

DECRETO DIRIGENZIALE N. 19 del 13 febbraio 2009

AREA GENERALE DI COORDINAMENTO ASSISTENZA SANITARIA SETTORE PREVENZIONE, ASSISTENZA SANITARIA, IGIENE SANITARIA - Annullamento DD n. 201 del 13.10.2008 e pubblicazione nuova modulistica per installazione apparecchiature RM si sensi della DGRC n.1469 del 18 settembre 2008.

PREMESSO:

che la detenzione e l'utilizzo di apparecchiature a risonanza magnetica del gruppo A risulta disciplinato dal D.P.R. 08.08. 1994 n. 542, dal Decreto Ministeriale 02.08.1991 (allegati 1 e 4) e dal Decreto 3.08.1993(allegati A e B);

VISTO:

la delibera di giunta regionale n.1469 del 18 settembre 2008;

CONSIDERATO:

- che con Decreto Dirigenziale n. 201 del 13.10.2008 pubblicato sul BURC n. 49 del 9.12.2008 è stata pubblicata la modulistica per installazione apparecchiature RM si sensi della DGRC n.1469 del 18 settembre 2008;
- che è necessario sostituire l'allegata modulistica anche a seguito della entrata in vigore del D. lgs. 81/2008;

Ritenuto necessario:

sostituire la modulistica, che è composta da tre modelli (A – B – C) oltre a quattro fac-simili da utilizzare per la comunicazione di detenzione e messa in esercizio di apparecchiature RM settoriale fissa o mobile, per l'istanza di autorizzazione all'installazione di apparecchiature RM del gruppo A fissa/mobile, per la comunicazione di installazione di apparecchiature RM gruppo A fissa, per la comunicazione di detenzione e messa in esercizio delle apparecchiature RM del gruppo A mobile e le allegate "schede di rilevazione vigilanza e controllo" così come dettagliatamente descritto nell'allegato tecnico alla DGRC n. 1469 del 18 settembre 2008

alla stregua dell'istruttoria compiuta dal servizio Medicina di Base ed Accreditata nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità resa dal Dirigente del Servizio medesimo;

DECRETA

per tutto quanto espresso in narrativa che qui si intende integralmente riportato e trascritto:

- di annullare e sostituire il D.D. n. 201 del 13.10.2008 pubblicato sul BURC n. 49 del 9.12.2008;
- di approvare e pubblicare come parte integrante del presente decreto l'allegata modulistica, che si compone da tre modelli (A – B – C) oltre a quattro fac-simili da utilizzare per la comunicazione di detenzione e messa in esercizio di apparecchiature RM settoriale fissa o mobile, per l'istanza di autorizzazione all'installazione di apparecchiature RM del gruppo A fissa/mobile, per la comunicazione di installazione di apparecchiature RM gruppo A fissa, per la comunicazione di detenzione e messa in esercizio delle apparecchiature RM del gruppo A mobile e le allegate "schede di rilevazione vigilanza e controllo" così come dettagliatamente descritto nell'allegato tecnico alla DGRC n. 1469 del 18 settembre 2008
- di trasmettere il presente decreto alle AA.SS.LL. della regione Campania;
- al Dirigente dell'Area di Coordinamento 19 Programmazione Sanitaria;
- al Settore Stampa Documentazione ed informazione per la pubblicazione sul BURC e sul sito internet della regione Campania www.regione.campania.it.

Il Dirigente del Settore
Dott. Antonio Gambacorta

REGIONE CAMPANIA
ASSESSORATO ALLA SANITA'

1

INSTALLAZIONE ED UTILIZZO DI APPARECCHIATURE DIAGNOSTICHE A RISONANZA MAGNETICA

SCHEDA RACCOLTA DATI – MODULO A		Da utilizzare per tutte le apparecchiature a RM		
STRUTTURA	Denominazione			
		Tipo struttura		
		Pubblica ☐ Privata ☐		
	Sede Legale	Indirizzo		
		Città	CAP	
		telefono	Fax	
		Codice fiscale P.IVA		
	Sede Operativa	Indirizzo		
		Città	CAP	
		telefono	Fax	
Legale Rappresentante				

RESPONSABILI	ATTIVITÀ CLINICA	Cognome e Nome:		
		Specializzazione: _____		
		telefono	Fax	e-mail
	SICUREZZA	Cognome e nome:		
		Laurea: _____		
		Altre Qualifiche ☐	☐ (specificare) _____	
		telefono	Fax	e-mail

Persona di riferimento	Cognome e nome:		
	telefono	Fax	e-mail

APPARECCHIATURA RM	Casa Costruttrice			
	Modello			
	Tipo magnete			Intensità campo (T)
	Tipologia (barrare la casella relativa)	Codice	Codice RMTF	Total body fissa
			Codice RMTM	Total body mobile
			Codice RMSF	Settoriale fissa
			Codice RMSM	Settoriale mobile

Il Legale Rappresentante _____ Lì _____

REGIONE CAMPANIA
ASSESSORATO ALLA SANITA'

2

INSTALLAZIONE ED UTILIZZO DI APPARECCHIATURE DIAGNOSTICHE A RISONANZA MAGNETICA

SCHEDA RACCOLTA DATI – MODULO B		Da utilizzare per tutte le apparecchiature a RM		
		Si	No	N/A
Dotazioni strumentali	Nel sito dove è allocata l'apparecchiatura sono presenti le dotazioni strumentali minime o equivalenti previste dal D.M. 2/8/91?			
Prestazioni tecniche minime	L'apparecchiatura fornisce le prestazioni minime previste nel D.M. 2/8/91?			
Idoneità locali	L'installazione è conforme alla normativa in materia di edilizia sanitaria, sicurezza dei lavoratori, persone e popolazione ?			
Accesso al sito	L'accesso al sito da parte delle persone e dei cittadini occasionalmente esposti avviene attraverso un unico ingresso controllato? ❖ In caso di risposta negativa indicare il numero di ingressi utilizzabili ⇒			
	Gli eventuali altri ingressi al sito sono riservati al solo personale autorizzato?			
	I controlli all'ingresso del sito sono eseguiti da personale responsabile, adeguatamente addestrato?			
Zona ad accesso controllato (dati sulla base del progetto)	Esiste apposita segnaletica e un protocollo con procedure per impedire l'accesso a portatori di pace-maker, di protesi dotate di circuiti elettronici, clip vascolari, schegge in materiale ferromagnetico, preparati metallici intracranici (o vicini ad organi vitali) non RM compatibili ?			
	All'ingresso della zona ad accesso controllato esiste segnaletica di presenza di campo magnetico ?			
	All'ingresso della zona ad accesso controllato esiste segnaletica con limitazione di accesso alle donne in stato di gravidanza?			
	All'ingresso della zona ad accesso controllato esiste segnaletica per impedire l'introduzione di oggetti ferromagnetici?			
	E' disponibile un "metal detector" fisso per il controllo delle persone che si accingono ad entrare nella zona controllata ?			
	E' disponibile un "metal detector" mobile per il controllo delle persone che si accingono ad entrare nella zona controllata ?			
Locale Magnetico Sistemi di Sicurezza e Protezione	Le dimensioni del locale consentono l'accesso di una barella in materiale amagnetico ?			
	Le dimensioni del locale consentono di effettuare lo smaltimento dei gas criogeni?			
	Quale dispositivo di sorveglianza del paziente durante l'esame è presente ?			
	• Interfono • Telecamera • Finestra di osservazione diretta			
	Sono presenti e segnalati dispositivi per la disattivazione del magnete ?			
	Esistono rivelatori di ossigeno posti ad almeno 2.5 m dal pavimento?			
	La soglia del rivelatore di ossigeno è posta ai seguenti valori			
	• 20% per il preallarme ? • 18% per l'attivazione dei dispositivi supplementari di aspirazione dei gas ?			
	Sono presenti adeguati sistemi per l'evacuazione tempestiva dei gas prodotti dai criogeni con canalizzazione verso l'esterno ed in zone non accessibili al pubblico ?			
	E' stato predisposto un regolamento di sicurezza, con indicazione dei rischi, controindicazioni e protocolli ?			
	E' stata segnalata la presenza del campo magnetico ai Vigili del Fuoco ?			

(N/A: Non Applicabile/Non Previsto)

Il Legale Rappresentante _____ Lì _____

REGIONE CAMPANIA
ASSESSORATO ALLA SANITA'

3

INSTALLAZIONE ED UTILIZZO DI APPARECCHIATURE DIAGNOSTICHE A RISONANZA MAGNETICA

SCHEMA RACCOLTA DATI – MODULO B		Da utilizzare per tutte le apparecchiature a RM		
		Si	No	N/A
Locali adiacenti Sicurezza e protezione delle persone	La segreteria si trova al di fuori dell'area ad accesso controllato ?			
	L'accettazione si trova al di fuori dell'area ad accesso controllato ?			
	I servizi igienici per il pubblico e per gli operatori sono al di fuori dell'area ad accesso controllato ?			
	La linea isomagnetica a 0.5 mT si trova all'interno di locali ed aree di proprietà del presidio?			
	I locali con campo magnetico > 0.5 mT sono chiusi a chiave e con accesso consentito solo a personale autorizzato ?			
Sicurezza e protezione dei lavoratori e della popolazione	Sono rispettati i valori di esposizione di persone o volontari sani indicati nell'allegato A al D.M. 3/8/93			
	Sono rispettati i valori di esposizione di persone o volontari sani indicati nell'allegato B al D.M. 3/8/93			
	Sono rispettati i valori di esposizione per lavoratori indicati nell'allegato A al D.M. 3/8/93			
	Nel locale destinato all'assistenza medica delle persone, il campo magnetico è tale da garantire il buon funzionamento dei dispositivi elettronici (0.1 – 1 mT), come dettagliato nel D.M. 2/8/91 (allegato 1 – appendice 1 – tabella 1) ?			

(N/A: Non Applicabile/Non Previsto)

Il Legale Rappresentante _____ Lì _____

REGIONE CAMPANIA
ASSESSORATO ALLA SANITA'

4

INSTALLAZIONE ED UTILIZZO DI APPARECCHIATURE DIAGNOSTICHE A RISONANZA MAGNETICA

SCHEMA RACCOLTA DATI – MODULO C		Da utilizzare per apparecchi codice:		RMTM –RMSM Risonanza Magnetica Total body mobile Risonanza Magnetica Settoriale mobile		
DITTA FORNITRICE DEL SERVIZIO	Denominazione					
	Sede Legale	Indirizzo				
		Città				CAP
		telefono	fax		Telefono cellulare	
		Codice fiscale P.IVA				
	automezzo	targa	modello			

RESPONSABILI	ATTIVITÀ CLINICA	Cognome e Nome:			
		Specializzazione: _____			
		telefono	fax	e-mail	
	SICUREZZA	Cognome e nome:			
		Laurea: _____			
		Altre Qualifiche ☐		☐ (specificare) _____	
		telefono	fax	e-mail	

Durata	L'attività verrà svolta presumibilmente	dal	al	Frequenza Giorni/settimana _____
--------	---	-----	----	-------------------------------------

Persona di riferimento	Cognome e nome:			
	telefono	fax	e-mail	

(COMPILARE SOLO SE NON COINCIDENTI CON QUELLI RIPORTATI NELLA PARTE A)

Il Legale Rappresentante _____ Lì _____

REGIONE CAMPANIA
ASSESSORATO ALLA SANITA'

5

INSTALLAZIONE ED UTILIZZO DI APPARECCHIATURE DIAGNOSTICHE A RISONANZA MAGNETICA

SCHEMA RACCOLTA DATI – MODULO C		RMTM –RMSM		
Da utilizzare per apparecchi codice:		Risonanza Magnetica Total body mobile Risonanza Magnetica Settoriale mobile		
		Si	No	N/A
Sicurezza durante il trasporto	Durante il trasporto dell'apparecchiatura il magnete viene disattivato ?			
	Esiste una procedura in cui sono definite le modalità di intervento in caso di incidente durante il trasporto ?			
	Esiste una procedura per la limitazione delle conseguenze dovute a presenza dei gas prodotti dai liquidi criogeni in caso di incidente in luoghi confinati (esempio gallerie, autorimesse, ecc.) durante il trasporto o il ricovero dell'automezzo ?			
Sicurezza durante la sosta	La presenza del campo magnetico è stata notificata dalla direzione sanitaria o dal medico radiologo ai Responsabili della sicurezza ?			
	L'automezzo è stato parcheggiato lontano da Reparti e Servizi dotati di tecnologia particolarmente sensibile alla presenza di campi magnetici (es. Cardiologia-Rianimazione) ?			
	La presenza del campo magnetico è stata adeguatamente segnalata ?			
	In qualsiasi direzione la linea da 0,5 mT è contenuta all'interno del mezzo mobile ?			
	In caso di risposta negativa indicare la massima estensione dalla sagoma dell'automezzo della linea isomagnetica da 0.5 mT metri =>			
	Nelle vicinanze dell'automezzo possono transitare importanti masse di materiale ferromagnetico (es: autoarticolati, autobus, muletti etc.)?			
Descrizione del sito	Locali ed aree adiacenti il mezzo mobile (descrivere)			
	Eventuale collegamento (fisso o mobile) con la struttura sanitaria ospitante (descrivere)			
	Localizzazione dell'area destinata all'attesa delle persone ambulant e/o barellate e dell'area di primo intervento (descrivere)			
Indicare i motivi della scelta di utilizzare una apparecchiatura mobile				

(N/A: Non Applicabile/Non Previsto)

Il Legale Rappresentante _____ Lì _____

MODELLO NR. 1

**Al Dirigente del Settore
Assistenza Sanitaria
Centro Direzionale Isola C/3
NAPOLI**

**e, p.c. All'Azienda Sanitaria Locale
DIREZIONE GENERALE.....
.....**

*Fac-simile per la comunicazione di detenzione e messa in esercizio di apparecchiatura
RM settoriale fissa o mobile*

Il sottoscritto.....,legale rappresentante della
struttura sanitaria.....con sede incon la
presente

COMUNICA

l'avvenuta messa in esercizio di un'apparecchiatura RM settoriale fissa o mobile
presso.....

Si allegano, debitamente compilati, i moduli A, B e C nonché la documentazione
tecnica prevista dalle Linee guida tecniche regionali .

Data.....

Firma.....

MODELLO N.2

FACSIMILE DI DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE
ALL'INSTALLAZIONE DI APPARECCHIATURE A RISONANZA MAGNETICA TOTAL
BODY FINO A 2 TESLA FISSE E MOBILI

SPETT.LE ASSESSORATO REGIONALE ALLA SANITÀ
SETTORE ASSISTENZA SANITARIA
REGIONE CAMPANIA
CENTRO DIREZIONALE IS. C3
80143 NAPOLI

SPETT.LE A.S.L. COMPETENTE PER TERRITORIO
C/O DIREZIONE GENERALE

**OGGETTO: RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALL'INSTALLAZIONE DI
APPARECCHIATURA R.M. DEL GRUPPO A (INTENSITÀ DI CAMPO MAGNETICO
STATICO MINORE O UGUALE A 2,0 T) PER USO DIAGNOSTICO FISSA/MOBILE.**

In ottemperanza a quanto previsto dal D.M. 02/08/91, dal Decreto del Ministero della Sanità del
03/08/93, dal D.P.R. n°542 del 08/08/94, il
sottoscritto.....legale rappresentante della struttura
sanitaria.....con sede in.....alla
via....., richiede alla S.V. l'autorizzazione all'installazione di un'apparecchiatura
R.M. del gruppo A (intensità di campo magnetico statico minore o uguale a 2,0 T) per uso
diagnostico fissa/mobile.

All'uopo lo scrivente, anche ai fini della programmazione sanitaria e delle finalità di
integrazione con strutture specialistiche già esistenti di cui all'art. 4 punto 1, allega la seguente
documentazione:

1) PROPOSTA DI INSTALLAZIONE DI APPARECCHIATURA DI RISONANZA
MAGNETICA DEL GRUPPO A PER USO DIAGNOSTICO-DICHIARAZIONE DI INTENTI E
CONFORMITA' AI REQUISITI, ai sensi degli artt. 2 e 5 D.P.R. n°542 08/08/94 e all.2 D.M.
02/08/91

Conforme all'allegato .

Dichiara che l'impianto da realizzare risulterà conforme ai requisiti previsti dall'art. 2 del Decreto 8
agosto 1994, n. 542;

....., lì

Con osservanza
Il Legale Rappresentante

MODELLO N.2

FACSIMILE DI DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE
ALL'INSTALLAZIONE DI APPARECCHIATURE A RISONANZA MAGNETICA TOTAL
BODY FINO A 2 TESLA FISSE E MOBILI

Quadro 1:

Disponibilità di altri impianti di diagnostica mediante immagini e previsione di attività

1.1 Apparecchiature a disposizione del Presidio richiedente:

Radiologia Convenzionale:	(specificare)		
Ecografia	(specificare)		
Tomografia Computerizzata *	(specificare)		
Angiografia	(specificare)	si	no
Medicina Nucleare	(specificare)	si	no
Altre	(specificare)	si	no

Si allega planimetria dell'area che nel presidio è occupata dalle altre apparecchiature di Diagnostica mediante immagini, con messa in evidenza dell'Area destinata all'istallazione della apparecchiatura RM per cui si richiede l'autorizzazione

Allegato n°

* Nei Presidi monospecialistici cardiologici e/o cardiocirurgici, la Tomografia Computerizzata è sostituita da una unità di Angiografia

MODELLO N.2

**FACSIMILE DI DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE
ALL'INSTALLAZIONE DI APPARECCHIATURE A RISONANZA MAGNETICA TOTAL
BODY FINO A 2 TESLA FISSE E MOBILI**

1.2 Elenco quali-quantitativo del Personale che si prevede di assegnare alla gestione dell'apparecchiatura

1.3 Nominativo e Qualifica del Medico Responsabile del Presidio in cui si intende installare l'apparecchiatura

1.4 Nominativo e Qualifica del Medico Responsabile della gestione medica dell'Apparecchiatura (qualora si tratti di persona diversa da quello indicata al punto 1.3)

1.5 Attività Assistenziale svolta dal Presidio presso cui si intende installare l'apparecchiatura

1.6 Finalità d'Uso

	Principale	Secondaria
Diagnostica Medica mediante Immagini		
Spettroscopia in Vivo		

1.7 Previsione di attività dell'apparecchiatura espressa in %

Assistenza	%
Ricerca	%

1.8 Eventuali Informazioni Aggiuntive

MODELLO N.3A

FACSIMILE DI COMUNICAZIONE DI INSTALLAZIONE DI APPARECCHIATURE A RISONANZA
MAGNETICA TOTAL BODY FINO A 2 TESLA FISSE
DA INVIARE ENTRO 30GG. DALLA INSTALLAZIONE

SPETT.LE ASSESSORATO REGIONALE ALLA SANITÀ
SETTORE ASSISTENZA SANITARIA
REGIONE CAMPANIA
CENTRO DIREZIONALE IS. C3
80143 NAPOLI

SPETT.LE A.S.L. COMPETENTE PER TERRITORIO
C/O DIREZIONE GENERALE

SPETT.LE I.S.P.E.S.L.
DIPARTIMENTO IGIENE DEL LAVORO
LABORATORIO RADIAZIONI IONIZZANTI
VIA FONTANA CANDIDA, 1
00040 MONTEPORZIO CATONE (ROMA)

SPETT.LE MINISTERO DEL LAVORO, DELLA SALUTE
E DELLE POLITICHE SOCIALI
SEZIONE SALUTE
DIPARTIMENTO DELL'INNOVAZIONE
DIREZIONE GENERALE FARMACI
E DISPOSITIVI MEDICI
DELL'EX MINISTERO DELLA SALUTE
Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma

**OGGETTO: COMUNICAZIONE DI INSTALLAZIONE DI APPARECCHIATURA R.M.
DEL GRUPPO A (INTENSITÀ DI CAMPO MAGNETICO STATICO MINORE O
UGUALE A 2,0 T) PER USO DIAGNOSTICO FISSA**

In ottemperanza a quanto previsto dal D.M. 02/08/91, dal Decreto del Ministero della Sanità del 03/08/93, dal D.P.R. n°542 del 08/08/94, il sottoscritto.....legale rappresentante della struttura sanitaria.....con sede in.....alla via....., comunica alla S.V. l'installazione di un'apparecchiatura R.M. del gruppo A (intensità di campo magnetico statico minore o uguale a 2,0 T) per uso diagnostico fissa, come da autorizzazione del/....../.... prot. n. rilasciata dalla Settore Assistenza Sanitaria Regione Campania sentita l'ASL competente per territorio.

All'uopo lo scrivente allega la seguente documentazione:

- 1) I Moduli A e B previsti dalle Linee guida tecniche regionali, debitamente compilati;
- 2) La documentazione prevista dall'Allegato n.3 del D.M. 02/08/91 e dal Decreto del Ministero della Sanità del 03/08/93, nonché relazione informativa sui seguenti parametri strumentali misurati all'installazione (Uniformità dell'immagine, Rapporto segnale/rumore, Distorsione geometrica dell'immagine) e copia della comunicazione dell'installazione dell'apparecchio R.M. inviata al Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco di,

....., lì

Con osservanza
Il Legale Rappresentante

MODELLO N.3B

FACSIMILE DI COMUNICAZIONE DI DETENZIONE E MESSA IN ESERCIZIO DI
APPARECCHIATURE A RISONANZA MAGNETICA TOTAL BODY FINO A 2 TESLA MOBILI
DA INVIARE ENTRO 30GG. DALLA DETENZIONE

SPETT.LE ASSESSORATO REGIONALE ALLA SANITÀ
SETTORE ASSISTENZA SANITARIA
REGIONE CAMPANIA
CENTRO DIREZIONALE IS. C3
80143 NAPOLI

SPETT.LE A.S.L. COMPETENTE PER TERRITORIO
C/O DIREZIONE GENERALE

SPETT.LE I.S.P.E.S.L.
DIPARTIMENTO IGIENE DEL LAVORO
LABORATORIO RADIAZIONI IONIZZANTI
VIA FONTANA CANDIDA, 1
00040 MONTEPORZIO CATONE (ROMA)

e p.c. SPETT.LE MINISTERO DEL LAVORO, DELLA SALUTE
E DELLE POLITICHE SOCIALI
SEZIONE SALUTE
DIPARTIMENTO DELL'INNOVAZIONE
DIREZIONE GENERALE FARMACI
E DISPOSITIVI MEDICI
DELL'EX MINISTERO DELLA SALUTE
Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma

**OGGETTO: COMUNICAZIONE DI DETENZIONE E MESSA IN ESERCIZIO DI
APPARECCHIATURA R.M. DEL GRUPPO A (INTENSITA' DI CAMPO MAGNETICO
STATICO MINORE O UGUALE A 2,0 T) PER USO DIAGNOSTICO MOBILE**

In ottemperanza a quanto previsto dal D.M. 02/08/91, dal Decreto del Ministero della Sanità del
03/08/93, dal D.P.R. n°542 del 08/08/94, il
sottoscritto.....legale rappresentante della struttura
sanitaria.....con sede in.....alla
via....., comunica alla S.V. la detenzione e la messa in esercizio di
un'apparecchiatura R.M. del gruppo A (intensità di campo magnetico statico minore o uguale a 2,0
T) per uso diagnostico mobile, come da autorizzazione del/....../.... prot. n.
rilasciata dalla Settore Assistenza Sanitaria Regione Campania sentita l'ASL competente per
territorio.

All'uopo lo scrivente allega la seguente documentazione:

- 1) I Moduli A, B e C previsti dalle Linee guida tecniche regionali, debitamente compilati;
- 2) La documentazione prevista dall'Allegato n.3 del D.M. 02/08/91 e dal Decreto del Ministero della Sanità del 03/08/93, nonché relazione informativa sui seguenti parametri strumentali misurati all'installazione (Uniformità dell'immagine, Rapporto segnale/rumore, Distorsione geometrica dell'immagine) e copia della comunicazione della detenzione e messa in esercizio dell'apparecchio R.M. inviata al Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco di,

....., lì

Con osservanza
Il Legale Rappresentante

AZIENDA SANITARIA LOCALE

**SITO R.M. APPARECCHIATURA GRUPPO A FISSA O MOBILE
SCHEDA DI RILEVAZIONE PER VIGILANZA E CONTROLLO**

Sito:	
RESPONSABILE DEL SITO (con poteri di gestione: D.Lgs. 81/08 art.2 comma 1 lettera b)	
Qualifica	

CARATTERISTICHE DELLE STRUTTURE E DEL SITO RM

SCHEDA VERIFICA DELLE STRUTTURE E DEI SISTEMI		ESITO	NOTE
ZONA AD ACCESSO CONTROLLATO (>0,5 mT)			
Accessibile, mediante porte apribili liberamente solo dall' interno, esclusivamente a personale autorizzato ed addestrato ¹			
Segnaletica di sicurezza agli ingressi della zona ad accesso controllato (presenza di campo magnetico, divieto di ingresso a portatori di pace-maker, ecc.)			
Rivelatori metalli portatile/fisso			
Pulsanti di sicurezza per disattivazione magnete e RF			
LOCALE MAGNETE			
dimensioni sufficienti per consentire l'accesso di barella in materiale amagnetico e le operazioni di primo intervento eventualmente necessarie			
Segnaletica di sicurezza all'ingresso della sala magnete (presenza di campo magnetico, divieto di ingresso a portatori di pace-maker, ecc. e divieto di introduzione di oggetti ferromagnetici)			
Solo per magneti superconduttori:			
Adeguati ricambi d'aria/ora e controllo temperatura ed umidità ²			
Canalizzazioni gas criogeni verso l'esterno in zone non accessibili al pubblico			
Valvole di sicurezza			
Rilevatori di ossigeno ad almeno 2,5 m dal pavimento con soglia di pre-allarme 20% e allarme 18%			
Dispositivi supplementari di aspirazione dei gas			
SALA COMANDO			
Sistemi di monitoraggio del paziente	Visivo diretto		
	Visivo indiretto		
	Acustico (interfono)		

¹ L'accesso ai pazienti ed alle persone esposte occasionalmente deve avvenire mediante un unico accesso controllato da personale specificamente addestrato² Sono consigliabili dieci ricambi/ora e temperatura 22-24 °C (U.R.=50%) in condizioni normali e venti ricambi/ora in condizioni di emergenza

LOCALE ASSISTENZA MEDICA D'EMERGENZA³		
Carrello con presidi di rianimazione		
Defibrillatore		
Aspiratore per broncoaspirazione		
LOCALI ADIACENTI ED ESTERNI ALLA ZONA AD ACCESSO CONTROLLATO		
segreteria-accettazione		
sala d'attesa		
servizi igienici per utenti (accessibili anche a disabili)		
servizi igienici per lavoratori		
DOCUMENTAZIONE ESPERTO RESPONSABILE SICUREZZA E RESPONSABILE MEDICO		
Regolamento interno di sicurezza (protocolli di sicurezza con indicazione dei rischi, delle controindicazioni, protocolli per esecuzione esami e per il pronto intervento)		
Sorveglianza sanitaria con periodicità annuale del personale addetto a cura del medico competente		
Sorveglianza fisica ambientale		
Segnalazioni incidenti di tipo tecnico e medico		
DOCUMENTI RELATIVI A COLLAUDI E VERIFICHE PERIODICHE		
Tenuta della gabbia di Faraday		
distribuzione delle curve isomagnetiche ⁴		
verifiche funzionalità sistemi di rilevazione ossigeno ed evacuazione gas criogeni		
ACCESSI		
Possibilità di accesso per disabili al sito RM		
Almeno una via d'emergenza che conduce ad un'uscita di sicurezza (RM fisse)		
INFORMAZIONE E FORMAZIONE		
Del personale addetto		
Della squadra antincendio		
Del personale addetto alle pulizie		
Del personale addetto a manutenzioni varie (es: elettricisti, addetti all'impianto di condizionamento etc)		

Data _____

Firma _____

³ Per componenti sanitari magnetici si raccomanda che il campo magnetico non superi 1 mT⁴ I locali (esterni al sito R.M.) inclusi nella linea isomagnetica > 0,5 mT devono essere chiusi a chiave con accesso esclusivo al personale autorizzato ed adeguatamente segnalati

AZIENDA SANITARIA LOCALE

**SITO R.M. APPARECCHIATURA GRUPPO A FISSA O MOBILE
SCHEDA DI RILEVAZIONE PER VIGILANZA E CONTROLLO**

Sito:	
RESPONSABILE DEL SITO (con poteri di gestione: D.Lgs. 81/08 art. 2 comma 1 lettera b)	
Qualifica	

CARATTERISTICHE DEGLI IMPIANTI

	ESITO	NOTE
LOCALE MAGNETE		
Verifiche statiche ¹		
Sistemi di ventilazione e di climatizzazione della sala magnete ²		
per magneti superconduttori:		
Adeguati ricambi d'aria/ora e controllo temperatura ed umidità ³		
MESSA A TERRA DELLE APPARECCHIATURE		
Resistenza a terra		
Correnti di dispersione		
Verifiche di impianto di messa a terra (mod. A e B)		
SISTEMA DI PREVENZIONE INCENDI		
Copia comunicazione ai VV.F.		
Descrizione sistema antincendio		
SALA COMANDO		
posto di comando (VDT) conforme allegato XXXIV del D.Lgs. 81/08		
DOCUMENTI RELATIVI A COLLAUDI E VERIFICHE PERIODICHE		
verifiche funzionalità sistemi di rilevazione ossigeno ed evacuazione gas criogeni		

DATA _____

FIRMA _____

¹ Qualora il magnete non sia posizionato al piano terra è necessaria una verifica statica del solaio² Si consigliano almeno 6 ricambi/ora³ Sono consigliabili dieci ricambi/ora e temperatura 22-24 °C (U.R. ≈ 50%) in condizioni normali e venti ricambi/ora in condizioni di emergenza