

DATA, LUOGO E ORDINE DEL GIORNO

DATA	LUOGO	ORA INIZIO	ORA FINE
19.05.2011	Stanza 49, Piano II – Area Gialla	15.00	17.00
ORDINE DEL GIORNO			
Quarta riunione dell'attività 2011 del Gruppo di Lavoro Accreditamento, Appropriatelyzza e Controlli			

PRESENTI

NOMINATIVO	QUALIFICA
Luca Merlinò	Direttore UO Governo dei Servizi Sanitari Territoriali e Politiche di Appropriatelyzza e Controllo – Direzione Generale Sanità
Nadia Da Re	UO Governo dei Servizi Sanitari Territoriali e Politiche di Appropriatelyzza e Controllo – Direzione Generale Sanità
Rosella Ghioldi	UO Governo dei Servizi Sanitari Territoriali e Politiche di Appropriatelyzza e Controllo – Direzione Generale Sanità
Daniela Nicolosi	UO Governo dei Servizi Sanitari Territoriali e Politiche di Appropriatelyzza e Controllo – Direzione Generale Sanità
Gianluca Avanzi	Direttore Accreditamento, Qualità, Sicurezza Farmacia - Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus
Aldo Bellini	Direttore SC Controllo Prestazioni Sanitarie – Asl di Milano
Anna Brotto	Responsabile UO Tecniche Epidemiologiche e Gestionali per l'Organizzazione Sanitaria – Asl di Brescia
Claudia Martelli	Dirigente Medico UO Qualità ed Appropriatelyzza delle Prestazioni Sanitarie – Asl di Brescia
Anna Morabito	Direttore SC Accreditamento, Verifica e Controllo – Asl di Milano 1
Riccardo Baldelli	Dirigente Medico Direzione Sanitaria AO San Paolo - Milano
Enza Pallone	Direzione Sanitaria AO Luigi Sacco - Milano
Giorgia Saporetti	Risk Manager e Referente UO Qualità, Rischio clinico e Accreditamento - AO Luigi Sacco - Milano
Laura Radice	Direttore Medico di Presidio AO San Gerardo - Monza
Rosaria Rivolta	AO San Gerardo - Monza
Alberto Ambrosio	Dirigente Medico Direzione Sanitaria IRCCS San Raffaele - Milano
Dario Beretta	Direttore Generale Istituto Clinico San Siro – Milano Referente AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata)
Silvano Ubbiali	AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata)
Pierangelo Bombelli	Fondazione Salvatore Maugeri - Milano Referente Assolombarda
Andrea Capponi	Consulente IRCCS Multimedica – Sesto San Giovanni
Cristian Ferraris	Referente Assolombarda
Tiziana Legnani	Direttore Sanitario Clinica San Carlo – Paderno Dugnano
Antonella Sorgente	Responsabile Affari Legali Sanitari – Istituto Auxologico Italiano Referente ARIS (Associazione Religiosa Istituti Socio-sanitari)

RESOCONTO INCONTRO

La dott.ssa Da Re distribuisce ai presenti copia del Decreto n. 4304 del 13.05.2011, con il quale è formalizzato il Gruppo di Lavoro Regionale per l'Accreditamento, l'Appropriatelyzza e il Controllo delle Prestazioni Sanitarie di Ricovero ed Ambulatoriali (cfr. in allegato¹).

¹ Il documento "DDG2011_4304.pdf" è presente sullo spazio Interpello nella sezione Biblioteca, unitamente al presente verbale.

Il Dr. Merlino introduce i lavori riassumendo le tematiche dell'ordine del giorno, come di seguito richiamato:

1. Richiesta modalità di recepimento delle conclusioni sulle seguenti tematiche:
 - codifica interventi sulla spalla;
 - codifica interventi con tecnica STARR;
 - codifica ventilazione meccanica non invasiva;
 - codifica trattamento del dolore radicolare neuropatico con radiofrequenza pulsata;
 - codifiche di alcune prestazioni ambulatoriali di oculistica (rif. Verbale del 30.03.2011 – Punto 4);
 - riconoscimento equipe miste in sala operatoria ai fini dell'assolvimento dei requisiti di dotazione organica;
 - requisiti di dotazione organica per interventi di chirurgia ambulatoriale eseguiti in sala operatoria;
 - recepimento Accordo Stato-Regioni "Aggiornamento linee guida codifica SDO";
 - revisione della percentuale di rimborso delle varie tipologie di protesi (spalla, reimpianti ginocchio ecc.).
2. Codifica interventi finalizzati al trattamento del "piede diabetico";
3. Codifica e appropriatezza interventi di chirurgia bariatrica;
4. Definizione regime di trattamento del linfedema;
5. Criteri di appropriatezza per la definizione del setting assistenziale per interventi con codici di procedura 86.3 ed 86.4 e relativo rimborso;
6. Regime di trattamento per l'endoscopia delle vie lacrimali;
7. Possibilità di utilizzo del ricettario del SSR per i medici delle strutture private accreditate per alcune casistiche di ricovero (accesso in Pronto Soccorso con indicazione al ricovero per "urgenze differibili");
8. Uso del ricettario del SSR per i medici delle strutture private accreditate per la prescrizione di farmaci;
9. Riconoscimento delle prestazioni eseguite in concomitanza con una procedura afferente al regime di bassa complessità assistenziale.
10. Requisiti per le attività di Emodinamica;
11. Richiesta chiarimenti su applicazione DGR n. IX/1479/2011.
12. Aggiornamento sulle tematiche rimaste in sospeso a conclusione della riunione dello scorso 27.04.
13. Varie ed eventuali.

Discussione:

1. Il dott. Merlino riferisce che le conclusioni raggiunte sul tema della codifica degli interventi sulla spalla, degli interventi eseguiti con tecnica STARR, della ventilazione meccanica non invasiva e del trattamento del dolore radicolare neuropatico con radiofrequenza pulsata saranno oggetto della Delibera di Giunta di prossima uscita contenente il III Provvedimento delle Regole 2011. Nella stessa Delibera sarà presente anche il recepimento dell'Accordo Stato-Regioni "Aggiornamento linee guida codifica SDO".

Il dott. Merlino riferisce inoltre che le conclusioni relative all'assimilazione di alcuni codici di prestazioni ambulatoriali di oculistica sono state pubblicate sullo spazio Interpello della DG San².

Il dott. Merlino ribadisce che in merito al riconoscimento delle equipe miste in sala operatoria ai fini dell'assolvimento dei requisiti di dotazione organica nonché ai requisiti di dotazione organica per interventi di chirurgia ambulatoriale eseguiti in sala operatoria vale quanto già definito nel corso della scorsa riunione del GdL (rif. Verbale del 27.04.2011 – Punto 2 "Il dott. Merlino suggerisce che in tali situazioni il discrimine sia proprio la tipologia di intervento da eseguire, dato che non appare ravvisabile in tali circostanze il tentativo di aggirare l'accreditamento per fare attività non autorizzate. Si propone inoltre che a tal fine si instaurino accordi preliminari tra la Asl e gli erogatori,

² Pubblicazione sullo spazio Interpello in data 18.05.2011 nella sezione Prestazioni ambulatoriali/Ocullistica.

che garantiscano che la tipologia di intervento sia volta ad erogare una prestazione per cui quella struttura è accreditata.” e Punto 4 “Il dott. Merlino definisce che in caso di esecuzione di attività prettamente ambulatoriali in ambiti assistenziale a maggior intensità rispetto a quelli previsti, i requisiti minimi da garantire sono comunque quelli assolti con il livello proprio delle prestazioni ambulatoriali.”).

Il dott. Merlino precisa che, trovandoci ormai a metà anno, tutte le disposizioni che prevedano rimodulazioni tariffarie saranno oggetto delle Regole che saranno emanate per l'esercizio 2012. Ciò vale quindi anche per la richiesta di revisione della percentuale di rimborso delle varie tipologie di protesi.

2. Il dott. Merlino riferisce che in merito alla codifica degli interventi finalizzati al trattamento del “piede diabetico”, è stata accolta la proposta contenuta nell'approfondimento realizzato dall'Asl di Milano (cfr. in allegato³), la quale sarà riportata nel III Provvedimento già citato al Punto 1. La dott.ssa Nicolosi riassume i contenuti delle suddette indicazioni come di seguito riportato: nel caso di diabete con complicazioni a lungo termine o croniche devono essere indicati, oltre al codice specifico del diabete complicato, anche i codici relativi a ciascuna manifestazione. Nei ricoveri chirurgici, in tutti i casi di complicanze a lungo termine o croniche (vascolari, neurologiche o miste) deve essere indicato il codice di diagnosi principale 250.70 *Diabete tipo II o non specif., non definito se scomp., con compl. circolat. periferiche*, unitamente ad un codice aggiuntivo (es. ulcera, gangrena ecc.) per identificare la complicazione presente, così come previsto dall'ICD-9-CM. Nei casi complicati esclusivamente da deformità ossee, che necessitano quindi di un rimodellamento, sarà invece selezionato in diagnosi principale il codice 250.80 *Diabete tipo II o non specificato, non definito se scompensato, con altre complicazioni specificate*, insieme alla diagnosi secondaria relativa alle deformità (cod. 731.8 *Altre complicazioni ossee in malattie classificate altrove*) e al codice di procedura del rimodellamento osseo (es. 77.68 *Asportazione locale di lesione o tessuto di tarso e metatarso*)⁴.
3. Il dott. Merlino riferisce che sul tema dell'appropriatezza degli interventi di chirurgia bariatrica occorre fare riferimento alle linee guida elaborate dalle società scientifiche di riferimento. A questo proposito si chiede a tutti i referenti presenti di fare gli opportuni approfondimenti in materia e di riferirne nel corso dei successivi incontri, al fine di condividere un percorso comune di definizione dei criteri di appropriatezza richiesti alla suddetta tipologia di chirurgia. Per quanto riguarda invece la codifica di dette prestazioni nonché della chirurgia ricostruttiva post-bariatrica, si anticipa di seguito⁵ il contenuto delle specifiche indicazioni oggetto del succitato III Provvedimento e si allega, ad integrazione delle stesse, il contributo elaborato in merito dall'Asl di Milano con il supporto di una Commissione di professionisti clinici esperti del settore⁶:

Trattamento chirurgico dell'obesità

Può essere descritto con codici diversi a seconda del tipo di intervento. Si riportano di seguito le indicazioni per la descrizione di tali casi (sempre di obesità grave con cod. 278.01 in diagnosi principale), precisando che la scelta di alcuni codici di procedura apparentemente inadeguati e/o insufficientemente descrittivi, nasce dall'assenza in ICD-9-CM di codici specifici per alcune tecniche attualmente in uso, eseguite tutte per via laparoscopica:

- Intervento di diversione biliopancreatica (BPD)
 - cod. 43.7 Gastrectomia parziale con anastomosi del digiuno
 - cod. 45.91 Anastomosi intestinale tenue-tenue
 - cod. 51.23 Colectomia laparoscopica
- Intervento di gastroplastica verticale
 - cod. 44.68 Gastroplastica laparoscopica

³ Il documento “AslMilano_CodificaInterventiPiedeDiabetico_2010.pdf” è presente sullo spazio Interpello nella sezione Biblioteca, unitamente al presente verbale.

⁴ La disposizione descritta sarà oggetto del III Provvedimento delle Regole d'Esercizio 2011 di prossima uscita.

⁵ La disposizione descritta sarà oggetto del III Provvedimento delle Regole d'Esercizio 2011 di prossima uscita.

⁶ Il documento “AslMilano_CodificaChirurgiaPlasticaPostBariatrica_2011.pdf” è presente sullo spazio Interpello nella sezione Biblioteca, unitamente al presente verbale.

- codificare anche eventuale sincrona
cod. 44.38 Gastroenterostomia laparoscopica
- Intervento di bypass gastrico
cod. 44.38 Gastroenterostomia laparoscopica
- Interventi di banding gastrico (reversibile)
cod. 44.95 Procedura laparoscopica di restrizione gastrica
- Inserzione endoscopica di pallone bariatrico intragastrico
cod. 44.93 Inserzione di bolla gastrica (palloncino)

Rimozione di adiposità localizzate (addome pendulo con adiposità) non altrimenti correggibili:

Dia. Princ. cod. 278.1 Adiposità localizzata
Int. Princ. cod. 86.83 Intervento di plastica per la riduzione di ampiezza

In questo caso la relativa documentazione clinica deve necessariamente riportare tutti gli elementi (clinici ed anatomopatologici) utili alla corretta individuazione della suddetta condizione e alla sua differenziazione dall'addome pendulo da lassità cutanea (da cui si distingue in termini nosologici e di impegno assistenziale richiesto).

Trattamento degli esiti della chirurgia bariatrica

Gli interventi di chirurgia plastica di rimodellamento successivi a chirurgia bariatrica, prevedono l'utilizzo in diagnosi principale del codice V51 Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica.

Ad es., nel caso del trattamento dell'addome pendulo da lassità cutanea in esiti di chirurgia bariatrica o di importanti dimagrimenti, andrà utilizzata la seguente codifica:

Dia. Princ. cod. V51 Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica
Int. Princ. cod. 86.83 Intervento di plastica per la riduzione di ampiezza

4. Il dott. Bellini, in merito alla definizione del corretto regime di trattamento del linfedema, riferisce l'esperienza del NOC dell'Asl di Milano: l'attività di una particolare struttura di ricovero e cura di diritto privato è relativa ad un pacchetto di prestazioni, all'interno del quale alcune sono ripetute abitualmente con un impegno medio di 2 ore di trattamento (pacchetti teorici di 3 ore di trattamento). In accordo con la struttura, si è definito di limitare il regime di ricovero diurno ai soli pazienti con fragilità, in considerazione del fatto che questi ultimi richiedono una presa in carico non solo di natura fisiatrica. Al fine di differenziare la casistica sono state utilizzate le scale specifiche di pertinenza fisiatrica. Il dott. Bellini aggiunge che a suo parere l'argomento diverrà di pertinenza degli specifici tavoli di lavoro con i fisiatristi per la definizione dei pacchetti della macroattività ambulatoriale.
Il dott. Merlini concorda con quanto affermato dal dott. Bellini e precisa che i 6-7 pacchetti attualmente al vaglio dei suddetti tavoli di lavoro, si riferiscono ad attività complesse che non andranno a sostituire le prestazioni ambulatoriali classiche.
5. Il dott. Merlini definisce che, in merito ai criteri di appropriatezza per la definizione del setting assistenziale per interventi con codici di procedura 86.3 ed 86.4, sarà vagliata la proposta che il dott. Beretta si offre di avanzare e per la quale si resta in attesa.
Il dott. Merlini precisa altresì che la variabile che si avvicina di più a rappresentare i costi nei casi in esame, è il tempo impiegato (quanto dura un intervento, quanto l'osservazione post-procedura?). Naturalmente anche la sede anatomica fa la differenza.
Ciò significa che o si prevede un rimborso proporzionato al tempo di intervento o si trasferisce tutto in bassa complessità assistenziale rivedendo anche le tariffe ambulatoriali.
6. Il dott. Merlini riferisce che, in merito al corretto regime di trattamento per l'endoscopia delle vie lacrimali, si resta in attesa del contributo che sarà fornito dal dott. Beretta.
7. Il dott. Merlini riferisce che, in merito alla possibilità di concedere l'utilizzo del ricettario del SSR ai medici delle strutture private accreditate per la prescrizione di alcune tipologie di ricoveri (es. urgenza differibile da PS), nel caso si concordasse di stabilire questa modalità, ciò andrebbe fatto con le Regole valevoli per il 2012.

La dott.ssa Morabito esprime perplessità su tale ipotesi e chiede se le caratteristiche di tali ricoveri rendano realmente difficoltoso il passaggio dal medico di base.
Si definisce che la tematica merita ulteriori approfondimenti.

8. Il dott. Merlino riferisce che, in merito alla possibilità di concedere l'utilizzo dell'uso del ricettario del SSR per i medici delle strutture private accreditate per la prescrizione di farmaci, non vi sono remore se ciò va incontro al cittadino: ciò potrebbe essere auspicabile in condizioni di dimissione da PS o quando i medici di base sono sostituiti dai medici di continuità assistenziale. Anche in questo caso, però, ciò andrebbe fatto con le Regole valevoli per il 2012.

9. Il dott. Merlino ribadisce quanto già riferito in diverse occasioni, e cioè che per la bassa complessità assistenziale il criterio che guida l'attribuzione delle prestazioni al suddetto regime è l'MPR, come avveniva precedentemente per l'attribuzione al DRG.

Il criterio di selezione del regime e della durata del ricovero diventa naturalmente di natura clinica nel caso le condizioni del paziente lo richiedano: es. se il paziente richiede una degenza di 3 giorni in funzione del raggiungimento della stabilità clinica, ovviamente ciò deve essergli concesso. La documentazione clinica deve però rendere conto, in questi casi, delle necessità cliniche che determinano l'allungamento del ricovero.

Se ci sono delle aree che necessitano di precisazioni, queste saranno fornite con le Regole per il 2012 ma non è ammissibile l'omissione di codici di procedure eseguite.

Si resta in attesa di eventuali proposte di integrazione per i codici della bassa complessità assistenziale.

10. In merito ai requisiti per le attività di Emodinamica, il GdL concorda su tutto eccetto che per la definizione del numero di cardiologi da garantire.

Il dott. Merlino riferisce che la distinzione operata dalla Regione Emilia Romagna in base all'effettuazione di procedure diagnostiche od operative appare poco sostenibile dal punto di vista clinico, potendosi determinare la conversione di una tipologia di procedura nell'altra anche con modalità non prevedibili a priori.

La dott.ssa Da Re precisa che il medico referente non deve essere necessariamente il Primario e che la formazione richiesta è quella della specialità.

Il dott. Merlino propone che il numero minimo di giorni di apertura sia di 5 gg/settimana per 12 h/giorno.

Si definisce altresì l'eliminazione dei punti 6 e 7 del documento inviato in condivisione (cfr. Allegato in calce - "PropostaRequisitiEmodinamica_rev02"), la presenza di un medico in sala e di un secondo medico reperibile, l'eliminazione del punto 11 del medesimo documento (in quanto riferito a modalità di gestione dei turni infermieristici che la struttura si dà) e, infine, che l'attività dell'emodinamica debba essere condotta in continuità con l'attività intensiva cardiologica.

Il dott. Merlino, su segnalazione dei referenti dell'Asl di Brescia, definisce che il termine "rapidamente" contenuto nel punto 15 del suddetto documento, si trasformi in "esiste un protocollo con una UO di cardiocirurgia?".

11. La dott.ssa Da Re, in merito ai quesiti pervenuti dal dott. Gariboldi e relativi alla richiesta di chiarimenti sull'applicazione della DGR n. IX/1479/2011, espone le conclusioni di seguito riportate:

a. Il medico coordinatore è in più rispetto a quello che deve garantire le 38 ore?

Risposta: NO.

b. Il debito orario può essere assolto da medici anche incardinati in equipe più ampie, con debita documentazione dei turni (esempio medicina o riabilitazione)?

Risposta: nulla osta alla possibilità di utilizzo di medici che operano anche in altre UO.

c. Il debito orario infermieristico si assolve anche con OSS, con le stesse regole ex DGR n. 38133?

Risposta: SI.

d. I fisioterapisti (visto che nella valutaz. multidimens. i pz. possono aver bisogno di "trattamenti"), ove necessari, assolvono al requisito?

Risposta: SI.

e. Il finanziamento per l'attività sub-acuta non sarà attinto dal budget per ricoveri acuti?

Risposta: per il primo anno è previsto un budget dedicato.

f. È prevista assegnazione di budget aggiuntivo per l'attività di cure sub-acute?

Risposta: vedi risposta precedente.

- g. È possibile una gestione dipartimentale dei requisiti organizzativi e strutturali specifici di questo modulo?

Risposta: NO.

- h. Definizione della figura del coordinatore medico delle attività: in forma esclusiva o condivisa con altre UO?

Risposta: anche in forma condivisa.

- i. È possibile la parametrizzazione dell'assistenza medica nelle ore diurne al numero di posti tecnici del modulo?

Risposta: SI, però fino ad un minimo di 10 posti tecnici.

- j. Nel caso in cui una struttura (A) disattivasse un certo numero di posti letto a favore di un'altra struttura (B) che, in incremento di posti letto rispetto al proprio assetto, attiva un'area per pazienti "sub-acuti" si deve procedere ad un trasferimento formale di budget dalla struttura A alla struttura B? E sulla base di quali parametri dovrà essere determinato questo budget?

Risposta: vedi risposte ai punti e ed f.

- k. All. 15 della DGR n. 937/2010: "...dovrà essere garantita la pronta disponibilità di un medico nelle 24 h": tale funzione può essere assolta dal medico in servizio attivo nel presidio (es. gettonista, piuttosto che dal medico che garantisce la presenza attiva nelle 24 h in una UO tipo rianimazione) ove l'attività si svolga all'interno della struttura di ricovero e cura?

Risposta: SI.

12. Il dott. Merlini riferisce che per motivi di tempo, l'esame del contributo inviato dal dott. Gariboldi in merito alle proposte di aggiornamento delle branche di afferenza delle prestazioni ambulatoriali, è rimandato al prossimo incontro.

13. Il dott. Bellini pone il problema della rivalutazione dei ricoveri in prestazioni ambulatoriali nel corso dei controlli, in carenza dei prescritti requisiti di appropriatezza erogativa per il regime di ricovero, stante la mancanza di rappresentazione sulle SDO di tutte le procedure effettuate (es. esami ematochimici).

Il dott. Merlini concorda con l'impostazione suggerita dai referenti delle Asl, circa la rivalorizzazione delle prestazioni contenute nella SDO unitamente ad un valore forfettario rappresentativo degli esami ematici, precisando che non attiene alle Asl una rivalorizzazione puntuale delle prestazioni effettuate né la ricodifica di procedure omesse.

Il dott. Bellini pone anche il problema della rendicontazione di procedure minori effettuate unitamente a determinati interventi chirurgici, le quali però influenzano l'attribuzione del ricovero ad un DRG di peso minore rispetto a quello che sarebbe originato dalla codifica del solo intervento chirurgico (es. allungamento del tendine di Achille nel corso di intervento di "calcaneo-stop"). Il dott. Bellini suggerisce che tali situazioni possano essere affrontate tramite l'utilizzo della sesta procedura, come è stato convenuto per l'intervento sulla spalla in artroscopia (ndr. disposizione valevole dal 1° gennaio 2012).

La dott.ssa Morabito, in relazione al riscontro di ricoveri chirurgici ordinari in difetto del numero di professionisti richiesti (da verbale operatorio), chiede se vada comminata la sanzione anche in caso di osservazioni occasionali e se il ricovero vada pagato.

Il dott. Merlini risponde che è suo parere che il ricovero vada pagato se l'intervento è stato effettuato e se ciò è stato fatto in maniera appropriata ma precisa che è sua intenzione confrontarsi sull'argomento con la Corte dei conti: non è possibile infatti neanche utilizzare i disposti della DGR n. 9014/2009, in quanto essa prevede esclusivamente che vada scritto "ciò che c'è".

Per tutte le altre questioni, il dott. Merlini invita a voler produrre tutti gli approfondimenti necessari in tempo utile per la discussione prevista per il prossimo appuntamento.

PROSSIMO INCONTRO

DATA	LUOGO	ORA INIZIO	ORA FINE
22.06.2011	Stanza 34, Piano II – Area Arancione	15.00	17.00
Oggetto: Quinta riunione dell'attività 2011 del Gruppo di Lavoro Accreditamento, Appropriatelyzza e Controlli			

Luogo e data: Milano, 19.05.2011

Cod.	Attività di Emodinamica 1	SI	NO	note
REQUISITI STRUTTURALI				
SSEMO 01	I locali e gli spazi per l'esecuzione delle prestazioni sono correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate, e garantiscono il rispetto della privacy del paziente ?	__	__	
SSEMO 02	Esiste una o più sale di emodinamica completa/e di angiografo fisso?	__	__	
SSEMO 03	Esiste un locale / area dedicato alla preparazione e alla gestione post-intervento del paziente ?			
SSEMO 04	Il dimensionamento della sala di Emodinamica è sufficiente a garantire l'agevole movimentazione del paziente, delle apparecchiature e degli operatori ?	__	__	
SSEMO 05	Esiste almeno un monitor ad alta risoluzione in sala d'esame, per visualizzare le immagini dal vivo, installato su supporto pensile ad altezza variabile?	__	__	
SSEMO 06	Esiste una sala comandi, con disponibilità di almeno un monitor posizionato nella stessa, o comunque all'esterno della zona controllata ?	__	__	
SSEMO 07	Esiste un locale / spazio per la preparazione, lavaggio e vestizione degli operatori?			
SSEMO 08	Esiste un locale / spazio per la refertazione ?	__	__	
SSEMO 09	Esistono spazi per la preparazione e il lavaggio del materiale ?	__	__	
SSEMO 10	Sono previsti e procedurati percorsi per il paziente, gli operatori e lo strumentario, idonei a garantire			
SSEMO 11	La dotazione di strumenti ed apparecchiature è adeguata alla tipologia della attività, ed è comunque sempre presente un iniettore angiografico ?	__	__	
SSEMO 12	Si ha a disposizione un apparecchio angiografico portatile di back - up?	__	__	
SSEMO 13	Esistono spazi separati per il deposito del materiale pulito e del materiale sporco?	__	__	
SSEMO 14	Sono presenti prese per l'ossigeno e l'aspirazione endotracheale ?	__	__	
SSEMO 15	È presente e adeguatamente mantenuto in efficienza il collegamento con un gruppo di continuità UPS ?	__	__	cfr. SGTEC 04, per pertinenza
SSEMO 16	Sono disponibili e correttamente utilizzate protezioni quali camici in materiale piombo-equivalente, collare tiroideo, occhiali anti-X, schermi mobili, dosimetri ?	__	__	cfr. SGTEC 07, per pertinenza

SSEMO 17	È presente e disponibile uno strumentario per la rianimazione cardiorespiratoria comprensivo di: farmaci, defibrillatore, laringoscopio e cannule tracheali per intubazione, erogatore di ossigeno, pompe di infusione, sistema di aspirazione e ventilatore polmonare attrezzatura per la pericardiocentesi percutanea ?	_	_	
-----------------	---	---	---	--

REQUISITI ORGANIZZATIVI				
OSEMO 01	Esiste un regolamento/protocollo completo dell'elenco delle procedure diagnostico/terapeutiche, relativo alla gestione/organizzazione della attività di Emodinamica, che contenga anche riferimenti alla preparazione e alla gestione post-intervento del paziente ?	_	_	
OSEMO 02	È individuato un Dirigente medico di II livello/ Referente/Responsabile, in possesso di idonea specializzazione, rapportata alla tipologia di attività svolta ?	_	_	
OSEMO 03	È presente per ogni sala attiva personale medico specializzato, adeguatamente formato, e in numero conforme alle raccomandazioni/normative vigenti e le indicazioni delle Società scientifiche ?	_	_	cfr. Linee Guida: x Cardiologia Interventistica: 2 cardiologi se attiva una sola sala, almeno 3 se attive contemporaneamente due sale.
OSEMO 04	È presente almeno un infermiere professionale per sala attiva, adeguatamente formato ?	_	_	
OSEMO 05	È presente almeno un tecnico sanitario di radiologia per turno (o eventuale documentazione attestante la sostituzione di tale figura con IP) ?	_	_	
OSEMO 06	La struttura ha definito i percorsi di formazione del personale medico ed infermieristico di sala, sulla base dei criteri formativi indicati dalle linee guida relative ?	_	_	
OSEMO 07	Il personale medico e non medico è in possesso di idonea documentazione attestante una formazione specifica sulla attività di Cardiologia Interventistica / Elettrofisiologia / Emodinamica ?	_	_	
OSEMO 08	Durante lo svolgimento dell'attività è presente in struttura un Anestesista rianimatore, e la Struttura ha definito e riportato in apposito elenco le procedure per le quali è necessaria la presenza dello stesso in sala?	_	_	
OSEMO 09	La Struttura ha definito le fasce orarie/giorni di apertura della/e sala/e di emodinamica con personale presente (garantendo per le strutture inserite nella Rete di Emergenza CardioVascolare, un'apertura comunque effettiva di almeno 5 giorni la settimana per almeno 12 h/die) e/o reperibile?	_	_	

OSEMO 10	Per le strutture inserite nella Rete di Emergenza CardioVascolare, sono garantiti turni di pronta disponibilità/reperibilità 24/24 h per 365/365 giorni l'anno, sia per il personale medico che infermieristico ?	__	__	
OSEMO 11	In caso di attività su più sale e/o più turni di servizio è presente un coordinatore / referente infermieristico?	__	__	
OSEMO 12	La prestazione viene refertata secondo le modalità previste (e ne viene consegnata copia al paziente, se attività svolta in regime ambulatoriale) ?	__	__	
OSEMO 13	Esistono appositi registri per le procedure di Emodinamica ed Elettrofisiologia dove sono riportati gli interventi eseguiti, con almeno: il numero corrispondente alla cartella clinica/scheda clinica ambulatoriale; la data e la tipologia della procedura; il cognome e nome e la data di nascita del paziente; i nominativi degli operatori e la firma del medico interventista; la eventuale tecnica anestesiológica utilizzata e la firma dell'anestesista in caso di intervento dello stesso ?	__	__	
OSEMO 14	È garantita la possibilità di ricoverare nella Struttura, se necessario, i pazienti in degenza protetta (UTIC, Rianimazione) o ordinaria ?	__	__	N.B.: "prerequisito" alla messa in esercizio di una macroattività di Emodinamica, è la presenza all'interno della Struttura, di una UTIC ovvero di una Rianimazione (TIPO, etc.)
OSEMO 15	È garantita (durante la effettuazione di procedure cardiovascolari, anche tramite convenzione esterna) la possibilità di disporre rapidamente, se necessario, dell'intervento di una UO di Cardiocirurgia ?	__	__	
OSEMO 16	Sono osservate le procedure riguardanti la regolare pulizia e sanificazione degli ambienti?	__	__	cfr. OGPRO 08

I requisiti "SS/OS EMO" fanno riferimento ai "Quaderni del Ministero della Salute - Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza alle malattie del sistema cardiovascolare" gennaio - febbraio 2010