

Servizi di urgenza medica

Gentile Direttrice, egregio Direttore
Gentile Collega, egregio Collega

Riassunto

Il 29 aprile 2005 il Consiglio di Stato ha varato il nuovo Regolamento **concernente i servizi di urgenza medica negli ospedali e nelle cliniche**, in applicazione alla Legge sanitaria (allegato 1).

Questo Regolamento definisce due categorie di servizi di urgenze mediche (categoria A "**Emergenze e Pronto soccorso**" e categoria B "**Pronto Soccorso**") e precisa i requisiti di qualità che devono essere rispettati. Esso sottopone poi a regime di autorizzazione l'esercizio di questi servizi. Gli ospedali e le cliniche con servizi di urgenza medica già in funzione, e che desiderano continuare quest'attività, devono presentare domanda di autorizzazione all'Ufficio di sanità

entro il 3 luglio 2005

secondo le modalità previste al punto 10 delle Direttive Dipartimentali (allegati 2,3).

Introduzione

Decine di migliaia di ticinesi, centinaia di turisti e altrettante persone in transito, sono ogni anno vittime di incidenti e malattie sul territorio del nostro Cantone. Accanto alla centrale di Ticino Soccorso (numero telefonico 144) rispondono a tali bisogni i servizi di picchetto medico dell'OMCT, le farmacie di turno e i diversi servizi di urgenza medica di ospedali pubblici e cliniche private. Tutti insieme rappresentano la risposta del nostro sistema sanitario ai bisogni in cure urgenti della popolazione.

Il bisogno - oggettivo o soggettivo - che porta il cittadino a recarsi presso un servizio di pronto soccorso è costantemente aumentato negli anni: si tratta indubbiamente di un trend culturale, che vede nel servizio di urgenza medica la risposta immediata ed efficace al proprio male.

Ma c'è gravità e gravità. Non tutto ciò che agli occhi del paziente appare urgente, rappresenta un'urgenza oggettiva. Senza un adeguato triage i servizi di pronto soccorso degli ospedali pubblici finiscono congestionati da innumerevoli bagattelle, che possono distrarre l'équipe caricandola di una mole di lavoro "impropria". Inoltre il paziente con urgenza minore aspetta talvolta ore per risolvere il proprio problema ... e ciò è sempre meno compatibile con il modello di vita attuale. Le lamentele si leggono sui giornali.

La soluzione ? Cercare d'indirizzare il paziente al posto giusto. Come realizzarla ? Con due misure: la prima è la centrale d'allarme di Ticino soccorso 144, che già oggi indirizza la persona al posto giusto e mobilita i servizi di urgenza pre-ospedaliera se necessario. La seconda misura definendo meglio la natura e i mandati dei servizi di urgenza medica e informando di conseguenza i pazienti.

Scopo e natura del nuovo Regolamento

I servizi di urgenza medica rappresentano un elemento **essenziale** del sistema sanitario, che può influire come nessun altro sulla prognosi di pazienti politraumatizzati e/o ad alto rischio di morte o di invalidità. Questo nuovo Regolamento, che applica il titolo VI della legge sanitaria (strutture e servizi sanitari), vuole mettere ordine tra i servizi di urgenza medica di ospedali pubblici e cliniche private, chiarendo meglio “chi fa che cosa” e garantendone i requisiti di qualità.

In sostanza il Regolamento sottopone a regime di autorizzazione tutti i servizi degli istituti di cura acuti che offrono - o vogliono offrire - prestazioni di urgenza medica: sono i vari servizi di pronto soccorso, di primo soccorso, di pronta accoglienza, di emergenza, ecc. Di fronte a tanti nomi il cittadino è facilmente confuso e non sa bene che cosa è lecito attendersi da un servizio con un particolare nome, non ne conosce i requisiti di qualità e, infine, non può sapere se sia corretto rivolgersi a quel servizio per risolvere il suo problema. Quando telefona al 144 ottiene le informazioni pertinenti, ma quando si reca spontaneamente in “pronto soccorso” gli è difficile scegliere con cognizione di causa. La chiarezza circa la natura dei vari servizi, promossa da questo nuovo Regolamento, in futuro lo aiuterà. L'autorizzazione del servizio di urgenza medica è dunque una misura di polizia sanitaria, a tutela della sicurezza del paziente. Essa si applica indipendentemente dal fatto se l'istituto di cura in questione sia o meno abilitato a lavorare a carico degli assicuratori malattia (LAMal).

L'autorizzazione è rilasciata dal Governo quando sono rispettati una serie di requisiti di qualità, definiti in apposite direttive del Dipartimento della sanità e della socialità (allegati 2 e 3). Inoltre i requisiti di qualità devono essere mantenuti nel tempo, pena la perdita dell'autorizzazione. La definizione tecnica di questi requisiti compete ad un apposita commissione nominata dal Governo, la vigilanza sul sistema è di competenza del Medico cantonale.

Nuova organizzazione

Il Regolamento uniforma la terminologia, definendo **due categorie** di servizi di urgenza media:

Categoria A: la dicitura di questi servizi è su sfondo rosso, il colore internazionale per l'emergenza.

Emergenza e pronto soccorso

Essi rappresentano il servizio capace di accogliere sulle 24 ore e durante i 7 giorni settimanali anche i paziente più gravi, con le funzioni vitali compromesse. Sono inseriti in ospedali acuti con servizi di cure intensive e servizi medici specialisti continui. La dotazione di personale qualificato è conseguentemente elevata.

Categoria B: la dicitura di questi servizi è su sfondo verde, il colore internazionale per l'urgenza inferiore.

Pronto soccorso

Essi garantiscono 24 ore su 24 - o a tempo determinato - l'assistenza di urgenze mediche a pazienti con funzioni vitali non compromesse e senza rischio per un danno grave e permanente alla salute. Rientrano in questa definizione le usuali ferite da taglio, i traumi sportivi (contusioni, slogature, sospette fratture, ecc.), l'acutizzazione di dolori preesistenti (dolori alla schiena), le difficoltà respiratorie e in generale tutte quelle sofferenze che non mettono in pericolo immediato la vita del paziente. Questi servizi dispongo di procedure esplicite di trasferimento in un servizio di categoria A qualora lo stato clinico lo richiedesse.

Informazione al pubblico

Con il nuovo Regolamento si avvia anche la necessità di promuovere un'articolata e corretta informazione ai pazienti natura e caratteristiche dei servizi medici d'urgenza. I media, unitamente agli specialisti del settore, avranno a tal proposito un ruolo rilevante.

In concreto

Entro tre mesi dall'entrata in vigore del presente regolamento i servizi di urgenza medica già attivi dovranno chiedere allo Stato di essere autorizzati quali servizi di categoria **A** o di categoria **B**.

Quali servizi rossi di categoria A (Emergenza e Pronto soccorso) dovrebbero verosimilmente essere candidati, in base ai requisiti di qualità odierni, gli ospedali regionali di Lugano (sede Civico), di Bellinzona (San Giovanni), di Locarno (Carità) e di Mendrisio (Beata Vergine).

Gli altri ospedali EOC (Ospedale regionale Lugano sede Italiano, Ospedale Bleniese di Acquarossa, Ospedale di Faido), così come gli istituti privati che già oggi offrono prestazioni d'urgenza (Ospedale Malcantonese, Clinica Ars medica, Clinica Santa Chiara, Clinica Luganese Moncucco, ecc.) e gli istituti psichiatrici, dovrebbero verosimilmente essere candidati per un'autorizzazione quale servizio verde di categoria B.

In ogni caso tutti possono chiedere l'autorizzazione (A o B) desiderata, che, verificata la presenza dei requisiti, sarà rilasciata dal Consiglio di Stato.

Conclusioni

Il nuovo Regolamento del CdS, in conclusione, si prefigge di:

- a. standardizzare le procedure d'intervento e razionalizzare l'operatività dei servizi d'urgenza nell'interesse dell'efficacia sanitaria e dell'efficienza economica, evitando in particolare gli sprechi;
- b. migliorare l'integrazione di questi servizi con le altre unità e dipartimenti ospedalieri di diagnosi e di cura;
- c. promuovere l'autoregolazione del mercato "dell'urgenza". Ogni istituto di cura è infatti libero di ottenere il riconoscimento di un servizio di urgenza medica allorquando risponde ai criteri del regolamento e delle direttive;
- d. promuovere il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni di urgenza medica in particolare tramite la definizione e l'aggiornamento di protocolli e procedure per la presa a carico dei casi "critici" (vedi direttive);
- e. contribuire al miglioramento della qualità delle cure e alla definizione delle premesse per un'attività di vigilanza sanitaria costruttiva e finalizzata alla soddisfazione di pazienti e operatori sanitari.

Ringrazio per l'attenzione e porgo i migliori saluti.

Il Medico cantonale

I. Cassis



Allegati: Regolamento e Direttive rosse e verdi

Bellinzona, 18 maggio 2005

Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi

Volume 131
Bellinzona, 3 maggio

20/2005

Regolamento concernente i servizi di urgenza medica negli ospedali e nelle cliniche

(del 29 aprile 2005)

IL CONSIGLIO DI STATO DELLA REPUBBLICA E CANTONE TICINO

- richiamata la Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario del 18 aprile 1989 (Legge sanitaria), in particolare gli artt. 5 e segg., 70, 79, 80 e 81
- ritenuto che i termini utilizzati in tutto il regolamento sono da intendere sia al maschile che al femminile;

decreta:

- Principio** **Art. 1** Per l'esercizio dei servizi di urgenza medica negli ospedali e nelle cliniche è necessaria l'autorizzazione.
- Campo d'applicazione** **Art. 2** Questo regolamento disciplina i requisiti logistici (impianti e attrezzature), l'organizzazione interna dei servizi, nonché il ruolo e le qualifiche professionali dei responsabili e del personale curante dei servizi di urgenza medica.
- Competenze**
a) Consiglio di Stato **Art. 3** Il Consiglio di Stato è competente per la concessione e la revoca dell'autorizzazione.
- b) Dipartimento** **Art. 4** ¹Il Dipartimento della sanità e della socialità (in seguito: Dipartimento) è competente per l'applicazione e l'esecuzione del presente regolamento.
²Esso si avvale della collaborazione scientifica e tecnica della Commissione di cui all'art. 6 del presente regolamento.
- c) Medico cantonale** **Art. 5** ¹Il Medico cantonale esercita la vigilanza sui servizi di urgenza medica secondo le modalità stabilite dalle direttive dipartimentali.
²Esso si avvale della collaborazione dei pertinenti servizi del Dipartimento.
- d) Commissione** **Art. 6** ¹Il Dipartimento nomina ogni 4 anni una Commissione tecnica (in seguito: Commissione).
²Essa si compone di 7 membri, di cui:
– il Medico cantonale, che la presiede,
– un medico specializzato FMH (o titolo equipollente) in medicina intensiva,
– un medico specializzato FMH (o titolo equipollente) in chirurgia,
– un medico specializzato FMH (o titolo equipollente) in medicina interna o pediatria o ginecologia/ostetricia o medicina generale,
– una persona qualificata nel soccorso pre-ospedaliero,
– una persona qualificata in strutture e logistiche della medicina d'urgenza,

– un infermiere in possesso di una formazione post-diploma in cure urgenti e pronto soccorso o in cure intense.

³Fra i medici specializzati FMH, almeno uno deve essere in possesso dell'attestato di formazione complementare in medicina d'urgenza.

⁴La Commissione propone la definizione e l'adeguamento dei requisiti per l'ottenimento e il mantenimento dell'autorizzazione d'esercizio e funge quale organo consultivo del Dipartimento.

Servizi di urgenza medica: definizione e categorie

Art. 7 ¹Per servizi di urgenza medica si intendono unità organizzative situate all'interno di ospedali o cliniche, destinate alla presa a carico di pazienti esterni e in grado di rispondere, in ogni momento e in maniera efficace, appropriata ed economica:

- a) all'urgenza sanitaria, sia essa oggettiva, a causa della gravità dello stato clinico del paziente, sia essa soggettiva, dal profilo dell'utente e
- b) ad un afflusso non programmabile di pazienti.

²I servizi di urgenza medica sono divisi in due categorie:

- a) **categoria A**: servizi di «Emergenza e Pronto Soccorso». Sono contrassegnati dall'insegna «Emergenza e Pronto soccorso» su sfondo rosso.
- b) **categoria B**: servizi di «Pronto Soccorso». Sono contrassegnati dall'insegna «Pronto soccorso» su sfondo verde.

«Emergenza e pronto soccorso»

Art. 8 Sono servizi di categoria A i servizi che cumulativamente:

- a) garantiscono 24 ore su 24 una tempestiva e corretta assistenza sanitaria a pazienti con funzioni vitali compromesse, o a rischio per un danno grave permanente secondo i criteri previsti dal Programma di formazione complementare FMH in medicina d'urgenza,
- b) dispongono, nel medesimo istituto di cura, di un'unità di cure intense riconosciuta dalla Società svizzera di medicina intensiva,
- c) dispongono 24 ore su 24, nel medesimo istituto di cura, dei servizi specialistici necessari a far fronte all'urgenza,
- d) garantiscono un'assistenza specialistica 24 ore su 24 in medicina interna, chirurgia, pediatria, ginecologia e ostetricia.

«Pronto soccorso»

Art. 9 ¹Sono servizi di categoria B i servizi che:

- a) garantiscono 24 ore su 24 o a tempo determinato una prima valutazione ed assistenza di urgenze mediche a pazienti con funzioni vitali non compromesse e senza rischio per un danno grave e permanente alla salute, e
- b) dispongono di procedure codificate per assicurare il trasferimento di pazienti instabili.

²Il Consiglio di Stato può concedere l'autorizzazione d'esercizio ad un servizio di categoria B in una o più discipline mediche, a condizione che siano rispettati i requisiti previsti dal presente regolamento e dalle direttive dipartimentali.

Requisiti di qualità

Art. 10 ¹Il Dipartimento stabilisce ed aggiorna periodicamente i requisiti strutturali, organizzativi e tecnici dei servizi di urgenza medica mediante apposite direttive.

²I requisiti concernono segnatamente:

- la dotazione, le qualifiche, i ruoli e l'aggiornamento del personale sanitario,
- la reperibilità del personale ed il grado di prontezza d'intervento,
- la disponibilità e l'utilizzo di linee guida e protocolli,
- le strutture logistiche,
- la dotazione in attrezzature e materiale,
- la sicurezza dei pazienti,
- la documentazione sanitaria,
- l'informazione agli utenti e alla popolazione,
- i diritti dei pazienti e dei loro accompagnatori.

Medico responsabile

Art. 11 ¹Il medico responsabile di un servizio di categoria A deve:

- a) essere in possesso di un titolo di specialista FMH (o titolo equipollente),
- b) avere conseguito un certificato ACLS/ATLS e PALS,
- c) comprovare una solida esperienza nel settore delle urgenze intra- ed extraospedaliere.

²Per ogni disciplina esercitata in un servizio di categoria B, il medico titolare dev'essere in possesso del corrispondente titolo FMH (o titolo equipollente).

³Il medico responsabile di un servizio di categoria A o B, e il suo sostituto, devono essere chiaramente definiti.

⁴I servizi di categoria B multidisciplinari definiscono tra i medici specialisti il medico responsabile.

⁵Il grado di occupazione del medico responsabile di un servizio di categoria A deve essere adeguato al volume d'attività, ma non essere inferiore al 50%.

⁶Il grado di occupazione del medico responsabile di un servizio di categoria B deve essere adeguato al volume di attività e all'orario di apertura.

Personale infermieristico

Art. 12 ¹Il personale infermieristico dei servizi di categoria A e B dev'essere in possesso di un diploma d'infermiere CRS (o titolo equipollente).

²I servizi di categoria A garantiscono la presenza 24 ore su 24 di almeno un infermiere in possesso di una formazione post-diploma in cure urgenti e pronto soccorso (o titolo equipollente).

³I servizi di categoria B garantiscono la presenza 24 ore su 24, o a tempo determinato, di almeno un infermiere.

Istanza di autorizzazione

Art. 13 L'ospedale o la clinica deve presentare l'istanza di autorizzazione al Consiglio di Stato per il tramite dell'Ufficio di sanità secondo le modalità previste dalle direttive dipartimentali.

Avviso all'utenza

Art. 14 ¹Le denominazioni «Emergenza e Pronto Soccorso» e «Pronto soccorso» possono essere utilizzate unicamente dai servizi d'urgenza medica per i quali è stata rilasciata l'autorizzazione d'esercizio.

²L'aggiunta di specialità mediche alla denominazione di "Pronto soccorso" è regolata dalle direttive dipartimentali.

Norma transitoria

Art. 15 ¹Gli ospedali e le cliniche con servizi di urgenza medica già in funzione possono continuare ad esercitare tali servizi se entro tre mesi dall'entrata in vigore del presente regolamento presentano la domanda di autorizzazione.

²Se non sono adempiuti tutti i requisiti per l'ottenimento dell'autorizzazione, il Consiglio di Stato può rilasciare un'autorizzazione provvisoria allo scopo di consentire ai servizi di urgenza medica (categoria A e B) di provvedere agli adeguamenti indicati.

Art. 16 Il presente regolamento è pubblicato sul Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi ed entra in vigore immediatamente.

Bellinzona, 29 aprile 2005

Per il Consiglio di Stato

La Presidente: **M. Masoni**

Il Cancelliere: **G. Gianella**

**Direttiva del
Dipartimento della sanità e della socialità
sui Servizi di**

**"Emergenza e Pronto Soccorso"
(categoria A)**

del 29 aprile 2005

1	DIREZIONE E ORGANIZZAZIONE GENERALE	2
2	STRUTTURA E ATTREZZATURA	3
3	DOTAZIONE DI PERSONALE	5
4	FORMAZIONE DEL PERSONALE	6
5	PROCEDURE	6
6	DOCUMENTAZIONE E SISTEMA INFORMATIVO	8
7	SICUREZZA	9
8	DIRITTI E SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI	9
9	VIGILANZA SULLA QUALITÀ	9
10	AUTORIZZAZIONE PER L'ESERCIZIO DEI SERVIZI DI EMERGENZA E PRONTO SOCCORSO	10

1 Direzione e organizzazione generale

1.1 Direzione, gestione, organizzazione interna del servizio di Emergenza e Pronto Soccorso

La direzione (amministrativa e sanitaria)¹ dell'ospedale o della clinica delega:

- a) le mansioni sopracitate al medico responsabile del servizio di Emergenza e Pronto Soccorso;
- b) la gestione del personale infermieristico al capo reparto del servizio di Emergenza e Pronto Soccorso.

1.2 Organigramma

Tramite organigramma, e conformemente al punto 1.1, dev'essere stabilita la gerarchia medica e del personale curante (infermieristico, ausiliario e in formazione).

1.3 Mansionario del medico responsabile e suo sostituto

- Le mansioni e la percentuale lavorativa sono definite in un apposito mansionario, convalidato per iscritto dalla direzione.
- I compiti sono stabiliti al momento della nomina.

1.4 Picchetto e guardia medica

Il medico responsabile del servizio di Emergenza e Pronto Soccorso è responsabile della verifica del funzionamento dei turni di guardia/picchetto dei servizi menzionati al paragrafo 1.5.

1.5 Servizi (reparti) di guardia

- Il servizio di Emergenza e Pronto Soccorso deve poter contare sulla disponibilità immediata (presenza dell'operatore in ospedale/clinica) o differita dei seguenti servizi:

- Anestesia	differita
- Blocco operatorio	differita
- Sala parto	differita
- Cardiologia	differita
- Chirurgia	immediata
- Gastroenterologia	differita
- Ginecologia/ostetricia	differita
- Laboratorio	immediata
- Medicina interna	immediata
- Neurologia	differita
- Pediatria	immediata
- Pneumologia	differita

¹ Ove non specificato diversamente, per *Direzione* s'intende la direzione amministrativa e la direzione sanitaria in azione congiunta

- Psichiatria differita
 - Radiologia differita
 - Servizi tecnici differita
 - Unità di cure intense immediata
-
- La Commissione tecnica ai sensi dell'art. 4 del Regolamento stabilisce per ogni servizio di Emergenza e Pronto Soccorso autorizzato la tabella del grado di prontezza (tempi massimi d'intervento) dei singoli servizi (reparti).
 - Il Medico cantonale ne decide l'applicazione.

1.6 Piano catastrofe

Il medico responsabile conosce l'organizzazione del piano catastrofe dell'ospedale o della clinica, emanato nel quadro del Servizio sanitario coordinato, ed è in grado di applicarlo nel servizio di Emergenza e Pronto Soccorso.

2 Struttura e attrezzatura

2.1 Accessibilità

- Il servizio di Emergenza e Pronto Soccorso dispone di un accesso pedoni, di un accesso per le ambulanze e di un eliporto in prossimità funzionante 24/24h.
- L'accesso delle ambulanze è prioritario, l'entrata è coperta per carico e scarico pazienti e vicina al locale di rianimazione. Quest'accesso è separato da quello pedonale.
- Un'apposita segnaletica, su sfondo rosso, indica chiaramente l'accesso esterno ed interno al servizio di Emergenza e Pronto Soccorso.
- Le barriere architettoniche non devono esserci.

2.1.1 *Parcheggio per pazienti/accompagnatori*

Deve essere ubicato in prossimità dell'entrata del servizio di Emergenza e Pronto Soccorso.

2.1.2 *Ascensori*

Devono essere dotati di un sistema di chiamata prioritaria.

2.2 Locali sanitari

2.2.1 *Locali indispensabili*

- Il servizio di Emergenza e Pronto Soccorso deve disporre in loco dei seguenti locali:
 - a) locali di visita ed osservazione dei pazienti con monitoraggio;
 - b) locale per l'emergenza (rianimazione, "déchocage");
 - c) sala per la piccola chirurgia;
 - d) centrale di sorveglianza infermieristica;

- e) locale per l'accoglienza dei bambini;
- f) sala gessi.
- Questi locali devono essere climatizzati.

2.2.2 *Locale d'attesa*

- Il servizio di Emergenza e Pronto Soccorso deve disporre di una superficie d'attesa adeguata per il flusso di pazienti e per gli accompagnatori.
- In particolare devono essere presenti:
 - a) sufficienti posti a sedere;
 - b) almeno un telefono pubblico;
 - c) un distributore automatico di bibite e cibo;
 - d) servizi igienici agibili anche per disabili.

2.2.3 *Locali di supporto*

- Il servizio di Emergenza e Pronto Soccorso deve disporre dei seguenti locali di supporto
 - 1. nel servizio:
 - a) posto(i) di lavoro medico(i);
 - b) locale di sosta per il personale (e/o cucina di reparto);
 - c) posto di lavoro per il segretariato e le ammissioni;
 - d) locale vuotatoio.
 - 2. nel servizio o nelle immediate vicinanze:
 - e) depositi per il materiale pulito e sporco;
 - f) servizi igienici per il personale;
 - g) locale decontaminazione pazienti (ubicazione sul percorso d'accesso dell'entrata ambulanze);
 - h) locale colloqui.

2.2.4 *Farmacia di servizio*

Il servizio di Emergenza e Pronto Soccorso deve disporre di uno spazio dedicato alla preparazione dei farmaci e un deposito protetto e sicuro per i farmaci e gli stupefacenti.

2.3 *Attrezzature e dotazioni*

- Le attrezzature devono essere sicure, efficaci ed adeguate alle cure dei pazienti secondo quanto specificato nell'ordinanza federale relativa ai dispositivi medici (ODmed).
- La loro manutenzione dev'essere conforme all'ODmed (art.20)
- Oltre al materiale, alle attrezzature e ai medicinali di uso corrente devono essere presenti nel servizio o nelle immediate vicinanze:
 - a) materiale di uso pediatrico;
 - b) materiale avanzato di rianimazione (monitor da trasporto, ventilatore mobile, defibrillatore con pace-maker esterno);
 - c) emogasanalizzatore;
 - d) ecocardiografo;
 - e) sonografo.

2.4 Telecomunicazioni

- Deve essere disponibile 24/24h:
 - a) un centralino telefonico per chiamate in entrata/uscita;
 - b) una centrale radio.
- Dev'essere inoltre presente una linea telefonica dedicata, per eventi maggiori (linea rossa).

3 Dotazione di personale

3.1 Personale medico

- Il servizio di Emergenza e Pronto Soccorso si avvale della collaborazione di medici specialisti.
- Il servizio di Emergenza e Pronto Soccorso dispone di medici assistenti in perfezionamento (secondo la legge federale sulla libera circolazione del personale medico), a rotazione e a tempo pieno, la cui supervisione è definita dalla direzione sanitaria dell'istituto.

3.2 Personale curante

3.2.1 *Personale infermieristico*

- Il servizio di Emergenza e Pronto Soccorso dispone di un'unità a tempo pieno (UTP=1) di capo reparto infermieristico.
- La dotazione minima d'infermieri è la seguente:
 - a) turni diurni (07:00 - 23:00): 3 UTP;
 - b) turni notturni (23:00-07:00): 2 UTP.
- La direzione definisce il fabbisogno supplementare di personale del servizio di Emergenza e Pronto Soccorso, in rapporto al volume, alla tipologia dei pazienti e alle attività svolte, secondo criteri locali espliciti.

3.2.2 *Personale ausiliario e in formazione*

- La direzione definisce la dotazione di personale ausiliario in rapporto ai bisogni esplicitamente evidenziati nel singolo istituto di cura.
- La direzione definisce la dotazione di personale in formazione (allievi in stage, apprendisti, ecc.), a dipendenze dei bisogni e delle possibilità locali.
- Questo personale è subordinato al capo reparto infermieristico.

3.3 Personale amministrativo

Il servizio di Emergenza e Pronto Soccorso dispone di personale amministrativo adeguato ai bisogni per garantire la continuità del lavoro.

4 Formazione del personale

4.1 Personale medico

- Le attività di perfezionamento e aggiornamento di medici assistenti e capi-clinica devono essere conformi alle specifiche norme della FMH.
- Le attività di formazione dei candidati medici devono essere conformi alle disposizioni delle facoltà di medicina.
- Il medico responsabile garantisce le attività formative cliniche e le estende anche a temi non prettamente clinici come, per esempio:
 - a) norme medico-giuridiche (certificati medici, segreto medico, rapporto con la polizia, la magistratura, lo Stato);
 - b) norme deontologiche (codice deontologico FMH);
 - c) gestione della violenza;
 - d) gestione della donazione d'organi;
 - e) accompagnamento alla morte.

4.2 Personale curante

- Il personale di cura segue almeno 2,5 giornate di formazione e/o aggiornamento all'anno, di cui almeno 1,5 giornate su temi specifici all'urgenza;
- L'attività formativa del personale in formazione avviene secondo i relativi programmi scolastici.

5 Procedure

Il servizio di Emergenza e Pronto Soccorso deve disporre almeno delle procedure di seguito elencate. Il medico responsabile e il capo reparto sono tenuti a verificare che queste siano note a tutto il personale del servizio:

5.1 Rianimazione

Le manovre di rianimazione devono essere eseguite e/o coordinate da personale in possesso della formazione di base ACLS, ATLS e PALS.

5.2 Reperibilità

Il servizio di Emergenza e Pronto Soccorso deve disporre, in un luogo visibile al personale, della lista completa ed aggiornata dei nomi e della reperibilità del personale medico, suddivisa per specialità, e indicante la presenza (disponibilità immediata = servizio di guardia) o la disponibilità differita (= servizio di picchetto, indicazione del tempo d'intervento).

5.3 Posti letto disponibili (in casa e in cure intense)

Il servizio di Emergenza e Pronto Soccorso dispone di una procedura esplicita, approvata dalla direzione sanitaria, che permetta di conoscere costantemente il numero di posti letto disponibili nei reparti e nell'unità di cure intense, così come l'attività in corso nel blocco operatorio.

5.4 Sistema di triage dei pazienti

- Il medico responsabile definisce un protocollo relativo alla rapida accettazione dei pazienti e al triage in base al livello di gravità della patologia e delle risorse disponibili.
- Egli è responsabile della corretta applicazione del protocollo.

5.5 Trasferimento pazienti

- Il trasferimento interno dei pazienti (dal servizio di Emergenza e Pronto Soccorso ai reparti) avviene sulla base di un protocollo regolarmente aggiornato, convalidato dalla direzione sanitaria.
- Il trasferimento esterno dei pazienti (dal servizio di Emergenza e Pronto Soccorso ad altri istituti di cura) avviene sulla base di protocolli definiti dalla direzione e regolarmente aggiornati.

5.6 Convenzioni con strutture e servizi esterni

La direzione aggiorna ed informa il medico responsabile di Emergenza e Pronto Soccorso di ogni cambiamento concernente le collaborazioni e/o le convenzioni con:

- a) servizi sociali e psicologici;
- b) strutture laiche e religiose di supporto/sostegno;
- c) organizzazioni per recupero di giovani, anziani, disadattati, alcolisti, tossicodipendenti;
- d) organizzazioni che si occupano di cittadini stranieri.

5.7 Cartelle cliniche

Le modalità di tenuta e archiviazione delle cartelle sanitarie (= insieme della documentazione inerente la cura di un paziente), così come quelle che definiscono l'accesso 24/24h agli archivi sono stabilite dalla direzione sanitaria, in conformità con le disposizioni di legge e all'art. 6.1 delle presenti direttive.

5.8 Farmaci e materiale sanitario di consumo

Il capo reparto è responsabile dell'approvvigionamento, del controllo e della corretta gestione della farmacia e del materiale sanitario di consumo del servizio di Emergenza e Pronto Soccorso.

5.9 Manuale d'igiene ospedaliera

È presente in servizio e facilmente accessibile il manuale d'igiene ospedaliera, aggiornato e completo.

5.10 Attrezzature medico-tecniche

La responsabilità per la gestione delle attrezzature medico-tecniche deve essere chiaramente definita per i seguenti compiti:

- a) stesura e aggiornamento periodico dell'inventario delle attrezzature medico-tecniche in dotazione;

- b) redazione delle procedure relative alla manutenzione degli apparecchi medico-tecnici;
- c) gestione della documentazione relativa alle riparazioni eseguite.

5.11 Introduzione di nuovo personale

Il medico responsabile, insieme con il capo reparto, definisce uno specifico programma d'introduzione per il nuovo personale medico, curante e amministrativo.

5.12 Informazioni a terzi su pazienti di Emergenza e Pronto Soccorso

- Il medico responsabile definisce i protocolli inerenti le informazioni da fornire a terzi su pazienti presi a carico dal servizio di Emergenza e Pronto Soccorso, in conformità con le disposizioni legali.
- Il medico responsabile vigila sulla corretta applicazione dei protocolli.
- In particolare presta attenzione ai seguenti ambiti:
 - a) la gestione generale dell'informazione (segreto medico);
 - b) la relazione col medico inviante il paziente (tempi e modalità della documentazione/informazioni da fornire);
 - c) la relazione col medico curante (qualora non fosse l'inviante);
 - d) l'assistenza Emergenza e Pronto Soccorso psicologica dei famigliari in caso di decesso del paziente.

5.13 Reclami

La direzione dell'istituto definisce con il medico responsabile la procedura per la gestione dei reclami.

6 Documentazione e sistema informativo

6.1 Documentazione paziente

Per ogni paziente ammesso al servizio di Emergenza e Pronto Soccorso esiste una cartella clinica che comprende:

- informazioni mediche (anamnesi, diagnosi, decorso);
- prescrizioni mediche (terapia istituita);
- la cartella infermieristica del servizio Emergenza e Pronto Soccorso;
- referti degli esami richiesti;
- copie di documenti specifici (consulenze, dimissione del paziente contro avviso medico, certificati d'incapacità lavorativa, breve rapporto medico ...);
- eventuale documentazione antecedente.

6.2 Referto di radiologia

Per ogni esame radiologico effettuato, la cartella sanitaria deve contenere il corrispondente referto d'interpretazione firmato dal medico radiologo.

6.3 Sistema informativo dei pazienti

- Il servizio di Emergenza e Pronto Soccorso dispone di un sistema informatizzato di:
 - a) raccolta dei dati anagrafici dei pazienti;
 - b) monitoraggio del flusso dei pazienti (ammissioni, trasferimenti, dimissioni);
 - c) raccolta ed analisi delle prestazioni erogate (secondo il Tarmed).
- Il servizio di Emergenza e Pronto Soccorso è tenuto ad applicare le specifiche normative legali inerenti la statistica sanitaria.

7 Sicurezza

Obbligo di essere in possesso di un certificato di collaudo delle misure antincendio conformemente ai capitoli IV della Legge edilizia del 13 marzo 1991 e del suo Regolamento d'applicazione.

8 Diritti e soddisfazione degli utenti

8.1 Applicazione della normativa in vigore

- Legge sanitaria del 18 aprile 1989;
- Legge federale sulla protezione dei dati (LPD) del 19 giugno 1992.

8.2 Assistenza ai minori

- È autorizzata all'interno del servizio di Emergenza e Pronto Soccorso, salvo eccezioni decise dal medico responsabile, la presenza di un genitore, parente o altro accompagnatore durante l'erogazione della(e) prestazione(i).

8.3 Materiale informativo per il pubblico

- Deve essere a disposizione dei pazienti ed accompagnatori materiale informativo aggiornato riguardante:
 - a) le modalità d'accesso;
 - b) le prestazioni erogate;
 - c) l'organizzazione interna del servizio di Emergenza e Pronto Soccorso;
 - d) i diritti e i doveri dei pazienti;
 - e) le modalità di reclamo.

9 Vigilanza sulla qualità

- Il Medico cantonale è abilitato a visitare la struttura in ogni momento e senza preavviso.
- Scopo dell'ispezione è quello di verificare che le norme, necessarie al rilascio e al mantenimento dell'autorizzazione, siano correttamente applicate.
- Ove necessario il Medico cantonale ordina i provvedimenti per ristabilire i requisiti, con l'esplicita indicazione dei termini di esecuzione.

- In caso di ambiguità nell'interpretazione del Regolamento o delle presenti Direttive, il Medico cantonale può emanare prescrizioni particolari.

10 Autorizzazione per l'esercizio dei servizi di Emergenza e Pronto Soccorso

10.1 Rilascio dell'autorizzazione

- La domanda di autorizzazione per l'esercizio del servizio di Emergenza e Pronto Soccorso va inoltrata dalla Direzione dell'istituto di cura all'Ufficio di sanità. La domanda dev'essere segnatamente corredata da:
 - a) piani architettonici del servizio di Emergenza e Pronto Soccorso;
 - b) organigramma del personale medico, curante e amministrativo;
 - c) nominativo e curriculum vitae del medico responsabile;
 - d) lista nominale del personale medico e curante, con la specificazione di data di nascita, domicilio, formazione e titoli professionali, funzione e percentuale d'impiego;
 - e) elenco dei protocolli richiesti dalle presenti direttive.
- Il Consiglio di Stato predispone, per il tramite del Medico cantonale, le necessarie verifiche e, se adempiuti i requisiti, rilascia l'autorizzazione all'istituto di cura che gestisce il servizio di Emergenza e Pronto Soccorso.
- L'autorizzazione del Consiglio di Stato menziona segnatamente:
 - a) la validità temporale;
 - b) l'obbligo per l'istituto di notificare entro 15 giorni all'Ufficio di sanità ogni cambiamento del nominativo del medico responsabile;
 - c) l'obbligo per il servizio di rispettare le presenti direttive e i provvedimenti ordinati dal Medico cantonale;
 - d) eventuali condizioni particolari.

Nota: per semplificare la lettura del testo è stato scelto l'impiego della forma maschile, da intendersi comunque sempre comprensiva anche di quella femminile.

Per Il Dipartimento della sanità e della socialità

La Direttrice

Il Direttore della
Divisione salute pubblica

P. Pesenti

G. Petazzi

**Direttiva del
Dipartimento della sanità e della socialità
sui Servizi di**

**"Pronto Soccorso"
(categoria B)**

del 29 aprile 2005

1	DIREZIONE E ORGANIZZAZIONE GENERALE	2
2	STRUTTURA E ATTREZZATURA	2
3	DOTAZIONE DI PERSONALE	4
4	FORMAZIONE DEL PERSONALE	4
5	PROCEDURE	5
6	DOCUMENTAZIONE E SISTEMA INFORMATIVO	6
7	SICUREZZA	7
8	DIRITTI E SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI	7
9	VIGILANZA SULLA QUALITÀ	7
10	AUTORIZZAZIONE PER L'ESERCIZIO DEI SERVIZI DI PS	8

1 Direzione e organizzazione generale

1.1 Direzione, gestione, organizzazione del servizio di Pronto Soccorso (PS)

La direzione (amministrativa e sanitaria)¹ dell'ospedale o della clinica delega:

- le mansioni sopracitate al medico responsabile del servizio di PS.
- la gestione del personale curante (infermieristico, ausiliario e in formazione) al capo reparto infermieristico del servizio di PS.

1.2 Organigramma

- Tramite organigramma e conformemente al punto 1.1 dev'essere stabilita la gerarchia medica e del del personale curante.

1.3 Mansionario del medico responsabile e suo sostituto

- Le mansioni e la percentuale lavorativa sono definite in un apposito mansionario, convalidato per iscritto dalla direzione.
- I compiti sono stabiliti al momento della nomina.

1.4 Picchetto e guardia medica

- Il medico responsabile del servizio di PS è responsabile della verifica di eventuali turni di guardia e picchetto.

1.5 Piano catastrofe

Il medico responsabile conosce l'organizzazione del piano catastrofe dell'istituto di cura (emanato nel quadro del Servizio sanitario coordinato) ed è in grado di applicarlo nel servizio di PS.

2 Struttura e attrezzatura

2.1 Accessibilità

- Il servizio di PS dispone di un accesso pedoni e di un accesso separato per le ambulanze.
- L'accesso delle ambulanze è prioritario, l'entrata è coperta per carico e scarico pazienti.
- Un'apposita segnaletica, su sfondo verde, indica chiaramente l'accesso esterno ed interno al servizio di PS.
- Non ci devono essere le barriere architettoniche.

2.1.1 Parcheggio per pazienti/accompagnatori

- Deve essere ubicato in prossimità dell'entrata del servizio di PS.

¹ Ove non specificato diversamente, per *Direzione* s'intende la direzione amministrativa e la direzione sanitaria in azione congiunta

2.2 Locali sanitari

2.2.1 Locali indispensabili

- Il servizio di PS deve disporre in loco dei seguenti locali:
 - a) locali di visita ed osservazione dei pazienti. Deve essere possibile il monitoraggio del paziente in base alla(e) specialità autorizzata(e);
 - b) centrale di sorveglianza infermieristica;
 - c) sala per la piccola chirurgia, se appropriato;
 - d) sala gessi, se appropriato.

Questi locali devono essere climatizzati.

2.2.2 Locale d'attesa

- Il servizio di PS deve disporre di una superficie d'attesa adeguata per il flusso di pazienti ed accompagnatori.
- In particolare devono essere presenti:
 - a) sufficienti posti a sedere;
 - b) almeno un telefono pubblico;
 - c) un distributore automatico di bibite e cibo;
 - d) servizi igienici agibili anche per disabili.

2.2.3 Locali di supporto

- Il servizio di PS deve disporre dei seguenti locali di supporto
 1. presenti nel servizio:
 - a) posto di lavoro per il segretariato e le ammissioni;
 - b) locale di sosta per il personale (e/o cucina di reparto);
 - c) locale vuotatoio;
 2. presenti nel servizio o nelle immediate vicinanze:
 - d) posto(i) di lavoro medico(i);
 - e) depositi per il materiale pulito e sporco;
 - f) servizi igienici per il personale;
 - g) locale colloqui.

2.2.4 Farmacia di reparto

- Il servizio di PS deve disporre di uno spazio dedicato alla preparazione dei farmaci e un deposito protetto e sicuro per i farmaci e gli stupefacenti.

2.3 Attrezzature e dotazioni

- Le attrezzature devono essere sicure, efficaci ed adeguate alle cure dei pazienti secondo quanto specificato nell'Ordinanza federale sui dispositivi medici (Odmed).
- La loro manutenzione deve esser conforme all'Odmed (art. 20)
- Oltre al materiale, alle attrezzature e ai medicinali di uso corrente devono essere presenti nel servizio o nelle immediate vicinanze:
 - a) il materiale avanzato di rianimazione (monitor da trasporto, ventilatore mobile, defibrillatore);
 - b) emogasanalizzatore;
 - c) sonografo.

2.4 Telecomunicazioni

Deve essere disponibile, nell'orario d'apertura autorizzato:

- a) un centralino telefonico per chiamate in entrata/uscita;
- b) una centrale radio.

3 Dotazione di personale

3.1 Personale medico

- Il servizio di PS si avvale della collaborazione di medici specialisti nella(e) disciplina(e) autorizzata.
- Il servizio di PS dispone di medici che garantiscono il servizio di guardia nell'orario d'apertura autorizzato.

3.2 Personale curante

3.2.1 *Personale infermieristico*

- Il servizio di PS dispone di un responsabile infermieristico. La percentuale lavorativa è in funzione dell'orario d'apertura autorizzato.
- La direzione definisce il fabbisogno di personale del servizio di PS, in rapporto al volume, alla tipologia dei pazienti e alle attività svolte, secondo criteri locali espliciti.

3.2.2 *Personale ausiliario e in formazione*

- La direzione definisce la dotazione di personale ausiliario in rapporto ai bisogni esplicitamente evidenziati nel singolo istituto di cura.
- La direzione definisce la dotazione di personale in formazione (allievi in stage, apprendisti, ecc.) secondo le possibilità locali.

3.3 Personale amministrativo

Il servizio di PS dispone di una dotazione di personale amministrativo confacente ai bisogni e in grado di garantire la continuità del lavoro nell'orario d'apertura autorizzato.

4 Formazione del personale

4.1.1 *Perfezionamento e aggiornamento dei medici*

Deve essere conforme ai regolamenti della FMH.

4.1.2 *Perfezionamento ed aggiornamento del personale curante*

- Il personale di cura segue al minimo 1,5 giornate di formazione e/o aggiornamento all'anno, di cui una (1) su temi specifici alla gestione dell'urgenza nella(e) disciplina(e) autorizzata(e).

5 Procedure

5.1 Reperibilità

- Il servizio di PS deve disporre, in un luogo visibile al personale, la lista completa ed aggiornata dei nomi e della reperibilità del personale medico.

5.2 Posti letto disponibili in casa

Il servizio di PS dispone di una procedura esplicita, approvata dalla direzione sanitaria, che permette di conoscere costantemente il numero di posti letto disponibili nei reparti, così come l'attività in corso nel blocco operatorio, se pertinente.

5.3 Farmaci e materiale sanitario di consumo

Il personale infermieristico è incaricato dell'approvvigionamento, del controllo, e della corretta gestione della farmacia e del materiale sanitario di consumo del servizio di PS.

5.4 Informazioni da fornire a terzi su pazienti di PS

- Il medico responsabile definisce i protocolli inerenti le informazioni a terzi su pazienti ammessi dal servizio di PS, in conformità con le disposizioni legali.
- Egli vigila sulla corretta applicazione.
- In particolare presta attenzione ai seguenti ambiti:
 - a) la gestione generale dell'informazione (segreto medico);
 - b) la relazione col medico inviante i pazienti (tempi e modalità della documentazione/informazioni da fornire);
 - c) la relazione col medico curante (qualora non fosse l'inviante);
 - d) l'assistenza psicologica ai familiari/accompagnatori in caso di morte.

5.5 Convenzioni con strutture e servizi esterni

La direzione aggiorna ed informa il medico responsabile di PS di ogni cambiamento concernente le collaborazioni e/o le convenzioni con:

- a) servizi sociali e psicologici;
- b) strutture laiche e religiose di supporto/sostegno;
- c) organizzazioni per recupero di giovani, anziani, disadattati, alcolisti, tossicodipendenti;
- d) organizzazioni che si occupano di stranieri.

5.6 Introduzione di nuovo personale

Il medico responsabile, insieme con l'infermiere responsabile, definisce uno specifico programma d'introduzione per il nuovo personale medico, curante e amministrativo.

5.7 Manuale d'igiene ospedaliera

È presente nel servizio e facilmente accessibile il manuale d'igiene ospedaliera, aggiornato e completo.

5.8 Sistema di triage dei pazienti

- Il medico responsabile definisce un protocollo relativo alla rapida accettazione dei pazienti e al triage in base al livello di gravità della patologia e delle risorse disponibili.
- Egli è responsabile della corretta applicazione del protocollo.

5.9 Trasferimento pazienti

- Il trasferimento interno dei pazienti (dal PS ai reparti) avviene sulla base di un protocollo regolarmente aggiornato, convalidato dalla direzione.
- Il trasferimento esterno dei pazienti (dal PS ad altri istituti di cura) avviene sulla base di protocolli definiti dalla direzione e regolarmente aggiornati.

5.10 Reclami

La direzione dell'ospedale/clinica definisce con il medico responsabile la procedura da attuare in merito alla gestione dei reclami.

5.11 Attrezzature medico-tecniche

La responsabilità per la gestione delle attrezzature medico-tecniche deve essere chiaramente definita per i seguenti compiti:

- a) stesura e aggiornamento periodico dell'inventario delle attrezzature medico-tecniche in dotazione;
- b) redazione delle procedure relative alla manutenzione degli apparecchi medico-tecnici;
- c) gestione della documentazione relativa alle riparazioni eseguite.

5.12 Archivio cartelle cliniche

- Le modalità di tenuta e archiviazione delle cartelle sanitarie (= insieme della documentazione inerente la cura di un paziente), così come quelle che definiscono l'accesso agli archivi, sono stabilite dalla direzione, in conformità alle disposizioni di legge e tenendo conto dell'art. 6.1 delle presenti direttive.

6 Documentazione e sistema informativo

6.1 Documentazione paziente

Per ogni paziente ammesso al servizio di PS esiste una cartella clinica che comprende:

- informazioni mediche (anamnesi, diagnosi, decorso);
- prescrizioni mediche (terapia istituita);
- cartella infermieristica del servizio di PS;
- referti degli esami richiesti;

- copie di documenti specifici (consulenze, dimissione del paziente contro avviso medico, certificati d'incapacità lavorativa, breve rapporto medico...);
- eventuale documentazione antecedente.

6.1.1 Referto di radiologia

- Per ogni esame radiologico effettuato, la cartella sanitaria deve contenere il corrispondente referto d'interpretazione, firmato dal medico radiologo.

6.2 Sistema informativo dei pazienti

- Il servizio di PS dispone di un sistema informatizzato di:
 - a) raccolta dati anagrafici dei pazienti;
 - b) monitoraggio del flusso dei pazienti (ammissioni, trasferimenti, dimissione);
 - c) raccolta ed analisi delle prestazioni erogate (secondo il Tarmed)
- Il servizio di PS è tenuto ad applicare le specifiche normative legali inerenti la statistica sanitaria.

7 Sicurezza

Obbligo di essere in possesso di un certificato di collaudo delle misure antincendio conformemente ai capitoli IV della Legge edilizia del 13 marzo 1991 e del suo Regolamento d'applicazione.

8 Diritti e soddisfazione degli utenti

8.1 Applicazione della normativa in vigore

- Legge sanitaria del 18 aprile 1989;
- Legge federale sulla protezione dei dati (LPD) del 19 giugno 1992.

8.2 Assistenza ai minori

È autorizzata all'interno del servizio di PS, salvo eccezioni decise dal medico responsabile, la presenza di un genitore, parente o altro accompagnatore durante l'erogazione della(e) prestazione(i).

8.3 Materiale informativo per il pubblico

Deve essere a disposizione dei pazienti ed accompagnatori materiale informativo aggiornato riguardante:

- a) le modalità d'accesso;
- b) le prestazioni erogate;
- c) l'organizzazione interna del servizio di PS;
- d) i diritti e i doveri dei pazienti;
- e) le modalità di reclamo.

9 Vigilanza sulla qualità

- Il Medico cantonale è abilitato a visitare la struttura in ogni momento e senza preavviso.

- Scopo dell'ispezione è quello di verificare che le norme, necessarie al rilascio e al mantenimento dell'autorizzazione, siano correttamente applicate.
- Ove necessario il Medico cantonale ordina i provvedimenti per ristabilire i requisiti, con l'esplicita indicazione dei termini di esecuzione.
- In caso di ambiguità nell'interpretazione del Regolamento o delle presenti Direttive, il Medico cantonale può emanare prescrizioni particolari.

10 Autorizzazione per l'esercizio dei servizi di PS

10.1 Rilascio dell'autorizzazione

- La domanda di autorizzazione per l'esercizio del servizio di PS va inoltrata dalla Direzione dell'istituto di cura all'Ufficio di sanità. La domanda dev'essere segnatamente corredata da:
 - a) piani architettonici del servizio di PS;
 - b) organigramma del personale medico, curante e amministrativo;
 - c) nominativo e curriculum vitae del medico responsabile;
 - d) lista nominale del personale medico e curante, con la specificazione di data di nascita, domicilio, formazione e titoli professionali, funzione e percentuale d'impiego.
 - e) elenco dei protocolli richiesti dalle presenti direttive.
- Il Consiglio di Stato predispose, per il tramite del medico cantonale, le necessarie verifiche e, se adempiuti i requisiti, rilascia l'autorizzazione all'istituto di cura che gestisce il servizio di PS.
- L'autorizzazione del Consiglio di Stato menziona segnatamente:
 - a) Il campo d'attività;
 - b) la validità temporale;
 - c) l'obbligo per l'istituto di notificare entro 15 giorni all'Ufficio di sanità ogni cambiamento del nominativo del medico responsabile;
 - d) l'obbligo per il servizio di rispettare le presenti direttive e i provvedimenti ordinati dal Medico cantonale;
 - e) eventuali condizioni particolari.

Nota: per semplificare la lettura del testo è stato scelto l'impiego della forma maschile, da intendersi comunque sempre comprensiva anche di quella femminile.

Per Il Dipartimento della sanità e della socialità

La Direttrice

Il Direttore della
Divisione salute pubblica

P. Pesenti

G. Petazzi