



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

DAY SURGERY

Rappresenta la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive in regime di ricovero limitato, di norma, alle sole ore diurne, in anestesia locale, loco-regionale, generale.

La presente scheda modifica e/o integra la parte relativa alla normativa regionale D.G.R. 26/21 del 4 giugno 1998.

	REQUISITI STRUTTURALI	SI	NO
1.	I locali e gli spazi dell'area di degenza devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate		
2.	Gli interventi chirurgici svolti in regime di ricovero diurno sono effettuati all'interno di un gruppo/reparto operatorio autorizzato in possesso dei requisiti minimi strutturali, impiantistici, tecnologici e organizzativi previsti per il blocco operatorio		
3.	Per le attività di Day Surgery sono disponibili almeno i seguenti ambienti:		
4.	locali per degenza pazienti, sono in numero adeguato rispetto ai volumi ed alle tipologie di attività previste con le caratteristiche strutturali, tecnologiche, impiantistiche, di arredo e dotazioni previste nella scheda di riferimento.		
5.	locale/i visita/medicazioni con le caratteristiche strutturali, tecnologiche, impiantistiche, di arredo e dotazioni previste nella scheda di riferimento.		
6.	locale/spazio attesa, adeguatamente arredato con le caratteristiche strutturali, di arredo e dotazioni previste nella scheda di riferimento.		
7.	locale per attività amministrative/accettazione/archivio (**)		
8.	locale/spazio deposito materiale pulito (*)		
9.	locale/spazio o armadio per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni con le caratteristiche strutturali, di arredo e dotazioni previste nella scheda di riferimento. (**)		
10.	locale deposito materiale sporco (**)		
11.	locale per distribuzione del vitto (cucinetta) con le caratteristiche strutturali, impiantistiche, di arredo e dotazioni previste nella scheda di riferimento. (**)		
12.	servizi igienici distinti per il personale con le caratteristiche strutturali, impiantistiche, di arredo e dotazioni previste nella scheda di riferimento. (**)		
13.	servizi igienici per i pazienti facilmente accessibili con le caratteristiche strutturali, impiantistiche, di arredo e dotazioni previste nella scheda di riferimento. (**)		
14.	locale di lavoro per il personale di assistenza diretta con le caratteristiche strutturali, tecnologiche, di arredo e dotazioni previste nella scheda di riferimento. (**)		

(**) Se il day-surgery è collocato nell'ambito di una più ampia struttura sanitaria, le relative funzioni possono essere ricomprese tra quelle complessivamente presenti nella struttura



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

DAY SURGERY

	REQUISITI IMPIANTISTICI E TECNOLOGICI	SI	NO
15.	E' corrispondente ai requisiti previsti nella scheda relativa al blocco chirurgico (vedi relativa scheda).		

	REQUISITI ORGANIZZATIVI		
16.	La dotazione di personale è adeguata alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate		
17.	Durante le ore di attività del day-surgery nell'area di degenza è garantita la presenza di almeno un medico ed un infermiere (anche non dedicati in caso di day-surgery all'interno di struttura pubblica o privata)		
18.	Sono chiaramente attribuite le responsabilità assistenziali		
19.	Sono definiti i collegamenti funzionali con i reparti di degenza ordinari e intensivi		
20.	Sono previste modalità per informare i pazienti e il medico curante sull'iter post-operatorio		



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

DAY SURGERY

IL SOTTOSCRITTO D I C H I A R A
il mancato possesso dei seguenti requisiti e ne giustifica il motivo

Nr. Requisito	Giustificazione mancato possesso	Tempistica di risoluzione



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

DAY SURGERY

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA
altresì l'inapplicabilità alla struttura dei seguenti criteri non soddisfatti

Nr. Requisito	Giustificazione mancato possesso

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze che le false attestazioni comportano sotto l'aspetto penale, civile ed amministrativo in caso di false dichiarazioni, certifica che la struttura di cui è responsabile alla data odierna sia in possesso dei requisiti sopra elencati.
In fede

(firma del dichiarante)

STRUTTURA _____ COMUNE: _____ VIA _____ N. _____

