superamento dell'emergenza" di cui all'art. 1, comma 548, della Legge 24 Dicembre 2012, n. 228;

- sono stati nominati soggetti attuatori degli interventi gli enti specificatamente indicati nell'allegato 2 alla citata Ordinanza, che dovranno eseguire gli interventi indicati secondo le disposizioni di cui all'allegato 3 alla citata Ordinanza;

Richiamate le proprie Ordinanze n. 14 del 26 Luglio 2013, n. 23 del 5 novembre 2013, n. 29 del 17 dicembre 2013, n. 16 del 22 maggio 2014, n. 46 del 03 novembre 2014, n. 58 del 04 dicembre 2014, n. 22 del 25 maggio 2015, n. 42 del 26 ottobre 2015, n. 3 del 16 febbraio 2016, n. 8 del 10 marzo 2016, n. 2 del 27 febbraio 2017 e n. 35 del 18 aprile 2018, n. 11 del 19 febbraio 2019 e n. 105 del 05 agosto 2020, con le quali è stato rimodulato il Piano degli Interventi;

Richiamata la propria Ordinanza n. 2 del 27 febbraio 2017 con la quale è stata approvata la versione aggiornata delle disposizioni finalizzate all'attuazione delle opere previste dal "Piano degli interventi pubblici di ripristino e di messa in sicurezza per il superamento dell'emergenza" di cui all'art. 1, comma 548, della Legge 24 dicembre 2012, n. 228 in sostituzione delle medesime disposizioni approvate con Ordinanza Commissariale n. 5/2013;

Preso atto che le disposizioni dell'Ordinanza di cui sopra si applicano, in quanto compatibili, anche agli interventi eseguiti dal Commissario Delegato avvalendosi delle strutture della Regione Toscana;

Vista l'Ordinanza Commissariale n. 35 del 18 aprile 2018 "Nona rimodulazione del Piano degli interventi" nella quale è stato individuato l'intervento codice 2012EMS0004 dal titolo "Risoluzione delle criticità strutturali riscontrate nei lotti n. IX, X sul Torrente Carrione", per l'importo di € 400.000,000;

Visto il D.Lgs. n. 50/2016 "Codice dei contratti pubblici";

Visto il D.P.R. 05 ottobre 2010, n. 207 "Regolamento di esecuzione ed attuazione del D.Lgs. 12 aprile 2006, n. 163, recante Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE" per le parti rimaste in vigore in via transitoria ai sensi degli articoli 216 e 217 del Decreto Legislativo n. 50/2016;

Vista la Legge Regionale del 13 luglio 2007, n. 38 "Norme in materia di contratti pubblici e relative disposizioni sulla sicurezza e regolarità del lavoro", limitatamente al capo III ("Disposizioni a tutela della sicurezza e della regolarità del lavoro");

Visto il Decreto del Direttore della Difesa del Suolo e Protezione civile n. 9638 del 26 giugno 2020, con il quale sono stati aggiornati i gruppi di progettazione per gli interventi di competenza della direzione stessa, individuando l'Ing. Francesco Piani quale Responsabile Unico del procedimento, in sostituzione dell'Ing. Andrea Morelli;

Tenuto conto che la copertura finanziaria dell'intervento in oggetto è assicurata dalle somme disponibili sulla contabilità speciale vincolata n. 5750 denominata "COMM DELEGATO CALAMITA' NATURALI IN REGIONE TOSCANA", capitolo n. 21148;

Vista l'Ordinanza commissariale n. 76 del 08 luglio 2019, con cui è stato approvato il progetto esecutivo dell'intervento in oggetto ed è stata indetta una gara di appalto relativa ai lavori denominati "Risoluzione delle criticità strutturali riscontrate nei lotti n. IX, X sul Torrente Carrione" (CUP: J85B18004920005, CIG: 788208022F) dell'importo a base d'asta di € 258.281,70, di cui € 7.737,28 per costi della sicurezza non soggetti a ribasso d'asta, mediante procedura aperta, ai sensi dell'articolo 36, commi 2, lettera d), e 9, e art. 60 del D.Lgs. n. 50/2016, da aggiudicarsi con il criterio del minor prezzo rispetto all'importo dei lavori a base di gara ai sensi dell'art. 36, comma 9-bis, del D.Lgs. n. 50/2016;

Vista l'Ordinanza commissariale n. 2 del 9 gennaio 2020, con la quale sono stati approvati i verbali di gara ed è stata, altresì, disposta l'aggiudicazione non efficace a favore della società BILANCINI S.r.l., con sede legale in Ischia di Castro (VT), Via Roma n. 45;

Vista l'Ordinanza commissariale n. 12 del 27 febbraio 020, con la quale è stata disposta l'aggiudicazione efficace a favore della società BILANCINI S.r.l.;

Dato atto che, in data 24 aprile 2020 è stato stipulato il contratto per l'affidamento dei lavori di "Risoluzione delle criticità strutturali riscontrate nei lotti n. IX, X sul Torrente Carrione" (CUP: J85B18004920005, CIG: 788208022F) per un importo contrattuale pari ad € 195.973,81, di cui € 7.737,28 per costi della sicurezza non soggetti a ribasso;

Preso atto della Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 con la quale è stato dichiarato, per sei mesi, lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili;

Visto il Decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, recante "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19", convertito in Legge n. 27 del 24 aprile 2020;

Visto il Decreto legge 25 marzo 2020, n. 19 recante “Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da Covid-19”, convertito in Legge n. 35 del 22 maggio 2020;

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2020 “Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale”;

Visto il Decreto-legge 8 aprile 2020, n. 23 “Misure urgenti in materia di accesso al credito e di adempimenti fiscali per le imprese, di poteri speciali nei settori strategici, nonché interventi in materia di salute e lavoro, di proroga di termini amministrativi e processuali”, convertito in Legge n. 40 del 5 giugno 2020;

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 26 aprile 2020 “Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale”;

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 17 maggio 2020 “Disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19”;

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 11 giugno 2020 “Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19”;

Visto il Decreto Legge n. 34 del 19 maggio 2020 “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”, convertito in Legge n. 77 del 17 luglio 2020;

Viste le Ordinanze del Presidente della Giunta Regionale toscana:

- n. 40 del 22/04/2020, avente ad oggetto “COVID-19 - Disposizioni per la tutela della salute degli operatori nei cantieri temporanei o mobili sia pubblici che privati”, la quale ha disposto le prime specifiche misure di contenimento per la tutela della salute degli operatori nei cantieri temporanei o mobili sia pubblici che privati;

- n. 62 del 08/06/2020 avente ad oggetto “Misure di

contenimento sulla diffusione del virus COVID-19 negli ambienti di lavoro. Revoca della ordinanza n.48/2020 e nuove disposizioni”;

Vista la Delibera di Giunta regionale n. 594 del 11/05/2020 avente ad oggetto “COVID-19 - Disposizioni tecniche nei cantieri”, con la quale sono stati adeguati ed uniformati i contenuti tecnici dell'Allegato 1 dell'Ordinanza n. 40/2020 alle nuove disposizioni dettate dall'entrata in vigore dell'allegato 7 del D.P.C.M. del 26/04/2020, nonché all'Ordinanza n. 48/2020 medesima;

Vista la Delibera di Giunta regionale n. 645 del 25 maggio 2020 “Approvazione elenco misure anticovid-19 per l'adeguamento dei cantieri pubblici”, con cui si fornisce uno strumento operativo con il quale procedere all'adeguamento delle disposizioni vigenti attraverso la previsione di un elenco delle misure anticovid-19 (Allegato 1) e della guida per il suo utilizzo (guida per l'utilizzo dell'elenco delle misure anticovid-19 - Allegato 2) da utilizzare ai fini dell'aggiornamento dei documenti necessari per la riapertura dei cantieri pubblici e per la consegna dei nuovi cantieri fino al termine della crisi emergenziale da valersi in relazione all'evolversi della situazione epidemiologica;

Dato atto che le misure e le indicazioni contenute negli atti regionali sopra richiamati si ritengono applicabili anche ai cantieri dei lavori eseguiti dal Commissario avvalendosi delle strutture regionali;

Dato atto che, perdurando la situazione di emergenza epidemiologica e dovendo altresì garantire, per le opere di cui all'oggetto, l'avvio dei lavori in tempi brevi in ragione della natura indifferibile degli stessi, si rende necessario adeguare il Piano di Sicurezza e Coordinamento predisposto dalla Stazione appaltante ed i documenti ad esso connessi alle misure di contenimento del rischio epidemiologico, in attuazione della D.G.R.T. n. 645/2020;

Vista l'Ordinanza commissariale n. 40 del 09 maggio 2018, con la quale è stato affidato il servizio di progettazione esecutiva, coordinamento della sicurezza in fase di progettazione ed esecutiva e direzione lavori relativamente all'intervento in oggetto, allo Studio Tecnico STAI - Studio Tecnico di Architettura e Ingegneria, con sede legale in Castelnuovo di Garfagnana (LU);

Visto il documento integrativo del Piano di Sicurezza e coordinamento redatto dal Coordinatore per la sicurezza in fase esecutiva, Ing. Giambattista Bonaldi dello Studio Tecnico STAI - Studio Tecnico di Architettura e Ingegneria, in cui, in attuazione della normativa regionale sopra richiamata e della normativa nazionale, si dettano le disposizioni di sicurezza da adottare nel cantiere al fine di contenere il rischio epidemiologico e si stima

l'importo dei costi che tali misure comportano, aggiuntivi rispetto ai costi della sicurezza indicati nel contratto;

Visto il Piano operativo di sicurezza predisposto dall'appaltatore, che, modificando il documento redatto al momento della stipula del contratto, conservato agli atti del Settore, ha recepito le indicazioni di cui al PSC sopra indicato ed ha adeguato il proprio documento alle misure previste per il contenimento del rischio epidemiologico;

Dato atto che tale aumento dei costi della sicurezza comporta una variante ai sensi dell'art. 106, comma 1, lett. c), in quanto derivante da circostanze eccezionali ed imprevedibili sopraggiunte che non alterano al contempo la natura del contratto, in quanto consistono nell'attuazione di misure atte a ridurre il rischio epidemiologico per gli operatori del cantiere ed aumentare dunque il livello di sicurezza;

Dato atto che, in relazione al cantiere in oggetto, il Coordinatore per la Sicurezza in fase esecutiva, con l'assenso del Responsabile Unico del Procedimento, ha stimato in giorni 150 il periodo in cui prevedere l'applicazione delle misure per il contenimento del rischio da COVID-19, ovvero l'intero periodo di durata delle lavorazioni;

Dato atto che l'importo stimato complessivo di tali costi aggiuntivi della sicurezza risulta pari ad € 7.293,70 oltre IVA, che potranno essere oggetto di revisione in ragione dell'effettiva durata dell'emergenza;

Preso atto che, in attuazione della Delibera di Giunta regionale n. 645/2020 si prevede altresì che l'attuazione delle misure atte al contenimento del rischio epidemiologico nel cantiere comporti un aumento anche degli oneri aziendali per la sicurezza, che costituiscono quota parte delle spese generali, ricomprese nell'importo corrisposto all'appaltatore quale importo contrattuale dei lavori derivante dal ribasso offerto;

Dato atto che, ai sensi dell'Allegato 2 della D.G.R.T. n. 645/2020 l'importo stimato degli oneri aziendali per la sicurezza aggiuntivi, da considerarsi per tutta la durata dei lavori e dunque per tutte le lavorazioni da eseguirsi, risulta pari ad € 2.821,90, oltre IVA, da erogare all'impresa, in fase di liquidazione delle lavorazioni effettuate e che potranno essere oggetto di revisione in ragione dell'effettiva durata dell'emergenza;

Dato atto che, per quanto sopra esposto, l'importo complessivo dei costi aggiuntivi derivanti dall'attuazione

delle misure anti COVID-19, che integra il costo complessivo della variante ex art. 106, comma 1, lett. c) del D.Lgs. n. 50/2016, risulta pari ad € 12.341,03, di cui € 7.293,70 per costi della sicurezza aggiuntivi oltre IVA per € 1604,61 ed € 2.821,90 per oneri aziendali per la sicurezza, oltre IVA per € 680,82;

Vista la relazione del RUP, Ing. Francesco Piani, del 14 agosto agosto 2020, conservata agli atti dell'ufficio, che, sulla base della documentazione redatta dal Coordinatore per la sicurezza in fase esecutiva in data 22/06/2020, concorda con le risultanze del CSE ed evidenzia dunque la necessità di procedere ad una variazione del contratto ai sensi dell'art. 106, comma 1, lettera c), del D.Lgs. n. 50/2016, determinata da circostanze imprevedute e imprevedibili, e che, tale modifica non altera la natura generale del contratto;

Visto lo schema di atto di sottomissione (Allegato "A" al presente atto in formato pdf a formarne parte integrante e sostanziale), con il quale la Società BILANCINI S.r.l si assume l'impegno di attuare, senza eccezione alcuna, le misure relative al contenimento del rischio epidemiologico in cantiere, secondo gli elaborati e le indicazioni contenute nei documenti redatti dal CSE, ed ad accettare la determinazione dei costi della sicurezza aggiuntivi e della maggiorazione degli oneri aziendali della sicurezza così come sopra indicati, ritenendoli pienamente congrui, atto che, approvato con il presente atto, sarà successivamente sottoscritto dall'appaltatore e dal dirigente responsabile del contratto;

Visto il verbale di concordamento nuovi prezzi, sottoscritto in data 14 agosto 2020 dall'appaltatore, dal Responsabile Unico del Procedimento e dal Direttore dei Lavori e Coordinatore per la sicurezza in fase di esecuzione (Allegato B al presente atto a formarne parte integrante e sostanziale);

Dato atto che, in attuazione di quanto indicato nell'art. 123, comma 1, del D.L. n. 34/2020, è necessario provvedere altresì alla soppressione delle clausole di salvaguardia in materia di IVA presenti nel quadro economico dell'intervento, rimodulando gli importi ivi previsti prevedendo anche per gli anni successivi al 2020 l'aliquota IVA al 22%;

Considerato che, pertanto, il quadro economico dei lavori di "Risoluzione delle criticità strutturali riscontrate nei lotti n. IX, X sul Torrente Carrione" (CUP: J85B18004920005, CIG: 788208022F), in base alle modifiche sopra indicate, viene così rideterminato:

QUADRO LAVORI	ECONOMICO DEI	Aggiudicazione	Variante "Covid"	Differenza
a)	Lavori e Sicurezza			
a1)	Importo per l'esecuzione delle Lavorazioni			
	A misura	€ 188.236,53	€ 188.236,53	€ 0,00
	Oneri aziendali Covid (DGRT 645/2020)		€ 2.821,90	€ 2.821,90
	Importo Lavorazioni	€ 188.236,53	€ 191.058,43	€ 2.821,90
a2)	Importo per l'attuazione dei Piani di Sicurezza (NON soggetti a Ribasso d'asta)			
	A misura	€ 7.737,28	€ 7.737,28	€ 0,00
	"Covid" (DGRT 645/2020)		€ 7.293,70	€ 7.293,70
	Costi per la sicurezza	€ 7.737,28	€ 15.030,98	€ 7.293,70
a3)	Importo Lavori+Costi Sicurezza (a1+a2)	€ 195.973,81	€ 206.089,41	€ 10.115,60
b)	SOMME A DISPOSIZIONE DELLA			
	S.A.			
b1)	Lavori in economia, previsti in progetto, ed esclusi dall'appalto, ivi inclusi i rimborsi previa fattura	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
b2)	Rilievi accertamenti e indagini	€ 16.393,44	€ 16.393,44	€ 0,00
b3)	Allacciamenti a pubblici servizi	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
b4)	Imprevisti	€ 4.520,31	€ 20.608,94	€ 16.088,63
b5)	Acquisizione aree o immobili e pertinenti indennizzi	€ 4.000,00	€ 4.000,00	€ 0,00
b6)	Progettazione, direzione lavori, contabilità Lavori, Coordinamento sicurezza	€ 28.883,61	€ 28.883,61	€ 0,00
b7)	Spese geologiche	€ 5.000,00	€ 5.000,00	€ 0,00
b7.1)	Spese per frazionamento (compreso oneri previdenziali)	€ 1.525,00	€ 1.525,00	€ 0,00
b8)	Articolo 113 d.lgs 50/2016	€ 5.165,63	€ 5.165,63	€ 0,00
b9)	IVA sui Lavori in appalto	€ 43.114,24	€ 45.339,67	€ 2.225,43
b10)	IVA sulle spese tecniche	€ 8.066,07	€ 8.066,07	€ 0,00
b11)	IVA su b2	€ 3.606,56	€ 3.606,56	€ 0,00
b12)	Cassa previdenziale (b6)+b7)	€ 1.255,34	€ 1.255,34	€ 0,00
b13)	Accantonamento IVA (da 22% a 24,2%)			
b14)	Accantonamento IVA (da 22% a 25%)	€ 4.846,72	0,00	-4.846,72
	Totale SOMME A DISPOSIZIONE	€ 126.376,92	€ 139.844,26	€ 13.467,34
c1)	Ribasso d'asta	€ 77.649,27	€ 54.066,33	-€ 23.582,94
TOTALE		€ 400.000,00	€ 400.000,00	€ 0,00

Richiamate le condizioni del contratto ed, in particolare, l'art. 13 in cui si dà atto della facoltà della stazione appaltante di apportare modifiche contrattuali, ai sensi dell'art. 106 del D.Lgs. n. 50/2016;

Preso atto che appare dunque necessario procedere all'approvazione della variante come sopra indicata e descritta negli elaborati sopra descritti, nonché dei conseguenti costi aggiuntivi come sopra determinati;

Dato atto che la copertura finanziaria dei costi aggiuntivi sopra indicati è assicurata dalle somme disponibili sulla contabilità speciale vincolata n. 5750, denominata "COMM DELEGATO CALAMITA'NATURALI IN REGIONE TOSCANA", capitolo n. 21148, che presenta la necessaria disponibilità;

Per le motivazioni esplicitate in narrativa e che qui si intendono integralmente richiamate;

ORDINA

1. di prendere atto della necessità di provvedere alle modifiche del Piano di Sicurezza e Coordinamento di cui in narrativa, predisposte per dare attuazione alle misure contro il rischio epidemiologico, e del conseguente aumento dei costi della sicurezza e degli oneri aziendali della sicurezza, determinati ai sensi della D.G.R.T. n. 645/2020 e relativi allegati;

2. di approvare il Piano di Sicurezza e Coordinamento così come modificato, in data 16 luglio 2020, dal Coordinatore della Sicurezza in fase esecutiva, Ing. Giambattista Bonaldi;

3. di approvare la variante ex art. 106, comma 1, lett. c), del contratto relativo ai lavori di "Risoluzione delle criticità strutturali riscontrate nei lotti n. IX, X sul Torrente Carrione" (CUP: J85B18004920005, CIG: 788208022F);

4. di approvare lo schema di atto di sottomissione, che sarà sottoscritto per accettazione dall'appaltatore, allegato al presente atto a formarne parte integrante e sostanziale (All. A);

5. di approvare il verbale di concordamento nuovi prezzi, sottoscritto in data 14 agosto 2020 dall'appaltatore, dal Responsabile Unico del Procedimento e dal Direttore dei Lavori e Coordinatore per la sicurezza in fase di esecuzione (All. B);

6. di rideterminare ed approvare il quadro economico dell'intervento, comprensivo dei costi aggiuntivi della sicurezza e degli oneri aziendali della sicurezza aggiuntivi e modificato altresì a seguito della rimodulazione delle aliquote IVA, così come segue:

QUADRO LAVORI	ECONOMICO DEI	Aggiudicazione	Variante "Covid"	Differenza
a)	Lavori e Sicurezza			
a1)	Importo per l'esecuzione delle Lavorazioni			
	A misura	€ 188.236,53	€ 188.236,53	€ 0,00
	Oneri aziendali Covid (DGRT 645/2020)		€ 2.821,90	€ 2.821,90
	Importo Lavorazioni	€ 188.236,53	€ 191.058,43	€ 2.821,90
a2)	Importo per l'attuazione dei Piani di Sicurezza (NON soggetti a Ribasso d'asta)			
	A misura	€ 7.737,28	€ 7.737,28	€ 0,00
	"Covid" (DGRT 645/2020)		€ 7.293,70	€ 7.293,70
	Costi per la sicurezza	€ 7.737,28	€ 15.030,98	€ 7.293,70
a3)	Importo Lavori+Costi Sicurezza (a1+a2)	€ 195.973,81	€ 206.089,41	€ 10.115,60
b)	SOMME A DISPOSIZIONE DELLA			
	S.A.			
b1)	Lavori in economia, previsti in progetto, ed esclusi dall'appalto, ivi inclusi i rimborsi previa fattura	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
b2)	Rilievi accertamenti e indagini	€ 16.393,44	€ 16.393,44	€ 0,00
b3)	Allacciamenti a pubblici servizi	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
b4)	Imprevisti	€ 4.520,31	€ 20.608,94	€ 16.088,63
b5)	Acquisizione aree o immobili e pertinenti indennizzi	€ 4.000,00	€ 4.000,00	€ 0,00
b6)	Progettazione, direzione lavori, contabilità Lavori, Coordinamento sicurezza	€ 28.883,61	€ 28.883,61	€ 0,00
b7)	Spese geologiche	€ 5.000,00	€ 5.000,00	€ 0,00
b7.1)	Spese per frazionamento (compreso oneri previdenziali)	€ 1.525,00	€ 1.525,00	€ 0,00
b8)	Articolo 113 d.lgs 50/2016	€ 5.165,63	€ 5.165,63	€ 0,00
b9)	IVA sui Lavori in appalto	€ 43.114,24	€ 45.339,67	€ 2.225,43
b10)	IVA sulle spese tecniche	€ 8.066,07	€ 8.066,07	€ 0,00
b11)	IVA su b2	€ 3.606,56	€ 3.606,56	€ 0,00
b12)	Cassa previdenziale (b6)+b7)	€ 1.255,34	€ 1.255,34	€ 0,00
b13)	Accantonamento IVA (da 22% a 24,2%)			
b14)	Accantonamento IVA (da 22% a 25%)	€ 4.846,72	0,00	-4.846,72
	Totale SOMME A DISPOSIZIONE	€ 126.376,92	€ 139.844,26	€ 13.467,34
c1)	Ribasso d'asta	€ 77.649,27	€ 54.066,33	-€ 23.582,94
TOTALE		€ 400.000,00	€ 400.000,00	€ 0,00

7. di provvedere, ai sensi dell'art. 106, comma 1, lettera c), del D.Lgs. n. 50/2016 alla variazione in aumento del contratto per un importo complessivo pari a Euro 12.341,03 IVA compresa, trattandosi di lavori determinati da circostanze impreviste ed imprevedibili che si sono resi necessari e non erano inclusi nell'appalto iniziale;

8. di impegnare la somma complessiva di € 12.341,03 IVA compresa, di cui € 7.293,70 per costi della sicurezza aggiuntivi non soggetti a ribasso, oltre IVA per € 1.604,61 ed € 2.821,90 per maggiori oneri aziendali della sicurezza, oltre IVA per € 620,82, sul capitolo n. 21148 della contabilità speciale n. 5750, (cod. Gempa 10193) a favore della società BILANCINI S.r.l. (cod. CONTSPEC 3183), con sede legale in Ischia di Castro (VT), Via Roma n. 45, che presenta la necessaria disponibilità;

9. di dare atto che le somme come sopra indicate saranno liquidate all'appaltatore in accordo con le modalità indicate nel contratto e in ragione delle effettive lavorazioni effettuate, al raggiungimento di ciascun SAL, per l'importo indicato all'art. 16 del contratto;

10. di procedere, ai sensi dell'articolo 42 del D.Lgs. n. 33/2013, alla pubblicazione del presente atto nel sito www.regione.toscana.it/regione/amministrazione-trasparente alla voce Interventi straordinari e di emergenza;

11. di comunicare il presente atto all'Osservatorio regionale dei contratti pubblici, ai sensi dell'art. 106, comma 14, nonché di procedere, ai sensi dell'art. 106, comma 5, a dare comunicazione del presente atto con le stesse modalità utilizzate per la procedura di affidamento.

Il presente atto è pubblicato integralmente sul BURT ai sensi degli articoli 4, 5 e 5 bis della L.R. 23/2007 e sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 18 della L.R. 23/2007. E' escluso dalla pubblicazione l'Allegato B nel rispetto dei limiti alla trasparenza posti dalla normativa statale.

Il Commissario Delegato
Enrico Rossi

SEGUE ALLEGATO



Commissario Delegato ai sensi dell'art. 1 comma 548 L. 228 del 24 dicembre 2012
REGIONE TOSCANA – Giunta Regionale
 Direzione Difesa del Suolo e Protezione Civile
 Settore Assetto Idrogeologico - Pal. B - Via di Novoli, 26 – Firenze - Tel.055/4384670

LAVORI: TORRENTE CARRIONE: SUPERAMENTO DELLE CRITICITA' STRUTTURALI OPERE ESEGUITE NEI PRECEDENTI LOTTI IX E X - PRIMO STRALCIO- - CUP: J85B18004920005 - CIG: 788208022F

COMMITTENTE: REGIONE TOSCANA, Palazzo Strozzi Sacrati, Piazza Duomo 10, Firenze (FI), R.U.P. Ing. Francesco Piani
IMPRESA: BILANCINI S.R.L, via Roma,45 - Ischia di Castro (VT)
CONTRATTO: scrittura privata n data 24/04/2020 pari ad euro 195.973.81 di cui euro 7.737,28 per oneri della sicurezza.

ATTO DI SOTTOMISSIONE

Premesso che:

- a seguito dell'emergenza COVID-19 l'intero territorio nazionale è stato investito da pesantissime prescrizioni volte a garantire la sicurezza delle persone;
- i cantieri temporanei compreso il cantiere per i lavori in oggetto hanno subito una riorganizzazione delle attività con la modifica della pianificazione temporale e operativa originaria;
- che la Regione Toscana ha adottato atti amministrativi relativi alle valutazioni da compiere per il riconoscimento delle modifiche imposte dalla pandemia Covid-19;
- che il Coordinatore per l'esecuzione ha redatto l'integrazione al PSC e conseguentemente l'impresa esecutrice ha adeguato il loro POS;
- che il Direttore dei lavori ha redatto una variante in corso d'opera ai sensi dell'art.106 c.1 D.L.vo 50/2016, trattandosi di cause imprevedute e imprevedibili con nuove disposizioni legislative preposte alla tutela di interessi rilevanti;
- che si rende necessaria una modifica contrattuale che perfezioni le varianti indicate dal Direttore dei lavori;

tutto ciò premesso:

-Il sottoscritto sig. Giuliano Bilancini , nato a ___ il ___, domiciliato per il presente atto presso la sede sociale, nella sua qualità di legale rappresentante dell'Impresa BILANCINI S.r.l. , con sede legale in Ischia di Castro (VT), Via Roma n. 45, codice fiscale e partita I.V.A. n. 01824260564, iscritta nel Registro delle Imprese presso la C.C.I.A.A. di Viterbo, riconosce e accetta quanto segue:

1. I lavori avranno una diversa organizzazione rispetto al contratto originario a causa delle procedure per l'emergenza COVID-19 senza alcuna penalizzazione a carico dell'amministrazione.
2. Vengono riconosciute le modifiche al PSC senza sollevare alcuna eccezione e/o riserva. La corrispondente variazione contrattuale da considerare a termini di legge come Variante in corso d'opera è la seguente.

	Contratto	Variante in corso d'opera
Importo netto dei lavori	188.236,53 euro	188.236,53 euro
Oneri di sicurezza	7.737,28 euro	7.737,28 euro
Oneri di prevenzione COVID-19	=	7.293,70 euro
Maggiorazione spese generali	=	2.821,90 euro
TOTALE	195.973,81 euro	206.089,41 euro

Con un incremento del 5.16 % dell'importo contrattuale.

3. Dal punto di vista economico-computazionale non vengono stabiliti nuovi prezzi di lavorazione ma solo nuovi prezzi per l'emergenza sanitaria che ricadono nel contesto degli oneri di sicurezza e quindi applicati senza alcun ribasso.

4. Gli oneri di prevenzione COVID-19 saranno computati a misura in occasione di ogni Stato di Avanzamento dei lavori sulla base delle attività effettivamente svolte. La maggiorazione per le spese generali sarà riconosciuta in occasione di ogni Stato di Avanzamento dei lavori. Resta stabilito che gli oneri di prevenzione COVID-19 e la maggiorazione per le spese generali sono legate all'emergenza COVID-19 e nel caso che cessi l'emergenza come risultante da specifici provvedimenti governativi e/o regionali i corrispondenti oneri a misura non saranno più riconosciuti. Il presente atto è immediatamente impegnativo per l'impresa mentre lo sarà per l'amministrazione solo dopo l'approvazione e il perfezionamento a termini di legge.

5. L'effettiva liquidazione degli oneri della sicurezza derivanti dall'attuazione delle misure anti COVID sarà subordinata alla dichiarazione dell'impresa di non aver usufruito di ulteriori sovvenzioni in merito al ristoro delle spese sostenute per tali misure.

Ischia di Castro, data di firma digitale

Sig. Giuliano Bilancini – Impresa esecutrice

(firmato digitalmente)

Firenze, data di firma digitale

Ing. Gennarino Costabile - DRC

(firmato digitalmente)

ORDINANZA DEL COMMISSARIO DELEGATO
14 settembre 2020, n. 112

L. 228/2012 - art. 1 c. 548 - O.C.D. n. 5/2013 e ss.mm. ii. - Adeguamento argine destro Torrente Foenna dalla SP dei Procacci alla SGC E78, a seguito dall'evento dell'11 e 12 novembre 2012 (codice 2012ESI0002) - Affidamento diretto con richiesta di offerta del servizio di indagini geotecniche in situ e laboratorio. CUP: B73B12000320002 CIG: 8373298818.

IL COMMISSARIO DELEGATO

Considerato che nel mese di Novembre ed in particolare nei giorni dal 10 al 13 Novembre 2012 e nei giorni 27 e 28 Novembre 2012, eventi alluvionali hanno colpito la Regione Toscana interessando il territorio delle province di Arezzo, Grosseto, Lucca, Massa Carrara, Pisa, Pistoia e Siena;

Visti i decreti del Presidente della Giunta regionale numeri 196 del 13 Novembre 2012, 199 del 15 novembre 2012 e 206 del 4 dicembre 2012, con cui è stata riconosciuta la rilevanza regionale degli eventi alluvionali anzidetti;

Visto che con Delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 Dicembre 2012 è stato dichiarato lo stato di emergenza in conseguenza degli eventi alluvionali che nei giorni dal 10 al 13 Novembre 2012 e nei giorni 27 e 28 Novembre 2012 hanno colpito 139 comuni, individuati nella suddetta delibera, nelle province di Arezzo, Grosseto, Lucca, Massa Carrara, Pisa, Pistoia e Siena;

Vista la legge 24 dicembre 2012 n. 228 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2013)";

Preso atto del comma 548 dell'articolo 1 di tale legge con cui il Fondo di cui all'articolo 6, comma 1, del decreto-legge 3 maggio 1991, n. 142, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 Luglio 1991, n. 195, è stato incrementato nella misura di 250 milioni di euro per l'anno 2013, da destinare a interventi in conto capitale nelle regioni e nei comuni interessati dagli eventi alluvionali del mese di novembre 2012;

Preso altresì atto che il medesimo comma 548 ha previsto che i Presidenti delle Regioni interessate dagli eventi alluvionali operino in qualità di commissari delegati con i poteri e le modalità di cui al decreto legge 6 giugno 2012, n. 74, convertito, con modificazioni, dalla legge 1° Agosto 2012, n. 122;

Visto il D.P.C.M. del 23 Marzo 2013 con cui è stata data attuazione all'articolo 1, comma 548, della Legge

n. 228/2012, che ha stabilito in particolare la nomina dei commissari e la ripartizione delle risorse;

Preso atto, in particolare, per la Regione Toscana, della nomina quale Commissario delegato del Presidente della Giunta Regionale e dell'assegnazione di € 110.900.000,00 da far confluire su apposita contabilità speciale;

Dato atto che presso la sezione di Firenze della Banca d'Italia è aperta la contabilità speciale n. 5750 intestata al sottoscritto;

Richiamata l'Ordinanza n. 114 del 23/11/2018 di presa d'atto dei tagli lineari disposti con alcuni provvedimenti statali (legge stabilità 2014, DL 35/2013, DL 4/2014, DL 66/2014) che hanno comportato la riduzione della somma originariamente assegnata con DPCM del 23/03/2013 di € 110.900.000,00 nella minor somma di € 108.899.439,32;

Visto il D.L. 30 dicembre 2019, n. 162, convertito con modificazioni dalla L. 20 febbraio 2020, n. 8, recante "Disposizioni urgenti in materia di proroga di termini legislativi, di organizzazione delle pubbliche amministrazioni, nonché di innovazione tecnologica" che ha disposto, con l'art. 15, comma 6, che "Il termine di scadenza dello stato di emergenza conseguente agli eventi sismici del 20 e 29 maggio 2012, di cui all'articolo 1, comma 3, del decreto-legge 6 giugno 2012, n. 74, convertito, con modificazioni, dalla legge 1° agosto 2012, n. 122, è ulteriormente prorogato al 31 dicembre 2021, al fine di garantire la continuità delle procedure connesse all'attività di ricostruzione";

Considerato, pertanto, che in virtù del richiamo stabilito dall'art. 1, comma 548, della Legge n. 228/2012 al D.L. 74/2012, convertito nella Legge n. 122/2012, riguardo ai poteri e modalità dei Commissari nominati dal medesimo comma 548, a seguito del D.L. n. 162/2019 suddetto è da ritenersi prorogato al 31 dicembre 2021 anche il mandato commissariale del Sottoscritto;

Richiamata la propria Ordinanza n. 5 del 24 Aprile 2013 con la quale:

- è stato approvato il "Piano degli interventi pubblici di ripristino e di messa in sicurezza per il superamento dell'emergenza", di cui all'allegato 2 alla citata ordinanza, da realizzare per un importo pari a 83,0 M€;

- è stato approvato l'allegato 3 alla citata ordinanza contenente le disposizioni per l'attuazione degli "Interventi pubblici di ripristino e di messa in sicurezza per il superamento dell'emergenza" di cui all'art.1, comma 548, della legge 24 Dicembre 2012, n. 228;

- sono stati nominati soggetti attuatori degli interventi gli enti specificatamente indicati nell'allegato 2 alla cita-

ta ordinanza, che dovranno eseguire gli interventi indicati secondo le disposizioni di cui all'allegato 3 alla citata ordinanza;

Richiamate le proprie Ordinanze n. 14 del 26 Luglio 2013, n. 23 del 5 novembre 2013, n. 29 del 17/12/2013, n. 16 del 22/05/2014, n. 46 del 03/11/2014, n. 58 del 04/12/2014, n. 22 del 25 maggio 2015, n. 42 del 26/10/2015, n. 3 del 16/02/2016, n. 8 del 10/03/2016, n. 2 del 27/02/2017, n. 35 18/04/2018, n. 11 del 19/02/2019 e n. 105 del 05 agosto 2020, con le quali è stato rimodulato il Piano degli Interventi;

Vista in particolare l'Ordinanza n. 8 del 10/03/2016 "L. 228/2012 - art. 1 c. 548-O.C.D. n. 5/2013 e ss.mm.ii. - Approvazione del nuovo elenco degli interventi eseguiti direttamente dal Commissario delegato avvalendosi dei settori della Regione Toscana, a seguito del riassetto istituzionale di cui alla L. 7 aprile 2014, n. 56 ed alla L.R.T. 3 marzo 2015, n. 22 e ss.mm.ii." che stabilisce tra l'altro:

- di procedere direttamente all'esecuzione dell'intervento di "Adeguamento argine destro Torrente Foenna dalla SP dei Procacci alla SGC E78, a seguito dall'evento dell'11 e 12 novembre 2012" (cod. intervento 2012ESI0002), importo € 1.600.000,00, in sostituzione della Provincia di Siena;

- di individuare, nell'ambito dei settori regionali della Direzione Difesa del Suolo e Protezione Civile della Regione Toscana, per il suddetto intervento il settore Genio Civile Valdarno Superiore settore di cui il Commissario si avvale per tutti gli adempimenti connessi alla sua attuazione;

- che, per ragioni di continuità amministrativa, la funzione di autorità espropriante continua ad essere esercitata - per il cod. intervento 2012ESI0002 - dalla Provincia di Siena, in nome e per conto del Commissario;

Visto il Decreto del Direttore della Direzione Difesa del suolo e Protezione civile n. 6359 del 28/12/2015 con il quale l'Ing. Leandro Radicchi è stato nominato Dirigente Responsabile del Settore Genio Civile Valdarno Superiore;

Richiamato il Decreto Dirigenziale n. 7499 del 10/08/2016, come modificato dal Decreto Dirigenziale n. 10146 del 13/07/2017 e dal Decreto Dirigenziale n. 5986 del 23/04/2018, che individua - tra gli altri - il gruppo di lavoro dell'intervento cod. 2012ESI0002, con R.U.P. l'Ing. Lorenzo Conti;

Dato atto che il Decreto n. 10146/2017 individua il dirigente responsabile del Settore Genio Civile Valdarno Superiore quale dirigente responsabile del contratto (DRC) relativo all'intervento in oggetto;

Richiamata la propria Ordinanza n. 126 del 11/12/2018

"L. 228/2012 - art. 1 c. 548 - O.C.D. n. 5/2013 e ss.mm.ii. - Adeguamento argine destro Torrente Foenna dalla SP dei Procacci alla SGC E78, a seguito dall'evento dell'11 e 12 novembre 2012 (codice 2012ESI0002). Individuazione del Settore Genio Civile Valdarno Superiore quale autorità espropriante, subentro ed integrazione dell'incarico ad Axis Engineering Srl", con la quale è stabilito:

1. che la funzione di autorità espropriante sia esercitata direttamente dal settore Genio Civile Valdarno Superiore - settore di cui il Commissario già si avvale per tutti gli altri adempimenti connessi all'attuazione dell'intervento - in luogo della Provincia di Siena, per consentire una più organica e razionale gestione del procedimento;

2. l'approvazione dell'atto di subentro ed integrazione del disciplinare di incarico tra il Commissario ed Axis Engineering Srl - per l'aggiornamento del piano di sicurezza e coordinamento in fase di progettazione e delle relazioni geotecniche specialistiche, nonché del coordinamento della sicurezza in fase 3 di esecuzione dell'intervento, ai sensi del D.lgs 81/2008 - ed assunto il relativo impegno di spesa per la somma complessiva di € 13.829,92;

Richiamati i seguenti atti del sottoscritto Commissario:

- l'Ordinanza n. 140 del 28/12/2018, con la quale è stato approvato il progetto esecutivo dell'intervento "Adeguamento argine destro Torrente Foenna dalla SP dei Procacci alla SGC E78, a seguito dall'evento dell'11 e 12 novembre 2012" (codice 2012ESI0002), CUP B73B12000320002, CIG 7727858E26, e, ai fini del relativo affidamento, è stata indetta - ai sensi dell'art. 36 comma 2 lettera c) del D.Lgs. n. 50/2016 - la procedura negoziata senza previa pubblicazione di un bando di gara da svolgersi in modalità telematica tramite START, con criterio di aggiudicazione del prezzo più basso, previa effettuazione di indagine di mercato mediante avviso pubblico al fine di individuare gli operatori economici da invitare alla presentazione dell'offerta;

- l'Ordinanza n. 89 del 29/08/2019, di aggiudicazione efficace della procedura negoziata relativa ai lavori di "Adeguamento argine destro Torrente Foenna dalla SP dei Procacci alla SGC E78, a seguito dall'evento dell'11 e 12 novembre 2012" all'impresa INGCOS Srl, con sede legale in San Maurizio Canavese (TO);

Visti inoltre:

- il contratto di affidamento dei lavori di "Adeguamento argine destro Torrente Foenna dalla SP dei Procacci alla SGC E78, a seguito dall'evento dell'11 e 12 novembre 2012", stipulato in data 11/10/2019 con l'impresa INGCOS Srl in forma di scrittura privata in modalità elettronica;

- il Verbale di consegna lavori in data 20/11/2019;

Visto il D.Lgs. n. 50/2016 “Codice dei contratti pubblici” e ss.mm.ii.;

Visto l’articolo 1, comma 450 della Legge 296/2006, che prevede espressamente che le amministrazioni pubbliche, per gli acquisti di beni e servizi di importo inferiore alla soglia comunitaria, possono eventualmente ricorrere al sistema telematico messo a disposizione dalla centrale regionale di riferimento per lo svolgimento delle relative procedure;

Considerato che la Regione Toscana, in qualità di centrale di committenza e di Soggetto Aggregatore regionale, ha messo a disposizione per le acquisizioni di beni e servizi proprie e degli altri enti del territorio un sistema telematico di acquisto (START) per lo svolgimento delle procedure di affidamento dei contratti;

Considerato che per l’intervento “Adeguamento argine destro Torrente Foenna dalla SP dei Procacci alla SGC E78, a seguito dall’evento dell’11 e 12 novembre 2012” (cod. intervento 2012ESI0002) occorre procedere all’affidamento del “servizio di indagini geotecniche in situ e laboratorio” sui terreni costituenti l’erigenda struttura arginale destra del torrente medesimo, per la verifica dell’idoneità dei materiali ai fini della loro accettazione da parte della Direzione Lavori prima della messa in opera, e di una campagna per la verifica della corretta esecuzione dei rilevati arginali, come previsto dal capitolato di gara;

Ritenuto opportuno, per far fronte all’acquisizione del suddetto servizio, ricorrere alla procedura prevista ai sensi dell’art. 31, comma 8, del D. Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii. mediante START;

Individuata la procedura di scelta del contraente per il presente servizio nell’affidamento diretto con richiesta di offerta, ai sensi dell’art. 36 comma 2, lettera a) del D.Lgs. n. 50/2016;

Considerato che il Dirigente Responsabile del Contratto Ing. Leandro Radicchi ha invitato a presentare offerta l’impresa PANGEO s.n.c. di Leonardo Campatelli & C. con sede legale in Poggibonsi (SI);

Vista la lettera di richiesta offerta prot. n. AOOGR 247323/D.060.030.035 del 16/07/2020, inviata tramite la piattaforma Start per l’affidamento del servizio in argomento;

Ritenuto pertanto di approvare la suddetta lettera di richiesta offerta, contenente le condizioni prestazionali, che si allega al presente atto alla lettera “A”;

Accertato che la documentazione richiesta all’operatore è stata trasmessa sulla piattaforma Start, compilata in

tutte le sue parti e sottoscritta con firma digitale dal legale rappresentante dell’impresa PANGEO s.n.c. di Leonardo Campatelli & C., nei termini indicati nella lettera di richiesta offerta; tale documentazione è costituita da:

- DGUE;
- dichiarazioni integrative per la partecipazione non previste nel DGUE e nella domanda di partecipazione;
- dichiarazione di accettazione clausole contrattuali ai sensi dell’art. 1341, II comma, del codice civile;
- comunicazione relativa alla tracciabilità dei flussi finanziari;
- offerta economica;
- dettaglio economico;

Valutato che l’offerta economica presentata, che si allega al presente atto alla lettera “B”, risponde alle esigenze dell’Amministrazione e risulta congrua nel prezzo rispetto alla qualità della prestazione;

Dato atto che sono stati effettuati con esito positivo i controlli sui requisiti di ordine generale previsti dal D.Lgs. 50/2016 e DPR 445/2000, come da documentazione presente agli atti dell’ufficio;

Ritenuto pertanto di disporre l’affidamento del servizio di indagini geotecniche in situ e laboratorio, relativo all’intervento “Adeguamento argine destro Torrente Foenna dalla SP dei Procacci alla SGC E78, a seguito dall’evento dell’11 e 12 novembre 2012”, all’impresa PANGEO s.n.c. di Leonardo Campatelli & C. di Poggibonsi (SI) per l’importo offerto di netti € 10.294,00, oltre IVA al 22% per € 2.264,68, per un totale complessivo pari a € 12.558,68, a tutte le condizioni previste dal documento di cui all’allegato “A”;

Ritenuto, altresì, di assumere a favore dell’impresa PANGEO s.n.c. di Leonardo Campatelli & C. - con sede legale in Poggibonsi (SI), Via Ombrone n. 4 CAP 53036, codice fiscale e partita I.V.A. n. 00870760527 - (cod. ben. 3527) un impegno per la somma complessiva di € 12.558,68 al capitolo n. 21137 della contabilità speciale n. 5750, previa riduzione, di pari importo, dell’impegno n. 123 al capitolo n. 21137 della contabilità speciale n. 5750, che presenta la necessaria disponibilità; spesa che rientra nella voce “spese tecniche” delle somme a disposizione del quadro economico del progetto;

Dato atto che il contratto verrà stipulato attraverso scrittura privata che, ai sensi, dell’art. 32 comma 14 del D.Lgs. n. 50/2016, consiste in apposito scambio di lettere secondo l’uso del commercio con cui l’amministrazione dispone l’ordinazione del servizio secondo i contenuti della lettera di richiesta offerta;

Preso atto della Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 con la quale è stato dichiarato, per

sei mesi, lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili e prorogato fino al 15/10/2020 con il DL n. 83 del 30 luglio 2020;

Visto il Decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, recante "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19", convertito in legge con modificazioni dalla L. n. 27 del 24 aprile 2020 e le successive modifiche ed integrazioni;

Vista l' Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 62 del 08/06/2020 avente ad oggetto "Misure di contenimento sulla diffusione del virus COVID-19 negli ambienti di lavoro. Revoca della ordinanza n.48/2020 e nuove disposizioni", con la quale sono state ordinate ulteriori misure di contenimento per tutti gli ambienti di lavoro, esclusi quelli sanitari e i cantieri, da applicarsi anche al settore degli uffici, pubblici e privati, degli studi professionali e dei servizi amministrativi che prevedono accesso del pubblico e a tutti i lavoratori autonomi, con particolare riferimento alla gestione degli spazi e delle procedure di lavoro ed è stato disposto un Protocollo Anti-Contagio;

Dato atto che per l'espletamento del presente appalto non sussistono costi della sicurezza e che eventuali rischi interferenti con le altre lavorazioni presenti in cantiere saranno gestiti nell'ambito del PSC dell'intervento "Adeguamento argine destro Torrente Foenna dalla SP dei Procacci alla SGC E78, a seguito dall'evento dell'11 e 12 novembre 2012" e che, pertanto, non risulta necessario prevedere la predisposizione del "Documento Unico di Valutazione dei Rischi da Interferenze" - DUVRI;

Dato atto che si provvederà a pubblicare la presente ordinanza sul Profilo del Committente della Regione Toscana e su SITAT-SA, ai sensi dell'art. 29, comma 1 e 2 del D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii., ed inoltre nel sito www.regione.toscana.it/regione/amministrazione-trasparente alla voce Interventi straordinari e di emergenza, ai sensi dell'art. 42 D.Lgs. 14/03/2013 n. 33;

ORDINA

Per le motivazioni espresse in narrativa e qui integralmente richiamate:

1. di approvare la lettera di richiesta offerta economica prot. n. AOOGR 247323/D.060.030.035 del 16/07/2020 all'impresa PANGEO s.n.c. di Leonardo Campatelli & C. di Poggibonsi (SI), che in copia si allega al presente atto alla lettera "A", per il servizio di indagini geotecniche in situ e laboratorio, relativo all'intervento "Adeguamento

argine destro Torrente Foenna dalla SP dei Procacci alla SGC E78, a seguito dall'evento dell'11 e 12 novembre 2012";

2. di approvare l'offerta economica presentata dall'impresa PANGEO s.n.c. di Leonardo Campatelli & C. di Poggibonsi (SI), che si allega al presente atto alla lettera "B", pari a netti netti € 10.294,00, oltre IVA al 22% per € 2.264,68, per un totale complessivo pari a € 12.558,68, quale corrispettivo per il servizio di indagini geotecniche in situ e laboratorio, relativo all'intervento "Adeguamento argine destro Torrente Foenna dalla SP dei Procacci alla SGC E78, a seguito dall'evento dell'11 e 12 novembre 2012";

3. di disporre l'affidamento del servizio di indagini geotecniche in situ e laboratorio, relativo all'intervento "Adeguamento argine destro Torrente Foenna dalla SP dei Procacci alla SGC E78, a seguito dall'evento dell'11 e 12 novembre 2012", all'impresa PANGEO s.n.c. di Leonardo Campatelli & C. - con sede legale in Poggibonsi (SI), Via Ombrone n. 4 CAP 53036, codice fiscale e partita I.V.A. n. 00870760527 - (cod. ben. 3527) per l'importo netto di € 10.294,00, oltre IVA al 22% per € 2.264,68, per un totale complessivo pari a € 12.558,68;

4. di dare atto che il contratto verrà stipulato mediante corrispondenza secondo l'uso del commercio, ai sensi dell'art. 32, c. 14 del D.Lgs. n. 50/2016, consistente in apposito scambio di lettere con cui l'amministrazione dispone l'ordinazione del servizio secondo i contenuti previsti dalla lettera di richiesta offerta;

5. di impegnare la somma complessiva di € 12.558,68, di cui € 10.294,00 quale corrispettivo e € 2.264,68 per IVA al 22%, a favore dell'impresa PANGEO s.n.c. di Leonardo Campatelli & C. - con sede legale in Poggibonsi (SI), Via Ombrone n. 4 CAP 53036, codice fiscale e partita I.V.A. n. 00870760527 - (cod. ben. 3527) al capitolo n. 21137 della contabilità speciale n. 5750, previa riduzione, di pari importo, dell'impegno n. 123 al capitolo n. 21137 della contabilità speciale n. 5750, che presenta la necessaria disponibilità; spesa che rientra nella voce "spese tecniche" delle somme a disposizione del quadro economico del progetto;

6. di procedere alla liquidazione delle somme spettanti all'impresa PANGEO s.n.c. di Leonardo Campatelli & C. con le modalità di cui all'art. 08 - Corrispettivo, fatturazione e pagamenti della lettera di richiesta offerta economica;

7. di pubblicare la presente ordinanza sul Profilo del Committente della Regione Toscana e su SITAT-SA, ai sensi dell'art. 29, comma 1 e 2 del D.Lgs. n. 50/2016 e ss.mm.ii ed inoltre nel sito www.regione.toscana.it/re

gione/amministrazione-trasparente alla voce Interventi straordinari e di emergenza, ai sensi dell'art. 42 D.Lgs. 14/03/2013 n. 33.

Il presente atto è pubblicato sul BURT ai sensi degli articoli 4, 5 e 5 bis della l.r. 23/2007 e sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale ai sensi dell'art. 18 della l.r. 23/2007. E' escluso dalla pubblica-

zione l'allegato "B" nel rispetto dei limiti alla trasparenza posti dalla normativa statale.

Il Commissario Delegato
Enrico Rossi

SEGUE ALLEGATO

**COMMISSARIO DELEGATO
CALAMITA' NATURALI IN
REGIONE TOSCANA**

**DIREZIONE DIFESA DEL SUOLO E PROTEZIONE CIVILE
SETTORE GENIO CIVILE VALDARNO SUPERIORE**

L. 228/2012

Ettore
PROF. N.
da citare nella risposta

AOOGRT 247323 /D.060.030.035

DATA 16/07/2020

ALLEGATI

RISPOSTA AL FOGLIO DEL

N.

Oggetto: Affidamento diretto con richiesta di offerta, ai sensi dell'art. 36, comma 2, lett. a), del D.Lgs. 50/2016, della L.R. 38/2007, del Regolamento emanato con DPGR n. 30/R del 27/05/2008 e della Delibera di Giunta Regionale n. 648 dell'11.06.2018 come integrata dalla D.G.R. n. 105 del 3/02/2020 relativo al servizio di Indagini geotecniche in situ e laboratorio inerenti l'intervento di adeguamento argine destro torrente Foenna dalla S.P. 11B alla S.G.C. E78, a seguito dell'evento del 11 e 12 novembre 2012, nel Comune di Sinalunga (Si)-Codice 2012ESI0002.

Codice Identificativo di Gara (CIG): [8373298818]

Codice Unico di Progetto (CUP) n. B73B12000320002

cpv 7135150-8

**Spett.le Impresa
PANGEO s.n.c.
di Leonardo Campatelli & C.
Via Ombrone n. 4
53036 Poggibonsi (SI)**

CF e P. IVA n. 00870760527

Pec: pangeo@pec.it

Con la presente si richiede la presentazione di un'offerta per l'esecuzione della prestazione in oggetto, e descritta nell'ultima parte del presente documento, disponibile anche nella documentazione di gara all'indirizzo internet: <https://start.toscana.it/>. Per consultare la suddetta documentazione e presentare offerta deve accedere al sistema con la propria username e password scelte al momento della registrazione e seguire le indicazioni sotto riportate.

L'appalto è disciplinato dalla presente lettera d'invito a presentare offerta e dalle "Norme tecniche di funzionamento del Sistema Telematico di Acquisto di Regione Toscana – Giunta Regionale – Start GR" approvate con decreto dirigenziale n. 3631/2015 e consultabili all'indirizzo internet: <https://start.toscana.it/>

Nel caso in cui l'operatore economico invitato non sia iscritto all'indirizzario del Sistema Telematico Acquisti Regione Toscana (START), per poter presentare offerta è necessario identificarsi sul sistema.

Istruzioni sull'utilizzo della piattaforma START sono disponibili sul sito stesso o possono essere

richieste al **Call Center del Gestore del Sistema Telematico al numero 0810084010 o all'indirizzo di posta elettronica:**

Start.OE@PA.i-faber.com

Per firmare digitalmente, ove richiesto, la documentazione di gara, i titolari o legali rappresentanti o procuratori dell'operatore economico che intendono presentare offerta dovranno essere in possesso di un certificato qualificato di firma elettronica che, al momento dell'inoltro della documentazione, non risulti scaduto di validità ovvero non risulti revocato o sospeso. Ai sensi del Regolamento (UE) n. 910/2014 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 luglio 2014, il certificato qualificato dovrà essere rilasciato da un prestatore di servizi fiduciari qualificati presente nella lista di fiducia (trusted list) pubblicata dallo Stato membro in cui è stabilito.

Al fine di verificare la validità delle firme digitali e delle firme elettroniche qualificate basate su certificati rilasciati da tutti i soggetti autorizzati in Europa, la Commissione europea ha reso disponibile un'applicazione open source utilizzabile on line sul sito dell'Agenzia per l'Italia Digitale nella sezione "Software di verifica".

L'amministrazione utilizzerà tale applicazione per il riconoscimento e la verifica dei documenti informatici sottoscritti nei diversi Stati Membri della Comunità.

PARAGRAFO 1. - CONDIZIONI DI PARTECIPAZIONE

L'operatore economico non deve incorrere in alcuna delle condizioni di cui all'art. 80 del D.Lgs. 50/2016.

In relazione alle condizioni di partecipazione alla presente procedura di affidamento, l'operatore economico rende, ai sensi del DPR 445/2000, dichiarazioni concernenti la propria situazione in relazione al possesso dei requisiti di ordine generale e di idoneità professionale stabiliti dal D.Lgs. 50/2016 mediante la compilazione del "Documento di Gara Unico Europeo (DGUE)" di cui allo schema allegato al DM del Ministero delle Infrastrutture e Trasporti del 18 luglio 2016 e del Modello "Dichiarazioni integrative per la partecipazione", di cui al successivo paragrafo 2 – MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE OFFERTE.

SUBAPPALTO

Il subappalto è ammesso ai sensi dell'art. 105 del D.Lgs. 50/2016, tenuto conto degli adempimenti stabiliti dall'art. 20 della L.R. 38/2007.

Non è possibile subappaltare per intero la prestazione oggetto dell'appalto.

L'operatore economico nel momento della presentazione dell'offerta deve indicare, pena la non autorizzazione al subappalto, le parti della prestazione che intende subappaltare secondo le modalità riportate successivamente.

L'esecutore che intende avvalersi del subappalto, ai fini dell'autorizzazione allo stesso, deve presentare al "Commissario c/o Regione Toscana" apposita istanza con allegata la documentazione prevista dall'art. 105, commi 7 e 18, del D.Lgs. 50/2016. Il termine previsto dall'art. 105, comma 18, del codice decorre dalla data di ricevimento dell'istanza completa di tutta la documentazione richiesta.

Il "Commissario c/o Regione Toscana" a sua volta autorizza per iscritto, previa verifica degli adempimenti di cui all'art. 105 del D.Lgs. 50/2016 e di quanto previsto all'art. 3, comma 7, comma 8 e

comma 9, della L. n. 136/2010 ss.mm.ii, lo svolgimento delle attività in subappalto. Fino a quella data non è comunque consentito il subappalto.

In caso di subappalto non autorizzato dall'Amministrazione, fermo restando il diritto per l'eventuale risarcimento del danno, il contratto è risolto di diritto.

COMUNICAZIONI DELL'AMMINISTRAZIONE

Tutte le comunicazioni nell'ambito della presente procedura, avvengono tramite il sistema telematico e si danno per eseguite con la pubblicazione delle stesse nell'area "Comunicazioni" relativa alla procedura riservata al concorrente e accessibile previa identificazione da parte dello stesso al sistema Start. Le comunicazioni sono altresì inviate alla casella di posta elettronica o posta certificata indicata dal concorrente ai fini della procedura telematica d'acquisto, secondo quanto previsto all'art. 8 delle "Norme tecniche di funzionamento del Sistema telematico di Acquisto regionale". L'Amministrazione non risponde della mancata ricezione delle comunicazioni inviate.

L'operatore economico si impegna a comunicare eventuali cambiamenti di indirizzo di posta elettronica.

RICHIESTA DI CHIARIMENTI DA PARTE DELL'OPERATORE ECONOMICO

Le eventuali richieste di chiarimenti relative alla procedura in oggetto, dovranno essere formulate attraverso l'apposita funzione "richiedi chiarimento" disponibile nella sezione "Comunicazioni", nella pagina di dettaglio della presente procedura.

PARAGRAFO 2. - MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE OFFERTE

Dopo l'identificazione, l'operatore economico per presentare offerta, dovrà inserire nel sistema telematico, nello spazio relativo alla procedura di cui trattasi, entro e non oltre il termine perentorio delle **ore 16:00:00 del giorno 24/07/2020**, la seguente documentazione:

- 2.1 - DOCUMENTO DI GARA UNICO EUROPEO (DGUE)
- 2.2 - DICHIARAZIONI INTEGRATIVE PER LA PARTECIPAZIONE
- 2.3 - DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE CLAUSOLE CONTRATTUALI AI SENSI DELL'ART. 1341, II COMMA, DEL CODICE CIVILE
- 2.4 - COMUNICAZIONE RELATIVA ALLA TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI
- 2.5 - OFFERTA ECONOMICA
- 2.6 - DETTAGLIO ECONOMICO

La documentazione richiesta dal presente documento prima di essere firmata digitalmente deve essere convertita in formato PDF.

2.1. DOCUMENTO DI GARA UNICO EUROPEO (DGUE)

L'operatore economico dovrà compilare il Modello "Documento di Gara Unico Europeo" elettronico (DGUE), di cui allo schema allegato al DM del Ministero delle Infrastrutture e Trasporti del 18 luglio 2016 o successive modifiche messo a disposizione nella documentazione di gara secondo quanto di seguito indicato, al fine di rendere le dichiarazioni sui requisiti di ordine generale di cui all'art. 80 del D.Lgs. n. 50/2016 e gli eventuali ulteriori requisiti richiesti per la partecipazione.

Il **DGUE** deve essere presentato e firmato digitalmente dal legale rappresentante o procuratore dell'operatore economico ed inserito sul sistema telematico nell'apposito spazio.

Parte I – Informazioni sulla procedura di appalto e sull'amministrazione aggiudicatrice o ente aggiudicatore *(parte compilata dall'Amministrazione)*

Parte II – Informazioni sull'operatore economico

Il concorrente rende tutte le informazioni richieste mediante la compilazione delle parti pertinenti.

In caso di ricorso al subappalto si richiede la compilazione della sezione D

Il concorrente, pena l'impossibilità di ricorrere al subappalto, indica l'elenco delle prestazioni che intende subappaltare con la relativa quota percentuale dell'importo complessivo del contratto.

Parte III – Motivi di esclusione

Il concorrente dichiara di non trovarsi nelle condizioni di sussistenza di motivi di esclusione di cui all'art. 80 del D.Lgs. 50/2016 (Sez. A-B-C-D).

Parte IV – Criteri di selezione

(se richiesti dall'Amministrazione)

Parte VI – Dichiarazioni finali

Il concorrente rende tutte le informazioni richieste mediante la compilazione delle parti pertinenti.

Si evidenzia che l'operatore economico è responsabile di tutte le dichiarazioni rese ai sensi del D.P.R. 445/2000, pertanto ogni eventuale errore nel contenuto delle dichiarazioni ricade sulla sua responsabilità. L'Amministrazione assume il contenuto delle dichiarazioni così come rese dall'operatore economico e sulla base di queste verifica la conformità di tutta la documentazione richiesta per l'affidamento.

L'Amministrazione, nella successiva fase di controllo, verificherà la veridicità del contenuto di tali dichiarazioni.

2.2. DICHIARAZIONI INTEGRATIVE PER LA PARTECIPAZIONE

L'operatore economico dovrà presentare il **modello “Dichiarazioni integrative per la partecipazione”**, relativo alla forma di partecipazione, alle dichiarazioni ulteriori sui requisiti di ordine generale ed alle ulteriori dichiarazioni integrative per la partecipazione.

Nel suddetto modello, l'operatore economico deve, altresì, indicare i dati anagrafici e di residenza di tutti i soggetti che ricoprono o dei soggetti cessati che abbiano ricoperto nell'anno antecedente la data di pubblicazione della lettera di invito le cariche di cui al comma 3 dell'art. 80 del D.Lgs. 50/2016.

Si evidenzia che l'operatore economico è responsabile di tutte le dichiarazioni rese ai sensi del D.P.R. 445/2000, pertanto ogni eventuale errore nel contenuto delle dichiarazioni ricade sulla sua responsabilità. L'Amministrazione assume il contenuto delle dichiarazioni così come rese dall'operatore economico e sulla base di queste verifica la conformità di tutta la documentazione richiesta per la partecipazione alla gara.

L'Amministrazione, nella successiva fase di controllo, verificherà la veridicità del contenuto di tali dichiarazioni.

Il modello **“Dichiarazioni integrative per la partecipazione”** dovrà essere compilato e firmato digitalmente dal legale rappresentante o procuratore dell'operatore economico ed inserito sul sistema telematico nell'apposito spazio.

2.3 - DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE CLAUSOLE CONTRATTUALI AI SENSI DELL'ART. 1341, II COMMA, DEL CODICE CIVILE

Tale dichiarazione dovrà essere presentata a cura di persona munita del potere di rappresentanza utilizzando l'apposito modello disponibile nella documentazione di gara denominato "Dichiarazione di accettazione clausole contrattuali ai sensi dell'art. 1341, II comma, del codice civile", sottoscritta con firma digitale del titolare o legale rappresentante e dovrà essere inserita nell'apposito spazio predisposto sul sistema telematico.

2.4 - COMUNICAZIONE RELATIVA ALLA TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI

Tale comunicazione dovrà essere presentata a cura di persona munita del potere di rappresentanza utilizzando l'apposito modello disponibile nella documentazione di gara denominato "Comunicazione relativa alla tracciabilità dei flussi finanziari (L. 136/2010 e ss.mm.ii)", sottoscritta con firma digitale del titolare o legale rappresentante e dovrà essere inserita nell'apposito spazio predisposto sul sistema telematico.

2.5 - OFFERTA ECONOMICA

L'offerta economica è determinata dal prezzo complessivo, pari o inferiore all'importo stimato di Euro **10.294,00 (diecimiladuecentonovantaquattro/00)**, oltre IVA nei termini di legge, che l'operatore economico offre per eseguire le prestazioni oggetto del presente appalto.

L'operatore economico per presentare la propria offerta dovrà:

- **Accedere** allo spazio dedicato alla procedura sul sistema telematico;
- **Compilare** il form on line accedendo alla Gestione della documentazione economica del passo 2 della procedura di presentazione offerta;
- **Scaricare** sul proprio pc il documento "offerta economica" generato dal sistema;
- **Firmare** digitalmente il documento "offerta economica" generato dal sistema, senza apporre ulteriori modifiche;
- **Inserire** nell'apposito spazio previsto sul Sistema il documento "offerta economica" firmato digitalmente.

L'importo indicato nell'offerta economica deve corrispondere al prezzo complessivo offerto così come indicato nel Dettaglio Economico di cui al successivo punto 2.6.

In caso di discordanza tra l'importo indicato nell'offerta economica, che rimane fisso e invariabile, e il prezzo complessivo offerto indicato nel dettaglio economico, tutti i prezzi unitari sono corretti in modo costante in base alla percentuale di discordanza dell'importo risultante dal prezzo complessivo offerto riportato nel dettaglio economico rispetto a quello indicato nell'offerta economica. I prezzi unitari eventualmente corretti costituiscono l'elenco prezzi unitari contrattuali.

Ai sensi dell'art. 32 del D.Lgs. 50/2016 l'offerta dell'operatore economico è irrevocabile fino al termine stabilito per la stipula del contratto.

2.6. - DETTAGLIO ECONOMICO - quale articolazione delle voci di prezzo che concorrono a determinare l'importo da indicare nell'offerta economica di cui al precedente punto 2.1 – da inserire a sistema nell'apposito spazio previsto nel sistema in aggiunta all'offerta economica, firmato digitalmente dal titolare o legale rappresentante o procuratore dell'operatore economico.

La tabella del Dettaglio Economico deve essere compilata, pena l'esclusione, secondo le modalità di seguito espresse:

1. compilare solo le caselle con sfondo bianco (colonna C e D);
2. indicare, nella colonna C, il prezzo unitario al netto di IVA;
3. riportare nella casella corrispondente della colonna D il prodotto risultante dal prezzo indicato nella

colonna C moltiplicato per le quantità riportate nella colonna B.

4. la somma dei totali relativi alla colonna D determina il prezzo complessivo offerto che dovrà essere riportato nell'offerta economica.

NOTE PER L'INSERIMENTO DEI DATI E LA PRESENTAZIONE DELL'OFFERTA

La dimensione massima di ciascun file inseribile nel sistema è pari a 150 MB.

Nel caso occorra apportare delle modifiche a documenti prodotti in automatico dal sistema sulla base di form on line, è necessario ripetere la procedura di compilazione del form on line ed ottenere un nuovo documento.

PARAGRAFO 3. - AVVERTENZE

- La presentazione dell'offerta costituisce accettazione incondizionata delle clausole contenute nella presente richiesta di preventivo, con rinuncia ad ogni eccezione.
- L'Amministrazione ha facoltà di non procedere all'affidamento qualora l'offerta non risulti conveniente o idonea in relazione all'oggetto del contratto.
- L'Amministrazione si riserva la facoltà di non dar luogo all'affidamento o di prorogarne la data ove lo richiedano motivate e sopravvenute esigenze di interesse pubblico, anche connesse a limitazioni di spesa imposte da leggi, regolamenti e/o altri atti amministrativi, senza che il soggetto invitato possa avanzare alcuna pretesa al riguardo.
- La presentazione dell'offerta è compiuta quando l'operatore economico ha completato tutti i passi previsti dalla procedura telematica e viene visualizzato un messaggio del sistema che indica la conferma della corretta ricezione dell'offerta e l'orario della registrazione.
- L'aggiudicazione definitiva non equivale ad accettazione dell'offerta e può essere revocata qualora la conclusione del contratto risulti superflua o dannosa per l'Amministrazione.
- L'aggiudicatario, ai sensi dell'art. 3 della L. n. 136/2010, al fine di assicurare la tracciabilità dei flussi finanziari, è tenuto ad utilizzare, per tutti i movimenti finanziari relativi al presente appalto, esclusivamente conti correnti bancari o postali dedicati, anche in via non esclusiva. Ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari, il bonifico bancario o postale, ovvero gli altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, devono riportare, in relazione a ciascuna transazione posta in essere dall'appaltatore, dal subappaltatore e dai subcontraenti della filiera delle imprese interessati al presente appalto, il Codice Identificativo di Gara (CIG) e, ove obbligatorio ai sensi dell'articolo 11 della Legge 3/2003, il Codice Unico di Progetto (CUP).
- Tutta la documentazione inerente la gestione del contratto tra l'Amministrazione regionale e l'operatore economico, ad esclusione della fatturazione per il pagamento delle prestazioni oggetto del presente appalto, sarà trasmessa e ricevuta tramite PEC o il sistema ap@ci (Amministrazione Pubblica@perta a Cittadini e Imprese).

PARAGRAFO 4. - CONCLUSIONE DELL'AFFIDAMENTO E STIPULA DEL CONTRATTO

Ai sensi del D.Lgs. n. 50/2016, del D.P.R. n. 445/2000, della L.R. n. 38/2007, del D.P.G.R. n. 30/R/2008 e della Delibera di G.R. n. 648 dell'11.06.2018, l'Amministrazione, prima dell'affidamento del contratto, effettua i controlli sul possesso dei requisiti di ordine generale di cui all'art. 80 del

D.Lgs. n. 50/2016, così come dichiarati dall'Operatore economico nel "Documento di Gara Unico Europeo" (DGUE) e nel Modello "Dichiarazioni integrative per la partecipazione", secondo le modalità di dettaglio previste dalla Delibera di G.R. n. 648/2018, che prevedono modalità semplificate dei controlli per contratti di importo inferiore ad Euro 20.000.

Nel caso in cui, ai sensi della stessa Delibera di G.R. n. 648/2018, l'Amministrazione proceda con la semplificazione dei controlli sulle dichiarazioni rese dall'Operatore economico in merito al possesso dei requisiti di ordine generale, è tenuta ad effettuare a campione, uno ogni ogni 5 affidamenti rientranti nella medesima fascia di importo, il controllo su tutti i requisiti dichiarati ai sensi dell'art. 80 del D.Lgs. n. 50/2016 e su tutti i soggetti previsti dall'art. 80, comma 3 del medesimo decreto. Qualora, a seguito di tali controlli, emerga il mancato possesso di uno o più dei requisiti ex art. 80 D.Lgs. n. 50/2016, si applicherà quanto previsto dal comma 4 dell'art. 15 - Penali e risoluzione del contratto del successivo Paragrafo 7 – Contenuto prestazionale del servizio/fornitura.

Ai sensi dell'art. 16 L.R. 38/2007 e dell'art. 26 del D.Lgs. 81/2008 l'Amministrazione, prima dell'affidamento, provvede a controllare il rispetto da parte dell'operatore economico, nei casi nei quali lo stesso vi sia tenuto, dei seguenti adempimenti:

- la nomina del responsabile del servizio di prevenzione e protezione aziendale di cui agli artt. 17, comma 1, lett. b) e 31 del D.Lgs. 81/2008;
- la nomina del medico competente di cui all'art. 18, comma 1, del D.Lgs. 81/2008, nei casi previsti dall'art. 41 del Decreto stesso;
- la redazione del documento di valutazione dei rischi ai sensi degli artt. 17, comma 1, lett. a) e 28 del D.Lgs. 81/2008 oppure, nei casi previsti dall'art. 29, comma 5, dello stesso Decreto, l'autocertificazione dell'effettuazione della valutazione dei rischi;
- l'adeguata e documentata formazione dei propri lavoratori in materia di sicurezza e di salute ai sensi dell'art. 37 del D.Lgs. 81/2008.

La Società ha l'obbligo di informare e formare adeguatamente il proprio personale circa i rischi specifici esistenti nell'ambiente in cui esegue la prestazione, nonché di quelli derivanti dall'emergenza sanitaria da COVID-19 e delle relative modalità di esecuzione delle attività nel rispetto di quanto previsto con il DPCM n.194 del 10 aprile 2020 e ss.mm.ii. e dalle Ordinanze del Presidente della Regione Toscana n. 38 del 18/04/2020 e n. 40 del 22/04/2020 e ss.mm.ii..

L'eventuale esito negativo della verifica di cui sopra è comunicato dall'Amministrazione alla competente Azienda USL per gli adempimenti di competenza, nonché all'Osservatorio regionale sui contratti pubblici.

L'esito favorevole dei suddetti controlli è condizione per l'emanazione del provvedimento di affidamento.

OFFERTA ECONOMICA – IMPOSTA DI BOLLO

L'offerta economica presentata a sistema dall'affidatario, accettata dall'Amministrazione a seguito dell'adozione del provvedimento di affidamento (Decreto o Ordinativo), è soggetta all'**imposta di bollo** ai sensi del DPR 642/1972 del valore di Euro **16,00 (Sedici/00)**.

Modalità di pagamento del bollo

Il pagamento dell'imposta di bollo, relativo all'offerta economica presentata a sistema dall'affidatario, accettata dall'Amministrazione, dovrà avvenire mediante l'utilizzo del modello F23, con specifica indicazione:

- dei dati identificativi dell'operatore economico (campo 4: denominazione o ragione sociale, sede sociale, Prov., codice fiscale);

- dei dati identificativi della stazione appaltante (campo 5: **Commissario Delegato in Regione Toscana ex L. 228/2012**, con sede legale in Firenze Palazzo Strozzi Sacratì Piazza Duomo n. 10, C.F. 94079030485);

- del codice ufficio o ente (campo 6: TZM) (inserire il codice ufficio dell'Agenzia delle Entrate e riscossione territorialmente competente);

- del codice tributo (campo 11: 456T)

- della descrizione del pagamento (campo 12: "Imposta di bollo – Offerta Economica per l'affidamento diretto ai sensi dell'art. 36, comma 2, lett. a) del D.Lgs. 50/2016 relativa al **servizio di Indagini geotecniche in situ e laboratorio inerenti l'intervento di adeguamento argine destro torrente Foenna dalla S.P. 11B alla S.G.C. E78, a seguito dell'evento del 11 e 12 novembre 2012, nel Comune di Sinalunga (Si)-Codice 2012ESI0002**, oppure CIG [**8373298818**].

L'affidatario comprovierà il pagamento dell'imposta di bollo, mediante l'invio della copia informatica dell'F23¹, in modalità telematica, attraverso un'apposita comunicazione utilizzando il sistema telematico "START", accedendo al sito <https://start.toscana.it> con il proprio identificativo.

Dopo il provvedimento di affidamento l'Amministrazione invita l'affidatario a:

- effettuare e comprovare il pagamento dell'imposta di bollo sull'offerta economica presentata, secondo le modalità previste nella presente Lettera di invito;
- costituire garanzia definitiva di cui all'art. 103 del D.Lgs. 50/2016 secondo quanto indicato di seguito;
- produrre quant'altro necessario per la stipula del contratto.

Garanzia definitiva (art. 103 D.Lgs. 50/2016)

L'esecutore del contratto è obbligato a costituire la garanzia definitiva pari al 10% dell'importo contrattuale al netto dell'IVA, ai sensi e con le modalità individuate all'art. 103 del D.Lgs. n. 50/2016, sotto forma di cauzione o di fideiussione, **emessa in favore del Commissario Delegato in Regione Toscana ex L. 228/2012, C.F. 94079030485.**

- La cauzione, a scelta dell'offerente, può essere costituita in contanti, in assegni circolari, in titoli del debito pubblico; la fideiussione, sempre a scelta dell'offerente, può essere bancaria, assicurativa o rilasciata dagli intermediari finanziari iscritti nell'albo di cui all'articolo 106 del D.Lgs. n. 385/1993, che svolgono in via esclusiva o prevalente attività di rilascio di garanzie e che sono sottoposti a revisione contabile da parte di una società di revisione iscritta nell'albo previsto dall'articolo 161 del D.Lgs. n. 58/1998.

- In caso di costituzione della garanzia mediante cauzione, il deposito potrà essere effettuato presso una sezione della Tesoreria Provinciale dello Stato (qualsiasi filiale provinciale della Banca d'Italia), a titolo di pegno con le modalità previste dall'art. 93 del D.Lgs. n. 50/2016 accettate dalla Banca stessa.

La quietanza dovrà riportare, quale causale, la dicitura "Garanzia definitiva per il servizio di esecuzione di indagini geotecniche in situ e laboratorio inerenti l'intervento di adeguamento argine destro torrente Foenna dalla S.P. 11B alla S.G.C. E78, a seguito dell'evento del 11 e 12 novembre 2012, nel Comune di Sinalunga (Si)-Codice 2012ESI0002, CIG [**8373298818**] indetta dal **Commissario Delegato in Regione Toscana ex L. 228/2012**, Giunta Regionale, Direzione Difesa del Suolo e Protezione Civile, Settore Genio Civile Valdarno Superiore". Si precisa che il deposito è infruttifero.

- In caso di costituzione della garanzia mediante fideiussione, la stessa deve recare **la firma di un soggetto autorizzato a rilasciare la fideiussione** per conto dell'istituto, banca, azienda o compagnia di assicurazione, **autenticata da notaio**, e deve prevedere espressamente la **rinuncia al beneficio** della preventiva escussione del debitore principale, la **rinuncia all'eccezione** di cui all'art. 1957 comma 2 del codice civile, nonché l'operatività della garanzia medesima **entro 15 (quindici) giorni, a semplice richiesta scritta** dell'Amministrazione.

• La fideiussione dovrà riportare, quale causale, la dicitura “Garanzia definitiva per il servizio di esecuzione di indagini geotecniche in situ e laboratorio inerenti l’intervento di adeguamento argine destro torrente Foenna dalla S.P. 11B alla S.G.C. E78, a seguito dell’evento del 11 e 12 novembre 2012, nel Comune di Sinalunga (Si)-Codice 2012ESI0002, CIG [8373298818] indetta dal **Commissario Delegato in Regione Toscana ex L. 228/2012**, Giunta Regionale, Direzione Difesa del Suolo e Protezione Civile, Settore Genio Civile Valdarno Superiore”.

Ai sensi dell’articolo 103, comma 1, ultimo periodo, del D.Lgs. n. 50/2016, **l’importo della garanzia definitiva è ridotto:**

- a) del 50% per i concorrenti ai quali sia stata rilasciata, da organismi accreditati, ai sensi delle norme europee della serie UNI CEI EN 45000 e della serie UNI CEI EN ISO/IEC 17000, la certificazione del sistema di qualità conforme alle norme europee della serie UNI CEI ISO 9000;
- b) del 50%, non cumulabile con la precedente riduzione, per i concorrenti che siano microimprese, piccole e medie imprese;
- c) delle ulteriori percentuali indicate dall’art. 93 comma 7 del D.Lgs. 50/2016 al ricorrere delle ipotesi ivi contemplate.

In caso di cumulo di riduzioni - lett.a) e lett.c) o lett. b) e lett.c) - la riduzione successiva deve essere calcolata sull’importo che risulta dalla riduzione precedente.

Ai fini delle riduzioni di cui alle precedenti lettere a) e c), gli operatori economici dovranno essere in possesso delle certificazioni di cui all’art. 93, comma 7, del D.Lgs. n. 50/2016, in corso di validità alla data di scadenza del termine per la presentazione dell’offerta, con l’indicazione del soggetto certificatore, della serie, della data di rilascio e della scadenza.

Il controllo della suddetta dichiarazione relativa al possesso della certificazione del sistema di qualità conforme alle norme europee (o, eventualmente, delle ulteriori certificazioni previste dal citato comma 7 dell’art. 93), in corso di validità alla data di scadenza del termine per la presentazione dell’offerta, e il controllo sullo status di microimpresa, piccola o media impresa, verrà effettuato contestualmente ai controlli di cui al presente paragrafo della lettera di invito.

La mancata costituzione della suddetta garanzia definitiva determina la decadenza dell’affidamento.

Il contratto verrà stipulato, ai sensi dell’art. 32, comma 14, del D.Lgs. 50/2016, mediante corrispondenza secondo l’uso del commercio consistente in un apposito scambio di lettere. L’operatore economico si impegna con la presentazione dell’offerta. L’Amministrazione invierà la lettera di ordinazione mediante posta elettronica certificata.

PARAGRAFO 5. - TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Per la presentazione dell’offerta, nonché per la stipula del contratto con l’affidatario, è richiesto al soggetto invitato di fornire dati e informazioni, anche sotto forma documentale, che rientrano nell’ambito di applicazione della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

Ai sensi dell’articolo 13 del Regolamento UE/679/2016 all’Amministrazione, che tratterà i dati personali in modo lecito, corretto e trasparente, compete l’obbligo di fornire alcune informazioni riguardanti il loro utilizzo.

1. In relazione alle finalità del trattamento dei dati forniti si precisa che:

- i dati forniti dal soggetto invitato vengono raccolti e trattati dal "Commissario c/o Regione Toscana" per verificare la sussistenza dei requisiti richiesti dalla legge ai fini della partecipazione alla procedura e, in particolare, ai fini della verifica dell’assenza dei motivi di esclusione, del possesso dei criteri di selezione individuati nella lettera di invito, nonché ai fini dell’affidamento, in

ottemperanza a precisi obblighi di legge derivanti dalla normativa in materia di appalti e contrattualistica pubblica;

- i dati da fornire da parte del soggetto affidatario vengono acquisiti, oltre che ai fini di cui sopra, anche ai fini della stipula e dell'esecuzione del contratto, compresi gli adempimenti contabili ed il pagamento del corrispettivo contrattuale.

2. Il soggetto invitato è tenuto a fornire i dati al "Commissario c/o Regione Toscana", in ragione degli obblighi derivanti dalla normativa in materia di appalti e contrattualistica pubblica, il rifiuto di fornire i dati richiesti dal "Commissario c/o Regione Toscana", potrebbe determinare, a seconda dei casi, l'impossibilità di ammettere il soggetto alla partecipazione alla procedura o la sua esclusione da questa o la decadenza dall'affidamento, nonché l'impossibilità di stipulare il contratto.

3. I dati oggetto di trattamento per le finalità sopra specificate sono della seguente natura: dati personali comuni (es. dati anagrafici), dati relativi a condanne penali e reati (cd. giudiziari) di cui all'art. 10 Regolamento UE, limitatamente al solo scopo di valutare il possesso dei requisiti e delle qualità previste dalla legislazione vigente.

4. Il titolare del trattamento è il "Commissario c/o Regione Toscana" (dati di contatto: Piazza Duomo 10 - 50122 Firenze; regionetoscana@postacert.toscana.it).

5. I dati personali saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e informatizzata.

6. I dati raccolti potranno essere comunicati a:

- soggetti anche esterni all'Amministrazione aggiudicatrice, i cui nominativi sono a disposizione degli interessati, facenti parte delle Commissioni di verifica o collaudo che verranno di volta in volta costituite;

- all'Autorità Nazionale Anticorruzione, in osservanza a quanto previsto dalla Determinazione AVCP n. 1 del 10/01/2008;

- ad altri Enti ed Amministrazioni cui i dati potranno essere comunicati per adempimenti procedurali.

In adempimento agli obblighi di legge che impongono la trasparenza amministrativa (art. 1, comma 16, lettera b, e comma 32 L. 190/2012, art. 35 D.Lgs. n. 33/2013; nonché l'art. 29 D.Lgs. n. 50/2016) il concorrente/contraente prende atto ed acconsente a che i dati e la documentazione che la legge impone di pubblicare, siano pubblicati e diffusi, ricorrendone le condizioni, tramite il sito internet www.regione.toscana.it sezione Amministrazione trasparente.

7. Il periodo di conservazione dei dati è di 10 anni dalla conclusione dell'esecuzione del contratto in ragione delle potenziali azioni legali esercitabili.

8. Diritti del concorrente/interessato. Per "interessato" si intende qualsiasi persona fisica i cui dati sono stati trasferiti dal soggetto invitato al "Commissario c/o Regione Toscana". All'interessato è riconosciuto il diritto di accedere ai dati personali che lo riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati (wrp_dpo@regione.toscana.it).

Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

9. Con la presentazione dell'offerta e/o sottoscrizione del contratto il legale rappresentante/procuratore del concorrente/affidatario prende atto espressamente del trattamento come sopra definito dei dati personali, anche giudiziari, che lo riguardano.

Il concorrente si impegna ad adempiere agli obblighi di informativa e di consenso, ove necessario, nei confronti delle persone fisiche (interessati) di cui sono forniti dati personali nell'ambito della procedura di affidamento, per quanto concerne il trattamento dei loro Dati personali, anche giudiziari, da parte del "Commissario c/o Regione Toscana" per le finalità sopra descritte.

PARAGRAFO 6. - CONTENUTO PRESTAZIONALE DEL SERVIZIO**Premessa**

Il contenuto della prestazione richiesta consiste in una campagna di indagini geotecniche in situ e in laboratorio sui terreni costituenti l'erigenda struttura arginale destra del torrente Foenna dalla S.P. 11B alla S.G.C. E78, nel Comune di Sinalunga (SI).

Art. 1 - Caratteristiche delle prestazione

1. Il presente affidamento ha per oggetto le seguenti prestazioni:

A) prove geotecniche in situ e di laboratorio**Art. 2 – Modalità di esecuzione della prestazione**

1. Per quanto concerne le voci delle prestazioni di cui all'art.1, queste sono specificate come di seguito:

- Classificazione delle terre UNI 1006
- Fornitura di fustelle idonee al campionamento di campioni di terreno indisturbato, compresa la presenza di operatore in cantiere
- Prova tipo Proctor modificato
- Prove di densità in situ mediante l'utilizzo del volumometro a sabbia (prova in situ)
- Prova di taglio diretto CD
- Prova di compressione con espansione laterale libera (ELL)
- Prova di permeabilità a carico variabile con infiltrometro ad anello singolo (prova in situ)

Tutte le prestazioni comprendono:

La redazione del rapporto contenente la descrizione e la documentazione delle prove eseguite e le relative certificazioni.

L'Affidatario dovrà trasmettere alla Regione Toscana – Direzione Difesa del Suolo e Protezione Civile - Settore Genio Civile Valdarno Superiore, Sede di Arezzo, Via Arrigo Testa n. 2, tutti i report e la documentazione tecnica derivati dalle prove geotecniche in situ e di laboratorio. Tale documentazione dovrà essere trasmessa in via telematica con le modalità di cui al successivo art. 7 in n.1 copia in formato digitale firmata dai soggetti titolari per le prove di laboratorio.

L'affidatario assume a proprio carico le spese connesse di qualsiasi natura, comprese eventuali spese di campionamento, imballaggio, trasporto e simili.

Art. 3 – Termini, avvio dell'esecuzione, sospensione e ultimazione dell'esecuzione

1. La prestazione deve essere terminata entro il 31/12/2020. Alcune attività devono essere completate entro 60 giorni dall'avvio della loro esecuzione. L'esecutore deve dare avvio all'esecuzione della prestazione entro 10 (dieci) giorni dalla stipula del contratto, che avviene secondo le modalità di cui al precedente Paragrafo 4 – Conclusione dell'affidamento e stipula del contratto.

Il Responsabile unico del procedimento svolge le funzioni di direttore dell'esecuzione del contratto e al termine delle prestazioni effettua i necessari accertamenti e rilascia idoneo certificato attestante l'avvenuta ultimazione delle prestazioni.

2. Per l'eventuale sospensione dell'esecuzione della prestazione da parte dell'Amministrazione si applica l'art. 107 del D.Lgs. 50/2016.

3. L'esecutore che per cause a lui non imputabili non sia in grado di ultimare le prestazioni nel termine fissato può richiederne la proroga ai sensi dell'art. 107, comma 5, del D.Lgs. 50/2016.

Art. 4 – Personale impiegato nello svolgimento dell'appalto, sicurezza e regolarità nell'esecuzione, obblighi di informazione

1. Ai sensi dell'art. 24 comma 1 L.R. 38/2007 la Società ha l'obbligo di informare immediatamente l'Amministrazione di qualsiasi atto di intimidazione commesso nei suoi confronti nel corso del contratto con la finalità di condizionarne la regolare e corretta esecuzione.

2. Prima della sottoscrizione del contratto l'esecutore è tenuto a presentare all'Amministrazione l'elenco dei nominativi relativi al personale che sarà impiegato nello svolgimento dell'appalto.

La Società è tenuta inoltre a produrre o detenere presso il luogo di esecuzione della prestazione la documentazione idonea a dimostrare la regolarità dei rapporti di lavoro intercorrenti con i lavoratori stessi.

3. Ai sensi dell'art. 23 bis della L.R. 38/2007 la Società è tenuta ad adottare efficaci sistemi di rilevazione per rendere documentabili in tempo reale le presenze di tutti i lavoratori presenti nel luogo di esecuzione della prestazione, anche mediante la dotazione al personale impiegato di un tesserino di riconoscimento indicante la denominazione della Società, cognome e nome del lavoratore, eventuale numero di matricola.

4. La Società ha l'obbligo di informare e formare adeguatamente il proprio personale circa i rischi specifici esistenti nell'ambiente in cui esegue la prestazione, nonché di quelli derivanti dall'emergenza sanitaria da COVID-19 e delle relative modalità di esecuzione delle attività nel rispetto di quanto previsto con il DPCM n.194 del 10 aprile 2020 e ss.mm.ii. e dalle Ordinanze del Presidente della Regione Toscana n. 38 del 18/04/2020 e n. 40 del 22/04/2020 e ss.mm.ii..

5. La Società ha inoltre l'obbligo di comunicare all'Amministrazione i rischi specifici derivanti dallo svolgimento delle proprie attività.

Art. 5 – Modifica di contratto

1. In relazione alle modifiche di contratto durante il periodo di efficacia si applica la disciplina di cui all'art. 106 del D.Lgs. 50/2016.

Art. 6 - Importo stimato

1. L'importo complessivo dell'appalto è stimato in Euro **10.294,00, oltre IVA;**

- per l'espletamento del presente appalto non sono rilevabili rischi interferenti per i quali sia necessario adottare specifiche misure di sicurezza e non sussistono di conseguenza costi della sicurezza di cui all'articolo 23, comma 15, del D.Lgs. 50/2016.

La relativa spesa è a carico della contabilità speciale n. 5750.

Art. 7 – Gestione digitale del contratto

1. Ogni comunicazione, compresi gli ordinativi, inerente la gestione del presente servizio/fornitura dovrà essere trasmessa tramite casella di posta elettronica certificata (pec) o il sistema ap@ci, secondo quanto indicato dalla Società nel Modello "Dichiarazioni integrative per la partecipazione", ad esclusione della fatturazione per il pagamento delle prestazioni di cui al successivo art. 8.

2. La Società si impegna pertanto a ricevere e trasmettere tramite casella di posta elettronica certificata (pec) o il sistema ap@ci la documentazione tecnica ed amministrativa necessaria alla gestione

del contratto, ed in particolare, nel caso di indicazione del sistema ap@ci, si impegna ad accreditare un proprio rappresentante delegato al sistema ap@ci o tramite CNS o tramite username e password (<https://www.regione.toscana.it/apaci>).

La pec della Regione Toscana è "regionetoscana@postacert.toscana.it".

La modalità di comunicazione indicata dovrà essere mantenuta per l'intera durata contrattuale.

Art. 8 – Corrispettivo, fatturazione e pagamento

1. Il corrispettivo massimo contrattuale è determinato dall'importo complessivo stimato di cui al precedente art. 6.

Non essendo oggi possibile predeterminare le quantità esatte delle prestazioni da richiedere, con riferimento alle attività, il "Commissario c/o Regione Toscana" procederà ad effettuare singoli ordini sulla base dei fabbisogni che si manifesteranno in corso di esecuzione del contratto. Pertanto le quantità indicate nel Dettaglio Economico concorrono solo ai fini dell'affidamento e non sono vincolanti per "Commissario c/o Regione Toscana", che non garantisce il raggiungimento del suddetto importo massimo nell'arco temporale di vigenza contrattuale né il raggiungimento del prezzo complessivo offerto in sede di presentazione dell'offerta.

Pertanto il "Commissario c/o Regione Toscana" corrisponderà all'operatore le somme determinate nella misura del prezzo unitario offerto nel dettaglio economico in riferimento all'unità di misura di quella prestazione per le quantità effettivamente richieste ed eseguite.

La fatturazione del corrispettivo contrattuale dovrà essere effettuata secondo le seguenti modalità:

- la prima fattura verrà emessa al raggiungimento del 40% dell'importo massimo contrattuale di cui al comma 1., al termine della conclusione delle prove richieste ed eseguite e sarà pari alla somma risultante dagli importi unitari corrispondenti a ciascuna tipologia di prestazione di cui alla colonna C del Dettaglio Economico, per il numero di prove effettivamente eseguite;

- la seconda fattura verrà emessa al termine della prestazione, in base alla tempistica di cui al precedente art. 3 e sarà pari alla somma risultante dagli importi unitari corrispondenti a ciascuna tipologia di prestazione di cui alla colonna C del Dettaglio Economico, per il numero di prove effettivamente richieste ed eseguite.

2. Le fatture dovranno essere emesse nel termine massimo di due giorni lavorativi dalla comunicazione dell'avvenuto accertamento (autorizzativo anche del pagamento), da parte dell'Amministrazione, che la relativa prestazione è stata effettuata, in termini di quantità e qualità, nel rispetto delle prescrizioni previste nel presente documento e negli altri documenti ivi richiamati e, rispetto all'ultima fattura, nel termine massimo di due giorni lavorativi dalla comunicazione del rilascio del Certificato di regolare esecuzione (autorizzativo anche del pagamento) di cui al successivo art. 10, al fine di garantire il rispetto del termine di cui al successivo comma 5.

La comunicazione dell'avvenuto rilascio del Certificato di regolare esecuzione sarà effettuata in modalità telematica, secondo quanto indicato al precedente art. 7, contestualmente al rilascio del Certificato di regolare esecuzione stesso.

Nel caso di mancato rispetto, da parte dell'affidatario, di quanto previsto nel presente comma, l'eventuale ritardo nel pagamento rispetto al termine di cui al successivo comma 5 non potrà essere imputato all'Amministrazione e, pertanto, non troverà applicazione quanto previsto all'art. 5 del D.Lgs. n. 231/2002 né potrà essere avanzata alcuna richiesta di risarcimento dei danni.

3. Ai fini del rispetto delle prescrizioni contenute all'art. 30, comma 5-bis, del D.Lgs. 50/2016, la Società, nelle fatture emesse nel periodo di vigenza contrattuale nelle modalità sopra indicate, dovrà operare, sull'importo relativo alle prestazioni svolte, una decurtazione dello 0,50% e dare atto di

tale decurtazione nel campo descrittivo del medesimo documento. Tale decurtazione comporterà una riduzione della base imponibile a tutti gli effetti di legge a cui la Società è assoggettata, determinando l'effettivo importo oggetto di liquidazione.

Nella fattura emessa a saldo della prestazione la Società dovrà riportare nel campo descrittivo l'importo a saldo riferito all'ultima parte di prestazione svolta e la somma delle decurtazioni dello 0,50% fino ad allora operate nelle precedenti fatture emesse. Il totale degli importi descritti nel campo descrittivo della fattura a saldo costituirà la base imponibile oggetto di liquidazione finale.

4. La fattura elettronica intestata a **Commissario Delegato ex L. 228/2012 – Settore Genio Civile Valdarno Superiore - C.F. 94079030485, Piazza Duomo n. 10 - 50100 Firenze, contabilità speciale n. 5750 - CUU PM5WKM** deve essere inviata tramite i canali previsti dalla FatturaPA, con le specifiche previste dal D.M. n. 55 del 03/04/2013 “Regolamento in materia di emissione, trasmissione e ricevimento della fattura elettronica”, con l'indicazione del codice **CIG [8373298818]** e del codice **CUP B73B12000320002**. Per effetto della L.190/2014, coordinata con il D.L. 50/2017 che dispone l'applicazione del regime dello “Split payment”, il tracciato della fattura elettronica deve riportare nel campo “Esigibilità IVA” la lettera “S” (Scissione pagamenti).

5. Il pagamento sarà disposto, ai sensi dell'art. 113-bis del D.Lgs. n. 50/2016, entro 30 giorni decorrenti dal rilascio del certificato di regolare esecuzione. Tale termine è aumentato a 60 giorni per la fattura ricevuta dall'Amministrazione nei mesi di dicembre e/o gennaio. Qualora la fattura pervenga in modalità diversa da quella prevista al presente articolo, la stessa non verrà accettata.

In ogni caso in cui l'Appaltatore non emetta la fattura entro il termine stabilito al precedente comma 2, oppure la stessa non sia conforme a quanto previsto nel presente articolo o emerga qualsiasi tipo di irregolarità che impedisca il pagamento, l'eventuale ritardo rispetto al termine di cui al presente comma non potrà essere imputabile all'Amministrazione e, pertanto non troverà applicazione quanto previsto all'art. 5 del D.Lgs. n. 231/2002 né potrà essere avanzata alcuna richiesta di risarcimento dei danni.

6. Ai sensi dell'art. 105, comma 9, ultimo periodo, del D.Lgs. 50/2016, il pagamento del corrispettivo sarà effettuato previa verifica della permanenza della regolarità contributiva ed assicurativa dell'affidatario e degli eventuali subappaltatori.

7. Si applicano i commi 5 e 6 dell'art. 30 del D.Lgs. n. 50/2016 con riferimento all'intervento sostitutivo del "Commissario c/o Regione Toscana" in caso di inadempienza contributiva e retributiva dell'affidatario e degli eventuali subappaltatori.

8. Ai sensi dell'art. 48-bis del DPR n. 602/1973, delle Circolari del Ministero dell'Economia e delle Finanze n. 28 e 29 del 2007 e del Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze n. 40 del 18 gennaio 2008, l'Amministrazione, prima di effettuare il pagamento per un importo superiore ad Euro 5.000, procede alla verifica di mancato assolvimento da parte del beneficiario dell'obbligo di versamento di un ammontare complessivo pari almeno ad Euro 5.000, derivante dalla notifica di una o più cartelle di pagamento, relative a ruoli consegnati agli agenti della riscossione a decorrere dal 1° gennaio 2000.

9. L'operatore economico è tenuto ad assicurare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari, inerenti tutte le transazioni di cui al presente contratto, ai sensi e per gli effetti della Legge n. 136 del 13.08.2010; a tal fine l'affidatario dovrà dichiarare, a richiesta dell'amministrazione prima della stipula del contratto, i conti correnti dedicati anche in via non esclusiva alla presente commessa pubblica e le persone delegate ad operare sui suddetti conti. L'operatore economico è, altresì, tenuto

a comunicare al "Commissario c/o Regione Toscana" eventuali variazioni relative ai conti corrente e ai soggetti delegati ad operare sui conti corrente. Ai fini della tracciabilità di tutti i movimenti finanziari relativi al presente contratto, il bonifico bancario o postale o gli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni avvalendosi dei conti correnti bancari sopra indicati, dovranno riportare, in relazione a ciascuna transazione posta in essere, il seguente codice **CIG [8373298818]** ed il seguente codice **CUP B73B12000320002**. L'operatore economico è obbligato a dare immediata comunicazione al "Commissario c/o Regione Toscana" ed alla Prefettura / Ufficio Territoriale del Governo della Provincia di Firenze della notizia dell'inadempimento della propria controparte (subappaltatore / subcontraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

Nel caso in cui le transazioni inerenti le prestazioni del presente documento non siano effettuate con bonifico bancario o postale ovvero con altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni avvalendosi dei conti correnti bancari dedicati anche in via non esclusiva alla presente commessa pubblica comunicati dall'aggiudicatario, il "Commissario c/o Regione Toscana" provvederà alla risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 del codice civile.

In caso di prestazione eseguita dal subappaltatore il pagamento della prestazione verrà fatto nei confronti dell'operatore economico che è obbligato a trasmettere, tramite la modalità telematica indicata al precedente articolo 7 entro 20 (venti) giorni dalla data di ciascun pagamento effettuato nei suoi confronti, copia delle fatture quietanzate relative ai pagamenti corrisposti al subappaltatore, unitamente alla documentazione che dimostri l'avvenuto pagamento esclusivamente tramite conto corrente bancario o postale, con l'indicazione delle ritenute di garanzia effettuate.

Il "Commissario c/o Regione Toscana", nei casi in cui siano contestate inadempienze, può sospendere i pagamenti alla Società fino a che questa non si sia posta in regola con gli obblighi contrattuali, ferma restando l'applicazione delle eventuali penali.

Art. 9 – Controlli e verifica di conformità

Il coordinamento, la direzione ed il controllo tecnico-contabile dell'esecuzione del contratto sono svolte dal direttore dell'esecuzione del contratto, in modo da assicurare la regolare esecuzione nei tempi stabiliti e in conformità alle prescrizioni contenute nei documenti contrattuali. L'attività di direzione e controllo del direttore dell'esecuzione del contratto, per quanto non espressamente previsto nel presente paragrafo, è disciplinata dal decreto del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti 7 marzo 2018, n. 49 (Regolamento recante: Approvazione delle linee guida sulle modalità di svolgimento delle funzioni del direttore dei lavori e del direttore dell'esecuzione).

Il direttore dell'esecuzione impartisce all'esecutore tutte le disposizioni e le istruzioni operative necessarie tramite ordini di servizio, anche tramite vie brevi, cui l'esecutore è tenuto ad uniformarsi.

Art. 10 – Certificato di regolare esecuzione

1. Ai sensi dell'art. 102, comma 2, del D.Lgs. 50/2016, le prestazioni contrattuali sono soggette a verifica di conformità, per certificare che l'oggetto del contratto in termini di prestazioni, obiettivi e caratteristiche tecniche, economiche e qualitative sia stato realizzato ed eseguito nel rispetto delle previsioni contrattuali e delle pattuizioni concordate in sede di affidamento.

2. La verifica di conformità è effettuata dal Responsabile del procedimento che rilascia il Certificato di regolare esecuzione entro trenta giorni dal termine in cui devono essere completate le prestazioni come indicato nel presente documento.

3. Successivamente all'emissione del Certificato di regolare esecuzione, si procede al pagamento del corrispettivo delle prestazioni eseguite e allo svincolo della garanzia definitiva.

Art. 11 - Cessione del contratto

E' vietata la cessione totale o parziale del contratto sotto pena di decadenza, perdita della garanzia

definitiva eventualmente prestata ed eventuale azione di rivalsa del "Commissario c/o Regione Toscana" per il danno arrecato.

Art. 12 - Cessione del credito

La cessione del credito è disciplinata ai sensi dell'art. 106, comma 13, del D.Lgs. 50/2016 e dalla Legge 21.02.1991, n. 52.

L'operatore economico dovrà fornire al cessionario il numero di conto corrente dedicato, anche in via non esclusiva al presente appalto, sul quale ricevere, dal medesimo cessionario, gli anticipi dei pagamenti. Tali pagamenti dovranno essere effettuati mediante bonifici bancari o postali o con altri strumenti idonei a consentire la tracciabilità delle operazioni con l'indicazione del seguente codice identificativo gara **CIG [8373298818]**. L'Amministrazione provvederà al pagamento delle prestazioni di cui al presente contratto al cessionario esclusivamente sul/sui conti correnti bancari o postali dedicati come da questo comunicati.

La notifica all'Amministrazione dell'eventuale cessione del credito deve avvenire tramite la modalità telematica indicata al precedente articolo 7.

Art. 13 - Obblighi e responsabilità dell'appaltatore

1. La Società è tenuta ad eseguire quanto prevede l'oggetto dell'appalto con la migliore diligenza e attenzione ed è responsabile verso il "Commissario c/o Regione Toscana" del buon andamento dello stesso e della disciplina dei proprio dipendenti.

2. La Società è sottoposta a tutti gli obblighi verso i propri dipendenti, risultanti da disposizioni legislative e regolamentari vigenti in materia di lavoro e assicurazioni sociali ed assume a suo carico tutti gli oneri relativi, in particolare a quelli previsti dalla normativa vigente in materia previdenziale ed antinfortunistica sul lavoro con particolare riferimento alle disposizioni di cui al D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.

3. La Società è obbligata ad attuare nei confronti dei propri dipendenti occupati nelle prestazioni oggetto del contratto, condizioni normative e retributive non inferiori a quelle risultanti dai contratti collettivi di lavoro della categoria e dagli accordi integrativi territoriali. Nei casi di violazione di questi obblighi il dirigente responsabile del contratto, in base alla normativa vigente, può sospendere il pagamento del corrispettivo dovuto alla Società, fino a quanto non sia accertato integrale adempimento degli obblighi predetti. In tal caso la Società non può opporre eccezioni né ha titolo per il risarcimento di danni.

4. La Società, nell'espletamento di tutte le prestazioni, nessuna esclusa, relative al presente contratto, è obbligata a garantire il pieno rispetto delle norme previste per la salute e la sicurezza dei lavoratori e dovrà adottare tutti i procedimenti e le cautele atti a garantire l'incolumità delle persone addette e dei terzi con scrupolosa osservanza delle norme di prevenzione infortunistica in vigore; ogni più ampia responsabilità in caso di infortuni o danni eventualmente subiti da persone o cose, tanto del "Commissario c/o Regione Toscana" che di terzi, in dipendenza di omissioni o negligenze nell'esecuzione della prestazione ricadrà sulla Società restandone sollevato il "Commissario c/o Regione Toscana".

5. La Società è tenuta ad assicurare la riservatezza delle informazioni, dei documenti e degli atti amministrativi dei quali venga a conoscenza durante l'esecuzione della prestazione, secondo quanto indicato al successivo articolo 14.

La Società esonera il "Commissario c/o Regione Toscana" da ogni responsabilità e onere derivante da pretese di terzi in ordine a diritti di proprietà intellettuale sull'oggetto della prestazione. In particolare, assicura che il "Commissario c/o Regione Toscana" è sollevato da ogni e qualsiasi responsabilità nei confronti di terzi, nel caso di utilizzo di brevetti e di dispositivi o soluzioni tecniche di cui altri abbiano ottenuto la privativa (per invenzioni, modelli industriali, marchi e diritti d'autore) e a seguito di qualsiasi rivendicazione di violazione dei diritti d'autore o di qualsiasi marchio italiano o straniero, derivante o che si pretendesse derivante dalla prestazione. Inoltre, fatta

salva la responsabilità solidale di cui all'art. 29 del D.Lgs. 276/2003 e s.m.i., la Società è tenuta a manlevare il "Commissario c/o Regione Toscana" da ogni e qualsiasi pretesa o azione che, a titolo di risarcimento danni, eventuali terzi dovessero avanzare nei suoi confronti, in relazione alle prestazioni oggetto del presente documento, tenendola indenne da costi, risarcimenti, indennizzi, oneri e spese comprese quelle legali da esse derivanti.

6. La Società assume l'obbligo di garantire la proprietà dei beni forniti e di sollevare il "Commissario c/o Regione Toscana" di fronte ad azioni o pretese al riguardo.

7. In caso di violazione dei suddetti obblighi relativi alla riservatezza, ai diritti di proprietà intellettuale e alla proprietà dei beni il "Commissario c/o Regione Toscana" ha diritto di richiedere al soggetto aggiudicatario il risarcimento di tutti, senza eccezione, i danni di cui sopra.

Art. 14 – Estensione degli obblighi del codice di comportamento dei dipendenti pubblici

1. La Società, in ottemperanza dell'articolo 2 del Codice di Comportamento dei dipendenti della Regione Toscana approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 978/2019, quale parte integrante del contratto, sebbene non allegato allo stesso, si impegna ad osservare e a far osservare ai propri dipendenti e collaboratori a qualsiasi titolo, compreso quelli del Subappaltatore, gli obblighi di condotta previsti dal suddetto codice in quanto compatibili ed avuto riguardo al ruolo ed all'attività svolta.

2. La Società ai fini della completa e piena conoscenza del Codice di Comportamento dei dipendenti della Regione Toscana si impegna a trasmetterne copia ai propri dipendenti e collaboratori a qualsiasi titolo, compreso a quelli del Subappaltatore, e ad inviare all'Amministrazione comunicazione dell'avvenuta trasmissione.

Art. 15 - Penali e risoluzione del contratto

1. L'affidatario è soggetto a penalità nei seguenti casi:

- per il ritardo nell'esecuzione della prestazione rispetto al termine previsto dall'art. 3.

Fino al 15esimo giorno di ritardo, per ogni giorno di ritardo è applicata una penale giornaliera pari a € 10,00,

Dal 16esimo al 30esimo giorno di ritardo nell'esecuzione della prestazione, è applicata una penale di € 30,00, al giorno.

Se il ritardo persiste oltre il 30esimo giorno l'Amministrazione, fermo restando l'applicazione della penale giornaliera nella misura massima, procede ai sensi dell'art. 108, comma 4, del D.Lgs. 50/2016.

Qualora l'Affidatario effettui la prestazione in modo non conforme o carente rispetto a quanto previsto negli articoli 1 e 2 del presente contratto, il "Commissario c/o Regione Toscana", ai sensi dell'art. 1454 del codice civile lo diffida ad adempiere ed a produrre la prestazione conforme alle richieste del "Commissario c/o Regione Toscana" entro il termine di 15 giorni. Nel caso in cui l'Affidatario non produca una prestazione conforme entro il termine dato, il "Commissario c/o Regione Toscana" agirà in base all'art. 108 comma 3 del D.Lgs. 50/2016.

2. L'Amministrazione, ove riscontri inadempienze nell'esecuzione del contratto idonei all'applicazione delle penali, provvede a contestare alla Società, per iscritto, le inadempienze riscontrate con l'indicazione della relativa penale da applicare, con l'obbligo da parte della Società di presentare entro 5 giorni dal ricevimento della medesima contestazione le eventuali controdeduzioni.

3. Nel caso in cui la Società non risponda o non dimostri che l'inadempimento non è imputabile alla stessa, l'Amministrazione provvede ad applicare le penali nella misura riportata nel presente contratto, a decorrere dalla data di inadempimento e fino all'avvenuta esecuzione della prestazione

relativa. Gli importi corrispondenti vengono trattenuti sull'ammontare delle fatture ammesse al pagamento o, solo in assenza di queste ultime, sulla cauzione definitiva di cui al paragrafo 6 che dovrà essere integrata dalla Società senza bisogno di ulteriore diffida.

4. Nel caso in cui l'Amministrazione accerti l'esistenza e la validità della motivazione della controdeduzione presentata dalla Società non procede con l'applicazione delle penali e dispone un nuovo termine per l'esecuzione della prestazione oggetto di contestazione, il cui mancato rispetto dà luogo all'applicazione delle penali.

L'applicazione delle penali non pregiudica il diritto del Commissario c/o Regione Toscana ad ottenere la prestazione; è fatto in ogni caso salvo il diritto dell'Amministrazione di richiedere il risarcimento del maggior danno.

6. Il Commissario c/o Regione Toscana procederà alla risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 del codice civile nei seguenti casi:

- articolo 108, commi 1 e 2 del D.Lgs. n. 50/2016;
- in caso di transazioni finanziarie relative a tutte le attività di cui al presente contratto non effettuate con bonifico bancario o postale ovvero con gli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni avvalendosi dei conti correnti bancari dedicati anche in via non esclusiva alla presente commessa pubblica indicati nel precedente articolo 08;
- in caso di subappalto non autorizzato dal Commissario c/o Regione Toscana.
- in caso di violazione degli obblighi di condotta derivanti dal Codice di Comportamento dei dipendenti della Regione Toscana approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 978/2019 da parte dei dipendenti e collaboratori a qualsiasi titolo della Società compreso quelli del subappaltatore;
- in caso di violazione dell'articolo 53 comma 16-ter del D.Lgs. 165/2001 (attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro – pantouflage o revolving door)

7. In caso di risoluzione, l'Amministrazione procederà all'escussione in tutto o in parte della garanzia definitiva, salvo l'ulteriore risarcimento dei danni, anche derivanti dalla necessità di procedere ad un nuovo affidamento.

8. Al di fuori dei casi sopra specificati l'Amministrazione, nei casi in cui il direttore dell'esecuzione accerta che comportamenti della Società concretano grave inadempimento alle obbligazioni contrattuali, in ottemperanza alla disciplina di cui al comma 3 dell'articolo 108 del D.Lgs. 50/2016, si riserva la facoltà di risolvere il contratto.

In relazione all'istituto della risoluzione del contratto, ad eccezione delle ipotesi di risoluzione ai sensi degli articoli 1454 e 1456 espressamente previsti nel presente documento, il Commissario c/o Regione Toscana applica la disciplina dell'articolo 108 del D.Lgs. 50/2016.

9. Nel caso in cui, così come previsto dal precedente Paragrafo 4 – Conclusione dell'affidamento e stipula del contratto della presente lettera d'invito, l'Amministrazione effettui ulteriori controlli sul possesso dei requisiti di ordine generale ex art. 80 D.Lgs. n. 50/2016 ed accerti il difetto del possesso dei requisiti prescritti dallo stesso art. 80, si dà luogo alla risoluzione del contratto ed al pagamento, all'Operatore economico, del corrispettivo pattuito solo con riferimento alle prestazioni già eseguite e nei limiti dell'utilità ricevuta; si dà luogo, inoltre, all'incameramento della cauzione definitiva, ove richiesta, o, in alternativa, all'applicazione di una penale in misura pari al 10 (dieci) per cento del corrispettivo contrattuale.

Art. 16 - Recesso

Il "Commissario c/o Regione Toscana" si riserva il diritto di recedere dal contratto in qualunque tempo ai sensi dell'art. 109 del D.Lgs. 50/2016, previo pagamento delle prestazioni relative ai servizi e alle forniture eseguite, nonché delle somme previste ai sensi del medesimo articolo di cui sopra.

Essa ne dovrà dare comunicazione alla Società con un preavviso di almeno 10 giorni.
E' fatto divieto alla Società di recedere dal contratto.

Art. 17 - Norme di rinvio

1. Per quanto non espressamente previsto in questo documento si richiamano le norme legislative e le altre disposizioni vigenti in materia ed in particolare le norme contenute:

- nel D.Lgs. 50/2016 “Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture” e successive modifiche e integrazioni;
- nella L.R. 38/2007 “Norme in materia di contratti pubblici e relative disposizioni sulla sicurezza e regolarità del lavoro” e successive modifiche e integrazioni, per le parti compatibili;
- nel “Regolamento di attuazione” della L.R. 38/2007 approvato con decreto del Presidente della Giunta Regionale 30/R del 27/05/2008 e successive modifiche e integrazioni, per le parti compatibili.

Art. 18 - Foro competente

1. Per qualsiasi controversia insorta tra le parti derivante o connessa al presente documento, ove il "Commissario c/o Regione Toscana" sia attore o convenuto è competente il Foro di Firenze con espressa rinuncia di qualsiasi altro.

RESPONSABILITA' DEL PROCEDIMENTO

Ai fini della presente procedimento e ai sensi del D.Lgs. 50/2016 il responsabile unico del procedimento è l'Ing. Lorenzo Conti tel 055/4386408, referente per la parte amministrativa sono Luigina Arniani Peloni tel. 055/4382666 e Maria Cristina Moretti tel. 055/4382661.

Il Dirigente Responsabile del Contratto
Ing. Leandro Radicchi

MODALITÀ TECNICHE PER L'INVIO DEGLI ATTI DESTINATI ALLA PUBBLICAZIONE

Con l'entrata in vigore dal 1 gennaio 2008 della L.R. n. 23 del 23 aprile 2007 "Nuovo ordinamento del Bollettino Ufficiale della Regione Toscana e norme per la pubblicazione degli atti. Modifiche alla legge regionale 20 gennaio 1995, n. 9 (Disposizioni in materia di procedimento amministrativo e di accesso agli atti)", cambiano le tariffe e le modalità per l'invio degli atti destinati alla pubblicazione sul B.U.R.T.

Tutti gli Enti inserzionisti devono inviare i loro atti per la pubblicazione sul B.U.R.T. in formato esclusivamente digitale. Le modalità tecniche per l'invio elettronico degli atti destinati alla pubblicazione sono state stabilite con Decreto Dirigenziale n. 5615 del 12 novembre 2007. **L'invio elettronico avviene mediante interoperabilità dei sistemi di protocollo informatici (DPR 445/2000 artt. 14 e 55) nell'ambito della infrastruttura di Cooperazione Applicativa Regionale Toscana. Le richieste di pubblicazione firmate digitalmente (D.Lgs. 82/2005) devono obbligatoriamente contenere nell'oggetto la dicitura "PUBBLICAZIONE BURT", hanno come allegato digitale l'atto di cui è richiesta la pubblicazione. Per gli enti ancora non dotati del protocollo elettronico, per i soggetti privati e le imprese la trasmissione elettronica deve avvenire esclusivamente tramite posta certificata (PEC) all'indirizzo regionetoscana@postacert.toscana.it**

Il materiale da pubblicare deve pervenire all'Ufficio del B.U.R.T. entro il mercoledì per poter essere pubblicato il mercoledì della settimana successiva.

Il costo della pubblicazione è a carico della Regione.

La pubblicazione degli atti di enti locali, altri enti pubblici o soggetti privati obbligatoria per previsione di legge o di regolamento è effettuata senza oneri per l'ente o il soggetto interessato.

I testi da pubblicare, trasmessi unitamente alla istanza di pubblicazione, devono possedere i seguenti requisiti formali:

- testo - in forma integrale o per estratto (ove consentito o espressamente richiesto);
- collocazione fuori dai margini del testo da pubblicare di firme autografe, timbri, loghi o altre segnature;
- utilizzo di un carattere chiaro tondo preferibilmente times newroman, corpo 10;
- indicazione, all'inizio del testo, della denominazione dell'ente emittitore e dell'oggetto dell'atto sintetizzato nei dati essenziali;
- inserimento nel testo di un unico atto o avviso; più atti o avvisi possono essere inseriti nello stesso testo se raggruppati per categorie o tipologie omogenee.

Per ogni eventuale chiarimento rivolgersi alla redazione del B.U.R.T. tel. n. 0554384631-4610-4624