

LA PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

OGGETTO: Procedimento di accreditamento definitivo strutture sanitarie e socio sanitarie private
Regolamentazione e verifica requisiti -

LA PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il Regolamento Regionale n.1 del 6 settembre 2002, concernente l'organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale e successive integrazioni e modificazioni;

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, con la quale la Presidente della Regione Lazio è stata nominata Commissario ad Acta per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel piano di rientro dai disavanzi regionali nel settore sanitario;

DATO ATTO, altresì, che con delibera del Consiglio dei Ministri del 17 ottobre 2008 è stato nominato il Sub Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 luglio 2008;

VISTO il Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni ed integrazioni recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23.10.92, n. 421";

VISTO l'art. 8 quater del D. Lgs. N. 502/1992 e s.m.i. che ai commi 1 e 8 rispettivamente prevede:
"1. L'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private e ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti. Al fine di individuare i criteri per la verifica della funzionalità rispetto alla programmazione nazionale e regionale, la regione definisce il fabbisogno di assistenza secondo le funzioni sanitarie individuate dal Piano sanitario regionale per garantire i livelli essenziali e uniformi di assistenza, nonché gli eventuali livelli integrativi locali e le esigenze connesse all'assistenza integrativa di cui all'articolo 9. La regione provvede al rilascio dell'accreditamento ai professionisti, nonché a tutte le strutture pubbliche ed equiparate che soddisfano le condizioni di cui al primo periodo del presente comma, alle strutture private non lucrative di cui all'articolo 1, comma 18, e alle strutture private lucrative.".....
"8. In presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le regioni e le unità sanitarie locali attraverso gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies, sono tenute a porre a carico del Servizio sanitario nazionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della programmazione nazionale. In caso di superamento di tale limite, e in assenza di uno specifico e adeguato intervento integrativo ai sensi dell'articolo 13, si procede, con le modalità di cui all'articolo 28, commi 9 e seguenti della legge 23 dicembre 1998, n. 448, alla revoca dell'accreditamento della capacità produttiva in eccesso, in misura proporzionale al concorso a



LA PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(*delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010*)

tale superamento apportato dalle strutture pubbliche ed equiparate, dalle strutture private non lucrative e dalle strutture private lucrative”;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 concernente: “Approvazione del Piano di Rientro per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004”;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n.149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: “Presenza d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del Piano di Rientro” e i seguenti obiettivi:

- 1.1.2 Definizione dei requisiti per l'autorizzazione
- 1.1.3 Modalità e termini per l'adeguamento ai requisiti autorizzativi
- 1.1.4 Ulteriori requisiti per l'accreditamento
- 1.2.2 Ridimensionamento di reparti con bassa performance organizzativa.
- 1.2.4 Riorganizzazione della rete ospedaliera e separazione dei percorsi tra l'emergenza, l'urgenza e l'elezione;

VISTO il nuovo Patto per la Salute sancito dalla Conferenza Stato – Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 3 dicembre 2009 con il quale, all'art. 13, comma 14 è stato stabilito che per le Regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate all'entrata in vigore delle norme attuative del medesimo patto restano fermi l'assetto commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad Acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;

VISTO l'art. 1, co. 796, lett. s), legge 27 dicembre 2006, n. 296, secondo cui a decorrere dal 1° gennaio 2008 cessano i transitori accreditamenti, e la successiva lettera t) e s.m.i., secondo cui, invece, con specifico riferimento agli accreditamenti provvisori, “le Regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che dal 1° gennaio 2011 cessino gli accreditamenti provvisori delle strutture private...non confermate dagli accreditamenti definitivi”;

VISTA la Legge Regionale 3 marzo 2003, n.4 “Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio – sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali”, e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il Regolamento Regionale 26 gennaio 2007, n.2 “Disposizioni relative alla verifica di compatibilità e al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, in attuazione dell'art.5, comma1, lett.b), della legge regionale 3 marzo 2003, n.4 (Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali) e successive modificazioni e integrazioni”

VISTO il Regolamento Regionale 13 novembre 2007, n.13 “Disposizioni relative alle procedure per la richiesta ed il rilascio dell'accreditamento istituzionale, in attuazione dell'art.13, comma 3, della legge regionale 3 marzo 2003, n.4;

VISTA la Legge Regionale 10 Agosto 2010, n. 3 “Assestamento del bilancio annuale e pluriennale 2010-2012 della Regione Lazio”, art. 1, commi dal 18 al 26, e successive modifiche ed integrazioni;



LA PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

VISTO in particolare l'art.1, comma 26 della citata L.R. 3/2010 nella parte in cui prevede che: "Per la definizione dei procedimenti di accreditamento istituzionale definitivo di cui ai commi dal 18 al 25, la normativa regionale vigente in materia si applica in quanto compatibile con le disposizioni di cui ai medesimi commi, nonché con gli ulteriori provvedimenti di attuazione degli stessi";

VISTO l'art. 2, commi dal 13 al 17, della Legge regionale 24 dicembre 2010, n. 9 "Disposizioni collegate alla legge finanziaria regionale per l'esercizio 2011 (art. 12, comma 1, L. R. 20 novembre 2001, n. 25)"

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U0090 del 10 novembre 2010, avente ad oggetto: "Approvazione di: "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie" (All. 1), "Requisiti ulteriori per l'accreditamento" (All. 2), "Sistema Informativo per le Autorizzazioni e gli Accredamenti delle Strutture Sanitarie (SAAS) – Manuale d'uso" (All. 3). Adozione dei provvedimenti finalizzati alla cessazione degli accreditamenti provvisori e avvio del procedimento di accreditamento definitivo ai sensi dell'art. 1, commi da 18 a 26 (Disposizioni per l'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private), Legge Regionale 10 Agosto 2010, n. 3";

TENUTO CONTO che con il predetto decreto commissariale 90/2010 è stato avviato il procedimento di accreditamento definitivo, ai sensi dell'art. 1, commi da 18 a 26 (Disposizioni per l'accreditamento definitivo istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private), Legge Regionale 10 Agosto 2010, n. 3, in attuazione dell'art. 1, co. 796, legge 27 dicembre 2006, n. 296, mediante la presentazione delle relative domande tramite il Sistema Informativo per le Autorizzazioni e gli Accredamenti delle Strutture Sanitarie, realizzato da LAit S.p.A;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U0109 del 31 dicembre 2010 avente ad oggetto: "Atto ricognitivo ex art. art. 1, comma 22, Legge Regionale 10 Agosto 2010, n. 3 e s.m.i" con il quale si è :

- adottato il provvedimento di ricognizione di cui all'art. 1, comma 22, Legge Regionale n. 3/2010 e s.m.i; prendendo atto delle domande, presentate nei termini e con le modalità previste dalla vigente normativa, ricomprese nell'allegato A ("Elenco strutture sanitarie e socio sanitarie che hanno compilato ed inviato il questionario di autovalutazione in relazione sia alla conferma della autorizzazione che all'accreditamento definitivo"), trasmesso da LAit S.p.A, parte integrante e sostanziale del provvedimento stesso;
- preso atto del fatto che le domande di cui all'allegato B ("Elenco delle strutture sanitarie e socio sanitarie che hanno presentato solo domanda di conferma all'autorizzazione"), trasmesso da LAit S.p.A, parte integrante e sostanziale del provvedimento stesso, presentavano elementi di incompletezza in ordine ai quali la Regione Lazio si riservava ulteriori approfondimenti e verifiche e pertanto non potevano essere inserite nell'elenco ricognitivo di cui all'allegato A.

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta U0007 del 3 febbraio 2011 e s.m.i. avente ad oggetto: "Legge Regionale 24 dicembre 2010, n. 9 art.2, comma 14. Termini e modalità per la presentazione della documentazione attestante il possesso dei requisiti ai fini del procedimento di accreditamento istituzionale definitivo";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta U0008 del 3 febbraio 2011 avente ad oggetto:



LA PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

Modifica dell'Allegato I al Decreto del Commissario ad Acta U0090/2010 per: a) attività di riabilitazione (cod. 56), b) attività di lungodegenza (cod. 60); c) attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per i livelli prestazionali: R1, R2, R2D e R3 – Approvazione Testo Integrato e Coordinato denominato “Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie”.

DATO ATTO CHE il suddetto decreto commissariale 90/2010 tra l'altro dispone:

- al punto 10): che: *“qualora all'esito delle procedure di verifica, di cui al comma 23 dell'art. 1 della L.R. 3/2010, dovesse risultare il mancato possesso dei requisiti dell'autorizzazione all'esercizio o dei requisiti ulteriori previsti per l'accREDITAMENTO saranno disposti i conseguenti provvedimenti, ivi compresa la revoca dell'autorizzazione all'esercizio e/o dell'accREDITAMENTO istituzionale, secondo quanto previsto dalla Legge regionale n. 4/2003*
- al punto 11) che *“con successivo provvedimento si procederà a disciplinare la fase di attuazione del procedimento di accREDITAMENTO definitivo, in particolare per quanto riguarda “il crono programma della verifica del possesso dei requisiti accREDITATIVI e dei requisiti ulteriori di qualificazione” da adottarsi entro il 28/02/2011, come indicato nel verbale del “Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti” del 26 ottobre 2010, verifiche da ultimarsi comunque entro e non oltre il 31 ottobre 2011”;*

ATTESA la necessità di ridefinire tempistica e procedure per la verifica dei requisiti sia autorizzativi che ulteriori richiesti ai fini dell'accREDITAMENTO unificando le verifiche per economia procedimentale;

CONSIDERATO, inoltre, utile adottare uno strumento che sia di riferimento per uniformare i comportamenti delle commissioni di verifica delle ASL in ordine all'accERTAMENTO dei requisiti minimi richiesti per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie;

RITENUTO, pertanto, di dover disciplinare, ai fini della loro omogeneizzazione sul territorio regionale, le procedure da adottare per le verifiche dei requisiti, mediante approvazione del documento allegato al presente provvedimento sub A denominato “ Liste di verifica da utilizzare in sede di sopralluogo per l'accERTAMENTO dei requisiti minimi autorizzativi”, elaborato con il supporto di un gruppo di lavoro composto da rappresentanti di diverse ASL del territorio della Regione, nonché definire il relativo cronoprogramma come di seguito indicato:

- a. entro il 31 marzo 2011 la Direzione Regionale competente provvederà ad inviare alle ASL l'elenco delle strutture che hanno compilato ed inviato i questionari di autovalutazione dichiarando il possesso di tutti i requisiti richiesti.
- b. entro il 31 marzo 2011, il Direttore Generale di ciascuna ASL provvederà alla costituzione di apposita Commissione di verifica, sotto il Coordinamento del Direttore del Dipartimento di Prevenzione, o suo delegato, e composta da: 1) personale del Dipartimento di Prevenzione, 2) personale della Unità Operativa di AccREDITAMENTO e/o vigilanza sulle strutture sanitarie e socio sanitarie, 3) personale esperto nella attività specialistica oggetto di verifica, 4) personale qualificato iscritto al “Registro Regionale dei Facilitatori per la Qualità” istituito presso Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica.

Eventuali ulteriori integrazioni verranno valutate dal Direttore Generale.

I componenti della Commissione mantengono la propria posizione funzionale nell'ambito dei servizi e/o delle Unità Operative ove prestano la propria attività.

V.M.

LA PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

Su istanza della struttura interessata, è consentita la presenza, in sede di sopralluogo di un membro delle associazioni di categoria maggiormente rappresentative designato dalla stessa. Per agevolare l'opera di verifica della Commissione e rendere più celeri i tempi di intervento, i componenti della Commissione devono, tra l'altro, accedere a tutte le informazioni e alla documentazione inserita nel sistema SAAS dai soggetti provvisoriamente accreditati, ai sensi dei Decreti del Commissario ad Acta n. U0090/2010 e n. U0007/2011 e s.m.i., anche al fine di verificare la veridicità di quanto dichiarato in sede di compilazione dei questionari di autovalutazione in ordine al possesso dei requisiti minimi richiesti e ai titoli di autorizzazione e di accreditamento provvisorio posseduti. Qualora dalla suddetta verifica dovessero emergere ipotesi di falsità in atti e/o dichiarazioni mendaci la ASL dovrà procedere alla denuncia all'Autorità Giudiziaria competente ai sensi di quanto previsto all'art.76 del D.P.R.445/2000. "Disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa."

Copia di detta denuncia dovrà essere inoltrata alla Direzione Regionale competente per la dovuta presa d'atto e l'emanazione del provvedimento di decadenza dagli eventuali benefici ottenuti in base alla falsa dichiarazione.

Il Coordinatore della Commissione di verifica, acquisiti dai responsabili dei servizi interessati gli esiti della verifica, ivi inclusa la completezza e la regolarità della documentazione inviata informaticamente ai sensi del Decreto commissariale U0007/2011 e s.m.i., trasmette apposita relazione attestante gli esiti della verifica al Direttore generale dell'azienda USL che, sulla base della stessa, provvede a rilasciare attestazione di conformità ai requisiti richiesti da trasmettere, in copia cartacea, alla Direzione regionale competente, entro i successivi trenta giorni e in copia digitalizzata mediante inserimento nella piattaforma informatica SAAS.

- c. entro l'8 aprile 2011, l'Azienda USL dovrà trasmettere copia del provvedimento di costituzione della Commissione di verifica alla Direzione Regionale Assetto Istituzionale, Prevenzione e Assistenza Territoriale - Area Autorizzazione Accreditamento e Attività Ispettiva, unitamente ad un crono programma delle verifiche di cui ai commi 23 e 24, art.1 della L.R. 3/2010;
- d. entro il 31 ottobre 2011 dovrà essere completata la verifica del possesso dei requisiti autorizzativi e di quelli ulteriori per l'accredimento così come previsto dal Decreto del Commissario ad Acta U0090/2010 e s.m.i..

RITENUTO, inoltre, di dover rinviare ai fini dell'accertamento dei requisiti richiesti per l'accREDITAMENTO definitivo, al contenuto dell'allegato 2, "Requisiti ulteriori per l'accREDITAMENTO", del Decreto Commissariale 90/2010.

DECRETA

Per le motivazione in premessa indicate, che si richiamano integralmente:

- 1 di approvare il seguente cronoprogramma:



LA PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(*delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010*)

- a. entro il 31 marzo 2011 la Direzione Regionale competente provvederà ad inviare alle ASL l'elenco delle strutture che hanno compilato ed inviato i questionari di autovalutazione dichiarando il possesso di tutti i requisiti richiesti.
- b. entro il 31 marzo 2011, il Direttore Generale di ciascuna ASL provvederà alla costituzione di apposita Commissione di verifica, sotto il Coordinamento del Direttore del Dipartimento di Prevenzione, o suo delegato, e composta da: 1) personale del Dipartimento di Prevenzione, 2) personale della Unità Operativa di Accreditamento e/o vigilanza sulle strutture sanitarie e socio sanitarie, 3) personale esperto nella attività specialistica oggetto di verifica, 4) personale qualificato iscritto al "Registro Regionale dei Facilitatori per la Qualità" istituito presso Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica.

Eventuali ulteriori integrazioni verranno valutate dal Direttore Generale.

I componenti della Commissione mantengono la propria posizione funzionale nell'ambito dei servizi e/o delle Unità Operative ove prestano la propria attività.

Su istanza della struttura interessata, è consentita la presenza, in sede di sopralluogo di un membro delle associazioni di categoria maggiormente rappresentative designato dalla stessa. Per agevolare l'opera di verifica della Commissione e rendere più celeri i tempi di intervento, i componenti della Commissione devono, tra l'altro, accedere a tutte le informazioni e alla documentazione inserita nel sistema SAAS dai soggetti provvisoriamente accreditati, ai sensi dei Decreti del Commissario ad Acta n. U0090/2010 e n. U0007/2011 e s.m.i., anche al fine di verificare la veridicità di quanto dichiarato in sede di compilazione dei questionari di autovalutazione in ordine al possesso dei requisiti minimi richiesti e ai titoli di autorizzazione e di accreditamento provvisorio posseduti. Qualora dalla suddetta verifica dovessero emergere ipotesi di falsità in atti e/o dichiarazioni mendaci la ASL dovrà procedere alla denuncia all'Autorità Giudiziaria competente ai sensi di quanto previsto all'art.76 del D.P.R.445/2000. "Disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa."

Copia di detta denuncia dovrà essere inoltrata alla Direzione Regionale competente per la dovuta presa d'atto e l'emanazione del provvedimento di decadenza dagli eventuali benefici ottenuti in base alla falsa dichiarazione.

Il Coordinatore della Commissione di verifica, acquisiti dai responsabili dei servizi interessati gli esiti della verifica, ivi inclusa la completezza e la regolarità della documentazione inviata informaticamente ai sensi del Decreto commissariale U0007/2011 e s.m.i., trasmette apposita relazione attestante gli esiti della verifica al Direttore generale dell'azienda USL che, sulla base della stessa, provvede a rilasciare attestazione di conformità ai requisiti richiesti da trasmettere, in copia cartacea, alla Direzione regionale competente, entro i successivi trenta giorni e in copia digitalizzata mediante inserimento nella piattaforma informatica SAAS.

- c. entro l'8 aprile 2011, l'Azienda USL dovrà trasmettere copia del provvedimento di costituzione della Commissione di verifica alla Direzione Regionale Assetto Istituzionale, Prevenzione e Assistenza Territoriale Assistenza Territoriale - Area Autorizzazione Accreditamento e Attività Ispettiva, unitamente ad un cronoprogramma delle verifiche di cui ai commi 23 e 24, art.1 della L.R. 3/2010;
- d. entro il 31 ottobre 2011 dovrà essere completata la verifica del possesso dei requisiti autorizzativi e di quelli ulteriori per l'accREDITAMENTO così come previsto dal Decreto del Commissario ad Acta U0090/2010 e s.m.i..

LA PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(*delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010*)

- 2 di approvare il documento allegato al presente provvedimento sub A denominato “ Liste di verifica da utilizzare in sede di sopralluogo per l'accertamento dei requisiti minimi autorizzativi”, elaborato con il supporto di un gruppo di lavoro composto da rappresentanti di diverse ASL del territorio della Regione, che costituisce esclusivamente strumento di riferimento per uniformare i comportamenti delle commissioni di verifica delle ASL in ordine all'accertamento dei requisiti minimi autorizzativi e come tale potrà essere oggetto di successive integrazioni e articolazioni;
- 3 di rinviare, ai fini dell'accertamento dei requisiti richiesti per l'accreditamento definitivo, al contenuto dell'allegato 2, “Requisiti ulteriori per l'accreditamento”, del Decreto Commissariale 90/2010 ;

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul sito istituzionale della Regione Lazio:
www.regione.lazio.it e sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Renata Polverini



ALLEGATO A

VMS

**“ LISTE DI VERIFICA DA UTILIZZARE IN SEDE DI SOPRALLUOGO PER
L'ACCERTAMENTO DEI REQUISITI MINIMI AUTORIZZATIVI”**

VERIFICA DOCUMENTALE PER TUTTE LE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE

| | ELENCO DOCUMENTI (Decreti Commissariali 7/2011 e 11/2011) |
|--|---|
| <p>Trattasi della documentazione già inserita nel sistema SAAS (in formato PDF) dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie private, provvisoriamente accreditate alla data di entrata in vigore della l.r. 3/2010 e s.m.i, così come previsto dai Decreti del Commissario Ad Acta n. 7/2011 e 11/2011.</p> <p>La Commissione in sede di verifica dovrà, tra l'altro, prendere atto della documentazione in originale ed accertare la conformità agli originali della documentazione inviata in via telematica.</p> <p>Resta fermo che tutta la documentazione prevista dalla vigente normativa, nonché la documentazione ulteriore, utile a dimostrare la conformità ai requisiti previsti dalle vigenti norme di legge e regolamentari, dovrà essere a disposizione degli organi preposti alla verifica.</p> | <ol style="list-style-type: none">1. planimetria quotata in scala 1:100 per ogni livello, a firma di tecnico abilitato, dalla quale risulti: l'intestazione, la destinazione d'uso di ciascun locale, le relative altezze, la sezione, le superfici utili di ciascun locale e il rapporto con le superfici finestrate, nonché l'eliminazione delle barriere architettoniche;2. apposita documentazione attestante il possesso e/o detenzione dell'immobile (proprietà o altro diritto reale di godimento, locazione, comodato ecc.);3. relazione tecnica di conformità degli impianti ed in particolare: certificato impianto elettrico ex D.M. 22.01.2008 o ex L.n.46/90 e s.m.i.; per gli impianti di ricambio d'aria e/o climatizzazione, ove necessari (o comunque presenti), relazione tecnica e schema planimetrico; verifica messa a terra ai sensi del D.P.R. n.462/2001;4. relazione tecnica relativa agli impianti di distribuzione dei gas medicali;5. per le strutture di ricovero e cura e per quelle residenziali, relazione tecnico – sanitaria a firma del tecnico – progettista e di un medico esperto in materia; |

| | |
|--|--|
| | <p>6. elenco degli arredi sanitari, delle attrezzature e della apparecchiature, sottoscritto dal rappresentante legale. Per le apparecchiature dovrà essere riportata la casa costruttrice, il modello ed il numero di matricola ed allegato il certificato di conformità;</p> |
| | <p>7. certificati catastali e il certificato di agibilità dei locali rilasciati dal Comune competente per territorio ai sensi della normativa vigente in materia;</p> |
| | <p>8. piano di emergenza ed evacuazione, piano di gestione del primo soccorso, piano di gestione della sicurezza anti incendio ex Dlgs 81/2008 e, per le strutture per cui esiste l'obbligo, il certificato di prevenzione incendi ex D.M. 10 marzo 1998;</p> |
| | <p>9. dotazione organica del personale in servizio con l'elenco nominativo diviso per qualifica professionale e con l'indicazione della tipologia del rapporto di lavoro e dell'orario settimanale svolto;</p> |
| | <p>10. dati anagrafici del Direttore Sanitario con l'indicazione del titolo di studio posseduto e degli estremi di iscrizione all'Albo Professionale;</p> |
| | <p>11. regolamento interno;</p> |
| | <p>12. certificato di iscrizione al registro delle imprese presso la Camera di commercio, industria, artigianato e agricoltura, per i soggetti che vi sono tenuti ai sensi della normativa vigente in materia;</p> |

| | |
|--|---|
| | 13. autocertificazione ai fini delle leggi antimafia del titolare o del rappresentante legale della persona giuridica, associazione, organizzazione o ente, comunque denominato; |
| | 14. attestazione dell'effettivo adempimento agli obblighi di tutela dei dati personali e sensibili previsti dalla normativa vigente in materia; |
| | 15. attestazione dell'avvenuta presentazione, alla data di scadenza della procedura prevista dal DCA 90/2010, dell'istanza per ottenere il rilascio di certificati/pareri/nulla osta da parte delle Autorità preposte, nel caso in cui se ne renda necessaria l'acquisizione e gli stessi non siano già stati rilasciati; |
| | 16. con riferimento all'accreditamento istituzionale: la carta dei servizi e ogni altra documentazione atta a dimostrare il possesso dei requisiti, secondo il grado di conformità dichiarato nel relativo questionario di autovalutazione; |
| | 17. dichiarazione di conformità all'originale degli atti, in possesso del dichiarante, trasmessi in via telematica; |
| | 18. autorizzazione al trattamento dei dati. |
| | 19. copia dell'atto costitutivo se l'unità referente è persona giuridica, associazione, organizzazione o ente comunque denominato |

| | |
|--|--|
| | 20. il provvedimento di autorizzazione all'esercizio dell'attività ed eventuali provvedimenti modificativi dello stesso, ovvero istanza completa di tutta la documentazione prevista, qualora siano in corso, alla data di entrata in vigore del Decreto del Commissario ad Acta n.90/2010, procedimenti di modificazione della titolarità del titolo autorizzativo ai sensi degli artt. 13 e 14 del R.R. n. 2/2007 (quali: fusioni, cessioni di azienda, ecc.), |
| | 21. il provvedimento di rilascio dell'accreditamento provvisorio; |

REQUISITI DI CARATTERE GENERALE PER TUTTE LE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE

| 01. REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI | | | | | | | |
|---|------------|---|---|-----------|----|---------|---|
| | | | | P RESENTE | | | NOTE |
| | | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 01.01 Protezione antisismica (per strutture autonome) | .01 | <p>Requisito richiesto per strutture di degenza</p> <p>Il requisito è richiesto per strutture autonome (corpi di fabbrica indipendenti)</p> <p>Se la struttura e' ubicata in zona sismica, esiste dichiarazione che essa risponde ai requisiti per la protezione antisismica?</p> <p>Elenco zone sismiche del Lazio</p> <p>Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3274/2003</p> | <p><u>CERTIFICATO DI AGIBILITA'</u></p> <p>in alternativa:</p> <p>1. [] il collaudo statico con dichiarazione di rispondenza alla normativa antisismica ed attestazione di avvenuto deposito pratica del Genio Civile.</p> <p>2. [] la relazione finale del Direttore dei lavori con dichiarazione di rispondenza alla normativa antisismica ed attestazione di avvenuto deposito pratica del Genio Civile, nei casi in cui non occorra il collaudo di cui alla precedente punto 1.</p> <p>3. [] certificato di conformità alla normativa antisismica rilasciato dal Genio Civile, nei soli casi in cui le opere siano state oggetto di controllo da parte dell'Ufficio del Genio Civile.</p> <p>4. [] il certificato di idoneità statica redatto da un tecnico abilitato secondo le indicazioni dell'art.2 del D.M. 15 maggio 1985 nei casi in cui non sono necessari, per la tipologia dell'intervento, i documenti ed adempimenti di cui alle precedenti lettere 1, 2 e 3;</p> | | | | |
| 01.02. Protezione antincendio | .01 | Attività soggetta al controllo dei VV.FF. per prevenzione e protezione incendi? | <p>D.M. Interno 18.09.2002 (regola tecnica)</p> <p>Certificato di prevenzione incendi (CPI) DPR 577/82 (mod. PIN3) o autocertificazione DPR 12/1/98 n°37 art. 3 c. 5. (D.I.A. mod. PIN 4 o Deroga mod. PIN 2)</p> | | | | <p>Nota: per le strutture sanitarie non si applica la proroga di 3 anni al N.O.P. prevista dal D.M. 29.12.05</p> |

| | | | | | | | |
|---|------------|--|--|--|--|--|---|
| | .02 | Per le attività non soggette al controllo dei VV.FF.(diverse dal punto precedente): La struttura è conforme alle norme di prevenzione e protezione incendi? | Decreto Ministeriale 10 marzo 1998 - D.M. Interno 18.09.2002 (regola tecnica) DVR con valutazione e classificazione del rischio incendio e conseguenti misure di prevenzione e protezione: - piano di emergenza; - dimensione porte, vie e scale di uscita; - segnaletica di emergenza; - illuminazione di emergenza; - uscite di emergenza; - impianti e/o attrezzature di estinzione. | | | | |
| 01.03. Protezione Acustica | .01 | La struttura e' rispondente ai criteri di protezione acustica previsti dalla vigente normativa? | | | | | |
| 01.04. Sicurezza e continuità elettrica | .01 | Gli impianti di produzione (gruppi elettrogeni), di trasformazione, di distribuzione dell'energia elettrica sono conformi ai requisiti previsti dalle vigenti leggi e norme tecniche (UNI CEI) in materia di sicurezza elettrica e continuità elettrica? | - Dichiarazione di conformità imp. Elettrici (ex L. 46/90) (ora D.M. 22 gennaio 2008 n. 37) - dichiarazione di conformità impianto di terra inviata entro 30 giorni dalla messa in esercizio ad ISPEL ed ARPA (ha valore di omologazione e vale 2 anni) - verbale verifica periodica biennale con esito positivo (ora art. 86 D.lgs. 81/08) | | | | Nota: dal 01/09/01, agli impianti elettrici nei locali ad uso medico, non si applica più la norma CEI 64-4 ma, la nuova sezione 710 della norma CEI 64-8; <u>la norma non presenta effetti retroattivi perciò gli impianti già realizzati in conformità alle CEI 64-4 devono considerarsi ugualmente idonei agli effetti della sicurezza.</u> D.P.R. 462/2001 |
| | .02 | L'impianto antideflagrante è stato sottoposto al collaudo iniziale dell'ARPA ed alla verifica periodica biennale? | - dichiarazione di conformità impianto (ex L. 46/90) (ora D.M. 22 gennaio 2008 n. 37) inviata entro 30 giorni dalla messa in esercizio all'ARPA - verbale prima verifica ARPA (omologazione) e verbale verifiche periodiche biennale con esito positivo (ora art. 86 D.lgs. 81/08) (ex D.Lgs 233/2003 per atmosfere esplosive "ATEX" che integra il D.Lgs. 626/94 con il Titolo VIII bis.) (ora titolo XI D.lgs. 81/08) | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | <p>.03 E' stato valutato il rischio di fulminazione diretta e indiretta? L'impianto di protezione contro le scariche atmosferiche va realizzato per tutte le strutture non autoprotette. Gli impianti di protezione dalle scariche atmosferiche sono realizzati nel rispetto della normativa vigente?</p> | <p><i>Calcoli dell'autoprotezione per verificare se la struttura è autoprotetta. CEI 81-10</i></p> <p><i>oppure</i></p> <p>- dichiarazione di conformità dell'impianto inviata ad ARPA e ISPESL entro 30 gg dalla messa in esercizio.</p> <p>- verbale di verifica periodica dell'impianto da effettuarsi ogni due anni con esito positivo. (ora art. 86 D.lgs. 81/08)</p> | | | | |
| | <p>.04 I locali ad uso medico sono classificati ai fini degli impianti elettrici?</p> | <p>Documentazione di classificazione secondo Norma CEI 64-8-7 sez. 710</p> | | | | <p>Sicurezza elettrica nei locali ad uso medico</p> |
| | <p>.05 Nei locali adibiti ad uso medico, per tutti gli impianti il cui funzionamento è ritenuto indispensabile per l'incolumità del paziente, è assicurata un'alimentazione elettrica di sicurezza?</p> | <p>Requisito: dichiarazione del titolare/relazione tecnica di un professionista abilitato</p> | | | | <p>L'alimentazione di sicurezza deve essere automatica e disponibile entro un tempo definito da dm 18/09/02 sez. 6 (regola tecnica prevenzione incendi per strutture sanitarie) e da norma CEI 64-8/7 sez. 710</p> <p>Le lampade scialitiche hanno la disponibilità dell'alimentazione di sicurezza entro 0,5 sec</p> <p>Per le utenze di vitale importanza l'alimentazione di sicurezza deve essere assicurata tramite gruppi di continuità assoluta (UPS).</p> <p>Il responsabile sanitario della struttura stabilisce le utenze sotto UPS.</p> |

| | | | | | | | | |
|--|------------|---|--|--|--|--|---|--|
| 01.05. Sicurezza antinfortuni- stica | .01 | E' stato designato il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione? | | | | | Nelle strutture con più di 50 lavoratori il R.S.P.P. deve essere Interno | |
| | .02 | E' stato elaborato un documento contenente una relazione sulla valutazione dei rischi? | | | | | | |
| | .03 | Se valutata necessaria la sorveglianza sanitaria, è stato nominato il medico competente? | Atto di nomina (ex art. 4 comma 4 lettera c del D.Lgs. 626/94) (ora art. 18 comma 1 lettera "a" D.lgs. 81/08) nei casi previsti dall'articolo 41 | | | | | |
| | .05 | Sono stati designati e formati i dei lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei lavoratori in caso di pericolo grave e immediato, di salvataggio, di pronto soccorso e, comunque, di gestione dell'emergenza ? | Atto di designazione (ex art. 4, comma 5 lett. a, artt. 12 e 13 del D.Lgs. 626/94); (ora art. 18 comma 1 lettera "b" D.lgs. 81/08) Verifica formazione specifica per addetti a compiti di prevenzione incendi e lotta antincendio (Decreto Ministeriale 10 marzo 1998) e primo soccorso (D.M. 15 luglio 2003, n. 388) con relativi attestati (D.lgs. 8 marzo 2006 n. 139) (ora art. 37 comma 9 D.lgs. 81/08) | | | | | |
| | .06 | Il rappresentante dei lavoratori è stato formato? | (ex art. 22 D.lgs. 626/94) (ora art. 37 comma 10 e 11 D.lgs. 81/08) verifica formazione specifica RLS (D.M. 16.01.1997 art. 2) | | | | | |
| | .07 | Esistono lavori in appalto o contratto d'opera? (es. pulizie, manutenzione, facchinaggio) | (ex Art 7 D.lgs. 626/94) (ora art. 26 D. lgs. 81/08) documento di valutazione dei rischi da interferenze, allegato al contratto di appalto o d'opera, che indichi le misure adottate per eliminare le interferenze, redatto dal DL committente. | | | | Nota: per i contratti stipulati prima del 25.08.2007 e in corso alla data del 31.12.2008 , redazione DVR delle Interferenze <u>entro il 31 dicembre 2008</u> | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | <p>.08 È in uso e viene regolarmente compilato il registro degli infortuni?</p> | <p>(ex art. 4 comma 5 lett. "O" D.Lgs. 626/94) (ora art. 53 comma 6 D.lgs. 81/08) Registro vidimato dallo SPISLL / S.Pre.S.A.L. dell'ASL competente per territorio.</p> | | | | <p>Nota: Il registro resta in vigore fino a sei mesi dall'introduzione del SINP (sistema nazionale per la prevenzione).</p> |
| | <p>.09 Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di sicurezza antinfortunistica?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Certificato di omologazione ISPESL per apparecchi in pressione (ex R.D. 824/1927) ; denuncia all'ISPESL /ASL/ ARPA per attrezzature 97/23 CE "PED" (dal 29/5/2002). - Dichiarazione di conformità per impianti sollevamento persone; L. 1415/1942; DPR 1497/63; DM 587/1987). Libretto di collaudo o dichiarazione CE di conformità (licenza di esercizio) DPR 162/99. - rispetto della normativa tecnica UNI CIG per gli impianti di distribuzione gas combustibili; - ex D.lgs. 46/97 (ora D.M. 22 gennaio 2008 n. 37) UNI EN 737-3 per distribuzione di gas medicali. - Impianti termici: norme di legge e di buona tecnica vigenti (eventuale CPI) - omologazione ISPESL per aria compressa (ex R.D. 824/27). il R.D. 824/1927 e succ. per i recipienti a pressione, caldaie, etc. : certificato omologazione ISPESL - Per le bombole vale il R. D. 12/9/1925: certificato di collaudo e revisione rilasciato da ISPESL / MCTC. | | | | <p>Nota: Nel libretto ascensore o in allegato devono essere esibiti gli estremi delle verifiche semestrali della ditta di manutenzione e gli eventuali verbali di verifica periodica.</p> |
| | <p>.10 Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di sicurezza antinfortunistica per macchine e attrezzature?</p> | <p>Marcatura CE dopo il 21 settembre 1996 se rientranti nelle categorie indicate dal DPR 459/96 e normative applicabili. Presenza di attestazione</p> | | | | |

| | | | | | | | |
|--|------------|---|---|--|--|--|--|
| 01.06 Igiene nei luoghi di lavoro | .01 | Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di igiene del lavoro : deroga ex art. 8 del DPR 303/56 (ora art. 65 D.lgs. 81/08) per utilizzo di locali interrati o seminterrati > del 50%? | Documento attestante la deroga | | | | |
| | .02 | Sono rispettate le altezza minime dei singoli ambienti previste dai regolamenti edilizi comunali ? | | | | | |
| | .03 | Sono rispettati i requisiti previsti dalla normativa in materia di aerazione e illuminazione naturale? | Relazione tecnica che attesti la rispondenza ai requisiti previsti dai regolamenti comunali e dalle norme d'igiene del lavoro (ex D.P.R. 303/56) (ora art. 63 e 1.9 allegato IV D.lgs. 81/08) | | | | Linee Guida C.T. Regioni '06 UNI 10339 UNI 10380 |
| 01.07. Protezione dalle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti | .01 | L'utilizzo delle apparecchiature e/o delle sostanze che possono generare radiazioni ionizzanti, viene effettuato nel rispetto di quanto stabilito dal Decreto legislativo 17.3.1995, n. 230 per la protezione dei lavoratori e della popolazione? | (art. 180 comma 3 D. lgs. 81/08) (Decreto legislativo 17.03.1995, n. 230) - Relazione dell'esperto qualificato - Sopralluogo | | | | |
| | .02 | esposizione dei lavoratori ai campi elettromagnetici ? | valutazione dei rischi (ex art. 4 comma 2 del D.Lgs. 626/94) (ora artt. 17, 28, 181 e 209 D.lgs. 81/08) D.lgs. 19 novembre 2007, n. 257 | | | | Nota: ai sensi dell'art. 306 comma 3 D.lgs. 81/2008 le disposizioni del capo IV Tit. VIII entrano in vigore il 28.04.2012. |
| | .03 | esposizione dei lavoratori alle radiazioni ottiche artificiali ? | Per le sorgenti laser: verifica adempimenti previsti dalla norma CEI 76-6 (formazione addetti, segnaletica di sicurezza e D.P.I. ecc.) | | | | Nota: ai sensi dell'art. 306 comma 3 D.lgs. 81/2008 le disposizioni del capo V Tit. VIII entrano in vigore il 26.04.2010. Per le sorgenti laser si applica la norma CEI 76-6 |

| | | | | | | | |
|--|-------------------|---|---|--|--|--|---|
| <p>01.08. Eliminazione barriere architettoni- che</p> | <p>.01</p> | <p>Sono rispettati i requisiti previsti dalla normativa vigente in materia di barriere architettoniche?</p> | <p>DPR 503/96 ; DM 236/89 ; legge 9 gennaio 89 n. 13 ; D.G.R. 27 marzo 2001 n. 424 Per i fabbricati costruiti dopo il 1989 il certificato di agibilità Dichiarazione di un tecnico attestante la conformità delle opere alle leggi vigenti per i fabbricati costruiti prima del 1989</p> | | | | <p>Per i fabbricati costruiti dopo il 1989 il certificato di agibilità è condizionato dall'esistenza delle opere. Dichiarazione del direttore dei lavori sulla conformità delle opere realizzate in conformità alla normativa vigente in materia di accessibilità e superamento delle barriere architettoniche (DPR 380/2001) Dichiarazione di un tecnico attestante la conformità delle opere alle leggi vigenti (per i fabbricati costruiti prima del 1989 (occorre adeguamento.)</p> |
| <p>01.09. Smaltimento rifiuti</p> | <p>.01</p> | <p>Lo smaltimento dei rifiuti speciali pericolosi a rischio infettivo viene effettuato nel rispetto della normativa vigente?</p> | <p>(Decreto Legislativo 3 aprile 2006, n° 152) Documentazione formale (contratto o conferimento di incarico) che preveda stoccaggio, raccolta, trasporto e destinazione dei rifiuti prodotti nel rispetto della normativa vigente.</p> | | | | <p>L'art. 227 del D.Lgs 152/06 rimanda, per quel che concerne la gestione di tale tipologia di rifiuto, al D.P.R. 15 luglio 2003 n. 254</p> |
| | <p>.02</p> | <p>Lo smaltimento dei rifiuti speciali pericolosi solidi/ liquidi (ex tossico nocivi) e speciali viene effettuato nel rispetto della normativa vigente?</p> | <p>(Decreto Legislativo 3 aprile 2006, n. 152) Documentazione formale (contratto o conferimento di incarico) che preveda stoccaggio, raccolta, trasporto e destinazione dei rifiuti prodotti nel rispetto della normativa vigente. Registro di carico e scarico rifiuti vidimato presso C.C.I.A.A e copia dichiarazione annuale smaltimento rifiuti (MUD).</p> | | | | <p>Sentenza cassazione scarichi idrici</p> |

| | | | | | | | |
|--|------------|--|---|--|--|--|---|
| | .03 | Se la struttura produce rifiuti radioattivi, il loro smaltimento viene effettuato nel rispetto della normativa vigente? | (D.Lgs 230 capo VI) Autorizzazione all'impiego e allo smaltimento Documentazione formale (contratto o conferimento di incarico) che preveda, raccolta, trasporto e destinazione dei rifiuti prodotti nel rispetto della normativa vigente | | | | |
| | .04 | La spedizione delle merci pericolose (rifiuti chimici /radioattivi/infettivi/campioni biologici ecc.), l'imballaggio, il carico/scarico e il trasporto vengono effettuati secondo la normativa ADR/RID/IATA/IMO? | Nomina consulente ADR (legge 40/2000) e relazione annuale (se non esenti) Corretto imballaggio (contenitori omologati UN) Formazione e informazione degli addetti | | | | La circolare del Min. Salute n. 3 del 08.05.2003 deve essere aggiornata con le modifiche apportate dalla direttiva 2006/89/CE (ADR 2007) recepita con D.M. 03.01.2007 |
| 01.10. Condizioni micro climatiche e illuminazione | .01 | Sono rispettati i requisiti previsti dalla normativa in materia di microclima ? (art. 63 e 1.9 allegato IV D.lgs. 81/08) | Relazione tecnica attestante la rispondenza alle norme di buona tecnica (UNI EN ISO 7730:2006) | | | | Linee Guida C.T. Regioni '06 UNI 10339:1995 |
| | .02 | Sono rispettati i requisiti d'illuminazione previsti dalla normativa vigente? (art. 63 e 1.10 allegato IV D.lgs. 81/08) | Relazione tecnica attestante la rispondenza alle norme di buona tecnica (UNI 10380:1994) | | | | |
| 01.11. Impianti di distribuzione dei gas | .01 | Gli impianti di distribuzione dei gas combustibili sono costruiti e mantenuti nel rispetto della normativa vigente? | Certificazione di rispondenza alle leggi vigenti e alle norme di buona tecnica (UNI CIG 7129). (art. 71 D.lgs. 81/08) | | | | |
| | .02 | Gli impianti di distribuzione dei gas medicali sono costruiti e mantenuti nel rispetto della normativa vigente ? | Certificazione di rispondenza alle leggi vigenti e alle norme di buona tecnica (UNI EN 737-3). (art. 71 D.lgs. 81/08) | | | | |
| 01.12. Materiali esplosivi | | | | | | | |
| 01.13 Depurazione delle acque | .01 | Lo smaltimento delle acque viene effettuato nel rispetto della normativa vigente? | (Decreto Legislativo 3 aprile 2006, n° 152 capo II) Autorizzazione allo scarico diretto dei reflui | | | | Sentenza cassazione scarichi idrici |

| | | | | | | | |
|---|------------|---|--|--|--|--|--|
| 01.14. Acque destinate al consumo umano | .01 | La struttura è dotata di acqua potabile per il consumo umano? | Se allacciata ad acquedotto pubblico è sufficiente la bolletta di pagamento, se ad acquedotto privato serve giudizio di idoneità dell'acqua destinata al consumo umano da parte dell'ASL | | | | |
| | .02 | La struttura è dotata di un programma per fronteggiare le emergenze idriche? | Procedura di gestione dell'emergenza. | | | | |
| 01.15 Rete di collegamento e viabilità della struttura | .01 | | | | | | |
| 01.16. Parcheggi e viabilità | .01 | | | | | | |
| 01.17. Idoneità dell'edificio | .01 | | | | | | |
| 01.18. Caratteristiche tecniche/costruttive degli infissi, pareti e pavimenti | .01 | <i>In relazione alle specificità delle attività esercitate, i locali sono dotati di pareti, infissi e pavimentazioni idonei al lavaggio e disinfezione</i> | Attestazione e verifica | | | | |
| 01.19. Manutenzioni ordinaria e straordinaria impianti | .01 | Viene garantita agli impianti tecnologici la manutenzione ordinaria e straordinaria secondo le indicazioni dei costruttori, le norme di buona tecnica e di legge. | - Procedure/programmi manutenzioni ne - Documentazione esecuzione manutenzioni (registri di manutenzione e fatture). | | | | |

| | | | | | | | |
|--|------------|--|--|--|--|--|--|
| tecnologici, attrezzature e apparecchiature biomediche | .02 | Il personale addetto ha ricevuto la informazione/formazione sul corretto utilizzo delle attrezzature ? (ex artt. 37 e 38 D.Lgs. 626/94) (ora art. 73 D.lgs. 81/08) | Documentazione relativa alla informazione/formazione sul corretto utilizzo delle attrezzature nelle fasi di normale utilizzo e nelle prevedibili situazioni anormali | | | | |
|--|------------|--|--|--|--|--|--|

| 02 REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI | | | | | | | |
|--|--|---|----------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | | PRESENTE | | | NOTE |
| | | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 02.01. | | <p>E' adottato un documento in cui sono esplicitati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la missione e cioè la ragion d'essere dell'organizzazione ed i valori cui si ispira, - le politiche complessive, e cioè l'indirizzo dato dalla Direzione Generale, che consiste nel definire i campi prioritari di azione e quali metodi adottare per raggiungere gli obiettivi; - le politiche e le strategie per il miglioramento continuo della qualità; - gli obiettivi, che devono: <ul style="list-style-type: none"> a) essere articolati nel tempo; b) risultare congruenti con gli obiettivi dei livelli organizzativi sovraordinati; c) contenere criteri ed indicatori di valutazione; d) essere finalizzati alla risoluzione dei problemi di salute della popolazione; | Documentazione e verifica | | | | |

| | | | | | | |
|----------------------|---|---|--|--|--|--|
| <p>02.02.</p> | <p>E' adottato un documento in cui sono esplicitati: - l'organizzazione interna con particolare riferimento a: a) l'organigramma con il quale vengono individuati i responsabili delle articolazioni operative e delle funzioni di supporto tecnico-amministrativo e definite le loro funzioni nonché esplicitati i livelli gerarchici; b) i livelli di responsabilità; c) le modalità di erogazione del servizio; d) le prestazioni e/o le attività erogate; 17 e) l'organigramma di tutti gli operatori ?</p> | <p>Documentazione e verifica</p> | | | | |
| | | | | | | |
| <p>02.03.</p> | <p>La Direzione definisce annualmente il piano di lavoro che comprende: - la tipologia ed il volume di attività previste; - il piano organizzativo; - la pianificazione degli obiettivi annuali; - il piano annuale di sviluppo della qualità?</p> | <p>Documentazione e verifica</p> | | | | |
| <p>02.04.</p> | <p>La Direzione predispone materiale informativo a disposizione dell'utenza, che specifichi tipologia delle prestazioni erogate, operatori responsabili delle prestazioni, orari, costi?</p> | <p>Documentazione e verifica</p> | | | | |

| | | | | | | |
|--------|--|----------------------------------|--|--|--|--|
| 02.05. | <p>La Direzione, secondo i criteri del miglioramento continuo della qualità, definisce ed esplicita l'organizzazione e le politiche di gestione delle risorse umane ed economiche per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - le attività ambulatoriali; - le attività di ricovero a ciclo continuativo e diurno (acuti e post-acuti); - le attività residenziali, continuative e diurne; - le attività domiciliari? | Documentazione e verifica | | | | |
| 02.06. | <p>La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici)?</p> | Documentazione e verifica | | | | |

| | | | | | |
|----------------------|--|---|--|--|--|
| <p>02.07.</p> | <p>La Direzione definisce il fabbisogno di personale, sentiti i Servizi/Dipartimenti delle professioni sanitarie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in termini numerici (equivalenti a tempo pieno) per ciascuna professione o qualifica professionale; - per posizione funzionale; - per qualifica; - in rapporto ai volumi, alle tipologie ed alla complessità assistenziale delle attività, secondo criteri specificati dalle normative regionali? | <p>Documentazione e verifica</p> | | | <p>Il fabbisogno di personale deve essere opportunamente rivalutato, secondo le esigenze aziendali, in caso di trasformazioni che comportino significative variazioni di attività svolte ovvero istituzione di nuovi servizi. E' indispensabile che tutti i ruoli e le posizioni funzionali siano ricoperti da personale in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente. Deve essere predisposto un piano di formazione-aggiornamento del personale, con indicazione del responsabile. Devono essere normalizzate le modalità per</p> |
|----------------------|--|---|--|--|--|

| | | | | | | | |
|---------------|--|---|----------------------------------|--|--|--|---|
| 02.08. | | La Direzione adotta un inventario delle apparecchiature in dotazione; esiste un piano per la manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature biomediche; tale piano è documentato per ciascuna apparecchiatura e reso noto ai diversi livelli operativi; La direzione provvede affinché in ogni presidio sia garantito l'uso sicuro, appropriato ed economico delle apparecchiature biomediche? | Documentazione e verifica | | | | Si devono prevedere specifiche procedure di programmazione e degli acquisti delle apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici che devono tenere conto dell'obsolescenza, dell'adeguamento alle norme tecniche, della eventuale disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria |
| 02.09. | | | | | | | |

| | | | | | | |
|--------|---|---|--|--|--|--|
| 02.10. | <p>Nei presidi sono attivati programmi di valutazione e miglioramento delle attività. I programmi vengono selezionati in rapporto alle priorità individuate?</p> | <p>Documentazione e verifica</p> | | | | <p>La Direzione è responsabile della creazione delle condizioni organizzative che facilitino e consentano la promozione e il supporto ad attività valutative e di miglioramento dei processi di erogazione dei servizi e delle prestazioni, secondo le indicazioni contenute in questo stesso documento o nella normativa già emanata a livello nazionale o locale</p> |
| 02.11. | <p>Nell' azienda esiste una struttura organizzativa (o un responsabile in relazione alla complessità della stessa) che presiede alle attività di valutazione degli esiti di miglioramento della qualità ?</p> | <p>Documentazione e verifica</p> | | | | |
| 02.12 | <p>E' attivato un programma per la gestione del rischio clinico, che garantisca anche il monitoraggio degli eventi avversi?</p> | <p>Documentazione e verifica</p> | | | | |

| | | | | | | | |
|---------------|--|----------------------------------|--|--|--|--|---|
| | | | | | | | |
| 02.13. | Annualmente la struttura organizzativa effettua al proprio interno o partecipa ad almeno un progetto di valutazione e verifica di qualità favorendo il coinvolgimento di tutto il personale? | Documentazione e verifica | | | | | Tale attività sarà utilizzata anche per lo studio dell'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, con particolare riferimento agli episodi di ricovero e all'utilizzo di tecnologie complesse (R.M.N., T.A.C., Angioplastiche, etc.) |
| 02.14 | I laboratori di analisi, i servizi di anatomia – istologia - citologia patologica e i centri trasfusionali prevedono attività di controllo di qualità interne ed esterne e partecipare a programmi di miglioramento della qualità? | Documentazione e verifica | | | | | |
| 02.15 | Ogni struttura organizzativa predispone una raccolta di regolamenti interni, linee guida, aggiornati per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti (selezionate per rischio, frequenza, costo)? | Documentazione e verifica | | | | | |

| | | | | | | | |
|---------------|--|--|----------------------------------|--|--|--|--|
| | | Il personale è informato sull'esistenza di tali documenti, che sono facilmente accessibili e che vanno confermati o aggiornati almeno ogni tre anni? | Documentazione e verifica | | | | |
| 02.16. | | Esistono evidenze almeno annuali di verifica della corrispondenza tra processi e procedure? | Documentazione e verifica | | | | |
| 02.17. | | | | | | | |
| | | Sono predisposti documenti simili per lo svolgimento delle principali attività di supporto tecnico-amministrativo? in particolare: - criteri e modalità di accesso dell'utente (programmazione liste di attesa, accoglimento e registrazione); - modalità di prelievo, conservazione, trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento; - modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori; - pulizia e sanificazione degli ambienti; - modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti, comprovanti un'attività sanitaria | Documentazione e verifica | | | | |
| 02.18. | | Sono previsti regolamenti interni e linee guida, per lo svolgimento delle procedure tecniche, facilmente accessibili e a conoscenza degli operatori e devono verificare la corrispondenza tra processi e procedure? | Documentazione e verifica | | | | |
| 02.19. | | E'assicurato il rispetto delle vigenti disposizioni in materia di protezione dei dati personali? | Documentazione e verifica | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--|
| | <p>Il direttore/responsabile sanitario svolge le seguenti funzioni di indirizzo e coordinamento, comprendenti tra l'altro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - direzione e coordinamento dei servizi sanitari ai fini igienico-organizzativi (tutela e sorveglianza dell'igiene ambientale e dei servizi alberghieri e di ristorazione collettiva raccolta, trasporto, stoccaggio e smaltimento dei rifiuti ospedalieri attività di pulizia, disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione, definizione delle strategie e dei protocolli di lotta alle infezioni ospedaliere ed occupazionali); - organizzazione (impiego, destinazione, turni e congedi) del personale in rapporto alle esigenze dei servizi ed in base ai criteri fissati dall'Amministrazione; - cura dell'applicazione del documento sull'organizzazione e sul funzionamento della struttura; - promozione dell'introduzione e dell'utilizzo nell'organizzazione degli strumenti e delle metodologie necessarie alla verifica ed alla revisione della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie; - promozione dell'introduzione e dell'utilizzo nelle organizzazione degli strumenti e delle metodologie necessarie per la gestione del rischio clinico; - promozione, per quanto di competenza, delle iniziative per la formazione e | <p>Documentazione e verifica</p> | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--|

| | | | | | | | |
|--|--|-------------------------------|--|--|--|--|--|
| | | l'aggiornamento del personale | | | | | |
|--|--|-------------------------------|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--|
| | <p>Il direttore/responsabile sanitario svolge le seguenti funzioni operative di supporto e attività di vigilanza, comprendenti tra l'altro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vigilanza e cura della tenuta dell'archivio sanitario (cartelle cliniche, schede cliniche ambulatoriali) e della relativa conservazione (in caso di cessazione dell'attività della struttura, la documentazione sanitaria deve essere consegnata al servizio di medicina legale dell'Azienda Sanitaria U.S.L. competente per territorio); 21 - rilascia agli aventi diritto copia delle cartelle cliniche e degli altri documenti previsti dalla normativa vigente; - raccolta ed elaborazione dei dati statistici, anche finalizzati al miglioramento continuo della qualità complessiva delle prestazioni e del rapporto con l'utenza; - vigila sul rispetto della riservatezza dei dati sanitari ed esprime parere obbligatorio sulla raccolta, elaborazione e trasmissione dei dati; - controlla la regolare tenuta e l'aggiornamento di apposito registro contenente i dati anagrafici e gli estremi dei titoli professionali del personale addetto all'attività sanitaria; - la responsabilità della pubblicità sanitaria; - vigilanza sul rispetto della normativa in materia di sicurezza negli ambienti di lavoro; | <p>Documentazione e verifica</p> | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">- vigilanza sulla normativa in materia di protezione sanitaria, dei pazienti, della popolazione, dei lavoratori e delle persone soggette ad esposizioni mediche contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti;- vigilanza sul rispetto delle norme in materia di sperimentazione clinica e partecipa alle attività delle commissioni e dei comitati etici a tal fine istituiti;- vigilanza sull'approvvigionamento di quanto necessario per il funzionamento dei servizi e l'attività assistenziale rivolta all'utenza;- trasmissione all'autorità competente delle denunce prescritte dalle disposizioni di legge;- l'utilizzo dei locali;- vigilanza e tenuta della documentazione relativa alle liste di attesa per i ricoveri e le prestazioni ambulatoriali; | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|--|
| | <p>Il direttore/responsabile sanitario svolge le seguenti funzioni istruttorie, comprendenti tra l'altro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - proposta sulle modificazioni edilizie della struttura e sull'acquisto di apparecchiature, attrezzature ed arredi sanitari. <p>In caso di strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero ovvero in regime residenziale e semiresidenziale, il direttore/responsabile sanitario cura l'osservanza delle disposizioni concernenti la polizia mortuaria. Ed inoltre, in assenza di un servizio farmaceutico autonomo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vigila sulla gestione del servizio farmaceutico e sulla scorta di magazzino dei medicinali e dei prodotti terapeutici; - controlla la regolare tenuta del registro di carico e scarico delle sostanze stupefacenti o psicotrope, in conformità con quanto disposto dalla normativa vigente; - ha la responsabilità della farmacovigilanza? | <p>Documentazione e verifica</p> | | | | |
|--|---|---|--|--|--|--|

| 0.3 SISTEMA INFORMATIVO | | | | | |
|--------------------------------|--|---|----------------------------------|--|--|
| 03.01. | | <p>Il sistema informativo è finalizzato alla raccolta, elaborazione ed archiviazione dei dati di struttura, processo ed esito con gli obiettivi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sostanziare e ridefinire le politiche e gli obiettivi del presidio e della azienda; - migliorare la qualità dei servizi e delle prestazioni; - valutare il raggiungimento degli obiettivi, in riferimento agli obiettivi di salute; - monitorare gli eventi avversi; - fornire il ritorno informativo alle strutture organizzativi, necessario per le valutazioni di loro competenza; - rispondere al debito informativo nei confronti dei livelli sovra-ordinati? | Documentazione e verifica | | |
| 03.02. | | <p>La Direzione assicura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'individuazione dei bisogni informativi dell'organizzazione; - la struttura del sistema informativo; - le modalità di raccolta; - la diffusione ed utilizzo delle informazioni; - la valutazione della qualità dei dati; - l'integrazione delle informazioni prodotte nelle attività correnti delle singole unità operative, sezioni, uffici, etc..? | Documentazione e verifica | | |

| | | | | | | |
|--------|--|---------------------------|--|--|--|--|
| 03.03 | E' individuato un referente del sistema informativo responsabile delle procedure di raccolta e verifica della qualità (riproducibilità, accuratezza completezza) e diffusione dei dati, ferme restando le responsabilità specifiche previste da norme nazionali? | Documentazione e verifica | | | | Tutte le strutture, ai sensi del D.P.R. 318/99, devono prevedere un sistema di modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti l'attività sanitaria svolta, nonché di rilascio delle copie di detta documentazione agli utenti. |
| 03.04. | E' presente un programma applicativo di informatizzazione dei Pronto Soccorso (G.I.P.S.E.) per la elaborazione dei rapporti di pronto soccorso(R.P.S.) comune ed esteso a tutti i presidi della Regione ‘ | Documentazione e verifica | | | | |
| | | | | | | |

1. STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO E DIURNO PER ACUZIE

Classificazione

| | Classificazione | Biffare la casella corrispondente |
|--|---|--|
| | Azienda ospedaliera nazionale e di alta specializzazione | |
| | Azienda ospedaliera regionale | |
| | Presidio ospedaliero della ASL | |
| | Policlinico Universitario | |
| | Istituto di Ricovero a Carattere Scientifico | |
| | Ospedale Militare | |
| | Ospedale Classificato | |
| | Casa di Cura | |
| | | |

1.0 Requisiti di carattere generale

1.0.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|--|---|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.0.1. | Presenza almeno dei seguenti locali o servizi : | (verifica planimetrie durante verifica ispettiva) | | | | |
| 1.0.1.1 | Servizio Accettazione | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.0.1.2 | Area di degenza a ciclo continuativo e diurno con capacità recettiva minima di 30 p.l.e unità funzionali di degenza con minimo 10 p.l. | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.0.1.3 | Locali soggiorno e attesa | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.0.1.4 | Locale per la Direzione amministrativa | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|--|--|--|--|--|--|
| 1.0.1.5 | Locale per la Direzione Sanitaria | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.0.1.6 | Servizi per il pubblico e per i ricoverati | Planimetria e relazione tecnico-sanitaria | | | | |
| 1.0.1.7 | Servizio Diagnostica per immagini | Planimetria e relazione tecnico-sanitaria | | | | |
| 1.0.1.8 | Laboratorio Analisi | Planimetria e relazione tecnico-sanitaria | | | | |
| 1.0.1.9 | Emoteca | Planimetria e relazione tecnico-sanitaria | | | | |
| 1.0.1.10 | Servizi Assistenza religiosa e relativi locali | Planimetria e relazione tecnico-sanitaria | | | | |
| 1.0.1.11 | Servizio o Armadio (in relazione alla recettività) Farmaceutico | Planimetria e relazione tecnico-sanitaria | | | | |
| 1.0.1.12 | Reparto Operatorio (se tipologia chirurgica) | Planimetria e relazione tecnico-sanitaria | | | | |
| 1.0.1.13 | Blocco Parto (ove previsto) | Planimetria e relazione tecnico-sanitaria | | | | |
| 1.0.1.14 | Locale per il medico di guardia | Planimetria e relazione tecnico-sanitaria | | | | |
| 1.0.1.15 | Locale ostetrica di guardia (se previsto) | Planimetria e relazione tecnico-sanitaria | | | | |
| 1.0.1.16 | Servizio Anestesia e Rianimazione | Planimetria e relazione tecnico-sanitaria | | | | |
| 1.0.1.17 | Servizio Sterilizzazione | Planimetria e relazione tecnico-sanitaria | | | | |
| 1.0.1.18 | Servizi di lavanderia e guardaroba | Planimetria e relazione tecnico-sanitaria | | | | |
| 1.0.1.19 | Servizio di Cucina e dispensa | Planimetria e relazione tecnico-sanitaria | | | | |
| 1.0.1.20 | Servizio di disinfezione – disinfestazione | Planimetria e relazione tecnico-sanitaria | | | | |
| 1.0.1.21 | Servizio Mortuario | Planimetria e relazione tecnico-sanitaria | | | | |
| 1.0.1.22 | Servizi per il personale | Planimetria e relazione tecnico-sanitaria | | | | |
| 1.0.1.23 | Locali per centrali tecnologiche: 1. termica 2. idrica 3. elettrica 4. telefonica 5. frigorifera 6. di condizionamento 7. di aspirazione e vuoto 8. gas medicali 9. antincendio 10. ricerca persone 11. trattamento rifiuti | Planimetria e relazione tecnico-sanitaria | | | | |

1.0.2 Requisiti Organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|--|---|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.0.2.1 | Direttore Sanitario | Atto di nomina o copia di dichiarazione variazione, verifica titoli, accettazione incarico e dichiarazione di non incompatibilità redatta sull' Allegato B (ai sensi DGR 1165/97) | | | | |
| | Ovvero D.S. e 1 V.D.S. per ogni struttura (strutture facenti capo ad un unico istituzione di gestione fino a 250 p.l.) | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> specializzazione in igiene | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 5 anni di esperienza nel settore ? | | | | | |
| 1.0.2.1.2 | D.S. a tempo pieno (36 ore /sett.) | Copia contratto di lavoro | | | | |
| 1.0.2.1.2 | D.S. a tempo pieno per strutture >120 p.l. ??? | Copia contratto di lavoro | | | | |
| 1.0.1.2 | Medici specialisti per ciascuna specialità | Elenco personale, copia contratti di lavoro. Dichiarazione direzione sanitaria | | | | |
| 1.0.1.3 | Reperibilità chirurgica h24 (ove previsto) | | | | | |
| 1.0.1.4 | Guardia medica H24 | | | | | |
| 1.0.1.5 | Guardia ostetrica H24 | | | | | |
| 1.0.1.6 | Contratti e convenzioni con enti esterni ? | | | | | |
| 1.0.1.7 | Infermiere/a dirigente per raggruppamento | elenco personale, titoli, | | | | |
| 1.0.1.8 | Personale Infermieristico adeguato | elenco personale, titoli, | | | | |
| 1.0.1.9 | infermieri professionali per il 70% dell'orario (compresi terapisti) | elenco personale, titoli, dichiarazione direzione sanitaria | | | | |
| 1.0.1.10 | Cartella clinica per ogni ricoverato, con numero progressivo, conservate a cura della Direzione Sanitaria | Verifica a campione | | | | |
| 1.0.1.11 | Registro Accettazione | Ispezione | | | | |
| 1.0.1.12 | Registro Pronto soccorso | Ispezione | | | | |
| 1.0.1.13 | Registro sala operatoria | Ispezione | | | | |
| 1.0.1.14 | Registro sala Parto | Ispezione | | | | |

1.1 SISTEMA EMERGENZA

| | | |
|--|---|--|
| | Classificazione | Biffare la casella corrispondente |
| | Pronto Soccorso Ospedaliero | |
| | Medicina di Urgenza e P.S. in dipartimento emergenza accettazione di I livello DEA I Livello | |
| | Medicina di Urgenza e P.S. in dipartimento emergenza accettazione di II livello DEA II Livello | |

| | L'ospedale sede di P.S. deve garantire | | PRESENTE | | | NOTE |
|--|--|--|-----------------|-----------|----------------|-------------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| | Interventi diagnostici terapeutici di urgenza compatibili con le specialità di cui è dotato | Relazione tecnica del responsabile P.S: | | | | |
| | Primo accertamento diagnostico strumentale e di laboratorio | Relazione tecnica del responsabile P.S: | | | | |
| | Interventi tesi a stabilizzare il paziente critico, garantendo se necessario il trasporto verso il DEA di afferenza | Relazione tecnica del responsabile P.S: | | | | |
| | L'ospedale sede di DEA I livello è dotato di unità operative delle seguenti specialità: | | | | | |
| | 1. Medicina generale | Relazione tecnica Responsabile DEA – Atto aziendale – elenco personale | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | 2. Chirurgia generale | Relazione tecnica Responsabile DEA – Atto aziendale – elenco personale | | | | |
| | 3. Ostetricia e ginecologia | Relazione tecnica Responsabile DEA – Atto aziendale – elenco personale | | | | |
| | 4. Cardiologia con UTIC | Relazione tecnica Responsabile DEA – Atto aziendale – elenco personale | | | | |
| | 5. Ortopedia e traumatologia | Relazione tecnica Responsabile DEA – Atto aziendale – elenco personale | | | | |
| | 6. Centro di rianimazione | Relazione tecnica Responsabile DEA – Atto aziendale – elenco personale | | | | |
| | 7. Terapia intensiva polivalente | Relazione tecnica Responsabile DEA – Atto aziendale – elenco personale | | | | |
| | L'ospedale sede di DEA II livello è dotato oltre a quelle dei I livello di unità operative delle seguenti specialità: | | | | | |
| | 1. Oculistica | Relazione tecnica Responsabile DEA – Atto aziendale – elenco personale | | | | |
| | 2. Pediatria | Relazione tecnica Responsabile DEA – Atto aziendale – elenco personale | | | | |
| | 3. ORL | Relazione tecnica Responsabile DEA – Atto aziendale – elenco personale | | | | |
| | 4. Urologia | Relazione tecnica Responsabile DEA – Atto aziendale – elenco personale | | | | |
| | 5. Nefrologia e emodialisi | Relazione tecnica Responsabile DEA – Atto aziendale – elenco personale | | | | |
| | 6. Psichiatria | Relazione tecnica Responsabile DEA – Atto aziendale – elenco personale | | | | |
| | 7. Neonatologia e terapia intensiva neonatale | Relazione tecnica Responsabile DEA – Atto aziendale – elenco personale | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | 8. Cardiocirurgia e/o chirurgia vascolare e/o chirurgia toracica | Relazione tecnica Responsabile DEA – Atto aziendale – elenco personale | | | | |
| | 9. Diagnostica di alta ed altissima specializzazione: neuroradiologia e/o radiologia vascolare (TAC e/o RNM) | Relazione tecnica Responsabile DEA – Atto aziendale – elenco personale | | | | |
| | 10. Unità di trattamento neuro vascolare o stroke unit | Relazione tecnica Responsabile DEA – Atto aziendale – elenco personale | | | | |

Aspetti organizzativi: il dipartimento

Il Dipartimento Emergenza Accettazione (DEA) rappresenta un modello organizzativo multidisciplinare, con il compito di affrontare H24 i problemi diagnostici e terapeutici dei cittadini in situazioni di emergenza-urgenza, erogando prestazioni aventi caratteristiche di tempestività e completezza. Il DEA costituisce, peraltro, la struttura organizzativa di coordinamento per lo svolgimento di funzioni complesse attraverso la gestione integrata delle risorse.

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--|---|----------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| | Il DEA è configurato come " Dipartimento a funzione " all'interno del Presidio Ospedaliero di AUSL e, di norma, come "dipartimento a funzione" nelle aziende ospedaliere | Atto aziendale | | | | |
| | è articolato, ovvero si avvale, di una serie di Unità Operative integrate: P.S.-Medicina d'Urgenza e i reparti sub intensivi | Atto aziendale | | | | |
| | U.O.C. parzialmente integrate: svolgono attività programmate e in urgenza (Chirurgia, Ortopedia-Traumatologia, Gastroenterologia, Diagnostica per immagini e di laboratorio, Medicina, Cardiologia, Broncopneumologia, Ematologia, ecc.). | Atto aziendale | | | | |
| | il DEA, oltre ai compiti assistenziali, svolge le seguenti funzioni:: | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|---------------------------------|--|--|--|--|
| | 1. individua gli obiettivi programmatici; | Atto aziendale | | | | |
| | 2. elabora e utilizza i percorsi clinico-decisionali verificandone il grado di condivisione e gli effetti sulla efficacia e la qualità delle prestazioni | Atto aziendale | | | | |
| | 3. individua e promuove iniziative ed elabora nuovi modelli organizzativi; | Atto aziendale | | | | |
| | 4. promuove attività e modelli organizzativi finalizzati ad integrare l'attività in regime di continuità assistenziale con il territorio della ASL (ambulatorio dei codici bianchi, dimissioni protette, collegamenti operativi con la medicina di base e con i servizi distrettuali, ecc.). | Atto aziendale | | | | |
| | Le zone per il ricovero di pazienti psichiatrici nell'ambito del DEA di II livello sono contiguo all'Area di Pronto Soccorso, per limitare il rischio di allontanamento dei soggetti in stato patologico acuto. | Planimetria e relazione tecnico | | | | |
| | Al DEA è preposto un direttore di dipartimento, nominato dal direttore generale secondo le modalità previste dalla vigente normativa, con il compito, tra l'altro, di fornire direttive ed indicazioni in ordine all'assetto organizzativo della struttura stessa. | Atto di nomina – atto aziendale | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--|
| | Dispone di Medici in servizio attivo che costituiscono il team fisso del Pronto Soccorso e che assicurano la presenza continua nell'area e rispondono, dal punto di vista funzionale e gerarchico, al direttore della U.O.C. di P.S.- Medicina d'Urgenza. | Relazione responsabile – elenco personale | | | | |
| | Dispone di Medici "dedicati" all'area dell'emergenza: trattasi di medici appartenenti ad altre Unità Operative, chiamati a garantire gli interventi specialistici connessi alle esigenze del Pronto Soccorso e, per tali attività, rispondono funzionalmente al responsabile dell'Unità Operativa stessa di Pronto Soccorso. | Relazione responsabile – elenco personale | | | | |
| | Dispone di Medici che operano in regime di consulenza: appartenenti ad Unità Operative diverse da quelle afferenti al Pronto Soccorso, dal direttore delle quali dipendono funzionalmente e gerarchicamente. Detti medici consulenti sono tenuti al rispetto del regolamento funzionale del DEA e delle procedure condivise. | Relazione responsabile – elenco personale | | | | |

1.1.1 Pronto soccorso Ospedaliero

1.1.1.1 Requisiti Strutturali

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|--------------------------------|---|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.1.1.1.1 | Situato in prossimità ingresso | Planimetria e relazione tecnico-sanitaria | | | | |
| 1.1.1.1.2 | Presenza segnaletica adeguata | Verifica ispettiva | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|---|--|--|--|--|--|
| 1.1.1.1.3 | Accessibilità per malati e mezzi di soccorso | Verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.1.1.4 | Percorso di accesso preferenziale | Verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.1.1.5 | Collegamenti informativi (rete telefonica e telematica) | | | | | |
| 1.1.1.1.6 | Dotazione ambienti | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.1.1.1.6 | <input type="checkbox"/> Area coperta e riscaldata di accesso | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.1.1.1.6 | <input type="checkbox"/> Spazio per triage e registrazione | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.1.1.1.6 | <input type="checkbox"/> Locale di attesa | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.1.1.1.6 | <input type="checkbox"/> Telefono nel locale di attesa | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.1.1.1.6 | <input type="checkbox"/> Locale per la gestione delle emergenze | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.1.1.1.6 | <input type="checkbox"/> Sala di osservazione temporanea | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| | <input type="checkbox"/> con letti tecnici (1/7000 accessi per anno) | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| | <input type="checkbox"/> il 30% letti tecnici monitorizzati , comunque almeno 1 | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.1.1.1.6 | <input type="checkbox"/> Sala prima visita trattamento | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.1.1.1.6 | <input type="checkbox"/> Sala gessi | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.1.1.1.6 | <input type="checkbox"/> Locale per gli infermieri | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.1.1.1.6 | <input type="checkbox"/> Locale per il medico di guardia | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.1.1.1.6 | <input type="checkbox"/> Deposito pulito | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.1.1.1.6 | <input type="checkbox"/> Deposito sporco e vuota | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.1.1.1.6 | <input type="checkbox"/> Deposito barelle e sedie a ruote | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.1.1.1.6 | <input type="checkbox"/> Servizi igienici per utenti (almeno 1 per disabili) | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.1.1.1.6 | <input type="checkbox"/> Spazi di sosta e studio per il personale | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|--|
| 1.1.1.1.6 | <input type="checkbox"/> Area di decontaminazione con docce situata all'esterno del PS | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|--|

1.1.1.2 Requisiti Impiantistici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|---|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.1.1.2.1 | Impianto di chiamata con segnalazione acustica e luminosa | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.1.2.1 | Impianto di illuminazione di emergenza | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.1.2.1 | Gas medicali prese vuoto e ossigeno | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.1.2.2 | <i>Risorse tecnologiche e strumentali</i> | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Monitor multiparametrico | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2 ECG portatili | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Defibrillatore semiautomatico con stimolatore cardiaco esterno | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Attrezzature per rianimazione cardipolmonare | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Aspiratore | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2 set chirurgici di base | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 3 set per immobilizzare colonna ed arti | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2 sfingomanometro | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Lampada scialitica | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Set per gastrolusi | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Set per rachicentesi | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Set per tamponamento nasale | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Pompe per infusione | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Farmaci | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |

1.1.1.3 Requisiti organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|---------|---|---|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.1.1.3 | Direttore responsabile in possesso dei requisiti previsti | Atto di nomina o incarico, titoli professionali Elenco personale | | | | |
| 1.1.1.3 | Presenza di un medico H24 (preferibilmente in possesso di idoneità in corsi di formazione ALS/ACLS /ATLS) | Elenco personale – turni di servizio | | | | |
| 1.1.1.3 | Infermiere coordinatore | Atto di nomina o incarico, titoli professionali Elenco personale | | | | |
| 1.1.1.3 | Presenza di Infermieri H 24 (preferibilmente in possesso di idoneità in corsi di formazione BLS/BLSD) | Elenco personale – turni di servizio | | | | |
| 1.1.1.3 | Un infermiere addetto al triage H12 | Elenco personale – turni di servizio | | | | |
| 1.1.1.3 | Operatori OSS in numero proporzionato al volume di attività. | Elenco personale – turni di servizio | | | | |
| 1.1.1.3 | Disponibilità delle seguenti figure professionali in regime di consulenza | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Anestesista rianimatore | Elenco personale – turni di servizio | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Cardiologo | Elenco personale – turni di servizio | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Ortopedico traumatologo | Elenco personale – turni di servizio | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Radiologo | Elenco personale – turni di servizio | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Patologo clinico | Elenco personale – turni di servizio | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Medico internista | Elenco personale – turni di servizio | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Tecnico di laboratorio | Elenco personale – turni di servizio | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Tecnico di radiologia | Elenco personale – turni di servizio | | | | |

1.1.2 Medicina di urgenza e P.S. in DEA di I livello

1.1.2.1 Requisiti Strutturali

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|---|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.1.2.1.1 | Area pronto soccorso e osservazione temporanea | Planimetria e relazione tecnico-sanitaria | | | | |
| | oltre alla dotazione di ambienti descritti nel PSO, di cui al punto 1.1.1.1., deve disporre di: | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Locale per esami RX d'urgenza | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Locale per esami endoscopici di urgenza | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Locale per posto di polizia | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Spazi di attesa, singoli o aggregati, antistanti ai locali degli esami strumentali | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Ara sosta salme | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.1.2.1.2 | Area degenza | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 10-20 posti letto | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 20% dei p.l. monitorizzati | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Vedi punto 1.2. | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |

1.1.2.2 Requisiti Impiantistici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|------------------------------|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.1.2.2.1 | Impianto di condizionamento: | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|---|--|--|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> □ Temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20-24° C □ Umidità relativa compresa tra 40-60% □ Ricambio di aria (senza ricircolo) di 6 vol/h | | | | | |
| 1.1.2.2.2 | le condizioni previste dalla normativa vigente per la sicurezza di pazienti e operatori | | | | | |
| 1.1.2.2.3 | Quanto previsto per il Pronto Soccorso Ospedaliero Punto 1.1.1.2 | | | | | |
| 1.1.2.2.4 | <i>Risorse tecnologiche e strumentali</i> | | | | | |
| | 3 Monitor multiparametrico (FC –PA – ECG – Saturimetria) | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | 3 ECG portatili | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | 2 Defibrillatore semiautomatico con stimolatore cardiaco esterno | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | 1 ecografo multifunzione | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | 2 Lampada scialitica | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | 1. Respiratore a pressione positiva intermittente | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | Apparecchiature per ventilazione invasiva | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | Set per la confezione di apparecchi gessati | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | 2 Aspiratori elettrici | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | 2 sistemi di aspirazione a muro da collegare all'impianto del vuoto | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | 1 emogasanalizzatore (con dosaggio elettroliti, glucosio ematico, emoglobina, ematocrito, carbossemoglobina) | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | 1 carrello di rianimazione con set per incannulazione dei vasi centrali e decompressione toracica | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.2.2.5 | Area degenza | | | | | |
| | Dotazione strumentale del punto 1.2.2. | | | | | |

1.1.2.3 Requisiti organizzativi

| Pronto soccorso | | | | | |
|--|---|---|-----------|----------------|-------------|
| | | PRESENTE | | | NOTE |
| | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.1.2.3.1 | =rganico autonomo di Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso (Area Medica). | Elenco personale | | | |
| 1.1.2.3.2 | Il Direttore-Responsabile in possesso dei requisiti previsti dalla vigente normativa | Atto di nomina o incarico, titoli professionali Elenco personale | | | |
| 1.1.2.3.3 | Il PS e la Medicina d'Urgenza sono organizzate come U.O.S. aggregate dotate ognuna di un Responsabile | Atto aziendale – atto di nomina - incarico | | | |
| 1.1.2.3.4 | I dirigenti medici in servizio attivo che compongono il team di Pronto Soccorso sono: | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Un internista in guardia attiva H24.. | Elenco personale – turni di servizio | | | |
| | <input type="checkbox"/> Un ortopedico traumatologo in guardia attiva per H24 | | | | |
| <input type="checkbox"/> Un chirurgo in guardia attiva per H24 | | | | | |
| 1.1.2.3.5 | I dirigenti medici "dedicati" in modo esclusivo H24 sono: Anestesista-Rianimatore (svolge anche un'attività nell'ambito dell'emergenza interna del presidio e dei trasferimenti interospedalieri in continuity di soccorso, per quanto di propria competenza). | Elenco personale – turni di servizio | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|--|
| 1.1.2.3.5 | I dirigenti medici "dedicati" in modo esclusivo H24 sono: Anestesista-Rianimatore (svolge anche un'attività nell'ambito dell'emergenza interna del presidio e dei trasferimenti interospedalieri in continuity di soccorso, per quanto di propria competenza). | Elenco personale – turni di servizio | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Tecnico di radiologia | Elenco personale – turni di servizio | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Tecnico di laboratorio | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Un operatore per gestioni dati e trasmissioni | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Radiologo | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Cardiologo | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Patologo clinico | | | | | | |
| 1.1.2.3.7 | Dirigenti medici consulenti H 24 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Ostetrico ginecologo | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Pediatra | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Psichiatra | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Endoscopista digestivo | | | | | |
| 1.1.2.3.8 | Altre linee di attività di consulenza: neurologia, neurochirurgia, endocrinologia, ematologia., oncologia, orl, allergologia, dermatologia. | Elenco personale – turni di servizio | | | | |
| 1.1.2.3.9 | Infermiere coordinatore | Atto di nomina o incarico, titoli professionali Elenco personale | | | | |
| 1.1.2.3.10 | 20 infermieri distribuiti su tre turni con modulo di distribuzione 5-5-3 per volumi di accessi di 25.000-35.000/anno con l'aggiunta di una unità per ogni esubero di 15.000 accessi; | Elenco personale – turni di servizio | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------|---|--------------------------------------|--|--|--|--|
| 1.1.2.3.11 | Gli ausiliari sono distribuiti su tre turni giornalieri in numero proporzionale al volume degli accessi | Elenco personale – turni di servizio | | | | |
| | Medicina di Urgenza | | | | | |
| 1.1.2.3.12 | 4 dirigenti medici per la degenza ordinaria per un limite minimo di 1.500 assistiti/anno con l'aggiunta di una unità per ogni esubero ulteriore di 500 assistiti; | Elenco personale – turni di servizio | | | | |
| 1.1.2.3.13 | 1 dirigente medico per la gestione della sezione subintensiva di grandezza non inferiore a 4 P.L.. | Elenco personale – turni di servizio | | | | |
| 1.1.2.3.14 | La dotazione di infermieri è, per una sezione di 15/20 P.L., di 24 unità con l'aggiunta di un infermiere per turno per un esubero di 10 posti letto, distribuiti come di seguito riportato: 3 Unità H24 per l'assistenza ordinaria; 1 Unità H24 per l'assistenza subintensiva; 1 coordinatore. | Elenco personale – turni di servizio | | | | |
| | Gli ausiliari sono distribuiti su tre turni giornalieri in numero proporzionale al volume degli accessi | Elenco personale – turni di servizio | | | | |

1.1.3 Medicina di urgenza e P.S. in DEA di II livello

La Unità Operativa Complessa di Medicina d'Urgenza è costituita dal P.S. generale con annessa Area di Osservazione Temporanea e dell'Area di degenza della Medicina d'Urgenza. Nell'Area di degenza sono presenti posti letto di terapia subintensiva (T.S.I.).

Si differenzia dal DEA di I livello per:

- maggiore volume delle prestazioni assistenziali;
- dotazione di strutture ad elevata complessità assistenziale : cardio-angiocirurgia, chirurgia toracica, neurochirurgia, nefrologia ed emodialisi, terapia intensiva neonatale diagnostica per immagini vascolare e neurologica, diagnostica radiologica invasiva e radiologia interventistica, ematologia, oculistica, otolaringoiatria, grandi ustionati, trapianti di organo.

E' opportuno che il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) nelle strutture ospedaliere sede di DEA di II livello sia contiguo al Pronto Soccorso per accogliere i pazienti in crisi acuta per i quali vi possono essere sia rischi di allontanamento sia difficoltà di integrazione fra servizi. In questi servizi andrà effettuato monitoraggio scritto degli eventi sentinella e dovranno essere messi a punto programmi formalizzati di individuazione e superamento delle cause di tali episodi. Andranno inoltre definite pratiche omogenee e/o linee guida almeno per quanto riguarda la terapia farmacologia e le modalità di integrazione con i servizi territoriali.

1.1.3.1 Requisiti Strutturali

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|---|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| | Area pronto soccorso e osservazione temporanea | Planimetria e relazione tecnico-sanitaria | | | | |
| 1.1.3.1.1 | Dispone dei locali di cui punto 1.1.1.1., e 1.1.2.1 | | | | | |
| 1.1.3.1.2 | 4 aspiratori elettrici | | | | | |
| 1.1.3.1.3 | 4 aspiratori a muro | relazione tecnico- sanitaria e Planimetria | | | | |
| 1.1.3.1.4 | numero di letti pari ad almeno il 50% dei letti tecnici, 30% dei quali monitorizzati. | idem | | | | |
| 1.1.3.1.5 | Impianti come Pronto Soccorso | idem | | | | |
| | Area degenza | idem | | | | |
| 1.1.3.1.6 | 16-30 posti letto | idem | | | | |
| 1.1.3.1.7 | Sezione su intensiva con letti monitorizzati pari al 30% del totale | idem | | | | |
| 1.1.3.1.8 | Postazioni letto non a vista con telemetria e allarme acustico | idem | | | | |
| 1.1.3.1.9 | Vedi punto 1.2. | idem | | | | |

1.1.3.2 Requisiti Impiantistici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|--|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.1.3.2.1 | Impianto di condizionamento che deve assicurare | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| | Temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20-24° C | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| | Umidità relativa compresa tra 40-60% | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| | Ricambio di aria (senza ricircolo) di 6 vol/h | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| | Garantite le condizioni previste dalla normativa vigente relativamente a impianti e tecnologie e in merito alla sicurezza di pazienti e operatori. | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| | requisiti previsti dal Pronto Soccorso Ospedaliero Punto 1.1.1.2 | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| | <i>Risorse tecnologiche e strumentali:</i> | | | | | |
| 1.1.3.2.2 | L'area di Pronto Soccorso dispone della stessa dotazione strumentale e di farmaci del DEA di I livello, ed inoltre | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.3.2.3 | 8 Monitor multiparametrico (FC –PA – ECG – Saturimetria) | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | ECG portatili per ogni box di visita | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | 2.Respiratori a pressione positiva intermittente | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | 2 Apparecchiature per ventilazione non invasiva | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | 3 Defibrillatore con stimolatore cardiaco | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | Impianto erogatore di O2 a muro per ogni letto tecnico dotato di monitor (n 4) | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | N° 8 set per immobilizzare colonna ed arti | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | N° 2 aspiratori | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|--|
| | N° 6 sfigomanometri | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | Strumentario endoscopico completo | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | N° 2 apparecchi radiologico | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | Apparecchi di laboratorio (emogasanalisi, osmometro, dosaggio elettroliti, dosaggio Hbematocrito, spettrofotometro per ciascuno n. 1); | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | N° 10 Set per la confezione di apparecchi gessati | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | Area degenza | | | | | |
| 1.1.3.2.4 | La medicina d'urgenza dispone della stessa dotazione strumentale e di farmaci dell'analogia struttura del DEA di I livello | | | | | |

1.1.2.4 Requisiti organizzativi

| Pronto soccorso | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------------|--|--------------------------------------|-----------|----------------|-------------|
| | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.1.2.3.1 | La dotazione di Dirigenti Medici è di 11 Unità per 50.000 accessi /anno con l'aggiunta di una unità per ogni ulteriore esubero di 8.000 accessi. Tale dotazione è parte integrante dell'organico della U.O.C. P.S.-Medicina d'Urgenza e costituisce il contributo che la stessa fornisce per la costituzione del team di PS. | Elenco personale | | | |
| 1.1.2.3.2 | L'equipe è composta da: | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Internista | Elenco personale – turni di servizio | | | |
| | <input type="checkbox"/> Chirurgo | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Ortopedico | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Cardiologo | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|---|---|--|--|--|--|
| | <input type="checkbox"/> Rianimatore | | | | | |
| 1.1.2.3.3 | Dirigenti medici dedicati in modo esclusivo | Elenco personale – turni di servizio | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Radiologo | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Patologo clinico | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Pediatra | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Ginecologo | | | | | |
| 1.1.2.3.4 | Dirigenti medici attivati in regime di consulenza | Elenco personale – turni di servizio | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Neurologo | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Neurochirurgo | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Cardiologo e/o cardiocirurgo vascolare | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Oculista | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Otoiatra | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Gastroenterologo (endoscopi sta) | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Psichiatra | | | | | |
| 1.1.2.3.5 | Presenti con disponibilità, h24 | Elenco personale – turni di servizio | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Un Capo tecnico di radiologia | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Un Capo tecnico di laboratorio | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Un Tecnico di radiologia | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Un Tecnico di laboratorio | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Un tecnico per radio e/o computer, telfax | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Un tecnico di endoscopia | | | | | |
| 1.1.2.3.6 | Disponibilità h24 dei Servizi diagnostici di alta specializzazione (TAC – Radiologia vascolare – neuroradiologia ecc. compresa l'endoscopia digestiva) | Relazione responsabile DEA | | | | |
| 1.1.2.3.7 | Infermiere coordinatore | Atto di nomina o incarico, titoli professionali Elenco personale | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------|--|--------------------------------------|--|--|--|--|
| 1.1.2.3.8 | 30 Infermieri, distribuiti in tre turni con modulo 6-6-4 per un volume di accessi 50.000/anno, con aggiunta di una unità per ogni ulteriore esubero di 10.000 accessi/anno | Elenco personale – turni di servizio | | | | |
| 1.1.2.3.9 | Gli ausiliari sono distribuiti su tre turni giornalieri in numero proporzionale al volume degli accessi | Elenco personale – turni di servizio | | | | |
| | Medicina di Urgenza | | | | | |
| 1.1.2.3.10 | 4 dirigenti medici per la degenza ordinaria per un limite minimo di 1.500 assistiti/anno con l'aggiunta di una unità per ogni esubero ulteriore di 500 assistiti; | Elenco personale – turni di servizio | | | | |
| 1.1.2.3.11 | 2 dirigenti medici per la gestione di 4-8 letti subintensivi con l'aggiunta di 1 unità per l'esubero ulteriore di 8 letti. | Elenco personale – turni di servizio | | | | |
| 1.1.2.3.12 | .La dotazione di infermieri professionali. per una sezione di 20/30 posti letto è di 30 unità con la seguente distribuzione | Elenco personale – turni di servizio | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Un coordinatore | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 4 Unità H24 per l'assistenza ordinaria. | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2 Unità H24 per l'assistenza subintensiva per un numero di posti letto non inferiore a 8. | | | | | |
| 1.1.2.3.13 | Gli ausiliari sono distribuiti su tre turni giornalieri in numero proporzionale al volume degli accessi | Elenco personale – turni di servizio | | | | |

1.1.4 RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA

Le attività di rianimazione e terapia intensiva sono dedicate al monitoraggio e al trattamento intensivo dei pazienti critici H24.

I pazienti candidati al ricovero in rianimazione e terapia intensiva possono essere raggruppati in due classi principali:

- a) pazienti che richiedono trattamento intensivo mirato, in quanto affetti da una o più insufficienze d'organo acute potenzialmente reversibili, tali da comportare pericolo di vita o d'insorgenza di complicanze maggiori;
 - b) pazienti che richiedono monitoraggio e mantenimento delle funzioni vitali al fine di prevenire complicanze maggiori.
- La configurazione ambientale delle unità di rianimazione e terapia intensiva può essere a degenza singola o a degenze multiple.

1.1.4.1 Requisiti Strutturali

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-------------------|---|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.1.4.1.1 | i locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia ed al volume delle attività erogate | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.1.4.1.2 | superficie minima per ogni degenza singola 16 mq, | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.1.4.1.3 | Superficie minima per degenze multiple è di 12 mq per posto letto; | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.1.4.1.5 | per le strutture di nuova costruzione | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| | □ superficie minima per ogni singola degenza è di 20 mq | | | | | |
| | □ Superficie minima per degenze multiple 16 mq per posto letto; | | | | | |
| 1.1.4.1.6 | Zona filtro per il personale | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.1.4.1.7 | Zona filtro per i degenti | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.1.4.1.8 | almeno 1 stanza a degenza singola dotata di zona filtro per persone necessitanti di isolamento, adeguata per accogliere anche pazienti che necessitino di isolamento respiratorio a pressione negativa; | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.1.4.1.9 | un locale medici; | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.1.4.1.10 | Un locale lavoro infermieri | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.1.4.1.11 | Servizi igienici per il personale | | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------|--|--|--|--|--|--|
| 1.1.4.1.12 | Deposito presidi sanitari e altro materiale pulito | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.1.4.1.13 | Deposito materiale sporco | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.1.4.1.14 | Area attesa/soggiorno visitatori | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.1.4.1.15 | un'area per disinfezione e lavaggio attrezzature e materiali, in relazione alla dimensione dell'unità | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.1.4.1.16 | Deposito bombole gas medicali | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.1.4.1.17 | UTI articolata tra 4e 12 p.l. con ampliamenti per moduli di 4 p.l. con configurazione interna a degenze singole o multiple | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.1.4.1.18 | spazi tali da consentire agevoli manovre assistenziali sui quattro lati dei letti di degenza | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.1.4.1.19 | Nel caso che la degenza singola sia associata a degenze multiple, e che quindi funga prevalentemente da locale di isolamento per pazienti infettivi o immunodepressi, deve essere collocata preferibilmente all'estremità del reparto. | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.1.4.1.20 | Per le nuove costruzioni: | | | | | |
| | 1. , la distanza tra due letti non deve essere inferiore a m 2,5 | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| | 2. Le degenze devono essere di forma regolare, quadrate o rettangolari, ampiamente vetrate e orientate in modo da facilitare la sorveglianza diretta del paziente dalla centrale di controllo | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| | 3. Il paziente non deve avere la possibilità di vedere gli altri degenti | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |

1.1.4.2 Requisiti Tecnologici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--|--|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.1.4.2.1 | Impianto di condizionamento che deve assicurare | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20-24° C | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Umidità relativa compresa tra 40-60% | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Ricambi di aria (senza ricircolo) di 6 vol/h | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Filtraggio dell'aria ad alta efficienza ed una filtrazione assoluta al 99,95% nei locali di isolamento. | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Almeno un'area assistenza con pressione positiva o negativa (+ o - 10 Pa) regolabile in funzione dell'utilizzo (degente infettivo o immunodepresso) | | | | | | |
| 1.1.4.2.2 | impianto di gas medicali (2 prese O2, 2 prese vuoto, 1 presa aria compressa per posto letto), | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.4.2.3 | allarme ottico e acustico per segnalazione di variazione di pressione dei gas medicali e/o dei guasti dell'impianto | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.4.2.4 | 8 prese forza motrice a posto letto | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.4.2.5 | Prese per apparecchi ad alto assorbimento di corrente | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.4.2.6 | Impianto rilevazione incendi | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.4.2.7 | Un lavabo in ogni stanza | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.4.2.8 | Impianto elettrico di continuità (per i sistemi di monitoraggio e apparecchiature di sostegno funzioni vitali) | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |

| | | | | | |
|-------------------|--|---|--|--|--|
| | Risorse tecnologiche e strumentali | | | | |
| | Dotazione strumentale minima | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | |
| 1.1.4.2.9 | 4 pompe di infusione a posto letto | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | |
| 1.1.4.2.10 | 1 Respiratore automatico dotato di allarme per de connessione paziente | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | |
| 1.1.4.2.11 | 1 Monitor multiparametrico (FC –PA – ECG – Saturimetria) a posto letto | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | |
| 1.1.4.2.12 | 1 lampada scialitica | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | |
| 1.1.4.2.13 | 1 diafanoscopio a parete | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | |
| 1.1.4.2.14 | 1 diafanoscopio mobile, | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | |
| 1.1.4.2.15 | frigoriferi (conservazione farmaci, emoderivati) | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | |
| 1.1.4.2.16 | 1 carrello di emergenza: (defibrillatore, pace maker esterno, materiale per assistenza respiratoria) | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | |
| 1.1.4.2.17 | presidi per la prevenzione delle piaghe da decubito; | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | |
| 1.1.4.2.18 | un sollevapazienti | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | |
| 1.1.4.2.19 | letti elettrici per terapia intensiva (sistema di articolazione e materassi antidecubito) | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | |
| 1.1.4.2.20 | Impianto gas medicali | Relazione tecnica – verifiche strumentali | | | |
| | 1. impianto dei gas medicali centralizzati (area medica e ossigeno) con caratteristiche tecniche CEN (pr EN 737 - 1,2,3) e ISO (32). | | | | |
| | 2. pressione d'esercizio di 4 - 5 atmosfere che deve rimanere costante con un flusso di 20 l/min per ciascuna presa, quando tutte le prese sono in funzione. | | | | |
| | 3. Manometri a vista dotati di allarmi acustici e visivi, che si attivano automaticamente in caso di ridotta pressione di alimentazione, devono essere ubicati in prossimità della U.T.I.. | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------|---|--|--|--|--|-----------------------------|
| 1.1.4.2.21 | Impianto aspirazione centralizzato che garantisce, quando tutte le prese sono in funzione, una pressione minima di aspirazione di 500 mm Hg (40 l/min costanti) per ciascuna presa | Relazione tecnica – verifiche sin loco | | | | |
| 1.1.4.2.22 | Impianti comunicazione | Relazione tecnica – verifiche sin loco | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2 linee telefoniche esterne ogni 8 posti letto,. | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 linea di emergenza a selezione passante | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> numero adeguato di linee interne. | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> sistema di interfoni (degenze, studi medici, cucina collegati con la centrale di controllo) | | | | | |
| 1.1.4.2.23 | Interfono tra degenze e l'eventuale corridoio esterno per le comunicazione tra paziente e visitatori. | Relazione tecnica – verifiche sin loco | | | | |
| 1.1.4.2.24 | Allarme acustico e visivo attivato da ciascuna degenza e rilevato dalla centrale di controllo | Relazione tecnica – verifiche sin loco | | | | |
| 1.1.4.2.25 | Allarme analogo collegato con il Pronto Soccorso. | Relazione tecnica – verifiche sin loco | | | | Si tratta di opzione |
| 1.1.4.2.26 | Sistema TV a circuito chiuso ad amplificazione di luce con monitor di controllo nella centrale di sorveglianza, in assenza di visione diretta del paziente, è raccomandabile | Relazione tecnica – verifiche sin loco | | | | Si tratta di opzione |
| | Requisiti tecnologici Area di degenza | | | | | |
| 1.1.4.2.27 | Per ogni posto letto ad integrazione di quanto già previsto nella dotazione strumentale minima, devono essere presenti : | | | | | |
| | 1. N° 4 pompe infusionali endovenose; | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | 2. N° 1 pompa infusione per nutrizione enterale; | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------|--|--|--|--|--|--|
| | 3. N° 1 ventilatore automatico digitale, dotato di diverse opzioni; | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | 4. software ed hardware che soddisfano le esigenze diagnostiche e terapeutiche, per neonati, bambini e adulti, e l'assistenza ventilatoria anche nelle condizioni più difficili; dotato di monitoraggio del loop ventilatorio, allarmi di flusso e di pressione, e di varie modalità di ventilazione del paziente; | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | 5. un monitor per la rilevazione dei parametri vitali, con metodo invasivo e non; | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | 6. letto elettrico per terapia intensiva, con sistemi di articolazione (Trendelemburg / Anti-Trendelemburg, zona testa, ginocchia, piedi) e materassi anti-decubito; | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | 7. sistemi di termoregolazione del paziente | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.4.2.29 | Ogni posto-letto deve essere fornito di un minimo di 16 prese elettriche divise in 4 gruppi.. | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.4.2.30 | In ogni area di degenza va prevista almeno una presa elettrica di tipo interbloccata per l'apparecchio radiologico. | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.4.2.31 | Ogni posto-letto deve essere fornito di: | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> pulsante per "richiesta di aiuto urgente"; | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> minimo di 4 prese per l'ossigeno | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 3 prese per l'aria medicale; | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 3 prese di vuoto | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.4.2.27 | Le prese dei gas medicali e del vuoto devono essere identificate con appositi colori ed etichette. | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------|--|--|--|--|--|--|
| | Non posizionate ad altezza d'uomo per evitare lesioni al volto in caso di deconnessione | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.4.2.27 | Le travi a muro o i pensili da soffitto rappresentano la miglior soluzione per la distribuzione dei gas medicali e la corrente elettrica in quanto evitano la presenza di cavi a terra. | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | È un auspicio, non è un requisito |
| 1.1.4.2.27 | un lavabo di profondità e larghezza adeguata per evitare spruzzi, con acqua calda e fredda da, azionato in automatico o a pedale nell'antisala delle degenze singole | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.4.2.27 | Per le degenze multiple almeno un lavabo ogni due posti-letto. | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.4.2.27 | I lavabi distanziati di almeno 5 cm dalla parete per agevolare pulizia e disinfezione. | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.4.2.27 | Il 20% dei letti munito di prese d'acqua per la dialisi con filtri depuratori (opzionale). | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | Opzionale |
| 1.1.4.2.27 | E' consigliabile inoltre disporre di una presa per telefono, interfono a viva voce, TV, collegamento alla rete informatica ed eventuale telecamera per TV a circuito chiuso per ogni posto-letto | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | È un auspicio, non è un requisito |

1.1.4.3 Requisiti organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|---|------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.1.4.3.1 | La dotazione organica del personale medico ed infermieristico deve essere rapportata alla tipologia delle attività svolte | Elenco personale | | | | |
| 1.1.4.3.2 | Presenza h 24 di un Dirigente medico anestesista rianimatore ogni 4 p.l. | Elenco personale | | | | |
| 1.1.4.3.3 | Infermiere coordinatore | Elenco personale | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|--|
| 1.1.4.3.4 | <p>Infermieri</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Per pazienti che necessitano di monitoraggio e terapie strumentali - Rapporto infermiere/ malato = 1/2 da garantire nell'arco delle 24 ore □ Per pazienti che necessitano di monitoraggio e terapie non strumentali - Rapporto infermiere/ malato = 1/3 da garantire nell'arco delle 24 ore | Elenco personale | | | | |
| 1.1.4.3.5 | procedure specifiche in caso di malfunzionamento degli impianti dei gas / medicali e del sistema di aspirazione | Copia documenti e disposizioni di servizio | | | | |
| 1.1.4.3.6 | Devono essere disponibili e venire seguite linee guida per il controllo delle infezioni nosocomiali | Copia documenti e disposizioni di servizio | | | | |

1.1.4.4 REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI AREA DI SORVEGLIANZA

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-------------------|---|-------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.1.4.4 .2 | È un area logisticamente distinta all'interno della U.T.I.? | Relazione e planimetria | | | | |
| 1.1.4.4 .3 | sita in prossimità delle degenze | Relazione e planimetria | | | | |
| 1.1.4.4 .4 | Permette il controllo visivo diretto dei pazienti e dei relativi monitoraggi | Relazione e planimetria | | | | |
| 1.1.4.4 .5 | Presenza di i ripetitori dei segnali monitorati con relativi allarmi terminali di reti informatiche, monitor di eventuali TV a circuito chiuso, telefoni, citofoni, interfoni, ecc. | Relazione e planimetria | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------|---|-------------------------|--|--|--|--|
| 1.1.4.4 .6 | parzialmente isolata dall'ambiente circostante da una vetrata in grado di attutire la trasmissione dei suoni e garantire la riservatezza dei colloqui tra sanitari. | Relazione e planimetria | | | | |
|-------------------|---|-------------------------|--|--|--|--|

1.1.5. UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA (U.T.I.C.)

1.1.5.1 Requisiti Strutturali

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|---|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.1.5.1.1 | collocato organizzativamente e funzionalmente nell'ambito di una Unità Operativa Cardiologica | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.1.5.1.2 | Da 4 a 12 posti letto dedicati: (in relazione p.l. della UO di afferenza) | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.1.5.1.3 | Contigua all' area di degenza ordinaria cardiologica; | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.1.5.1.3 | collegamento preferenziali con il Pronto Soccorso e Emodinamica | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.1.5.1.4 | DEVE DISPORRE DEI SEGUENTI AMBIENTI | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| | <input type="checkbox"/> area di degenza con letti attrezzati, configurata in modo tale da operare agevolmente intorno al letto, permettere l'accesso della barella e la movimentazione delle apparecchiature | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| | <input type="checkbox"/> spazio controllo con consolle monitor, | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| | <input type="checkbox"/> spazio controllo esterno alla'rea di degenza ma ad essa direttamente connesso | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| | <input type="checkbox"/> stanza a degenza singola con zona filtro | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Deposito attrezzature | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Deposito materiale pulito | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|--|
| | <input type="checkbox"/> Area tecnica di lavoro con strumentazioni e attrezzature | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| | <input type="checkbox"/> locale per procedure semi-invasive ed invasive con radioscopia (in alternativa, accesso diretto in H24 a Camera Operatoria con Rx scopia) | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Zona filtro per il personale | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Locale coordinatore infermieristico | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| | <input type="checkbox"/> locale lavoro infermieri | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| | <input type="checkbox"/> locale medici; | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| | <input type="checkbox"/> filtro visitatori | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Spazio attesa familiari | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.1.5.1.5 | LOCALI ANCHE IN COMUNE CON LA CONTIGUA AREA DI DEGENZA | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Deposito materiale sporco e vuota e lava padelle | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Servizi igienici personale | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Stanza medico di guardia | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Locale cucinetta | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Locale colloquio | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| | <input type="checkbox"/> locale deposito salma (non necessario se vi è la disponibilità in tempo reale della camera mortuaria) | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| 1.1.5.1.6 | REQUISITI PER SPECIFICI AMBIENTI | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| | <input type="checkbox"/> zoccolo lavabile di altezza pari a 2 metri; | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| | <input type="checkbox"/> pavimenti lavabili e disinfettabili | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| | <input type="checkbox"/> colore chiaro con indici di riflessione dell'80-90% per il soffitto, 50% per le pareti, 15-30% per i pavimenti. | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |

1.1.5.2 Requisiti Tecnologici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--|--|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.1.5.2.1 | Impianto di condizionamento che deve assicurare | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20-24° C | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Umidità relativa compresa tra 40-60% | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Ricambi di aria (senza ricircolo) di 6 vol/h | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Filtraggio dell'aria ad alta efficienza ed una filtrazione assoluta al 99,95% nei locali di isolamento. | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Pressione relativa positiva | | | | | | |
| 1.1.5.2.2 | impianto di gas medicali | | | | | |
| 1.1.5.2.3 | Impianto do chiamata con segnalazione acustica e luminosa | | | | | |
| 1.1.5.2.4 | IMPIANTO ELETTRICO CARATTERIZZATO DA | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Continuità con alimentazione di sicurezza | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Alimentazione di emergenza | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Sicurezza con trasformatore di isolamento | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Nodo equipotenziale | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Pavimento antistatico | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Illuminazione di tipo indiretto circa 300 lux | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| | Dotazione strumentale minima | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.5.2.5 | Trave testaleto con | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2 prese per ossigeno | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------|---|--|--|--|--|--|
| | <input type="checkbox"/> Vuoto | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Aria compressa | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 6 o più prese corrente 220V | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 presa interbloccata | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Prese di terra equipotenziali | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.5.2.6 | 1 monitor E.C.G. a posto letto a tre o più canali con analizzatore tratto ST-T ed aritmie, con allarmi e memoria di 24 ore; | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.5.2.7 | 1 misuratore di pressione arteriosa non invasiva a posto letto, con allarmi e braccioli di diversa misura; | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.5.2.8 | 25% dei posti letto con misuratore a 2 vie di pressioni invasive, portata cardiaca con termo diluizione e ossimetria | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.5.2.9 | 1 elettrocardiografo a tre-sei canali + 1 di riserva | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.5.2.10 | pompe di infusione per un totale di 4 vie a posto letto e con 2 vie di riserva per posto letto | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.5.2.11 | 2 defibrillatori bifasici; | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.5.2.12 | 2 carrelli di emergenza con il necessario per l'intubazione O.T.; | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.5.2.13 | 1 pace-maker temporaneo completo di accessori ogni 3 posti letto + 1 di riserva; | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.5.2.14 | 1 materasso antidecubito ogni 4 posti letto; | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.5.2.15 | 1 apparecchio per emogasanalisi (<i>non necessaria nel caso di disponibilità immediata del laboratorio centrale</i>) | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.5.2.16 | 1 apparecchio per ACT o aPTT*; | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.5.2.17 | 1 ecocardiografo, completo di sonda transesofagea e sonda per vascolare (carotidi); | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.5.2.18 | 1 Contropulsatore (<i>nei centri Hub</i>) | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------|--|--|--|--|--|--|
| 1.1.5.2.19 | 2 aspiratori per broncoaspirazione; | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.5.2.20 | letti tecnici da terapia intensiva radiotrasparenti per tutti i posti letto; | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.5.2.21 | 1 diafanoscopio; | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.5.2.22 | 1 frigorifero per farmaci con allarme temperatura; | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.5.2.23 | 1 lampada scialitica portatile; | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.5.2.24 | 1 carrello per terapia | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |

1.1.5.3 Requisiti organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|---|--------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.1.5.3.1 | L'U.T.I.C. deve disporre di personale commisurato alla numerosità e complessità della casistica trattata: | Elenco personale | | | | |
| | PERSONALE INFERMIERISTICO | | | | | |
| 1.1.5.3.2 | 2 infermieri per turno (Presenza minima) | Elenco personale e turni di servizio | | | | |
| | 3 infermieri per turno: da 5 a 8 p.l. | Elenco personale e turni di servizio | | | | |
| | 1 infermiere in più per turno ogni 2 p.l. oltre gli otto | Elenco personale e turni di servizio | | | | |
| | PERSONALE MEDICO | | | | | |
| 1.1.5.3.3 | 1 medico in continuità assistenziale nella fascia oraria del mattino (configurazione minima dell'Unità) | Elenco personale e turni di servizio | | | | |
| | 2 medici in continuità assistenziale nella fascia oraria del mattino (configurazione dell'Unità da 5 a 8 posti letto) | Elenco personale e turni di servizio | | | | |
| | 3 medici in continuità assistenziale nella fascia oraria del mattino (configurazione dell'Unità > 8 posti letto o con funzione di centro Hub) | Elenco personale e turni di servizio | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|----------------------------|--------------------------------------|--|--|--|--|
| 1.1.5.3.4 | cardiologo di guardia H24. | Elenco personale e turni di servizio | | | | |
|------------------|----------------------------|--------------------------------------|--|--|--|--|

1.1.6. SERVIZIO DI EMODINAMICA

1.1.6.1 Requisiti Strutturali

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-------------------|--|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.1.6.1.1 | Il laboratorio di Emodinamica è ubicato in prossimità dell'U.T.I.C. e del Pronto Soccorso o sono previsti collegamenti preferenziali con tali servizi. | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| | DISPONE DEI SEGUENTI AMBIENTI ? | | | | | |
| 1.1.6.1.2 | sala di emodinamica dotata di pareti e porte con schermature piombate e gabbia di Faraday; | Relazione Tecnico sanitaria, Planimetria | | | | |
| 1.1.6.1.3 | sala controllo protetta con parete o vetro piombato; | Relazione Tecnico sanitaria, Planimetria | | | | |
| 1.1.6.1.4 | spazio per l'osservazione del paziente; | Relazione Tecnico sanitaria, Planimetria | | | | |
| 1.1.6.1.5 | locale per la preparazione e il lavaggio del materiale, attiguo alla sala di emodinamica; | Relazione Tecnico sanitaria, Planimetria | | | | |
| 1.1.6.1.6 | ambiente/spazio lavaggio - vestizione medici, attiguo alla sala di emodinamica; | Relazione Tecnico sanitaria, Planimetria | | | | |
| 1.1.6.1.7 | ambiente/spazio per la compressione vascolare, attiguo alla sala di emodinamica; | Relazione Tecnico sanitaria, Planimetria | | | | |
| 1.1.6.1.8 | locale per lo stoccaggio di materiale; | Relazione Tecnico sanitaria, Planimetria | | | | |
| 1.1.6.1.9 | deposito biancheria pulita; | Relazione Tecnico sanitaria, Planimetria | | | | |
| 1.1.6.1.10 | deposito sporco con vuotatoio; | Relazione Tecnico sanitaria, Planimetria | | | | |
| 1.1.6.1.11 | sala refertazione e archiviazione; | Relazione Tecnico sanitaria, Planimetria | | | | |
| 1.1.6.1.12 | servizi igienici differenziati per il personale e i pazienti; | Relazione Tecnico sanitaria, Planimetria | | | | |
| 1.1.6.1.13 | spazi per lo smaltimento dei rifiuti differenziati; | Relazione Tecnico sanitaria, Planimetria | | | | |
| 1.1.6.1.14 | locale per le attività di segreteria, anche in comune con altre funzioni | Relazione Tecnico sanitaria, Planimetria | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------|--|--|--|--|--|--|
| | DISPONE DEI SEGUENTI REQUISITI PER SPECIFICI AMBIENTI ? | | | | | |
| 1.1.6.1.15 | Sala di emodinamica dimensioni minime di 30 mq. | Relazione Tecnico sanitaria, Planimetria | | | | |
| 1.1.6.1.17 | Gli spazi consentono di muoversi agevolmente attorno al tavolo e alla apparecchiatura radiologica durante le procedure e le eventuali manovre di assistenza o rianimazione | Relazione Tecnico sanitaria, Planimetria | | | | |
| 1.1.6.1.18 | Parete lavabile e zoccolo impermeabile di altezza pari a 2 metri; | Relazione Tecnico sanitaria, Planimetria | | | | |
| 1.1.6.1.19 | Pavimento antistatico lavabili e disinfettabili | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |

1.1.6.2 Requisiti Tecnologici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--|--|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.1.6.2.1 | DISPONE DI Impianto di condizionamento che assicura ? | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20-24° C | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Umidità relativa compresa tra 40-60% | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Ricambi di aria (senza ricircolo) di 6 vol/h | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Filtraggio dell'aria ad alta efficienza ed una filtrazione assoluta al 99,95% nei locali di isolamento. | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Pressione relativa positiva | | | | | | |
| 1.1.6.2.2 | impianto di gas medicali con prese: 2 gruppi ossigeno/aria compressa /vuoto per sala | | | | | |
| 1.1.6.2.3 | IMPIANTO ELETTRICO CARATTERIZZATO DA | Dichiarazione di conformità - Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|---|--|--|--|--|--|
| | <input type="checkbox"/> Continuità con alimentazione di sicurezza | Dichiarazione di conformità - Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Alimentazione di emergenza | Dichiarazione di conformità - Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Sicurezza con trasformatore di isolamento | Dichiarazione di conformità - Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Nodo equipotenziale | Dichiarazione di conformità - Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Pavimento antistatico | Dichiarazione di conformità - Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Illuminazione di intensità regolabile | Dichiarazione di conformità - Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.6.2.4 | dispositivi di legge per la prevenzione infortuni e la radioprotezione (collegamento con la fisica sanitaria) | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| | Dispone della seguente dotazione strumentale minima ? | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.6.2.5 | La pre-sala o spazio per l'osservazione del paziente dispone di ? | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Defibrillatore | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> elettrocardiografo: a tre o più derivazioni con allarmi, memoria e stampante | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> gruppo ossigeno-aria compressa-vuoto | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.6.2.6 | Il laboratori di emodinamica dispone di ? | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> elettrocardiografo: a tre o più canali | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 respiratore automatico per ogni sala | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 Respiratore di tipo pediatrico, qualora si pratici cardiologia pediatrica | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 ossimetro per ogni sala | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|---|--|--|--|--|--|
| | <input type="checkbox"/> 1 strumento per misurare la portata cardiaca, anche inserito nel poligrafo | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 set per la pericardiocentesi per ogni sala | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 apparecchio per emogasanalisi (attrezzatura non necessaria nel caso di disponibilità immediata del laboratorio centrale) | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 apparecchio per ACT o aPTT | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.6.2.7 | La sala di emodinamica dispone di ? | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> letto radiologico | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> stativo a C o a U | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> visione ottimale in scopia | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> acquisizione digitale delle immagini e archiviazione | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> lampada scialitica con alimentatore di sicurezza | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 poligrafo con 12 derivazioni ECG, 3 contemporanee e 2 canali di pressione | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 carrello di rianimazione | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 defibrillatore | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2 pace-maker temporanei | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Attrezzature per la radioprotezione, in numero corrispondente agli operatori in attività (camice piombato; collare piombato; occhiali e guanti anti-raggi X; paratia anti-raggi X da porre fra paziente e operatore) | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Dotazioni di materiale d'uso corrente per il mantenimento della sterilità (camici e guanti sterili, teli sterili per il campo) e le procedure diagnostiche, in quantitativi commisurati all'attività | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|--|
| | <input type="checkbox"/> 1 iniettore | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2 pompe di infusione per ogni sal | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.6.2.7 | La sala di refertazione dispone di ? | | | | | |
| | 2 PC dotati di software di visualizzazione per sala. | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |

1.1.6.3 Requisiti organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|---|---|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.1.6.3.1 | Il Servizio di Emodinamica dispone di personale commisurato alla numerosità e complessità della casistica trattata e comunque delle seguenti risorse umane per sala e turno di lavoro ? | Elenco personale | | | | |
| 1.1.6.3.2 | 2 Medici cardiologi invasivi | Elenco personale | | | | |
| 1.1.6.3.3 | 2 infermieri | Elenco personale | | | | |
| 1.1.6.3.4 | 1 Anestesista rianimatore H 24 anche non dedicato | Elenco personale | | | | |
| 1.1.6.3.5 | 1 Tecnico di radiologia, anche su due sale | Elenco personale | | | | |
| 1.1.6.3.6 | Sono garantiti i servizi di: | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Trasporto pazienti | Relazione responsabile – copie convenzioni o contratti di fornitura servizi | | | | |
| | <input type="checkbox"/> approvvigionamento farmaci e presidi sanitari | Relazione responsabile – copie convenzioni o contratti di fornitura servizi | | | | |
| | <input type="checkbox"/> servizio di pulizia | Relazione responsabile – copie convenzioni o contratti di fornitura servizi | | | | |
| 1.1.6.3.7 | i centri HUB par garantire il servizio ordinario, la reperibilità notturna e festiva dispongono compelsivamente di 6 operatori intereventisti ? | Elenco personale | | | | |

1.1.7. UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA NEONATALE (U. T.I.N)

1.1.6.1 Requisiti Strutturali

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|---|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.1.7.1.1 | Il modulo U.T.I.N. dispone di almeno: | Planimetria e relazione tecnico- sanitaria | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 4 posti letto di Terapia Intensiva | Planimetria e relazione tecnico | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 4 posti letto di Terapia Subintensiva | Planimetria e relazione tecnico | | | | |
| 1.1.7.1.2 | prevede un numero di incubatrici e culle di cure intermedie sufficiente ad assicurare un tasso di occupazione dei posti letto di cure intensive e sub-intensive non superiore all'85%.? | Relazione responsabile | | | | |

1.1.7.2 Requisiti Tecnologici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|---|--|----------|----|------|------|
| | | | SI | NO | N.A. | |
| | Dispone delle seguenti attrezzature ? | | | | | |
| 1.1.7.2.1 | Ecografo | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.7.2.2 | Elettroencefalografo e monitor della funzione cerebrale (CFM); - l'apparecchio per CFM dovrebbe essere in dotazione alla TIN e disponibile 24 ore su 24. | Relazione Tecnico sanitaria, Planimetria | | | | |
| 1.1.7.2.3 | È garantita la possibilità di usufruire del servizio emotrasfusionale, del laboratorio e di indagini come TAC, RMN, eco doppler ed indagini Rx complesse H 24 ? | Relazione Tecnico sanitaria, Planimetria | | | | |
| 1.1.6.2.4 | DISPONE DI Impianto di condizionamento che assicura ? | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20-24° C | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Umidità relativa compresa tra 40-60% | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | <input type="checkbox"/> Ricambi di aria (senza ricircolo) di 6 vol/h <input type="checkbox"/> Filtraggio dell'aria ad alta efficienza. | | | | | |
| 1.1.6.2.5 | dispone della seguente dotazione tecnologica, con disponibilità 24 ore su 24 (il numero di apparecchi necessari va modulato sulla base del numero di posti letto presenti, del volume di attività e della tipologia dei neonati assistiti): | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Incubatrici per terapia intensiva | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Lettini di rianimazione | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Analizzatori di O2 nel gas inspirato | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Ventilatori neonatali con umidificatore riscaldato | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Apparecchi per nCPAP | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Monitor cardiorespiratori | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Saturimetri pulsati | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Monitor transcutanei per gas ematici | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Pompe per infusione | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Misuratori della pressione arteriosa | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Sorgenti di O2 | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Sorgenti di aria e vuoto | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Miscelatori per gas | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Nebulizzatori | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Prese elettriche | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Lampade per fototerapia | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ecografo | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Elettroencefalografo e monitor della funzione cerebrale (CFM) | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | | |
| 1.1.6.2.6 | Il posto di terapia intensiva dispone della seguente dotazione minima ? | | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> □ incubatrice con servocontrollo della temperatura corporea e dell'umidità ambientale (alternativamente lettino di rianimazione riscaldato e con servocontrollo della temperatura) | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> □ ossimetro per il controllo della concentrazione di O2 (possibilmente incorporato nell'incubatrice) | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> □ attacchi per O2, n. 2 attacchi per aria medica e n. 2 attacchi per vuoto terapeutico | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> □ 12 prese elettriche | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> □ almeno n. 1 pompa per infusione volumetrica e n. 2 pompe a siringa | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> □ 1 ventilatore meccanico neonatale, in grado di lavorare in modalità assistita e controllata e di erogare nCPAP; ogni ventilatore deve essere dotato di umidificatore riscaldato | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> □ 1 monitor multiparametrico o modulare per il monitoraggio di ECG, frequenza respiratoria, temperatura corporea, pressione invasiva e non invasiva, saturimetria transcutanea | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> □ disponibilità di apparecchi suppletivi per la nCPAP, la saturimetria transcutanea, TcpO2/TcpCO2, o di altre pompe per infusione da valutare sulla base delle necessità e della tipologia dei neonati assistiti nell'UO | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.1.6.2.6 | La dotazione minima di un posto di terapia sub-intensiva è la seguente ? | | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|
| | <input type="checkbox"/> incubatrice con servocontrollo della temperatura corporea e dell'umidità ambientale (alternativamente lettino di rianimazione riscaldato e con servocontrollo della temperatura) | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ossimetro per il controllo della concentrazione di O2 (possibilmente incorporato nell'incubatrice) | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2 attacchi per O2, n. 2 attacchi per aria medica e n. 2 attacchi per vuoto terapeutico | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 8 prese elettriche | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> almeno 1 pompa per infusione volumetrica e n. 1 pompa a siringa | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 monitor multiparametrico o modulare per il monitoraggio di ECG, frequenza respiratoria, T corporea. pressione non invasiva, saturimetria trans cutanea | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |

1.1.7.3 Requisiti organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|--|------------------------|----------|----|------|------|
| | | | SI | NO | N.A. | |
| 1.1.7.3.1 | È garantito alla U.T.I.N. accesso H24, tempestivo e preferenziale al servizio emotrasfusionale, del laboratorio e di indagini come TAC, RMN, eco doppler ed indagini Rx complesse 24 ore su 24 ? | Relazione responsabile | | | | |
| 1.1.7.3.2 | La U.T.I.N. dispone di consulenza entro le 24 h dalla richiesta per le seguenti specialità: cardiocirurgia, neurochirurgia, chirurgia pediatrica, chirurgia plastica, oculistica, ortopedia, otorinolaringoiatria, neurologia. ? | Relazione responsabile | | | | |
| 1.1.7.3.3 | LA UTIN è in grado di garantire ? | Relazione responsabile | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|--|------------------------|--|--|--|--|
| | <input type="checkbox"/> Integrazione nel sistema di trasporto ed emergenza neonatale (S.T.E.N.). | Relazione responsabile | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Assistenza respiratoria con CPAP o con ventilatore meccanico in modalità sia controllata che assistita (trigger). Nutrizione parenterale totale. | Relazione responsabile | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Drenaggio pleurico e pericardio. | Relazione responsabile | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Posizionamento di catetere centrale con la tecnica percutanea o chirurgica. | Relazione responsabile | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Interventi terapeutici per tutte le patologie metaboliche (dialisi peritoneale). | Relazione responsabile | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Determinazione in urgenza di: Hb, Ht, bil. totale, EAB ed emogasanalisi, elettroliti, osmolarità. | Relazione responsabile | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Possibilità di riscontro autoptico. | Relazione responsabile | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Produzione di un rapporto annuale statistico-epidemiologico sull'attività svolta. | Relazione responsabile | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Servizio di follow-up dei neonati dimessi. | Relazione responsabile | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Umanizzazione delle cure neonatali ("care" materno-neonatale). | Relazione responsabile | | | | |
| 1.1.7.3.4 | La U.T.I.N. è collegata con i seguenti servizi ? | Relazione responsabile | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Centro immunotrasfusionale. | Relazione responsabile | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Laboratorio analisi H24. | Relazione responsabile | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Ecografia. | Relazione responsabile | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Radiologia pediatrica. | Relazione responsabile | | | | |
| | <input type="checkbox"/> TAC, RMN., medicina nucleare. | Relazione responsabile | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Anatomia patologica. | Relazione responsabile | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Genetica medica. | Relazione responsabile | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Neuropediatria. | Relazione responsabile | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|---|---|--|--|--|--|
| | <input type="checkbox"/> Chirurgia plastica. | Relazione responsabile | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Recupero e riabilitazione funzionale. | Relazione responsabile | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Chirurgia, cardiologia, neurochirurgia, dermatologia, ortopedia, oculistica, otorinolaringoiatria pediatriche. | Relazione responsabile | | | | |
| | Il personale medico è costituito da neonatologi o da pediatri con competenze specifiche in terapia intensiva neonatale | Elenco personale -Titoli | | | | |
| | Il Personale è adeguato alla numerosità dei posti letto di terapia intensiva e subintensiva, alla tipologia delle prestazioni fornite ed alla necessità di garantire una guardia attiva 24 ore su 24 con possibilità di supporto di pronta reperibilità integrativa 24 ore su 24 da parte di neonatologi o di pediatri con documentata esperienza nell'assistenza neonatale ? | Elenco personale | | | | |
| | Date le dimensioni minime previste per una unità di terapia intensiva neonatale, il numero di medici non può essere inferiore 8 | Elenco personale | | | | |
| 1.1.6.3.4 | 1 Anestesista rianimatore H 24 anche non dedicato | Elenco personale | | | | |
| 1.1.6.3.5 | 1 Tecnico di radiologia, anche su due sale | | | | | |
| 1.1.6.3.4 | 1 Anestesista rianimatore H 24 anche non dedicato | Elenco personale | | | | |
| 1.1.6.3.5 | 1 Tecnico di radiologia, anche su due sale | | | | | |
| | Sono garantiti i servizi di: | | | | | |
| 1.1.6.3.6 | <input type="checkbox"/> Trasporto pazienti | Relazione responsabile – copie convenzioni o contratti di fornitura servizi | | | | |
| | <input type="checkbox"/> approvvigionamento farmaci e presidi sanitari | Relazione responsabile – copie convenzioni o contratti di fornitura servizi | | | | |
| | <input type="checkbox"/> servizio di pulizia | Relazione responsabile – copie convenzioni o contratti di fornitura servizi | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|--|------------------|--|--|--|--|
| 1.1.6.3.7 | i centri HUB per garantire il servizio ordinario, la reperibilità notturna e festiva dispongono complessivamente di 6 operatori intereventisti ? | Elenco personale | | | | |
|------------------|--|------------------|--|--|--|--|

1.2 AREA DI DEGENZA PER RICOVERI A CICLO CONTINUATIVO

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|--|---|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.2.0.1 | L'area di degenza è strutturata in modo da garantire il rispetto della privacy dell'utente ed un adeguato comfort di tipo alberghiero, attraverso sistemi mobili di separazione degli spazi destinati ai posti letto nelle camere multiple ? | Planimetria e relazione tecnico-sanitaria | | | | |
| 1.2.0.2 | Sono garantiti spazi comuni di raccordo tra le degenze e/o i servizi sanitari nei quali prevedere utilities per gli accompagnatori o visitatori, anche in prossimità dell'area di degenza ? | Planimetria e relazione tecnico-sanitaria | | | | |

.2.1. Requisiti Strutturali

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|--|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.2.1.1 | le camere di degenza possono ospitare al massimo 4 posti letto ? | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |

| | | | | | | |
|----------------|---|--|--|--|--|--|
| 1.2.1.2 | È presente un servizio igienico ogni 4 posti letto ? | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.2.1.3 | le camere di degenza delle nuove costruzioni possono ospitare al massimo 2 posti letto ed hanno il servizio igienico direttamente accessibile dalla camera ? | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.2.1.4 | Le camere ad un letto sono il 10% di tutte le camere di degenza, e sono opportunamente distribuite ? | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.2.1.5 | la superficie delle camere di degenza è > 9 mq/p.l. (per le camere multiple nel computo della superficie si considerano, oltre al locale di degenza, i locali accessori direttamente accessibili dalla camera (WC, antibagno) rispettando comunque per il locale di degenza la dimensione minima di 7 mq/p.l.) | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.2.1.6 | Per le strutture sanitarie esistenti la capacità ricettiva delle camere di degenza multiple, in deroga ai previsti 9 mq/p.l., rispetta lo standard dimensionale di 7 mq/p.l. utili per il locale di degenza e d è garantita la disponibilità di un adeguato servizio igienico interno alla camera di degenza ? | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.2.1.7 | Comunque la camera di degenza garantisce l'agibilità per i percorsi e le attività che si svolgono all'interno della camera (accesso e movimento di barelle e carrozzine, normali e urgenti operazioni del personale medico e non medico ai due lati di ciascun letto, attività determinate dal posizionamento degli arredi fissi, della porta e della finestra degli eventuali radiatori) ? | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.2.1.8 | È garantita La seguente dotazione minima di ambienti di supporto alle degenze : | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|---|--|--|--|--|------------------------------|
| 1.2.1.9 | una camera con bagno accessibili (D.P.C.M. 236/89) per ogni Unità Operativa fino ad un massimo di 30 p.l. o comunque per piano; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.2.1.10 | un locale per visita e medicazioni; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.2.1.11 | un locale di lavoro, in ogni piano di degenza, per il personale di assistenza diretta; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.2.1.12 | uno spazio per il dirigente infermiere con funzioni di coordinamento; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.2.1.13 | un locale per medici; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.2.1.14 | uno spazio/locale per soggiorno. Per le Unità di Degenza di Riabilitazione e Post-acuzie il soggiorno per ogni piano dovrà essere dimensionato in relazione al numero di degenti del piano; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.2.1.15 | un locale/spazio per il deposito del materiale pulito; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.2.1.16 | un locale per deposito attrezzature; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.2.1.17 | un locale/spazio in ogni piano di degenza, per il materiale sporco, dotato di vuotatoio e lavapadelle; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.2.1.18 | un locale, in ogni piano di degenza, per il materiale sporco, dotato di vuotatoio e lavapadelle; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | Incoerente con il precedente |
| 1.2.1.19 | cucinetta di reparto; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.2.1.20 | servizi igienici per il personale; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.2.1.21 | uno spazio attesa visitatori , anche in prossimità delle aree di degenza; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.2.1.22 | un bagno assistito; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|--|--|--|--|--|--|
| 1.2.1.23 | per le degenze pediatriche sono previsti spazi attrezzati di soggiorno e attività ludiche, ricreative e formative ad uso esclusivo dei bambini, proporzionati al loro numero.? | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.2.1.24 | per le degenze pediatriche lo spazio nella camera di degenza consente la presenza dell'accompagnatore ? | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.2.1.25 | per le degenze psichiatriche vi sono: | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| | locali specifici per colloqui/visite/psicoterapie,. | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| | locali soggiorno e spazi per le attività comuni, in relazione al numero dei posti letto. (Gli spazi possono essere comuni per le degenze in fase di acuzie e per quelle in fase di post-acuzie) ? | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| | La struttura di ricovero garantisce nel presidio o in presidi ad essa collegati tutte le prestazioni e le procedure diagnostiche e strumentali necessarie per l'appropriato trattamento e processo terapeutico ? | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| | il servizio di diagnostica per immagini (radiologia) è garantito ? (anche mediante apparecchiature radiologiche portatili) | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| | per le degenze psichiatriche prestazioni di laboratorio di analisi sono garantite (anche da strutture esterne al presidio) | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.2.1.26 | per le degenze nefrologiche è previsto uno spazio isolato per pazienti immunodepressi e per pazienti in dialisi peritoneale ? | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |

1.2.2 Requisiti Impiantistici e Tecnologici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-----------------|--|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.2.2.1 | Nelle camere di degenza la temperatura è inferiore a 20° nella stagione invernale e non superiore a 28° nella stagione estiva ? | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| 1.2.2.1 | È presente un impianto illuminazione di emergenza nelle camere e nei bagni ? | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| 1.2.2.2 | un impianto forza motrice nelle camere; | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| 1.2.2.3 | una presa forza motrice per apparecchiature portatili di radiologia; | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| 1.2.2.4 | un impianto chiamata con segnalazione acustica e luminosa; | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| 1.2.2.5 | un impianto gas medicali: prese vuoto e ossigeno | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| | È presente la seguente dotazione minima strumentale ? | | | | | |
| 1.2.2.7 | <input type="checkbox"/> carrello per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore e unità di ventilazione normale; | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.2.2.8 | <input type="checkbox"/> carrello per la gestione terapia; | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.2.2.9 | <input type="checkbox"/> carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico; | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.2.2.10 | <input type="checkbox"/> ausiliatori maggiori e minori per la movimentazione dei pazienti non autosufficienti | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |

1.2.3 Requisiti organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--|--|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| | | | | | | |

| | | | | | |
|----------------|---|--|--|--|--|
| 1.2.3.1 | La dotazione organica del personale addetto all'area di degenza deve essere rapportata al volume, alle tipologie ed alla complessità assistenziale delle attività, secondo criteri specificati dalla normativa regionale. | | | | |
| 1.2.3.2 | Devono essere garantiti i requisiti organizzativi riportati nei punti 0.2 e in 1.0.2. | | | | |

1.2.4. Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (S.P.D.C.)

Definizione e Finalità

Il S.P.D.C. è una Unità Operativa ospedaliera, integrata nel DSM di competenza territoriale, dove vengono attuati i trattamenti psichiatrici volontari (TSV) e obbligatori (TSO) in condizioni di ricovero.

Ogni S.P.D.C. ha uno specifico bacino di utenza definito in ambito regionale.

In particolare il S.P.D.C. svolge:

- attività di diagnosi e cura nei confronti dei pazienti ricoverati;
- attività di integrazione e collegamento garantendo la continuità terapeutica con le strutture ed i servizi territoriali di salute mentale del bacino di utenza;
- attività di consulenza e collegamento nei reparti e nei servizi dell'ospedale nel quale è ubicato;
- attività di consulenza presso il PSO, DEA di I e DEA di II livello;
- attività di documentazione e comunicazione con l'Agenzia di Sanità Pubblica (A.S.P.).

Il S.P.D.C. è ubicato nel contesto dei presidi ospedalieri delle Aziende USL, di Aziende Ospedaliere, di Policlinici Universitari, di Ospedali Classificati, di Ospedali sede di DEA di II livello, DEA di I livello, PSO, Punto di Primo Intervento.

Il ricovero in S.P.D.C. avviene sempre attraverso i servizi di emergenza e accettazione sopra indicati.

Il S.P.D.C. assicura contatto, sostegno e informazione alle famiglie dei pazienti ricoverati.

1.2.4. 1 Requisiti Strutturali e tecnologici

| | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|--|----------|----|---------|------|
| | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.2.4.1.1 | In riferimento alla peculiare tipologia degli utenti del Servizio, il S.P.D.C. possiede in aggiunta a quanto previsto per l'area di degenza (punti 1.2.1. e 1.2.2.), i seguenti requisiti strutturali specifici: | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|-----------|
| | <input type="checkbox"/> vetri antisfondamento; | relazione tecnica -Verifica in loco | | | | |
| | <input type="checkbox"/> specchi infrangibili; | relazione tecnica -Verifica in loco | | | | |
| | <input type="checkbox"/> possibile spazio esterno recintato di pertinenza del S.P.D.C.; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | Opzionale |
| | <input type="checkbox"/> possibili spazi idonei dedicati ai ricoverati tabagisti | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | Opzionale |
| | <input type="checkbox"/> spazi soggiorno e stanze di colloquio | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |

1.2.4 Requisiti organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|---|---------------------------|----------|----|---------|---------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.2.4.2.1 | È prevista la seguente:dotazione minima di personale per un S.P.D.C. con 15 posti letto ? | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 9 medici; | elenco personale – titoli | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2 Psicologi; | elenco personale – titoli | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 assistente sociale; | elenco personale – titoli | | | | |
| | <input type="checkbox"/> infermiere coordinatore; | elenco personale – titoli | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 20 infermieri; | elenco personale – titoli | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 4 tecnici della riabilitazione; | elenco personale – titoli | | | | |
| | <input type="checkbox"/> OSS e 3 ausiliari o personale equivalente di pulizia. | elenco personale – titoli | | | | |
| 1.2.4.2.2 | In base al bacino di utenza e al numero di ricoveri/anno effettuati può essere aumentato il numero dei medici e degli infermieri. | elenco personale – titoli | | | | Opzione |
| 1.2.4.2.3 | In caso di DH psichiatrico con almeno 2 p.l. annesso al S.P.D.C, la dotazione minima di personale è integrata con 1 medico, 1 psicologo, 2 infermieri | elenco personale – titoli | | | | |

1.2a EMERGENZA PSICHIATRICA IN ETA' EVOLUTIVA

E' un reparto ospedaliero che garantisce la gestione dell'Emergenza Psichiatrica per soggetti di età compresa fra 12 e 17 anni in diretta continuità con il circuito dell'emergenza territoriale. La presenza di un DEA e la presenza di reparti Pediatrici, di Psichiatria Adulti (SPDC), Neurologici, Neuroradiologici (dotati di T.A.C. e R.M.N.) e Neurofisiologici garantisce la corretta sinergia nella gestione delle condizioni di Emergenza. E' inoltre fondamentale che il reparto lavori in rete con l'A.R.E.S. 118.

La struttura ha un bacino di utenza regionale.

1.2a.1 Requisiti Strutturali e tecnologici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|--|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.2.a.1.0 | L'area di degenza è strutturata in modo da garantire il rispetto della privacy dell'utente ed un adeguato comfort di tipo alberghiero, attraverso sistemi mobili di separazione degli spazi destinati ai posti letto nelle camere multiple ? | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| | Sono garantiti spazi comuni di raccordo tra le degenze e/o i servizi sanitari nei quali prevedere utilities per gli accompagnatori o visitatori, anche in prossimità dell'area di degenza ? | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.2.a.1.1 | Il reparto possiede i seguenti requisiti strutturali ? | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| | 1. le camere di degenza massimo 2 posti letto. | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| | 2. un servizio igienico ogni 2 posti letto.. | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|---|---|--|--|--|----------------------------|
| | 3. almeno una camere singola; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| | 4. la superficie delle camere di degenza di almeno 9 mq/p.l. <i>(per le camere multiple nel computo della superficie si considerano, oltre al locale di degenza, i locali accessori direttamente accessibili dalla camera (WC, antibagno) rispettando comunque per il locale di degenza la dimensione minima di 7 mq/p.l.)</i> . | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| | 5. per le strutture sanitarie esistenti è garantito per le camere di degenza multiple, in deroga ai previsti 9 mq/p.l., una superficie di 7 mq/p.l. utili se vi è la disponibilità di un adeguato servizio igienico interno alla camera di degenza. | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | Ripetizione del precedente |
| 1.2a.1.2 | Solo per le nuove costruzioni: servizio igienico direttamente accessibile dalla camera | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.2a.1.3 | Oltre al rispetto delle dimensioni minime prescritte, le camera di degenza multipla garantisce l'agibilità per i percorsi e le attività che si svolgono all'interno della camera (accesso e movimento di barelle e carrozzine, normali e urgent operazioni del personale medico e non medico ai due lati di ciascun letto, attività determinate dal posizionamento degli arredi fissi, della porta e della finestra degli eventuali radiatori). | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| | È garantita La seguente dotazione minima di ambienti di supporto alle degenze ? | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| | una camera con bagno accessibili (D.P.C.M. 236/89) per ogni Unità Operativa fino ad un massimo di 30 p.l. o comunque per piano; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|------------------------------|
| | un locale per visita e medicazioni; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| | un locale di lavoro, in ogni piano di degenza, per il personale di assistenza diretta; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| | uno spazio per il dirigente infermiere con funzioni di coordinamento; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| | un locale per medici; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| | un locale/spazio per il deposito del materiale pulito; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| | un locale per deposito attrezzature; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| | un locale/spazio in ogni piano di degenza, per il materiale sporco, dotato di vuotatoio e lavapadelle; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| | un locale, in ogni piano di degenza, per il materiale sporco, dotato di vuotatoio e lavapadelle; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | Incoerente con il precedente |
| | cucinetta di reparto; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| | servizi igienici per il personale; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| | uno spazio attesa visitatori , anche in prossimità delle aree di degenza; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| | un bagno assistito; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| | locali specifici per colloqui/visite/psicoterapie,. | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| | locali soggiorno e spazi per le attività comuni, in relazione al numero dei posti letto. | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | La struttura di ricovero garantisce nel presidio o in presidi ad essa collegati tutte le prestazioni e le procedure diagnostiche e strumentali necessarie per l'appropriato trattamento e processo terapeutico ? | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| | il servizio di diagnostica per immagini (radiologia) è garantito ? (anche mediante apparecchiature radiologiche portatili) | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| | Le prestazioni di laboratorio di analisi sono garantite (anche da strutture esterne al presidio) | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |

1.2a.2. Requisiti tecnologici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-----------------|--|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.2a.2.1 | In riferimento alla peculiare tipologia degli utenti del reparto sono presenti ? | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> vetri antisfondamento; | relazione tecnica -Verifica in loco | | | | |
| | <input type="checkbox"/> specchi infrangibili; | relazione tecnica -Verifica in loco | | | | |

1.2a.3 Requisiti organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--|--|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| | | | | | | |

| | | | | | |
|------------------|--|---------------------------|--|--|--|
| 1.2.4.2.1 | È prevista la seguente:dotazione minima di personale addetto all'area di degenza ? | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 7 medici; | elenco personale – titoli | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2 Psicologi; | elenco personale – titoli | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 assistente sociale; | elenco personale – titoli | | | |
| | <input type="checkbox"/> infermiere coordinatore; | elenco personale – titoli | | | |
| | <input type="checkbox"/> 10 infermieri (in grado di garantire presenza h 24) | elenco personale – titoli | | | |
| | <input type="checkbox"/> 3 educatori professionali | elenco personale – titoli | | | |
| | <input type="checkbox"/> 5 OSS <input type="checkbox"/> e 3 ausiliari o personale equivalente di pulizia. | elenco personale – titoli | | | |

1.3. AREA DI DEGENZA PER RICOVERI A CICLO DIURNO (DAY HOSPITAL)

Il Day Hospital, anche se è a destinazione interdisciplinare, deve disporre di spazi per il trattamento diagnostico-terapeutico e per il soggiorno dei pazienti in regime di ricovero a tempo parziale (di tipo diurno).

1.3.1 Requisiti Strutturali e tecnologici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-----------------|--|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.3.1.1 | Il Day Hospital è localizzato in spazi adiacenti ma separati dagli ambienti di ricovero ordinario o in spazi dedicati all'interno di un dipartimento o in spazi comuni, centralizzati, utilizzabili da differenti unità operative. | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.3.1.2 | È presente la seguente dotazione minima di ambienti ? | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.3.1.3 | uno spazio da dedicare alle attività di segreteria, registrazione, archivio; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.3.1.4 | uno spazio attesa; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.3.1.5 | locali visita/trattamento in numero proporzionale ai pazienti trattati giornalmente; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.3.1.6 | un locale lavoro infermieri; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.3.1.7 | una cucinetta anche in comune con le aree dedicate al ricovero ordinario; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.3.1.8 | un deposito pulito anche in comune con le aree dedicate al ricovero ordinario; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.3.1.9 | un deposito sporco anche in comune con le aree dedicate al ricovero ordinario; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.3.1.10 | un deposito attrezzature anche in comune con le aree dedicate al ricovero ordinario; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|---|--|--|--|--|--|
| 1.3.1.11 | servizi igienici distinti per gli utenti e per il personale; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.3.1.12 | un bagno accessibile; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.3.1.13 | ambienti dedicati alla degenza con superficie non inferiore a 6 mq/p.l. o poltrona. i; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.3.1.14 | in relazione alla tipologia delle prestazioni possono essere previsti letti o poltrone; | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.3.1.15 | Ogni ambiente non ospita più di 6 posti letto equivalenti, fatta eccezione per una articolazione dell'ambiente in box singoli | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.3.1.16 | un'area soggiorno/pranzo, qualora la struttura non disponga di locali ristorante/mensa o comunque di percorsi per ristorazione dei pazienti | relazione tecnico sanitaria e planimetria – verifica in loco | | | | |

1.3.2. Requisiti tecnologici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|---|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.3.2.1 | Nelle camere di degenza la temperatura è inferiore a 20° nella stagione invernale e non superiore a 28° nella stagione estiva ? | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| 1.3.2.1 | È presente un impianto illuminazione di emergenza nelle camere e nei bagni ? | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| 1.3.2.2 | un impianto forza motrice nelle camere; | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| 1.3.2.3 | una presa forza motrice per apparecchiature portatili di radiologia; | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| 1.3.2.4 | un impianto chiamata con segnalazione acustica e luminosa; | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| 1.3.2.5 | un impianto gas medicali: prese vuoto e ossigeno | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |

| | | | | | | |
|----------------|---|--|--|--|--|--|
| 1.3.2.5 | - È presente l'attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e la rianimazione cardiopolmonare di base di cui deve essere controllata la funzionalità; | relazione del responsabile e elenco attrezzature | | | | |
| 1.3.2.5 | Il locale visita trattamento è dotato di attrezzature idonee in base alle specifiche attività. | relazione del responsabile e elenco attrezzature | | | | |

1.3.3 Requisiti organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|---|---------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.3.3.1 | È prevista la seguente:dotazione minima di personale ? | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> un infermiere dirigente con funzioni di coordinatore dedicato nel caso di Day Hospital autonomo rispetto alle altre aree di degenza; | elenco personale – titoli | | | | |
| | <input type="checkbox"/> personale di assistenza rapportato al volume delle attività e delle patologie trattate; | elenco personale – titoli | | | | |
| | <input type="checkbox"/> presenza nel DH, nell'arco delle ore di attività, di almeno un medico e un infermiere, anche non dedicat; | elenco personale – titoli | | | | |

1.3a. DAY HOSPITAL PER I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

1.3a.1 Requisiti Strutturali

Riferimento ai requisiti del Day Hospital psichiatrico punto 4.4.3

1.3a.2 Requisiti organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|---|---------------------------|----------|----|---------|------------------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.3.3.1 | È prevista la seguente:dotazione minima di personale (con specifica esperienza nel settore) ? | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 psichiatra | elenco personale – titoli | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 psicologo | elenco personale – titoli | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2 infermieri | elenco personale – titoli | | | | |
| 1.3.3.2 | È Ubicato in presidio ospedaliero ? | | | | | Opzionale |
| 1.3.3.3 | È disponibile il collegamento funzionale con struttura di ricovero e con le altre strutture per la tutela della salute mentale in età evolutiva | Relazione responsabile | | | | |
| | È garantita l’apertura per almeno 36 ore settimanali da suddividere in 5-6 giorni ? | Relazione responsabile | | | | |

1.4. AREA DI DEGENZA PER RICOVERI A CICLO DIURNO (DAY SURGERY)

| | Classificazione | Biffare la casella corrispondente |
|--|---|--|
| | L'attività di Day Surgery può essere organizzata secondo tre tipologie: | |
| | 1. unità integrata di Day Surgery monospecialistica o plurispecialistica posta all'interno di una struttura di ricovero a ciclo continuo | |
| | 2. un presidio (ovvero unità autonoma dedicata) di Day Surgery costituito da una struttura esclusivamente dedicata all'erogazione di ricoveri a ciclo diurno, dotato quindi di ambulatori area di degenza e sala operatoria, spazialmente e funzionalmente collegati e rispondenti criteri di centralizzazione degli spazi e delle funzioni | |
| | 3. posti letto dedicati nell'ambito di unità di degenza ordinaria presenti nelle strutture di ricovero per acuti | |

1.4. 1 Requisiti Strutturali

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|--|---|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.4.1.1 | L'Area degenza dispone dei seguenti spazi e locali ? | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| 1.4.1.2 | Attesa con servizi igienici di cui almeno uno accessibile a persone disabili. | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| 1.4.1.3 | Zona di osservazione postoperatoria, anche dotata di più posti letto, purché sia garantita la privacy del paziente. | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| 1.4.1.4 | Eventuali camere di degenza, in possesso dei requisiti di cui al punto 1.2.1. sono dotate di non più di quattro posti letto con servizio igienico. | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| 1.4.1.5 | Locale visita e medicazioni. | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|--|---|--|--|--|--|
| 1.4.1.6 | Locale lavoro per il personale di assistenza. | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| 1.4.1.7 | Locale coordinatore infermieristico. | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| 1.4.1.8 | Locale medici. | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| 1.4.1.9 | Spogliatoio del personale dotato di servizi igienici. | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| 1.4.1.10 | Depositi pulito. | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| 1.4.1.11 | Deposito sporco dotato di vuotato io e lavapadelle, | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| 1.4.1.12 | Deposito attrezzature | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| | Reparto Operatorio dotato dei requisiti di cui al punto 1.5.1 | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| | | | | | | |

1.4.2. Requisiti tecnologici (gli stessi del punto 1.2.2)

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|---|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| | Area Degenza | | | | | |
| 1.4.2.1 | Nelle camere di degenza la temperatura è inferiore a 20° nella stagione invernale e non superiore a 28° nella stagione estiva ? | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| 1.4.2.1 | È presente un impianto illuminazione di emergenza nelle camere e nei bagni ? | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| 1.4.2.2 | un impianto forza motrice nelle camere; | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| 1.4.2.3 | una presa forza motrice per apparecchiature portatili di radiologia; | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| 1.4.2.4 | un impianto chiamata con segnalazione acustica e luminosa; | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| 1.4.2.5 | un impianto gas medicali: prese vuoto e ossigeno | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| | È presente la seguente dotazione minima strumentale ? | | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|--|--|--|--|--|--|
| 1.4.2.7 | <input type="checkbox"/> carrello per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore e unità di ventilazione normale; | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.4.2.8 | <input type="checkbox"/> carrello per la gestione terapia; | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.4.2.9 | <input type="checkbox"/> carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico; | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |
| 1.4.2.10 | <input type="checkbox"/> ausiliatori maggiori e minori per la movimentazione dei pazienti non autosufficienti | Elenco attrezzature – verifica ispettiva | | | | |

1.4.3 Requisiti organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|--|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.4.3.2 | L'attività è organizzata a ciclo diurno con orario di apertura del reparto di degenza che non preveda il pernottamento ? | Relazione responsabile | | | | |
| 1.4.3.3 | Per coprire particolari necessità assistenziali di ricoveri che richiedano un pernottamento programmato (one day surgery) le Aziende Sanitarie è possibile avvalersi del ricovero di un giorno in regime di degenza ordinaria ? | Relazione responsabile | | | | |
| 1.4.3.4 | Per operare in strutture di Day Surgery è richiesta una qualificazione professionale corrispondente ad esperienza lavorativa di almeno un quinquennio nella branca di appartenenza, preferibilmente integrata da elementi di formazione specifici. | Elenco personale e Titoli professionali | | | | |
| 1.4.3.5 | Il numero di chirurghi, anestesisti ed infermieri è congruo con il tipo ed il volume delle attività. | Relazione responsabile - Elenco personale e Titoli professionali | | | | |
| 1.4.3.6 | Esclusivamente alla tipologia di cui al punto c. in Premessa è individuato per ogni unità operativa un referente per la Day Surgery. ? | Relazione responsabile – atti di individuazione | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| 1.4.3.7 | Per le unità dedicate autonome o integrate è previsto un coordinatore medico ? | Atto di nomina | | | | |
| 1.4.3.8 | Nell'arco delle ore di attività di Day Surgery è garantita la presenza di: | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> .1 medico appartenente alla disciplina richiesta per l'espletamento dell'attività, | Relazione responsabile - Elenco personale e Titoli professionali | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 medico specialista in anestesia/rianimazione | Relazione responsabile - Elenco personale e Titoli professionali . turni | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 infermiere | Relazione responsabile - Elenco personale e Titoli professionali . turni | | | | |
| 1.4.3.9 | Sono stati individuati | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> il Coordinatore/Responsabile di struttura dedicata alla Day Surgery (dirigente medico di anestesia-rianimazione o di chirurgia); | Atto di nomina – atto aziendale | | | | Ripetizione punto 1.4.3.7 |
| | <input type="checkbox"/> la figura infermieristica di coordinamento dell'unità di Day Surgery (infermiere con adeguato titolo). | Atto di nomina | | | | |
| 1.4.3.10 | Il Coordinatore/Responsabile è individuato all'interno dell'Atto di autonomia aziendale nell'ambito del quale sono individuate le modalità secondo le quali: | Atto di nomina – atto aziendale | | | | |
| | partecipa alla programmazione dei fabbisogni di risorse; | Atto di nomina – atto aziendale | | | | |
| | partecipa alla formulazione dei regolamenti interni per le procedure di ammissione, cura e dimissione e per le procedure di controllo di qualità; | Atto di nomina – atto aziendale | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|--|--|--|--|--|--|
| | promuove l'identificazione dei protocolli diagnostico - terapeutici per la cura dei pazienti, la definizione dei regolamenti per il personale medico ed infermieristico, lo sviluppo dei programmi di aggiornamento, di qualificazione e di ricerca; | Atto di nomina – atto aziendale | | | | |
| | è responsabile dell'audit interno; | Atto di nomina – atto aziendale | | | | |
| | garantisce il coordinamento delle varie attività ed il rispetto delle procedure secondo le modalità definite con i referenti della unità operative afferenti alla Day Surgery; | Atto di nomina – atto aziendale | | | | |
| | promuove le iniziative di formazione necessarie all'avvio della Day Surgery | Atto di nomina – atto aziendale | | | | |
| 1.4.3.11 | I presidi di Day Surgery (unità autonome dedicate) devono completare la dotazione organica con un direttore sanitario o vice direttore sanitario, secondo le modalità previste nei requisiti organizzativi di carattere generale (punto 1.0.2). | Atto di individuazione | | | | |
| 1.4.3.12 | Sono state predisposte specifiche procedure clinico organizzative per la fase di ammissione, cura e dimissione del paziente garantendo la continuità assistenziale ? | Copia disposizioni, circolari ordini di servizio | | | | |
| 1.4.3.13 | Nel caso di prestazioni di radiologia interventistica deve essere garantita la presenza di un tecnico sanitario di radiologia medica. | Relazione responsabile | | | | |
| 1.4.3.14 | I farmaci ed il materiale necessario per il trattamento di eventuali complicanze devono essere disponibili ed utilizzabili immediatamente | Relazione responsabile | | | | |

1.5. REPARTO OPERATORIO

1.5. 1 Requisiti Strutturali

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|---|---|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.5.1.1 | Il gruppo operatorio dispone dei seguenti ambienti e caratteristiche strutturali ? | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| 1.5.1.1 | uno spazio filtro di entrata degli operandi | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| 1.5.1.2 | locali filtro/spogliatoio per il personale addetto,; | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| | <input type="checkbox"/> dotati di relativi servizi igienici e | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| | <input type="checkbox"/> con doccia | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| | <input type="checkbox"/> lavaviso per il rischio biologico | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| 1.5.1.3 | locale/zona preparazione utenti | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| 1.5.1.4 | locale/zona risveglio utenti | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| 1.5.1.5 | locale/zona preparazione personale addetto; | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| 1.5.1.6 | la sala operatoria: | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| | <input type="checkbox"/> le sale per piccoli interventi hanno una superficie non < 25 mq | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| | <input type="checkbox"/> le sale di chirurgia di media assistenza hanno una superficie non < 30 mq | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| | <input type="checkbox"/> l'idoneità delle sale operatorie per le alte specialità dovrà essere verificata in relazione alla configurazione della sala con tutte le attrezzature; | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| 1.5.1.7 | un deposito presidi e strumentario chirurgico e materiale pulito; | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| 1.5.1.8 | un deposito armamentario e materiale di medicazione; | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|---|---|--|--|--|--|
| 1.5.1.9 | un locale deposito materiale sporco; | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| 1.5.1.10 | una sala gessi disponibile all'interno della struttura per le unità di ortopedia traumatologia. | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| 1.5.1.11 | Gli ambienti devono possedere i seguenti requisiti: | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| | <input type="checkbox"/> superfici facilmente decontaminabili, resistenti al lavaggio e alla disinfezione;. | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| | <input type="checkbox"/> pavimentazione antistatica e conduttiva | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |

1.5.2 Requisiti tecnologici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|--|---|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| | Il reparto operatorio dispone dei seguenti impianti:? | | | | | |
| 1.5.2.1 | un impianto di condizionamento ambientale che assicuri: | relazione tecnica impianto – verifica in loco | | | | |
| | <input type="checkbox"/> una temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20-24 °C (escluse le cardiocirurgie) | relazione tecnica impianto – verifica in loco | | | | |
| | <input type="checkbox"/> una umidità relativa estiva ed invernale del 40-60% | relazione tecnica impianto – verifica in loco | | | | |
| | <input type="checkbox"/> un filtraggio dell'aria del 99,97% mediante filtri assoluti terminali nelle sale e presale | relazione tecnica impianto – verifica in loco | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|---|---|--|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> □ in caso di flusso turbolento, un ricambio aria/ora (aria esterna senza ricircolo) di minimo 15 v/h (20 v/h per le sale operatorie in cui si effettuino attività di cardiocirurgia, ortopedia o neurochirurgia); | relazione tecnica impianto – verifica in loco | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> □ in caso di flussi laminari, ulteriori ricambi orari (rispetto ai 15 senza ricircolo) provenienti comunque dallo stesso ambiente e filtrati terminalmente con filtro assoluto al 99,95% | relazione tecnica impianto – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.2 | una pressione positiva a cascata dalla sala operatoria agli ambienti confinanti (di minimo 5 Pascal tra due ambienti confinanti); | relazione tecnica impianto – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.3 | pressostato differenziale con allarme acustico sulle batterie di filtri assoluti; | relazione tecnica impianto – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.4 | impianto di gas medical | relazione tecnica impianto – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.5 | impianto di aspirazione gas anestetici direttamente collegati alle apparecchiature di anestesia. | relazione tecnica impianto – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.6 | Le stazioni di riduzione della pressione dei gas medicali doppie per ogni gas medicale/tecnico e tali da garantire un adeguato livello di affidabilità; | relazione tecnica impianto – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.7 | un impianto rilevazione incendi; | relazione tecnica impianto – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.8 | un impianto ottico e acustico di allarme segnalazione di pressione (alta-bassa) gas medicali e/o guasti all'impianto; | relazione tecnica impianto – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.9 | un gruppo di continuità assoluto. | relazione tecnica impianto – verifica in loco | | | | |
| | Il reparto dispone della dotazione strumentale minima ? | | | | | |
| 1.5.2.10 | frigoriferi distinti per farmaci ed emoderivati; | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|---|--|--|--|--|---------------------------------------|
| | dotati di termometro | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| | dotati di allarmi | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.11 | un amplificatore di brillantezza; | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.12 | una autoclave (a norma pr UNI EN 13060 e sue evoluzioni in classe B oppure UNI EN 285) per la sterilizzazione d'emergenza del materiale chirurgico adatta alla sterilizzazione di dispositivi medici cavi e porosi e sottoposta a qualifica fisica e microbiologica annuale (UNI EN 554); | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.13 | dispositivi di protezione individuale; | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.14 | un gruppo per ossigenoterapia; | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.15 | un defibrillatore con cardiomonitor; | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.16 | un aspiratore per broncoaspirazione; | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.17 | all'occorrenza le seguenti apparecchiature: | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | Che vuol dire all'Occorrenza ? |
| | <input type="checkbox"/> broncoscopio | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| | <input type="checkbox"/> misuratore dei gas anestetici ambientali | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| | <input type="checkbox"/> sistemi di riscaldamento paziente | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| | <input type="checkbox"/> sistemi di recupero sangue | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| | <input type="checkbox"/> sistemi di monitoraggio emodinamico cruento; | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.18 | ventilatori automatici e apparecchiature di monitoraggio (P.A. invasiva e non, capnometria, saturimetro, ECO) nell'area risveglio; | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.19 | set monopaziente per gli interventi di tipo anestesilogico. | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| | Il gruppo operatori dispone per ogni sala operatoria ? | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|---|--|--|--|--|--|
| 1.5.2.20 | un apparecchio per anestesia con sistema di evacuazione dei gas dotato anche di spirometro e sistema di monitoraggio della concentrazione di ossigeno erogato e comprensivo di allarme per eventuale deconnessione del paziente e per i barotraumi; | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.21 | un respiratore automatico dotato anche di allarme per deconnessione paziente; | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.22 | un monitor per la rilevazione dei parametri vitali; | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.23 | un defibrillatore; | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.24 | un pallone Ambu; | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.25 | un elettrobisturi; | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.26 | un carrello portafetri; | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.27 | il carrello per l'anestesia; | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.28 | aspiratori distinti chirurgici e per broncoaspirazione; | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.29 | una lampada scialitica, dotata di gruppo di continuità esclusivo dedicato; | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.30 | un diafanoscopio a parete; | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.31 | container monopaziente appropriati per biancheria e garze sterili; | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.32 | container per teleria sporca; | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.33 | container per liquidi biologici e reperti anatomici; | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.34 | container per taglienti a chiusura ermetica per l'allontanamento dello strumentario (D.P.R.28/9/1990); | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.35 | strumentazione, confezionata in set monopaziente, adeguata per gli interventi di chirurgia generale e delle specialità chirurgiche; | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|---|--|--|--|--|--|
| 1.5.2.36 | container a chiusura ermetica per l'allontanamento dello strumentario sporco; | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.37 | relativamente all'impianto dei gas medicali, almeno due prese per vuoto, due prese per ossigeno, due prese per aria compressa e due prese per N2O; | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.39 | per la specialità di ortopedia: il tavolo operatorio ortopedico; | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.39 | per la specialità di oculistica: | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| | <input type="checkbox"/> letto operatorio per oculistica, | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| | <input type="checkbox"/> microscopio operatorio, | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| | <input type="checkbox"/> crio-diatermo-coagulatore, | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.40 | <input type="checkbox"/> apparecchio per aspirazione, infusione e vitrectomia | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| | per la specialità di otorinolaringoiatria | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| | <input type="checkbox"/> tavolo operatorio per ORL | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| | <input type="checkbox"/> microscopio operatorio | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.41 | per la specialità di urologia: | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.42 | diatermocoagulatore,; | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.43 | uretroscopio con ottica diagnostica ed operatoria | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.44 | per la specialità di neurochirurgia | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| | tavolo operatorio per neurochirurgia, | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| | aspiratore ad ultrasuoni, | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| | microscopio operatorio; | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |
| 1.5.2.45 | per le specialità di oculistica, otorinolaringoiatria e neurochirurgia, il requisito può essere derogato ove ci sia la disponibilità di un letto multidisciplinare. | elenco attrezzature – verifica in loco | | | | |

1.5.3 Requisiti organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|---|---|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.5.3.1 | Il reparto operatorio, oltre al rispetto di quanto indicato ai punti 0.2. e 1.0.2.(requisiti generali), possiede i seguenti requisiti organizzativi ? | | | | | |
| 1.5.3.2 | la dotazione organica del personale medico ed infermieristico rapportata alla tipologia e al volume degli interventi chirurgici; | elenco personale – relazione responsabile | | | | |
| 1.5.3.3 | È prevista almeno la presenza in organico di: | elenco personale | | | | |
| | <input type="checkbox"/> un responsabile del gruppo operatorio, | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> un medico anestesista, | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> due chirurghi, <input type="checkbox"/> due infermieri; | | | | | |
| 1.5.3.4 | Esiste un documento che descriva tutte le prestazioni offerte dal servizio ? | Copia documento | | | | |
| 1.5.3.5 | Sono previste procedure per fornire risposte adeguate sia alle richieste routinarie, sia alle richieste in emergenza/urgenza ? | Copia documento | | | | |
| 1.5.3.6 | Esiste un documento informativo per i pazienti che descriva le modalità assistenziali ed i diritti tutelati. ? | Copia documento | | | | |
| 1.5.3.7 | il reparto è organizzato per eseguire analisi estemporanee intra operatorie in relazione alla tipologia dell'attività ? | Relazione responsabile | | | | |

1.5. AREA TRAVAGLIO PARTO

1.5. 1 Requisiti Strutturali

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-----------------|--|---|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.5.1.1 | L'area travaglio-parto è autosufficiente per arredamento ed attrezzature ? | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| 1.5.1.1 | consente l'accesso di una persona a scelta della paziente.? | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| 1.5.1.2 | La dotazione minima di ambienti è la seguente ? | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| 1.5.1.3 | <input type="checkbox"/> una zona filtro per le partorienti; | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| 1.5.1.4 | <input type="checkbox"/> una zona filtro per il personale addetto; | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| 1.5.1.5 | <input type="checkbox"/> zona osservazione post partum; | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| 1.5.1.6 | <input type="checkbox"/> - isola neonatale localizzata all'interno della sala parto o comunicante con questa (area contigua); | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| 1.5.1.7 | <input type="checkbox"/> un ambiente per la sterilizzazione d'emergenza del materiale chirurgico nel caso non esista la centrale di sterilizzazione; | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| 1.5.1.8 | <input type="checkbox"/> un deposito presidi e strumentario chirurgico; | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| 1.5.1.9 | <input type="checkbox"/> servizi igienici per le partorienti; | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| 1.5.1.10 | <input type="checkbox"/> un deposito materiale sporco; | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| 1.5.1.11 | <input type="checkbox"/> -un deposito materiale pulito. | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| 1.5.1.12 | Le sale travaglio-parto, le sale parto-operatorie e le sale parto hanno una superficie minima di 30 mq comprensiva dell'isola neonatale ? | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| 1.5.1.13 | Il pavimento e le pareti sono lavabili e disinfettabili | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| 1.5.1.14 | antistaticità dei pavimenti | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| | I livello perinatale | | | | | |
| | L'area travaglio-parto : | | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|--|--|--|--|--|--|
| 1.5.1.15 | consente l'espletamento di almeno due parti in contemporanea ? | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| 1.5.1.16 | È presente un'area aggiuntiva di emergenza in cui sia possibile effettuare un ulteriore parto in contemporanea ? | Relazione tecnico sanitaria e planimetria | | | | |
| | può avere due tipologie | | | | | |
| | Tipologia 1 (raccomandata): | | | | | |
| 1.5.1.17 | due sale dotate ciascuna di un solo letto, trasformabile in letto da parto munito di cardiocografo, per l'assistenza al parto | Relazione tecnico sanitaria e planimetria – elenco arredi – verifica in loco | | | | |
| 1.5.1.18 | Tipologia 2: | | | | | |
| 1.5.1.10 | un'area travaglio con almeno due letti, con appositi separatori mobili per garantire la riservatezza per le pazienti che vi sono ricoverate. | Relazione tecnico sanitaria e planimetria – elenco arredi – verifica in loco | | | | |
| 1.5.1.20 | Ogni posto letto deve avere a disposizione un cardiocografo; | Relazione tecnico sanitaria e planimetria – elenco arredi – verifica in loco | | | | |
| 1.5.1.21 | un'area parto con almeno due letti da parto e separatori mobili per garantire la riservatezza. | Relazione tecnico sanitaria e planimetria – elenco arredi – verifica in loco | | | | |
| 1.5.1.22 | È presente una sala operatoria nello stesso edificio, preferibilmente sullo stesso piano, in grado di essere attivata in caso di emergenza ? | Relazione tecnico sanitaria e planimetria – elenco arredi – verifica in loco | | | | |
| | II livello perinatale | | | | | |
| 1.5.1.23 | È presente la seguente dotazione minima di ambienti? | Relazione tecnico sanitaria e planimetria – elenco arredi – verifica in loco | | | | |
| 1.5.1.24 | 3 sale travaglio-parto dotate ciascuna di un solo letto | Relazione tecnico sanitaria e planimetria – elenco arredi – verifica in loco | | | | |
| 1.5.1.25 | Oltre i 2000 parti/anno tali sale devono essere incrementate di 1 unità ogni 500 parti. | Relazione tecnico sanitaria e planimetria – elenco arredi – verifica in loco | | | | |
| 1.5.1.26 | 1 sala parto di emergenza. | Relazione tecnico sanitaria e planimetria – elenco arredi – verifica in loco | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|---|--|--|--|--|--|
| 1.5.1.27 | 1 sala operatoria sempre pronta e disponibile 24 ore su 24 per le emergenze ostetriche, inserita nell'area travaglio-parto e dotata di un'area specificamente destinata alla rianimazione del neonato. | Relazione tecnico sanitaria e planimetria – elenco arredi – verifica in loco | | | | |
| 1.5.1.28 | ulteriore sala operatoria d'emergenza nel presidio | Relazione tecnico sanitaria e planimetria – elenco arredi – verifica in loco | | | | |
| 1.5.1.29 | -Ambulatorio di ostetricia e gravidanze a rischio (per le UOP collocate in CdC accreditate, la presenza di un ambulatorio ostetrico accreditato, esclusivamente dedicato a gravidanze a rischio, deve essere coerente con la normativa regionale riferita all'attività ambulatoriale (specialistica). | Relazione tecnico sanitaria e planimetria – elenco arredi – verifica in loco | | | | |
| | III livello perinatale | | | | | |
| 1.5.1.31 | È presente la seguente dotazione minima di ambienti: | Relazione tecnico sanitaria e planimetria – elenco arredi – verifica in loco | | | | |
| 1.5.1.32 | - 4 sale travaglio-parto dotate ciascuna di un solo letto fino a 2000 parti/anno (n. 3 sale se i parti/anno sono <1500). | Relazione tecnico sanitaria e planimetria – elenco arredi – verifica in loco | | | | |
| 1.5.1.33 | incrementate di 1 unità ogni 500 parti in più. | Relazione tecnico sanitaria e planimetria – elenco arredi – verifica in loco | | | | |
| 1.5.1.34 | 1 sala parto di emergenza. | Relazione tecnico sanitaria e planimetria – elenco arredi – verifica in loco | | | | |
| 1.5.1.35 | 2 sale operatorie esclusive per l'ostetricia inserite nell'area travaglio-parto. | Relazione tecnico sanitaria e planimetria – elenco arredi – verifica in loco | | | | |
| 1.5.1.36 | - ulteriore sala operatoria d'emergenza nel presidio | Relazione tecnico sanitaria e planimetria – elenco arredi – verifica in loco | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|--|--|--|--|--|--|
| 1.5.1.37 | -Ambulatorio di ostetricia e gravidanze a rischio (per le UOP collocate in CdC accreditate, la presenza di un ambulatorio ostetrico accreditato, esclusivamente dedicato a gravidanze a rischio, deve essere coerente con la normativa regionale riferita all'attività ambulatoriale specialistica). | Relazione tecnico sanitaria e planimetria – elenco arredi – verifica in loco | | | | |
|-----------------|--|--|--|--|--|--|

1.6.2. Requisiti Tecnologici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|--|---------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.6.2.1 | Nel presidio sono garantite le seguenti prestazioni ? | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> esami Rx con apparecchio portatile, | elenco attrezzature – relazione | | | | |
| | <input type="checkbox"/> diagnostica ecografia, | elenco attrezzature – relazione | | | | |
| | <input type="checkbox"/> emogasanalisi. | elenco attrezzature – relazione | | | | |
| 1.6.2.2 | L'area travaglio-parto dispone dei seguenti impianti: | | | | | |
| 1.6.2.3 | collegamento con un impianto di supporto elettrico di emergenza centralizzato. | Relazione tecnica impianto | | | | |
| 1.6.2.4 | un impianto di condizionamento ambientale che assicuri: | Relazione tecnica impianto | | | | |
| | <input type="checkbox"/> una temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20-24 °C | Relazione tecnica impianto | | | | |
| | <input type="checkbox"/> una umidità relativa estiva ed invernale compresa tra 30-60% | Relazione tecnica impianto | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|---|---|--|--|--|--|
| | <input type="checkbox"/> un ricambio aria/ora (aria esterna senza ricircolo) di 6 v/h; in caso di flussi laminari, ulteriori ricambi orari (rispetto ai 6 senza ricircolo) provenienti comunque dallo stesso ambiente e filtrati terminalmente con filtro assoluto al 99,95%; | Relazione tecnica impianto | | | | |
| 1.6.2.5 | un impianto di gas medicali | Relazione tecnica impianto | | | | |
| 1.6.2.6 | e un impianto di aspirazione gas anestetici direttamente collegati alle apparecchiature di anestesia. | Relazione tecnica impianto | | | | |
| 1.6.2.7 | Le stazioni di riduzione della pressione dei gas medicali doppie per ogni gas medicale/tecnico e tali da garantire un adeguato livello di affidabilità | Relazione tecnica impianto | | | | |
| 1.6.2.8 | un impianto rilevazione incendi; | Relazione tecnica impianto | | | | |
| 1.6.2.9 | un impianto ottico e acustico di allarme segnalazione di pressione (alta e bassa) dei gas medicali e/o guasti all'impianto; | Relazione tecnica impianto | | | | |
| 1.6.2.10 | un gruppo di continuità assoluto; | Relazione tecnica impianto | | | | |
| | II livello perinatale | | | | | |
| 1.6.2.11 | Ogni posto letto dispone:, | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> di un cardiocrografo | Elenco attrezzature | | | | |
| | <input type="checkbox"/> un collegamento fisso per vuoto e O” | Relazione tecnica impianto – verifica in loco | | | | |
| | <input type="checkbox"/> lampada scialitica. | Elenco attrezzature | | | | |
| 1.6.2.12 | È possibile effettuare la determinazione dell'equilibrio acido-base neonatale con prelievo da sangue cordonale al parto. | Relazione tecnica responsabile | | | | |
| 1.6.2.13 | Nel presidio sono inoltre disponibili le seguenti attrezzature/servizi | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Ecografo | Elenco attrezzature | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Apparecchio radiologico portatile | Elenco attrezzature | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|---|------------------------|--|--|--|--|
| | <input type="checkbox"/> Apparecchio per equilibrio acido-base ed emogasanalisi | Elenco attrezzature | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Elettrocardiografo | Elenco attrezzature | | | | |
| | <input type="checkbox"/> -Diagnostica batteriologica | Relazione responsabile | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Tutte le ricerche ematochimiche, immunoematologiche e colturali necessarie, con l'uso di micrometodi | Relazione responsabile | | | | |
| | Disponibilità ad usufruire 24 ore su 24:, e | | | | | |
| 1.6.2.14 | <input type="checkbox"/> del servizio emotrasfusionale | Relazione responsabile | | | | |
| | <input type="checkbox"/> del laboratorio | Relazione responsabile | | | | |
| | <input type="checkbox"/> di indagini come TAC, RMN, eco doppler ed indagini Rx complesse | Relazione responsabile | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Chirurgia, Cardiologia, Radiologia | Relazione responsabile | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Centro emotrasfusionale (anche in convenzione con altro Istituto con protocollo operativo) | Relazione responsabile | | | | |
| | III livello perinatale | | | | | |
| 1.6.2.15 | Ogni posto letto dispone:, | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> di un cardiocografo | Elenco attrezzature | | | | |
| | <input type="checkbox"/> un collegamento fisso per vuoto e O2 | Elenco attrezzature | | | | |
| | <input type="checkbox"/> lampada scialitica. | Elenco attrezzature | | | | |
| 1.6.2.16 | È possibile effettuare la determinazione dell'equilibrio acido-base neonatale con prelievo da sangue cordonale al parto ? | Relazione responsabile | | | | |
| 1.6.2.17 | Nel presidio sono inoltre disponibili le seguenti attrezzature/servizi | | | | | |
| | : Apparecchio radiologico portatile | Elenco attrezzature | | | | |
| | - - Apparecchio per equilibrio acido-base ed emogasanalisi | Elenco attrezzature | | | | |
| | Elettrocardiografo | Elenco attrezzature | | | | |
| | - Diagnostica batteriologica | Relazione responsabile | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|---|------------------------|--|--|--|--|
| | - Tutte le ricerche ematochimiche, immunoematologiche e colturali necessarie, con l'uso di micrometodi | Relazione responsabile | | | | |
| 1.6.2.18 | Disponibilità ad usufruire 24 ore su 24: | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> del servizio emotrasfusionale, | Relazione responsabile | | | | |
| | <input type="checkbox"/> del laboratorio e <input type="checkbox"/> indagini come TAC, RMN, eco doppler ed indagini Rx complesse | Relazione responsabile | | | | |
| 1.6.2.19 | Nel presidio vi sono servizi di | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Chirurgia, | Relazione responsabile | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Cardiologia, | Relazione responsabile | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Radiologia, | Relazione responsabile | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Centro emotrasfusionale, | Relazione responsabile | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Anatomia Patologica, <input type="checkbox"/> Terapia Intensiva/Rianimazione | Relazione responsabile | | | | |
| 1.6.2.20 | Collegamento funzionale per consulenze di: Cardiochirurgia, Neurochirurgia, Oculistica, Ortopedia | Relazione responsabile | | | | |

1.6.3 Requisiti organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|--|------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.6.3.1 | L'unità è funzionalmente parte della Rete dell'Assistenza Perinatale ? | | | | | |
| | I livello perinatale | | | | | |
| | È presente la seguente dotazione di personale: | | | | | |
| 1.6.3.2 | <input type="checkbox"/> 1 ostetrica di guardia; | elenco personale | | | | |
| 1.6.3.3 | <input type="checkbox"/> 1 ginecologo di guardia; | elenco personale | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|---|------------------|--|--|--|--|
| 1.6.3.4 | <input type="checkbox"/> 1 ginecologo di pronta reperibilità; | elenco personale | | | | |
| 1.6.3.5 | <input type="checkbox"/> 1 OSS addetto alla sala parto; | elenco personale | | | | |
| 1.6.3.6 | <input type="checkbox"/> personale ostetrico, infermieristico e ausiliario socio-sanitario in numero tale da assicurare l'assistenza alle degenti H24; | elenco personale | | | | |
| 1.6.3.7 | <input type="checkbox"/> 1 anestesista di guardia (nel presidio); | elenco personale | | | | |
| 1.6.3.8 | <input type="checkbox"/> personale addetto alla sala operatoria dedicata alle emergenze ostetriche (nel presidio). | elenco personale | | | | |
| | II livello perinatale | | | | | |
| | È presente un servizio di guardia attiva, per la sala travaglio-parto e la sala operatoria dedicata, così strutturato ? | | | | | |
| 1.6.3.9 | <input type="checkbox"/> 3 Ostetriche per turno fino a 1500 parti/anno, ed una ostetrica in più per ogni classe di 500 parti aggiuntivi | elenco personale | | | | |
| 1.6.3.10 | <input type="checkbox"/> 2 Ginecologi in servizio 24 ore su 24 | elenco personale | | | | |
| 1.6.3.11 | <input type="checkbox"/> 1 Ginecologo reperibile oltre ai 2 in servizio per i turni notturni e festivi per le strutture che effettuano più di 1500 parti/anno. | elenco personale | | | | |
| 1.6.3.12 | <input type="checkbox"/> 1 Anestesista di guardia nel presidio. | elenco personale | | | | |
| 1.6.3.13 | <input type="checkbox"/> 1 OSS Operatore Socio Sanitario per la sala parto ogni 1000 parti. | elenco personale | | | | |
| 1.6.3.14 | <input type="checkbox"/> Personale ostetrico, infermieristico e ausiliario socio-sanitario in numero tale da assicurare l'accettazione e l'assistenza alle degenti 24 ore su 24 | elenco personale | | | | |
| | III livello perinatale | | | | | |
| | È presente un servizio di guardia attiva dedicato al blocco travaglio-parto e alla sala operatoria dedicata così strutturato ? | elenco personale | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|--|------------------|--|--|--|--|
| 1.6.3.15 | <input type="checkbox"/> 3 Ostetriche per turno per 1500 parti/anno, ed una ostetrica in più ogni per ogni classe di 500 parti/anno aggiuntivi (al fine di ottenere un'assistenza ottimale al travaglio e al parto il rapporto tra donne in travaglio e ostetriche deve tendere all'uno a uno) | elenco personale | | | | |
| 1.6.3.16 | <input type="checkbox"/> 2 Ginecologi per turno ed 1 ginecologo reperibile per turni notturni e festivi fino a 2000 parti/anno, ed uno in più per ogni classe di 500 parti/anno aggiuntivi | elenco personale | | | | |
| 1.6.3.17 | <input type="checkbox"/> 1 Anestesista per turno dedicato o disponibile nel presidio + 1 Anestesista reperibile se attivo servizio di analgesia del parto. | elenco personale | | | | |
| 1.6.3.18 | <input type="checkbox"/> 1 OSS di turno ogni 1000 parti/anno | elenco personale | | | | |
| 1.6.3.19 | <input type="checkbox"/> Personale dedicato alla chirurgia ostetrica in elezione | elenco personale | | | | |
| 1.6.3.20 | <input type="checkbox"/> Personale ostetrico, infermieristico e ausiliario socio-sanitario in numero tale da assicurare l'accettazione e l'assistenza alle degenti 24 ore su 24 | elenco personale | | | | |

1.6a Neonatologia

L'assistenza al neonato è prestata preferenzialmente accanto alla madre (rooming-in) e solo per motivi particolari in un locale separato dalla stanza della madre denominato "nido". L'assistenza consiste in: osservazione transizionale, visita pediatrico-neonatologica di controllo almeno giornaliera e, ove indicato, esecuzione dei più comuni esami di laboratorio biochimici, ematologici e colturali (glicemia, bilirubinemia, ematocrito, esame emocromocitometrico, esami batteriologici) effettuati su microcampioni di sangue.

1.6a.0. Requisiti organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-----------------|--|------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.6a.0.1 | È compilata per ogni neonato una cartella clinica neonatale, nella quale sono riportati i dati anagrafici, anamnestici, clinici e di laboratorio relativi al periodo di degenza. | Verifica in loco | | | | |
| 1.6a.0.2 | E' consegnata ai genitori una lettera o un libretto di dimissione per ogni neonato ? | Verifica in loco | | | | |
| 1.6a.0.3 | È garantita comunque l'assistenza al neonato anche attraverso il trasporto protetto ? | | | | | |
| 1.6a.0.4 | Sono assicurati i requisiti di cui al punto 1.2.3 per la degenza ordinaria. | Vedi punto 1.2.3 | | | | |
| 1.6a.0.5 | La responsabilità dell'assistenza neonatale (isola neonatale e rooming-in/degenza neonatale) è affidata ad un pediatra-neonatologo. | Elenco personale | | | | |
| 1.6a.0.6 | È assicurata la presenza di 1 pediatra-neonatologo H24 | Elenco personale | | | | |

1.6a. 1. Isola neonatale e Nido

1.6a.1 Requisiti Strutturali

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-----------------|--|---------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.6a.1.1 | L'isola neonatale è situata all'interno della sala parto o comunicante con questa ? | Planimetria | | | | |
| 1.6a.1.2 | Sono presenti uno o più locali, di dimensioni adeguate, per alloggiare i neonati quando, per motivi particolari, non possono essere vicini alla madre. | Planimetria verifica in loco | | | | |
| 1.6a.1.3 | Il nido deve avere una capacità massima di 20 culle, fino a 1500 parti, oltre i 1500 e fino a 2000 parti l'anno un massimo di 30 culle, con uno spazio minimo di 2 mq/culla. | Planimetria e relazione tecnica | | | | |
| 1.6a.1.4 | Il nido deve disporre dei seguenti spazi/locali: | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> locale/spazio per culle mobili; | Planimetria e relazione tecnica | | | | |
| | <input type="checkbox"/> spazio per visita neonati; | Planimetria e relazione tecnica | | | | |
| | <input type="checkbox"/> spazio per due incubatrici | Planimetria e relazione tecnica | | | | |
| | <input type="checkbox"/> per una culla per patologia neonatale lieve. | Planimetria e relazione tecnica | | | | |

1.6a.2 Requisiti tecnologici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--|---|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| | All'interno dell'isola neonatale è presente la seguente dotazione strumentale ? | | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|--|---------------------|--|--|--|--|
| 1.6a.2.1 | <ul style="list-style-type: none"> □ 1 lettino per rianimazione neonatale fornito di pannello radiante e di ventilatore; | elenco attrezzature | | | | |
| 1.6a.2.2 | <ul style="list-style-type: none"> □ 2 erogatori di O2 aria compressa e sistema di aspirazione; | elenco attrezzature | | | | |
| 1.6a.2.3 | <ul style="list-style-type: none"> □ 2 sistemi di miscelazione, umidificazione e riscaldamento dei gas medicali; | elenco attrezzature | | | | |
| 1.6a.3.4 | <ul style="list-style-type: none"> □ almeno 6 prese elettriche; | elenco attrezzature | | | | |
| 1.6a.2.5 | <ul style="list-style-type: none"> □ 2 set sterili di materiale per intubazione, ventilazione, per incannulamento dei vasi ombelicali e posizionamento di drenaggio toracico, disponibili 24/24 ore; | elenco attrezzature | | | | |
| 1.6a.2.6 | <ul style="list-style-type: none"> □ 1 apparecchio per nCPAP; | elenco attrezzature | | | | |
| 1.6a.2.7 | <ul style="list-style-type: none"> □ 1 termometro per la rilevazione della temperatura corporea; | elenco attrezzature | | | | |
| 1.6a.2.8 | <ul style="list-style-type: none"> □ 1 cronometro contasecondi con grande quadrante; | elenco attrezzature | | | | |
| 1.6a.2.9 | <ul style="list-style-type: none"> □ ogni altro materiale necessario per la rianimazione primaria, incluso analizzatore di O2 nel gas inspirato, saturimetro pulsato, pompa a siringa, misuratore di pressione arteriosa; | elenco attrezzature | | | | |
| 1.6a.2.10 | <ul style="list-style-type: none"> □ 1 ventilatore meccanico da utilizzare in situazioni di emergenza | elenco attrezzature | | | | |
| | All'interno del nido è presente la seguente dotazione strumentale: | | | | | |
| 1.6a.2.11 | <ul style="list-style-type: none"> □ 2 incubatrici sempre funzionanti; | elenco attrezzature | | | | |
| 1.6a.2.12 | <ul style="list-style-type: none"> □ due aspiratori; | elenco attrezzature | | | | |
| 1.6a.2.13 | <ul style="list-style-type: none"> □ 2 lampade per fototerapia (dotazione minima per il II ed il III livello perinatale); | elenco attrezzature | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|---|---------------------|--|--|--|--|
| 1.6a.2.14 | <input type="checkbox"/> 2 sorgenti di O2 ed aria medicale; | elenco attrezzature | | | | |
| 1.6a.2.15 | <input type="checkbox"/> 1 valigetta per l'emergenza; | elenco attrezzature | | | | |
| 1.6a.2.16 | <input type="checkbox"/> All'interno del nido sono inoltre disponibili: | elenco attrezzature | | | | |
| 1.6a.2.17 | <input type="checkbox"/> 1 lettore di glucosemia; | elenco attrezzature | | | | |
| 1.6a.2.18 | <input type="checkbox"/> 1 centrifuga; | elenco attrezzature | | | | |
| 1.6a.2.19 | <input type="checkbox"/> 1 bilirubinometro per la determinazione del valore ematocrito e della bilirubinemia su prelievo capillare; | elenco attrezzature | | | | |
| 1.6a.2.20 | <input type="checkbox"/> 2 mastosuttori; | elenco attrezzature | | | | |
| 1.6a.2.21 | <input type="checkbox"/> 1 frigorifero per la conservazione dei farmaci. | elenco attrezzature | | | | |

1.6a.3. Requisiti Organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-----------------|---|------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.6a.3.1 | Il personale medico è costituito da neonatologi o da pediatri con particolare competenza neonatologica in numero tale da assicurare la presenza in sala parto ad ogni parto, la normale assistenza al neonato nei primi giorni di vita e le attività pediatrico-neonatologiche ambulatoriali; | elenco personale | | | | |
| 1.6a.3.2 | Personale infermieristico dedicato (infermieri pediatrici/vigilatrici d'infanzia/infermieri /puericultrici) in numero tale da assicurare un'assistenza continuativa, con almeno una unità presente per turno ogni 7 neonati | Elenco personale | | | | |

1.6a.2 Neonatologia (Patologia neonatale)

1.6a.2.1 Requisiti Strutturali

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-------------------|---|-------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.6a.2.1.1 | Area di assistenza neonatale in continuità con l'area di degenza di ostetricia e ginecologia ? | Relazione tecnica planimetria | | | | |
| 1.6a.2.1.1 | È presente un'area di assistenza al neonato che necessita di cure speciali distinta da quella per il neonato sano, con possibilità di attuare misure di isolamento in caso di infezione ? | Relazione tecnica planimetria | | | | |

1.6a.2.2 Requisiti Tecnologici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-------------------|---|------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| | Nel presidio sono disponibili le seguenti attrezzature/servizi ? | | | | | |
| 1.6a.2.2.1 | <input type="checkbox"/> Ecografo | Elenco attrezzature | | | | |
| 1.6a.2.2.2 | <input type="checkbox"/> Apparecchio radiologico portatile | Elenco attrezzature | | | | |
| 1.6a.2.2.3 | <input type="checkbox"/> Apparecchio per equilibrio acido-base ed emogasanalisi | Elenco attrezzature | | | | |
| 1.6a.2.2.4 | <input type="checkbox"/> Elettrocardiografo | Elenco attrezzature | | | | |
| 1.6a.2.2.5 | <input type="checkbox"/> Diagnostica batteriologica | Elenco attrezzature | | | | |
| 1.6a.2.2.6 | <input type="checkbox"/> Tutte le ricerche ematochimiche, immunoematologiche e colturali necessarie, con l'uso di micrometodi | Elenco attrezzature | | | | |
| 1.6a.2.2.7 | Servizio di | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Chirurgia, | relazione responsabile | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Radiologia | relazione responsabile | | | | |

| | | | | | | |
|---------------------|---|-------------------------|--|--|--|--|
| | <input type="checkbox"/> Cardiologia, | relazione responsabile | | | | |
| 1.6a.2.2 .8 | Centro emotrasfusionale (anche in convenzione con altro Istituto con protocollo operativo) | relazione responsabile | | | | |
| 1.6a.2.2 .9 | Oltre ai requisiti impiantistici e tecnologici di cui al punto 1.2.2., sono assicurati i requisiti sottoelencati (il numero delle attrezzature deve essere calcolato in funzione del numero delle nascite e dei neonati assistiti). | Vedi punto 1.2.2 | | | | |
| 1.6a.2.2 .10 | <input type="checkbox"/> Incubatrici in numero adeguato al numero dei nati assistiti e, comunque, non minore di quattro. | Elenco attrezzature | | | | |
| 1.6a.2.2 .11 | <input type="checkbox"/> Lettino per rianimazione neonatale fornito di pannello radiante | Elenco attrezzature | | | | |
| 1.6a.2.2 .12 | <input type="checkbox"/> Aspiratori o vuoto centralizzato | Elenco attrezzature | | | | |
| 1.6a.2.2 .13 | <input type="checkbox"/> Sistemi di monitoraggio cardiorespiratorio | Elenco attrezzature | | | | |
| 1.6a.2.2 .14 | <input type="checkbox"/> Saturimetri e/o monitor transcutanei per gas ematici | Elenco attrezzature | | | | |
| 1.6a.2.2 .15 | <input type="checkbox"/> Rilevatori incruenti della pressione arteriosa | Elenco attrezzature | | | | |
| 1.6a.2.2 .16 | <input type="checkbox"/> Analizzatori di O2 nel gas inspirato | Elenco attrezzature | | | | |
| 1.6a.2.2 .17 | <input type="checkbox"/> Pompe da infusione | Elenco attrezzature | | | | |
| 1.6a.2.2 .18 | <input type="checkbox"/> Miscelatori aria/ O2 e umidificatori riscaldati | Elenco attrezzature | | | | |
| 1.6a.2.2 .19 | <input type="checkbox"/> Lettore di glucosemia | Elenco attrezzature | | | | |
| 1.6a.2.2 .20 | <input type="checkbox"/> Centrifuga per Ht e bilirubinometro | Elenco attrezzature | | | | |
| 1.6a.2.2 .21 | <input type="checkbox"/> Incubatrice per trasporti interni, attrezzata con ventilatore automatico e sistema di monitoraggio | Elenco attrezzature | | | | |

1.6a.2.3 Requisiti Organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-------------------|--|------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.6a.2.3.1 | Il personale medico (dotazione minima di 8 unità) deve assicurare una guardia attiva 24 ore su 24 nonché la presenza anche in sala parto (solo per il II livello perinatale). | Elenco personale | | | | |
| 1.6a.2.3.2 | Il personale infermieristico deve essere costituito da infermieri professionali o infermieri pediatrici/vigilatrici d'infanzia in numero tale da assicurare un'assistenza continuativa, con almeno una unità infermieristica presente per turno ogni 5 neonati patologici. | Elenco personale | | | | |

1.7. MEDICINA NUCLEARE

L'attività diagnostica può essere svolta anche in struttura ambulatoriale, in tal caso deve essere previsto un Direttore Tecnico abilitato, provvisto della specializzazione in Medicina Nucleare.

1.7.1. Requisiti Strutturali

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|--|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| | La dotazione minima di ambienti per l'unità di medicina nucleare è la seguente ? | Relazione tecnica sanitaria e planimetria – relazione EQ in materia di radioprotezione | | | | |
| 1.7.1.2 | <input type="checkbox"/> un'area dedicata all'accettazione ed attività amministrative; | Relazione tecnica sanitaria e planimetria – relazione EQ in materia di radioprotezione | | | | |
| 1.7.1.3 | <input type="checkbox"/> un locale visita (studio medico); | Relazione tecnica sanitaria e planimetria – relazione EQ in materia di radioprotezione | | | | |
| 1.7.1.4 | <input type="checkbox"/> un locale destinato all'attesa degli utenti prima della somministrazione | Relazione tecnica sanitaria e planimetria – relazione EQ in materia di radioprotezione | | | | |
| 1.7.1.5 | <input type="checkbox"/> servizio igienico normale, anche in comune con quello esterno al reparto, annesso alla zona attesa accompagnatori; | Relazione tecnica sanitaria e planimetria – relazione EQ in materia di radioprotezione | | | | |
| 1.7.1.6 | <input type="checkbox"/> un locale per la somministrazione all'utente di radiofarmaci; | Relazione tecnica sanitaria e planimetria – relazione EQ in materia di radioprotezione | | | | |
| 1.7.1.7 | <input type="checkbox"/> almeno una sala di attesa calda per gli utenti iniettati dotata di servizi igienici con scarichi controllati; | Relazione tecnica sanitaria e planimetria – relazione EQ in materia di radioprotezione | | | | |
| 1.7.1.8 | <input type="checkbox"/> un laboratorio di radiofarmacia per lo stoccaggio e la manipolazione di radiofarmaci ed altri prodotti radioattivi, munito di un locale per l'esecuzione di controlli di qualità dei radiofarmaci ed eventualmente di un ulteriore locale in caso di preparazione di radiofarmaci "estemporanei"; | Relazione tecnica sanitaria e planimetria – relazione EQ in materia di radioprotezione | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|---|--|--|--|--|--|
| 1.7.1.9 | <input type="checkbox"/> deposito per rifiuti radioattivi; | Relazione tecnica sanitaria e planimetria – relazione EQ in materia di radioprotezione | | | | |
| 1.7.1.10 | area con presenza di zona filtro, dotata di, | Relazione tecnica sanitaria e planimetria – relazione EQ in materia di radioprotezione | | | | |
| | <input type="checkbox"/> controllo dosimetrico ambientale e personale | Relazione tecnica sanitaria e planimetria – relazione EQ in materia di radioprotezione | | | | |
| | <input type="checkbox"/> spogliatoio per il personale diviso per sesso | Relazione tecnica sanitaria e planimetria – relazione EQ in materia di radioprotezione | | | | |
| | <input type="checkbox"/> servizi igienici per il personale con doccia e scarichi controllati, e di rivelatori di contaminanti e dispositivi per la decontaminazione | Relazione tecnica sanitaria e planimetria – relazione EQ in materia di radioprotezione | | | | |
| 1.7.1.11 | almeno un locale destinato ad ospitare la gamma camera; | Relazione tecnica sanitaria e planimetria – relazione EQ in materia di radioprotezione | | | | |
| 1.7.1.12 | percorsi distinti per i pazienti prima e dopo la somministrazione di radionuclidi; | Relazione tecnica sanitaria e planimetria – relazione EQ in materia di radioprotezione | | | | |
| 1.7.1.13 | un locale laboratorio in caso di attività diagnostica "in vitro"; | Relazione tecnica sanitaria e planimetria – relazione EQ in materia di radioprotezione | | | | |
| 1.7.1.14 | in caso di attività terapeutica ad alte dosi (oltre 585 MBq di Iodio131) o di terapia di tipo sperimentale; | Relazione tecnica sanitaria e planimetria – relazione EQ in materia di radioprotezione | | | | |
| | almeno un locale schermato per la degenza | Relazione tecnica sanitaria e planimetria – relazione EQ in materia di radioprotezione | | | | |
| | fornito di servizio igienico autonomo con scarico controllato, | Relazione tecnica sanitaria e planimetria – relazione EQ in materia di radioprotezione | | | | |
| | annesso locale disimpegno e accoglienza visitatori, con sistema televisivo a circuito chiuso e | Relazione tecnica sanitaria e planimetria – relazione EQ in materia di radioprotezione | | | | |
| 1.7.1.15 | locale di servizio per il personale di assistenza | Relazione tecnica sanitaria e planimetria – relazione EQ in materia di radioprotezione | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|--|--|--|--|--|--|
| 1.7.1.16 | Tutti i locali in cui è prevista la presenza di sostanze radioattive o del paziente già iniettato richiedono la costruzione di appropriate barriere schermanti e devono essere progettati secondo la normativa vigente in merito alla costruzione di installazioni che prevedono la manipolazione di sorgenti non sigillate. | Relazione tecnica sanitaria e planimetria – relazione EQ in materia di radioprotezione | | | | |
|-----------------|--|--|--|--|--|--|

1.7.2 Requisiti Tecnologici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|---|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.7.2.1 | L'unità di medicina nucleare deve disporre dei seguenti impianti: | Relazione tecnica sanitaria e planimetria – relazione EQ in materia di radioprotezione | | | | |
| 1.7.2.2 | un sistema di raccolta-preimmissione in fogna e monitoraggio dei rifiuti liquidi e biologici radioattivi, adeguato al carico previsto e collegato ai locali muniti di scarico controllato; | Relazione tecnica sanitaria e planimetria – relazione EQ in materia di radioprotezione | | | | |
| 1.7.2.3 | un impianto di condizionamento <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="407 946 932 1011">□ con adeguato ricambio aria (almeno 5 v/h più basso); <li data-bbox="407 1016 932 1081">□ filtri assoluti in uscita, per le aree classificate come "zona controllata", <li data-bbox="407 1086 932 1183">□ con gradienti decrescenti verso il laboratorio di radiofarmacia dove si dovrà avere il valore più basso | Relazione tecnica Impianto e planimetria – relazione EQ in materia di radioprotezione | | | | |
| 1.7.2.4 | un impianto rilevazione incendi e dispositivi antincendio adeguati. | Relazione E.Q. C.P.I. | | | | |
| 1.7.2.5 | L'unità deve inoltre possedere i seguenti requisiti schermi per siringhe e contenitori schermati per flaconi | Elenco attrezzature- relazione EQ | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|--|------------------------------------|--|--|--|--|
| 1.7.2.6 | contenitori adeguatamente schermati per lo stoccaggio di rifiuti radioattivi solidi | Elenco attrezzature e relazione EQ | | | | |
| 1.7.2.7 | un monitor ambientale; | Elenco attrezzature e relazione EQ | | | | |
| 1.7.2.8 | un contatore portatile per la rilevazione delle contaminazioni di superficie e personale; | Elenco attrezzature e relazione EQ | | | | |
| 1.7.2.9 | un sistema di sviluppo su film o stampe immagini o masterizzatore CD/DVD; | Elenco attrezzature e relazione EQ | | | | |
| 1.7.2.10 | attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardiopolmonare di base di cui è controllata la funzionalità con dotazione di bombole di ossigeno; | Elenco attrezzature e relazione EQ | | | | |
| 1.7.2.11 | almeno una "gamma camera" tomografica a due testate di rivelazione, dotata di sistema total body e computer dedicato per acquisizione - elaborazione, collegata ad un gruppo di continuità che garantisca il completamento della rilevazione in caso di black out; | Elenco attrezzature e relazione EQ | | | | |
| 1.7.2.12 | set minimo di collimatori (LEGP - LEHR - MEGP); | Elenco attrezzature e relazione EQ | | | | |
| 1.7.2.13 | in caso di diagnostica scintigrafica cardiologica, sistema per prove da sforzo ed elettrocardiografo monitorizzato a 12 derivazioni | Elenco attrezzature e relazione EQ | | | | |
| 1.7.2.14 | almeno un gammacounter e strumentazioni base di un laboratorio di analisi chimico-cliniche (centrifughe di cui almeno una refrigerata, agitatori, bagnomaria, pipette automatiche, ecc...), in caso di attività "in vitro"; | Elenco attrezzature e relazione EQ | | | | |

| | | | | | | |
|----------|--|------------------------------------|--|--|--|--|
| 1.7.2.15 | dotazioni tecnologiche e di apparecchiature previste dalle NBPR (2005) per il laboratorio di radiofarmacia (calibratore di dose, cella schermata per manipolazione/stoccaggio, filtri HEPA, sistemi di controllo di qualità di radiofarmaci) | Elenco attrezzature e relazione EQ | | | | |
|----------|--|------------------------------------|--|--|--|--|

1.7.3 Requisiti organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------|---|----------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.7.3.1. | Il personale medico specializzato, tecnico e infermieristico deve essere adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate | Elenco personale | | | | |
| 1.7.3.2 | È prevista la collaborazione con un esperto in fisica medica, anche a contratto non esclusivo | Elenco personale | | | | |
| 1.7.3.3. | Le strutture di Medicina Nucleare dove si preparano radiofarmaci dispongono di un organigramma funzionale e di uno nominativo nel quale siano definite chiaramente le seguenti figure responsabili: | organigramma ed elenco persoanle | | | | |
| | 1. un Responsabile generale; | organigramma ed elenco persoanle | | | | |
| | 2. un Responsabile per l'assicurazione della qualità, | organigramma ed elenco persoanle | | | | |
| | 3. un Responsabile per le operazioni di preparazione e 4. un Responsabile per i controlli di qualità, tra loro indipendenti | organigramma ed elenco persoanle | | | | |

| | | | | | | |
|----------------|--|------------------------|--|--|--|--|
| 1.7.3.4 | sistema documentato di controlli di qualità della strumentazione (esecuzione e la tracciabilità dei controlli di qualità dei radiofarmaci) secondo quanto stabilito dalla normativa nazionale vigente | Relazione responsabile | | | | |
| 1.7.3.4 | È prevista la comunicazione all'utente, al momento della prenotazione dell'indagine diagnostica, dei tempi di consegna, dei referti | Copia modulistica | | | | |
| 1.7.3.4 | Nell'ipotesi di una sola gamma camera vi è un protocollo di collaborazione con un'altra unità operativa di medicina nucleare, in modo da garantire la continuità dell'esame diagnostico in caso di guasto alle apparecchiature, in modo da garantire il completamento dell'indagine per gli utenti ai quali sia già stato somministrato un radioisotopo. | Copia protocollo | | | | |

1.8. ATTIVITA DI RADIOTERAPIA

1.8.1 Requisiti Strutturali

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--|--|---------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.8.1.1 | L'unità di radioterapia dispone dei seguenti locali ? | Relazione tecnica – planimetria | | | | |
| | 1. aree di attesa per gli utenti trattati; | Relazione tecnica – planimetria | | | | |
| | 2. spazi adeguati per accettazione, attività amministrative ed archivio; | Relazione tecnica – planimetria | | | | |
| | 3. una sala di simulazione; | Relazione tecnica – planimetria | | | | |
| | 4. un bunker di terapia; | Relazione tecnica – planimetria | | | | |
| | 5. un locale per la conformazione dei campi di irradiazione, per la contenzione e la protezione dell'utente in corso di terapia, per la verifica dosimetria; | Relazione tecnica – planimetria | | | | |
| | 6. un locale visita; | Relazione tecnica – planimetria | | | | |
| | 7. un locale per trattamenti farmacologici brevi; | Relazione tecnica – planimetria | | | | |
| | 8. camera calda; | Relazione tecnica – planimetria | | | | |
| | 9. locale a pressione negativa per lo stoccaggio e la manipolazione del materiale radioattivo; | Relazione tecnica – planimetria | | | | |
| | 10. servizi igienici distinti per gli operatori e per gli utenti; | Relazione tecnica – planimetria | | | | |
| 11. uno o più spogliatoi per gli utenti in relazione alle sale di terapia e alle sale visite presenti e comunicanti con le stesse. | Relazione tecnica – planimetria | | | | | |

1.8.2 Requisiti Tecnologici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|---|---|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.8.2.1 | L'unità dispone di un impianto di condizionamento con adeguato ricambio d'aria (almeno 5 v/h) ? | Relazione tecnica impianto | | | | |
| 1.8.2.2 | La dotazione minima strumentale è la seguente: | | | | | |
| | 1. un simulatore per radioterapia ovvero la piena disponibilità di una diagnostica radiologica (convenzionale o computerizzata) dedicata alla definizione tecnica e pianificazione dei trattamenti; | elenco attrezzature relazione tecnica e relazione E.Q | | | | |
| | 2. è presente una unità di terapia a fasci collimati (telecobalto terapia, acceleratore lineare); | elenco attrezzature relazione tecnica e relazione E.Q | | | | |
| | 3. una attrezzatura per la valutazione della dose singola e dei relativi tempi di trattamento; | elenco attrezzature relazione tecnica e relazione E.Q | | | | |
| | 4. una apparecchiatura per il controllo dosimetrico clinico; | elenco attrezzature relazione tecnica e relazione E.Q | | | | |
| | 5. un adeguato corredo di cassette radiografiche; | elenco attrezzature relazione tecnica e relazione E.Q | | | | |
| | 6. una dotazione adeguata di attrezzature per lo sviluppo ed il fissaggio delle pellicole radiografiche; | elenco attrezzature relazione tecnica e relazione E.Q | | | | |
| | 7. un impianto rilevazione incendi; | elenco attrezzature relazione tecnica e relazione E.Q – CPI | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|---|
| | 8. un impianto di raccolta dei liquidi per lo sviluppo; | elenco attrezzature relazione tecnica e relazione E.Q | | | | |
| | 9. un impianto di condizionamento con adeguato ricircolo aria (e il punto 1.8.2.1?) | elenco attrezzature relazione tecnica e relazione E.Q | | | | |
| Classificazione Categoria | | | | | | |
| In particolare, per. quanto riguarda le caratteristiche tecniche delle prestazioni radioterapiche, occorre distinguere 4 categorie definite come segue | | | | | | Biffare categoria corrispondente |
| <p>Trattamenti di categoria A</p> <p>Trattamenti a tecnica semplice rispondenti alle seguenti specifiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> • campo collimato diretto o campi collimati contrapposti • campi non sagomati o sagomati con blocchi standard non personalizzati; o simulazione radiologica/documentazione fotografica; • valutazione della dose limitata a punti definiti sull'asse centrale; • verifica con film portale per trattamenti con fotoni di alta energia; • nessun sistema di immobilizzazione o sistemi di immobilizzazione non personalizzati. | | | | | | |
| <p>Trattamenti di categoria B</p> <p>Trattamenti più complessi che richiedono:</p> <p>impiego di campi multipli, campi tangenziali, tecniche di movimento, grandi campi complessi con schermatura personalizzata;</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>acquisizione dei dati anatomici</u> del paziente tramite sezioni T.C. (o Risonanza Magnetica, R.M.); • <u>rappresentazione bidimensionale 2D della distribuzione di dose</u> su più sezioni corporee; <p>nessun sistema di immobilizzazione, sistemi di immobilizzazione non personalizzati o personalizzati in relazione a particolari trattamenti radianti (ad esempio testa e collo, linfoma, medulloblastoma).</p> <p>I requisiti sottolineati sono imprescindibili per la definizione di categoria B.</p> | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---------------------|-----------|-----------------|----------------|-------------|
| <p>Trattamenti di categoria C</p> <p>Trattamenti che richiedono procedure di elevato livello tecnico quali: radioterapia conformazionale tridimensionale (3D Conformal RadioTherapy, 3DC.R.T.), stereotassi con tecnica conformazionale;</p> <ul style="list-style-type: none"> • rappresentazione tridimensionale (3D) della distribuzione di dose; • impiego di procedure evolute per la valutazione della distribuzione di dose con particolare riferimento agli istogrammi dose volume; • sistemi personalizzati di immobilizzazione di schermatura. <p>I requisiti sottolineati sono imprescindibili per la definizione di categoria C. Si definisce come 3D-CRT una tecnica (13) che permetta di rendere clinicamente praticabile un trattamento radiante per via esterna conformato alla reale estensione e sviluppo della massa neoplastica, con notevole risparmio delle strutture sane e degli organi a rischio contigui; le tecniche conformazionali sono basate pertanto sulla definizione volumetrica, tridimensionale, del tumore e dell'anatomia degli organi a rischio secondo quanto definito nei rapporti tecnici dell'International Commission on Radiation Units and Measurements (ICRU) n. 50 (14) e n. 62 (15).</p> | | | | | | |
| <p>Trattamenti di categoria D</p> <p>Tecniche speciali quali brachiterapia, irradiazione corporea totale (Total Body Irradiation, T.B.I.), radioterapia intraoperatoria (Intra Operative RadioTherapy, I.O.R.T.), irradiazione cutanea totale con elettroni (Total Skin Electron Irradiation, T.S.E.I.), radiochirurgia (con acceleratore lineare o gamma knife) e radioterapia a modulazione di intensità (Intensity Modulated Radio Therapy, I.M.R.T.), tecniche che richiedono attrezzature dedicate, esperienza specifica, intervento multidisciplinare.</p> <p>Nel programmare la distribuzione e le dotazioni dei Centri esistenti e futuri, sarà compito degli organismi regionali tenere conto della categoria tecnica delle prestazioni che possono essere fornite in modo da coprire adeguatamente almeno i fabbisogni della popolazione residente, valutati sulla base dei dati epidemiologici. I Centri in grado di fornire prestazioni relative alle tecniche speciali dovrebbero essere programmati a livello nazionale, tenendo conto delle caratteristiche degli altri Centri e della facilità di accesso.</p> | | | | | | |
| | | | | PRESENTE | | NOTE |
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| | <i>Dotazione minima di un Centro di radioterapia per prestazioni in categoria A</i> | | | | | |
| | Il centro dispone della seguenti strumenti e attrezzature ? | | | | | |
| | strumenti e attrezzature; | | | | | ??????? |
| 1.8.2.3 | una unità di AE (unità di telecobaltoterapia o acceleratore lineare; il mantenimento di Centri dotati di una sola unità di telecobaltoterapia è tuttavia da scoraggiare provvedendo alla sostituzione con un acceleratore lineare, possibilmente dotato di elettroni); | elenco attrezzature | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|---|---------------------|--|--|--|--------------------------------------|
| 1.8.2.4 | un sistema dosimetrico a camera a ionizzazione | elenco attrezzature | | | | |
| 1.8.2.5 | un fantoccio ad acqua per la caratterizzazione dei fasci | elenco attrezzature | | | | |
| 1.8.2.6 | strumentazione per controlli di qualità; | elenco attrezzature | | | | |
| 1.8.2.7 | un sistema di simulazione; | elenco attrezzature | | | | |
| 1.8.2.8 | un sistema meccanico per il disegno dei profili corporei; | elenco attrezzature | | | | |
| 1.8.2.9 | un sistema di verifica geometrica dei campi di irradiazione mediante film; | elenco attrezzature | | | | |
| 1.8.2.10 | dispositivi di immobilizzazione e sagomatura non personalizzati. | elenco attrezzature | | | | |
| | Dotazione di personale: | | | | | Si tratta di requisito organizzativo |
| 1.8.2.11 | 1. tre medici oncologi radioterapisti di cui uno con funzione di responsabile; | elenco personale | | | | |
| | 2. un esperto in fisica medica totalmente dedicato alla radioterapia indipendentemente dall'U.O. alla quale afferisce; | elenco personale | | | | |
| | 3. quattro tecnici di cui uno con funzione di coordinamento, adibiti anche alle attività di C.Q.. | elenco personale | | | | |
| 1.8.2.12 | La coesistenza di unità di ortovoltaggio, anche in numero superiore a una, non modifica la qualifica di Centro minimo. | | | | | |
| 1.8.2.13 | Il centro ha un accordo di collaborazione con un altro Centro (preferibilmente con dotazioni superiori al minimo) situato a distanza ragionevolmente breve; | | | | | |
| 1.8.2.14 | preferibilmente deve trattare non più di 500 pazienti/anno | | | | | |
| 1.8.2.15 | è preferibile che effettui prevalentemente prestazioni di categoria A | | | | | |
| | <i>Dotazione minima di un Centro di radioterapia per prestazioni in categoria B</i> | | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|--|--------------------------------------|--|--|--|------|
| | Il centro dispone della seguenti strumenti e attrezzature ? | | | | | |
| | | | | | | ???? |
| 1.8.2.16 | un simulatore e la possibilità di accesso programmato ad un'apparecchiatura di tomografia computerizzata (in alternativa un T.C.-simulatore); | elenco attrezzature | | | | |
| 1.8.2.16 | sistema di allineamento laser; | | | | | |
| 1.8.2.17 | dispositivi di immobilizzazione e sagomatura personalizzati (officina); | elenco attrezzature | | | | |
| 1.8.2.18 | un fantoccio ad acqua computerizzato con movimentazione sui 3 assi; | elenco attrezzature | | | | |
| 1.8.2.19 | un sistema fotodensitometrico 2D computerizzato; | elenco attrezzature | | | | |
| 1.8.2.20 | un sistema di elaborazione dei piani di trattamento bidimensionale (2D); | elenco attrezzature | | | | |
| 1.8.2.21 | La dotazione di personale correlata al carico di lavoro. Il carico di lavoro massimo delle unità di AE è funzione della categoria di prestazione (A o B | | | | | ? |
| 1.8.2.22 | Quantunque sia ritenuto ideale che un Centro che lavora in categoria B abbia due unità di AE a disposizione, in caso sia in funzione un'unica attrezzatura la disponibilità minima di personale è la seguente: | | | | | |
| | tre medici oncologi radioterapisti di cui uno con funzione di responsabile; | elenco personale | | | | |
| | due esperti in fisica medica totalmente dedicati alla radioterapia indipendentemente dalla U.O. alla quale afferiscono cinque tecnici di cui uno con funzione di coordinamento, adibiti anche alle attività di C.Q.. | elenco personale | | | | |
| | <i>Dotazione minima di un Centro di radioterapia per prestazioni in categoria C</i> | | | | | |
| 1.8.2.23 | Oltre le dotazioni di un Centro che effettua prestazioni di categoria B, possiede | | | | | |
| 1.8.2.24 | strumenti e attrezzature; | relazione tecnica – verifica in loco | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|------------------|--|--|--|--|
| 1.8.2.25 | obbligatoriamente almeno un acceleratore lineare; | | | | | |
| 1.8.2.26 | un sistema di elaborazione di piani di trattamento 3D; | | | | | |
| 1.8.2.27 | si raccomanda il trasferimento via rete delle immagini T.C. (R.M.) di centratura (simulazione) al T.P.S.. | | | | | |
| 1.8.2.28 | La strumentazione per i C.Q. deve essere adeguata in relazione alle unità di AE impiegate e alla tipologia delle prestazioni erogate. | | | | | |
| 1.8.2.29 | <u>Dotazione di personale</u> | Elenco personale | | | | |
| | La dotazione del personale è correlata al carico di lavoro. Il carico di lavoro massimo delle unità di AE è funzione della categoria di prestazione (A, B o C). | | | | | |
| | Quantunque sia ritenuto ideale che un Centro che lavora in categoria C abbia due macchine di AE a disposizione, in caso sia in funzione un'unica attrezzatura la disponibilità minima di personale è la seguente: | | | | | |
| | 1. quattro medici oncologi radioterapisti, di cui uno con funzione di responsabile; due esperti in fisica medica totalmente dedicati alla radioterapia indipendentemente dalla U.O. alla quale afferiscono; | elenco personale | | | | |
| 2. sei tecnici, di cui uno con funzione di coordinamento, adibiti anche alle attività di C.Q.. | Elenco personale | | | | | |
| 1.8.2.30 | Considerando la forte crescita, sul territorio nazionale, del numero di trattamenti di categoria C, sarà probabilmente necessario riconsiderare le dotazioni di personale sopra menzionate. Sarà opportuno che future linee guida sui trattamenti di categoria C contengano indicazioni precise al riguardo. | | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|---|------------------------|--|--|--|--|
| | <i>Dotazione minima di un Centro di radioterapia per prestazioni in categoria D</i> | | | | | |
| | Un Centro di radioterapia per prestazioni in categoria D deve erogare. Detto numero minimo viene individuato sulla scorta dell'intervallo di tempo, ragionevolmente considerato minimo, necessario per mantenere una confidenza con l'applicazione tecnica della prestazione stessa. Si dà di seguito il numero minimo di prestazioni anno per i trattamenti di categoria D: un numero minimo di prestazioni annue, | | | | | |
| 1.8.2.31 | 1. brachiterapia (L.D.R., P.D.R., H.D.R., iodio); 12 casi/anno per ciascuna delle tecniche impiegate, globalmente comunque almeno 25 casi/anno | Relazione responsabile | | | | |
| | 2. T.B.I.: essendo l'inclusione dei pazienti totalmente dipendente dai protocolli elaborati dagli ematologi, nonché da variabili cliniche, non si ritiene di poter identificare un numero minimo di prestazioni per anno. Risulta comunque consigliabile un numero minimo di almeno 10 T.B.I. annue a giustificazione della complessità della metodica e relativa organizzazione all'interno della struttura | | | | | |
| | 3. Total skin: 10 casi/anno; | | | | | |
| | 4. Radiochirurgia: 20 casi/anno; | | | | | |
| | 5. I.O.R.T.: 25 casi/anno. | | | | | |

1.8.3 Requisiti organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-----------------|---|------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.8.3.1. | Il personale sanitario laureato e/o tecnico deve essere adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate. | Elenco personale | | | | |
| 1.8.3.2 | È stato attivato un sistema di controllo di qualità in conformità alla vigente normativa ? | Relazione responsabile | | | | |
| 1.8.3.3. | compilata la cartella clinica di radioterapia | Verifica in loco | | | | |
| 1.8.3.4 | garantita ad ogni unità di radioterapia, in caso di necessità, la possibilità di accesso ad un settore di degenza ove sia possibile l'assistenza dei pazienti trattati. | Relazione responsabile | | | | |
| 1.8.3.5 | Qualora vi fosse disponibilità di una sola unità di terapia esiste un formale protocollo di collaborazione con un'altra unità operativa di radioterapia, in modo da garantire la continuità terapeutica in caso di guasto alle apparecchiature. | Relazione responsabile | | | | |

1.9. DIALISI OSPEDALIERA

Finalità

La dialisi è un trattamento terapeutico per pazienti affetti da insufficienza renale in fase uremica, che può essere effettuata in ambito extraospedaliero ed intraospedaliero, valutate le condizioni cliniche del paziente da parte del medico nefrologo e comunque sotto la responsabilità dello stesso specialista.

La rete dei servizi di dialisi ospedaliera della Regione Lazio si articola come segue:

- Centri di riferimento.
- Servizi di Nefrologia e Dialisi.
-

1.9.1. Centri di Riferimento

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--|--|---------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILEIVI | |
| | | Relazione tecnica – planimetria | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|---|------------------------|--|--|--|--|
| 1.9.1.0.1 | I Centri di riferimento rispondono ai seguenti requisiti ? | Relazione responsabile | | | | |
| | 1. formulano proposte e programmi per la prevenzione delle malattie renali e verificano, successivamente, i relativi interventi attuativi; | Relazione responsabile | | | | |
| | 2. svolgono opera di educazione e sensibilizzazione dei medici di base e della popolazione sulle tematiche della nefrologia, dialisi e trapianto mediante incontri pubblici e conferenze; | Relazione responsabile | | | | |
| | 3. realizzano programmi di aggiornamento e ricerca; | Relazione responsabile | | | | |
| | 4. vigilano e sovrintendono sullo stato di salute dei pazienti in attesa di trapianto e/o trapiantati. Sulla base di protocolli operativi concordati, attivano il necessario collegamento funzionale con il sistema regionale di riferimento dei trapianti e con i vari centri di trapianto mediante l'aggiornamento clinico; | Relazione responsabile | | | | |
| | 5. assicurano, inoltre, l'assistenza post trapianto, garantendo al paziente sia la programmazione ed esecuzione degli esami periodici che l'assistenza in condizioni d'urgenza; | Relazione responsabile | | | | |
| | 6. effettuano non meno di due turni giornalieri di dialisi per 6 giorni la settimana per tutti i mesi, con un indice minimo di utilizzo di 3, 2 pazienti per posto di dialisi; | Relazione responsabile | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|---|------------------------|--|--|--|--|
| | 7. garantiscono l'assistenza in condizioni di urgenza H24 per tutti i giorni dell'anno | Relazione responsabile | | | | |
| | 8. garantiscono una proiezione territoriale mediante dialisi domiciliare intra ed extra corporea e o attivazione di U.D.D. ? | Relazione responsabile | | | | |
| | 9. i centri di riferimento identificati come punti di coordinamento per la dialisi peritoneale, oltre ai compiti descritti, promuovono l'uso della relativa metodica, | Relazione responsabile | | | | |
| | 10. formano il personale sanitario a svolgere appropriata opera di informazione e di educazione sanitaria nei confronti degli altri operatori e del pubblico. | Relazione responsabile | | | | |
| 1.9.1.0.2 | Centri di Riferimento sono collocati: | Relazione responsabile | | | | |
| | 1. nelle Aziende Ospedaliere, nei Policlinici Universitari sedi di DEA. di II livello; | Relazione responsabile | | | | |
| | 2. negli strutture ospedaliere sedi di DEA di I livello, ove siano già attivati ed operanti centri di riferimento di nefrologia e dialisi; | Relazione responsabile | | | | |
| | 3. nelle strutture ospedaliere non sede di DEA che già svolgono per ubicazione o casistica un ruolo di centro di riferimento. | Relazione responsabile | | | | |
| 1.9.1.0.3 | Centro di Riferimento si articola in: | Relazione responsabile | | | | |
| | 1. area di degenza autonoma; | Relazione responsabile | | | | |
| | 2. centri di dialisi a collocazione intraospedaliero; | Relazione responsabile | | | | |
| | 3. area ambulatoriale e/o di Day-Hospital. | Relazione responsabile | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|---|------------------------|--|--|--|--|
| | 1.9.1.1. Area di Degenza Autonoma | Relazione responsabile | | | | |
| 1.9.1.0.4 | Requisiti previsti al punto 1.2., | Relazione responsabile | | | | |
| 1.9.1.0.5 | L degenza può essere realizzata come: | Relazione responsabile | | | | |
| | 1. U.O. autonoma di degenza; | Relazione responsabile | | | | |
| | 2. Letti di degenza in altre UU.OO.. | Relazione responsabile | | | | |
| 1.9.1.0.6 | L'Attività assistenziale in regime di degenza comprende ? | Relazione responsabile | | | | |
| | la diagnosi e terapia delle malattie renali in fase non dialitica, | Relazione responsabile | | | | |
| | l'assistenza in regime di degenza a pazienti con insufficienza renale acuta e a pazienti in dialisi cronica con necessità di trattamenti supplementari per patologie intercorrenti o per complicanze legate alla dialisi. | Relazione responsabile | | | | |
| 1.9.1.0.7 | Al riguardo vengono, pertanto, individuate due tipologie in cui suddividere l'assistenza in regime di degenza: | Relazione responsabile | | | | |
| | 1. assistenza per pazienti a grande rischio, siano essi in terapia dialitica che conservativa; | Relazione responsabile | | | | |
| | 2. assistenza a rischio ordinario. | Relazione responsabile | | | | |
| 1.9.1.0.8 | Ai pazienti a grande rischio è garantito sia in dialisi "bedside" nell'area di degenza che durante la degenza in generale un livello di assistenza basato su un rapporto infermieristico di 1:3. ? | Relazione responsabile | | | | |
| 1.9.1.0.9 | La definizione di ciascun paziente come appartenente alla tipologia a) o b) risulta evidenziata nella cartella clinica con le date di passaggio da un area all'altra ? | Relazione responsabile | | | | |

| | | | | | | |
|---------------------------------------|--|------------------------|--|--|--|--|
| 1.9.1.0.10 | Ai fini del calcolo dell'organico generale del reparto di degenza è individuato il numero medio prevedibile dei pazienti a grande rischio ? | Relazione responsabile | | | | |
| 1.9.1.0.11 | L'area di degenza, comunque realizzata, si avvale di personale medico, infermieristico ed ausiliario, adeguato numericamente e professionalmente all'assistenza nefrodialitica | Relazione responsabile | | | | |
| 1.9.1.0.12 | è strutturata tecnicamente e strumentalmente per garantire prestazioni di dialisi d'urgenza "bedside" (emodialisi, tecniche extra corporee ed intra-corporee continue). | Relazione responsabile | | | | |
| 1.9.1.0.13 | La stessa area è dotata delle apparecchiature necessarie all'esercizio della nefrologia d'urgenza | Relazione responsabile | | | | |
| | 1. (ecografo, | Relazione responsabile | | | | |
| | 2. osmometro | Relazione responsabile | | | | |
| | 3. emogasanalizzatore | Relazione responsabile | | | | |
| | 4. elettrocardiografo, | Relazione responsabile | | | | |
| | 5. monitor per la rilevazione dei parametri vitali, | Relazione responsabile | | | | |
| 6. lettori per diagnostica su stick). | Relazione responsabile | | | | | |

1.9.1.2. Centri di dialisi a collocazione intraospedaliera

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|--------------------------------|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.9.1.2.1 | quanto previsto al punto 3.5.1 | | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|--|------------------------|--|--|--|--|
| 1.9.1.2.2 | il centro dispone di unità di dialisi ad alta assistenza per pazienti acuti e cronici ad alto rischio ? | Relazione responsabile | | | | |
| 1.9.1.2.3 | È disponibile un'area separata per la dialisi peritoneale dedicata all'addestramento, terapia e controllo dei pazienti | Relazione responsabile | | | | |

1.9.1.3. Area Ambulatoriale e/o di Day Hospital

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|--|------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.9.1.3.2 | il centro di riferimento dispone di un'area ambulatoriale e/o di Day Hospital per l'attività di diagnostica e terapia delle malattie renali e dell'ipertensione arteriosa, controllo periodico dei pazienti in dialisi ospedaliera e domiciliare, preparazione al trapianto e controllo post trapianto ? | Relazione responsabile | | | | |

1.9.2. Servizi di Nefrologia e Dialisi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-----------------|--|------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.9.2.1 | I Servizi di Nefrologia e Dialisi si collocano all'interno di strutture ospedaliere non individuate quali sedi di centri di riferimento e svolgono attività di prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie renali, effettuano assistenza dialitica dell'insufficienza renale acuta e cronica nel centro dialisi, per il trattamento domiciliare.. | Relazione responsabile | | | | |
| 1.9.2.2 | Detti servizi organizzano e gestiscono U.D.D., dialisi domiciliare ed attività ambulatoriali e devono garantire l'assistenza in condizioni d'urgenza in H24 per tutti i giorni dell'anno | Relazione responsabile | | | | |
| 1.9.2.3. | I Servizi di Nefrologia e Dialisi dispongono per le loro attività di: | Relazione responsabile | | | | |
| | 1. possibilità di ricovero con le modalità indicate per i centri di riferimento; | Relazione responsabile | | | | |
| | 2. area ambulatoriale ospedaliera o extra ospedaliera per la prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie renali, controllo dei pazienti in dialisi e di quelli in attesa di trapianto e trapiantati | Relazione responsabile | | | | |
| | 3. centro di dialisi a collocazione intraospedaliero con almeno 10 posti, con i requisiti minimi di cui al punto 3.5.1. | Relazione responsabile | | | | |
| | 4. l'area destinata alla dialisi peritoneale deve essere separata dall'area emodialitica; | Relazione responsabile | | | | |

1.10. ATTIVITA' TRASFUSIONALI

1.10.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici Specifici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|---|--|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| | <i>Area di Accettazione e prelievi Donatori di Sangue</i> | | | | | |
| | E' assicurata la disponibilità di | | | | | |
| 1.10.1.1 | 1. di una sala di attesa con un adeguato numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza degli accessi. | Relazione tecnica – planimetria | | | | |
| | 2. Sala visita con arredi previsti dai requisiti minimi per l'attività ambulatoriale. | Relazione tecnica – planimetria | | | | |
| | 3. Disponibilità di locali per il prelievo provvisti. | Relazione tecnica – planimetria | | | | |
| | a. di: poltrone da prelievo | Relazione tecnica – elenco attrzzature | | | | |
| | b. bilance da prelievo, | Relazione tecnica – elenco attrzzature | | | | |
| | c. sfigmomanometri, | Relazione tecnica – elenco attrzzature | | | | |
| | d. apparecchio per emometria, | Relazione tecnica – elenco attrzzature | | | | |
| | e. separatori cellulari dedicati alla produzione, | Relazione tecnica – elenco attrzzature | | | | |
| | f. termosaldatrici, da banco e portatile, | Relazione tecnica – elenco attrzzature | | | | |
| | g. attrezzature per rianimazione e trattamenti di emergenza | Relazione tecnica – elenco attrzzature | | | | |
| 4. un locale destinato al ristoro dei donatori dopo la donazione. | Relazione tecnica – planimetria | | | | | |

| | | | | | | | |
|-----------------------|--|---------------------------------|--|--|--|--|--|
| 1.10.1.2 | <p>Unità di Raccolta Esterna Le Unità di raccolta fisse e mobili esterne alla struttura trasfusionale debbono possedere requisiti strutturali ed organizzativi tali da garantire tutti gli interventi e tutte le fasi indispensabili per la donazione di sangue, la rintracciabilità del sangue, la tutela della salute del donatore e del ricevente.</p> | Relazione tecnica – planimetria | | | | | |
| 1.10.1.3 | <p>Area delle prestazioni ambulatoriali Il locale oltre ai requisiti generali deve contenere: letti ed attrezzature per terapia trasfusionale ambulatoriale (separatori cellulari dedicati alla terapia, poltrone e bilance da prelievo e salasso), attrezzature per rianimazione e trattamenti di emergenza.</p> | Relazione tecnica – planimetria | | | | | |
| 1.10.1.4 | <p>Area di preparazione emocomponenti Il locale deve contenere le seguenti attrezzature:</p> | | | | | | |
| | 1. cappa sterile, | elenco attrezzature | | | | | |
| | 2. bilancia equilibratrice per centrifuga da scomposizione, | elenco attrezzature | | | | | |
| | 3. centrifuga refrigerata per scomposizione sacche, , scongelatore per plasma. | elenco attrezzature | | | | | |
| | 4. attrezzature per separazione emocomponenti, ico | elenco attrezzature | | | | | |
| | 5. termosaldatrice da banco e portatile, | elenco attrezzature | | | | | |
| | 6. termosaldatrice per saldature sterili | elenco attrezzature | | | | | |
| | 7. agitatore per concentrati piastrinici, | elenco attrezzature | | | | | |
| | 8. termostato, | elenco attrezzature | | | | | |
| | 9. congelatore rapido, | elenco attrezzature | | | | | |
| 10. misuratore di pH. | elenco attrezzature | | | | | | |

| | | | | | | |
|----------------------|--|---------------------------------|--|--|--|--|
| 1.10.1.5 | Nell'area deve essere presente una zona per la validazione, etichettatura, stoccaggio, carico e scarico del sangue e i suoi componenti, nonché per l'assegnazione e distribuzione. | elenco attrezzature | | | | |
| 1.10.1.6 | I locali devono contenere, oltre quelle previste per i servizi di medicina di laboratorio, le seguenti attrezzature: | elenco attrezzature | | | | |
| | 1. centrifuga da laboratorio | elenco attrezzature | | | | |
| | 2. bilancia analitica | elenco attrezzature | | | | |
| | 3. microscopi | elenco attrezzature | | | | |
| | 4. agglutinoscopio, | elenco attrezzature | | | | |
| | 5. centrifughe da laboratorio di cui almeno una refrigerata, | elenco attrezzature | | | | |
| | 6. frigoriferi e armadi frigoriferi | elenco attrezzature | | | | |
| | 7. emoteche standard | elenco attrezzature | | | | |
| | 8. congelatori a -20, -30, -40 e -80°C, | elenco attrezzature | | | | |
| | 9. stufa termostatica a secco, | elenco attrezzature | | | | |
| 10. bagno termostato | elenco attrezzature | | | | | |
| 1.10.1.7 | I locali e gli spazi correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate. | Relazione tecnica – planimetria | | | | |

1.10.1.2. Requisiti Organizzativi Specifici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-------------------|--|-----------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.10.1.2.1 | Esiste un documento che espliciti i servizi offerti dalla struttura in via diretta ed i servizi forniti appoggiandosi ad altre strutture ? | Copia documento | | | | |
| 1.10.1.2.2 | E' presente un dirigente responsabile della struttura in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente | Atto di nomina | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------|--|------------------|--|--|--|--|
| 1.10.1.2.3 | Sono disponibili procedure scritte e relative responsabilità, in materia di produzione, medicina trasfusionale, rapporti esterni, distribuzione dei farmaci emoderivati, secondo quanto previsto dal D.M. 25.1.2001 e dal D.P.C.M. 1.9.2000. | Copia documento | | | | |
| 1.10.1.2.4 | E' presente nella struttura una dotazione di personale medico, biologo, tecnico di laboratorio, infermieristico, ausiliario ed amministrativo adeguato alla tipologia dei servizi prestati ed ai carichi di lavoro determinati. | Elenco personale | | | | |
| 1.10.1.2.5 | Sono disponibili procedure scritte che comprendono tutte le misure necessarie per assicurare la rintracciabilità del percorso, dal donatore al ricevente e viceversa, del sangue e dei suoi componenti, che sono raccolti, controllati lavorati, conservati, rilasciati e/o distribuiti nel territorio. | Copia documento | | | | |
| 1.10.1.2.6 | Sono garantite tutte le misure necessarie per assicurare che il sistema utilizzato per l'etichettatura del sangue e dei componenti raccolti, controllati, lavorati, conservati, rilasciati e/o distribuiti sia conforme al sistema di identificazione di cui al punto precedente e che comprenda tutte le informazioni necessarie. | Copia documento | | | | |

| | | | | | | |
|--------------------|--|------------------------|--|--|--|--|
| 1.10.1.2.7 | Esiste una specifica procedura in ordine agli incidenti gravi (evento accidentale o errore) connessi alla raccolta, controllo, lavorazione, conservazione e distribuzione del sangue e/o componenti e/o derivati, che possano influire sulla qualità e sicurezza, nonché qualunque reazione indesiderata grave, osservata durante o dopo la trasfusione, per la notifica alle autorità competenti e per il ritiro dalla distribuzione dei prodotti associati all'evento. | Copia documento | | | | |
| 1.10.1.2.8 | E' adottata una "cartelletta trasfusionale" da inserire nelle cartelle cliniche di degenza che contiene tutte le informazioni relative all'attività trasfusionale prestata. | Copia documento | | | | |
| 1.10.1.2.9 | E' disponibile una procedura che comprende tutte le misure necessarie per assicurare che tutti i dati siano resi anonimi in modo che il donatore non sia più identificabile. | Copia documento | | | | |
| 1.10.1.2.10 | Ogni struttura trasfusionale deve attuare un sistema di qualità quale presupposto essenziale per ridurre i rischi della trasfusione e contemporaneamente garantire il beneficio terapeutico ai pazienti che ricevono sangue e/o suoi componenti e prodotti. | Relazione responsabile | | | | |
| 1.10.1.2. | Esiste un sistema informativo di raccolta, elaborazione ed archiviazione dei dati di struttura, processo ed esito. | Relazione responsabile | | | | |
| 1.10.1.2. | Per tutto quanto non citato nel presente documento deve essere fatto riferimento al D.P.C.M. 1° settembre 2000: <i>"Atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie relative alla medicina trasfusionale"</i> . | Relazione responsabile | | | | |

1.10.2. FRIGOEMOTECHE

Le case di cura private dotate di frigoemoteca, la cui tipologia e quantità delle prestazioni erogate comportino una più intensa attività di medicina trasfusionale, dovranno acquisire *"in loco"* un medico appartenente alla struttura trasfusionale pubblica di riferimento, con oneri a proprio carico.

1.10.2.2. Requisiti Organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--------------------|---|-------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.10.2.2. 1 | L'attività fa riferimento, mediante apposita convenzione, stipulata ai sensi della normativa vigente, alla struttura trasfusionale competente per territorio o a struttura trasfusionale diversa da quella competente previa acquisizione di parere favorevole di questa. | Copia convenzione | | | | |
| 1.10.2.2.2 | È individuato il medico responsabile (Direttore sanitario o altro dirigente medico da questi formalmente delegato e appartenente ad una delle U.O. operanti nella struttura). | Atto di nomina | | | | |
| 1.10.2.2. 3 | Esistono procedure scritte, protocolli e/o istruzioni di lavoro approvate, dal Responsabile della struttura trasfusionale di riferimento | Copie documenti | | | | |
| 1.10.2.2. 4 | Esiste il Registro di <i>"carico e scarico"</i> che deve contenere tutti i movimenti delle unità di sangue ed emocomponenti della frigoemoteca con modalità concordate con il Servizio d'immunematologia e Medicina Trasfusionale (SIMIT) di riferimento | Verifica in loco | | | | |
| 1.10.2.2. 5 | È disponibile e facilmente reperibile una procedura relativa alla raccolta, qualificazione, assegnazione e conservazione delle unità autologhe pre-depositate per autotrasfusione | Copia documento | | | | |

| | | | | | | |
|--------------------|---|-----------------|--|--|--|--|
| 1.10.2.2. 6 | Esiste, a cura del SIMT di riferimento, una procedura operativa per l'assegnazione, la movimentazione e la ricostituzione della scorta di unità ematiche per l'emergenza | Copia documento | | | | |
| 1.10.2.2. 7 | Esistono:. | | | | | |
| 1.10.2.2. 8 | 1. una procedura che regola le attività di manutenzione, taratura e controllo delle frigoemoteche e dei dispositivi di misurazione della temperatura; | Copia documento | | | | |
| 1.10.2.2. 9 | 2. una procedura per l'acquisizione del consenso informato del paziente alla terapia trasfusionale e per l'autotrasfusione; | Copia documento | | | | |
| 1.10.2.2.10 | 3. una procedura che regola il debito informativo con la struttura di riferimento anche relativamente alle relazioni di avvenuta trasfusione che riportino anche la notifica di eventuali reazioni avverse alla trasfusione | Copia documento | | | | |
| 1.10.2.2.11 | | | | | | |
| 1.10.2.2.12 | Esiste un documento che espliciti i servizi offerti dalla struttura in via diretta ed i servizi forniti appoggiandosi ad altre strutture ? | Copia documento | | | | |
| 1.10.2.2.13 | E' presente un dirigente responsabile della struttura in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente | Atto di nomina | | | | |

1.11. GESTIONE FARMACI E MATERIALE SANITARIO

1.11.1. Requisiti Strutturali e Organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-----------------|---------------------------------------|----------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.11.1.1 | È presente un responsabile farmacista | Atto di nomina | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|---|-------------------------------|--|--|--|--|
| 1.11.1.2 | Sono previsti spazi per : | relazione tecnica planimetria | | | | |
| | 4. per la segreteria | | | | | |
| | 5. deposito dei medicinali | | | | | |
| | 6. Deposito del materiale di medicazione | | | | | |
| | 7. dei dispositivi medici e chirurgici | | | | | |
| | 8. del materiale di medicazione e degli specifici materiali di competenza. | | | | | |
| 1.11.1.3 | L'articolazione interna consente percorsi distinti dei materiali in entrata e in uscita, con accessibilità dall'esterno autonoma rispetto al sistema dei percorsi generali del presidio | relazione tecnica planimetria | | | | |
| 1.11.1.4 | Devono essere in particolare previsti: | | | | | |
| 1.11.1.5 | 1. un deposito per farmaci e dispositivi medici e chirurgici; | relazione tecnica planimetria | | | | |
| | 2. uno spazio apposito per la ricezione del materiale e la successiva registrazione dello stesso; | relazione tecnica planimetria | | | | |
| | 3. un vano blindato, o un armadio antiscasso, per la conservazione degli stupefacenti; | relazione tecnica planimetria | | | | |
| | 4. frigoriferi per la conservazione dei medicinali da custodire ad una determinata temperatura, dotati di registratori di temperatura, di un sistema di allarme, e possibilmente collegati a gruppi di continuità o ad una linea di alimentazione preferenziale | relazione tecnica planimetria | | | | |
| | 5. cappa di aspirazione forzata nel locale; | relazione tecnica planimetria | | | | |
| | 6. pavimenti con superficie lavabile e disinfettabile | relazione tecnica planimetria | | | | |
| | 7. pareti con rivestimento impermeabile e lavabile fino ad una altezza massima di metri 2, relativamente ai locali adibiti a laboratorio | relazione tecnica planimetria | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|---|-------------------------------|--|--|--|--|
| | 8. armadi chiusi a chiave per la custodia dei veleni e di tutte le sostanze per le quali è previsto un accesso controllato; | relazione tecnica planimetria | | | | |
| | 9. deposito infiammabili debitamente autorizzato nel rispetto della normativa vigente | relazione tecnica planimetria | | | | |
| | 10. sostanze obbligatorie come previsto dalle farmacopee ufficiali italiana ed europea; | relazione tecnica planimetria | | | | |
| | 11. spazi adeguati per il movimento in uscita dei farmaci e di ogni altro materiale sanitario; | relazione tecnica planimetria | | | | |
| | 12. locale e attrezzature per preparazioni galeniche; | relazione tecnica planimetria | | | | |
| 1.11.1.6 | Il servizio di farmacia deve, inoltre, essere dotato di spazi adeguati per la correlata attività di supporto tecnico amministrativo, indispensabile al fine di assicurare la corretta ed economica gestione del servizio stesso.; | relazione tecnica planimetria | | | | |

1.11.2. Requisiti Tecnologici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-----------------|---|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.11.2.1 | Impianto di condizionamento che deve assicurare (dotato di un adeguato sistema di controllo, e costante monitoraggio) | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20-26° C | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Umidità relativa compresa tra 50% +o- 5% | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Ricambio di aria esterna di 2 vol/h | | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|---|--|--|--|--|--|
| | classe di purezza filtrazione con filtri a media efficienza.. | | | | | |
| 1.11.2.2 | un impianto rilevazione incendi anche nei depositi separati | Relazione tecnica – verifica ispettiva | | | | |

1.11.3. Locali adibiti a immagazzinamento, preparazione e somministrazione di chemioterapici antitumorali

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-----------------|--|-------------------------------|----------|----|---------|---------------------------------------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| | I locali adibiti a immagazzinamento, preparazione e somministrazione dei chemioterapici antitumorali hanno seguenti requisiti ? | | | | | |
| 1.11.3.1 | Immagazzinamento | | | | | |
| | 1. idonei sistemi di aerazione; | relazione tecnica planimetria | | | | |
| | 2. pavimenti in materiale plastico facilmente lavabile | relazione tecnica planimetria | | | | |
| 1.11.3.2 | Preparazione | | | | | |
| | 1. pavimento e pareti rivestiti fino ad opportune altezze da materiale plastico facilmente lavabile (ad esempio PVC elettrosaldato munito di sguscio agli angoli). | relazione tecnica planimetria | | | | |
| | 2. E' opportuno poter disporre di una stanza filtro al fine di mantenere maggiormente isolato il locale di preparazione dagli altri locali. | relazione tecnica planimetria | | | | È opportuno o è obbligatorio ? |
| | 3. Il locale deve inoltre essere protetto da turbolenze d'aria che potrebbero vanificare le misure di sicurezza. | relazione tecnica planimetria | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|-------------------------------|--|--|--|---------------------------------------|
| | 4. Le porte di accesso del tipo a battente con apertura verso l'esterno. | relazione tecnica planimetria | | | | |
| | 5. E' opportuno poter disporre di una stanza filtro al fine di mantenere maggiormente isolato il locale di preparazione dagli altri locali. 6. All'interno della stanza deve essere previsto un "punto di decontaminazione" costituito da un lavandino a pedale e da un lavaocchi di sicurezza, anche situato in apposito box o servizio con accesso alla stanza. | relazione tecnica planimetria | | | | È opportuno o è obbligatorio ? |
| | 7. Il sistema di condizionamento deve essere separato dall'impianto centralizzato. | relazione tecnica planimetria | | | | |
| | 8. In caso di condizionamento centralizzato, la stanza deve essere munita di sistema di esclusione a pulsante del condizionamento da azionare nel caso di accidentali spandimenti di farmaci allo stato di polveri | relazione tecnica planimetria | | | | Incoerente con il precedente |
| | 9. La velocità dell'aria immessa dall'impianto non deve superare 0,15 m/s e i ricambi d'aria nel locale non devono essere inferiori a 6 v/h. | relazione tecnica planimetria | | | | |
| | 10. All'interno della stanza filtro o del locale in cui si opera devono essere conservati i mezzi protettivi individuali ed i mezzi di sicurezza da impiegare in caso di spandimenti accidentali (maschere, camici monouso, soluzione di ipoclorito di sodio al 10% per la neutralizzazione chimica). | relazione tecnica planimetria | | | | |
| | 11. La soluzione ottimale è rappresentata da un sistema con labirinto obbligato di docce ed ambiente filtro per gli indumenti da lavoro. Tuttavia può essere sufficiente la presenza di una doccia per le emergenze | relazione tecnica planimetria | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|---|-------------------------------|--|--|--|--|
| 1.11.3.2 | <i>Somministrazione</i> | | | | | |
| | 1. idonei sistemi di areazione; | relazione tecnica planimetria | | | | |
| | 2. pavimenti di materiale plastico facilmente lavabile; | relazione tecnica planimetria | | | | |
| | 3. un idoneo lavabo. | relazione tecnica planimetria | | | | |

SERVIZI GENERALI DI SUPPORTO

SERVIZIO CUCINA

Il servizio di cucina può anche essere convenzionato o gestito in forma associata da più strutture, purché regolarmente autorizzate dall'autorità sanitaria competente. Il servizio cucina deve essere conforme alla normativa vigente in materia di igiene degli alimenti.

Requisiti Strutturali e Tecnologici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--|---|---------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| | Il servizio di cucina prevede? | Relazione tecnica - planimetria | | | | |
| | spazi adeguati per la ricezione derrate, dispense e celle frigorifere; | Relazione tecnica - planimetria | | | | |
| | spazi per la preparazione/cottura, dotato di idonea cappa aspirante; | Relazione tecnica - planimetria | | | | |
| | spazi per il lavaggio e deposito per stoviglie e carrelli; | Relazione tecnica - planimetria | | | | |
| | un deposito rifiuti; | Relazione tecnica - planimetria | | | | |
| | un deposito materiali per pulizia; | Relazione tecnica - planimetria | | | | |
| | spogliatoi e servizi igienici per il personale, dotati di doccia, antibagno e sistema di azionamento non manuale; | Relazione tecnica - planimetria | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|---------------------------------|--|--|--|--|
| | spazi per la preparazione, il lavaggio dei carrelli, stoviglie e portavivande dispongono di pareti a tutt'altezza con superfici lisce, impermeabili, lavabili e disinfettabili; | Relazione tecnica - planimetria | | | | |
| | spazi per la preparazione, il lavaggio dei carrelli, stoviglie e portavivande hanno pavimenti antisdrucciolo con superficie liscia lavabile e disinfettabile; | Relazione tecnica - planimetria | | | | |
| | in tutti gli spazi devono essere assicurate efficaci condizioni di illuminazione e ventilazione. | Relazione tecnica - planimetria | | | | |

Requisiti Organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--|---|------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| | Il servizio di cucina prevede? | | | | | |
| | 4. protocolli scritti circa le modalità di trasporto e confezionamento del cibo da e per la cucina; | copia documenti | | | | |
| | 5. l'elaborazione delle tabelle dietetiche, dei menù e delle diete speciali. | copia documenti | | | | |
| | 6. I cibi distribuiti devono rispondere a quanto stabilito nelle tabelle dietetiche, nei menù e nelle diete speciali. | Verifica in loco | | | | |

1.13. SERVIZIO LAVANDERIA

Il servizio di lavanderia può anche essere convenzionato o gestito in forma associata da più strutture sanitarie, purché regolarmente autorizzato dalla autorità sanitaria competente.

Requisiti Strutturali e Tecnologici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--|--|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| | | | | | | |

| | | | | | |
|---------------|--|------------------|--|--|--|
| 1.13.1 | Sono previsti ambienti separati per materiale sporco (contaminato) e pulito (decontaminato). | | | | |
| | Per ogni ciclo di lavorazione sono garantiti | copia documenti | | | |
| 1.13.2 | 1. controllo e monitoraggio dei fattori critici del ciclo di lavaggio (temperatura, tempo e concentrazione dei disinfettanti); | copia documenti | | | |
| | 2. controllo carica batterica (Bioburden) prodotto lavato e stirato (semestrale); | Verifica in loco | | | |
| | 3. controllo e monitoraggio caricamento macchinari e dosaggio prodotti di lavaggio. | | | | |
| 1.13.3 | Nel caso di servizio di lavanderia interno devono essere previsti spazi adeguati per la raccolta e cernita della biancheria, per il lavaggio, l'asciugatura, il rammendo, la stiratura ed il deposito della biancheria pulita. | | | | |
| 1.13.4 | Il personale della lavanderia deve utilizzare tutti i dispositivi di protezione individuale per la prevenzione del rischio biologico. | | | | |
| | Requisiti Organizzativi | | | | |
| 1.13.5 | protocolli scritti circa le modalità di trasporto del materiale da e per la lavanderia; | copia documento | | | |
| 1.13.6 | protocolli scritti per tutte le procedure attuate sul materiale ricevuto. | Copia documento | | | |

:

1.14. SERVIZIO DI STERILIZZAZIONE

Il servizio di sterilizzazione può anche essere convenzionato o gestito in forma associata da più strutture, purché regolarmente autorizzate dall'autorità sanitaria competente.

Requisiti Strutturali

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--|--|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|---------------|--|----------------------------|--|--|--|--|
| 1.14.1 | Il servizio deve disporre dei seguenti ambienti? | | | | | |
| | 1. un locale destinato al ricevimento e lavaggio; | Planimetrie | | | | |
| | 2. un locale per ricezione, cernita, pulizia e preparazione; | Planimetrie | | | | |
| | 3. zona filtro per il personale, preliminare all'accesso al deposito materiale sterilizzato; | Planimetrie | | | | |
| | 4. un locale per confezionamento e sterilizzazione | Planimetrie | | | | |
| | 5. un locale per stoccaggio e deposito materiale sterile; | Planimetrie | | | | |
| | 6. il percorso deve essere progressivo dalla zona sporca a quella pulita; | Planimetrie | | | | |
| | 7. nei locali per confezionamento e sterilizzazione e per stoccaggio e deposito materiale sterile, deve essere garantito l'accesso del personale e dei materiali in appositi filtri a doppia porta con aperture obbligate e/o bussole; | Planimetrie | | | | |
| | 8. spogliatoi e servizi igienici del personale. | Planimetrie | | | | |
| | Requisiti Tecnologici | | | | | |
| | Il servizio deve disporre dei seguenti impianti: | | | | | |
| 1.14.2 | nei locali di confezionamento e sterilizzazione, stoccaggio e deposito, deve essere previsto un impianto di condizionamento ambientale che assicuri | Relazione tecnica impianto | | | | |
| | 1. una temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20-27 °C | | | | | |

| | | | | | | |
|---------------|---|----------------------------|--|--|--|--|
| | 2. una umidità relativa estiva ed invernale del 40-60% | | | | | |
| | 3. un ricambio aria/ora esterna di 15 v/h; | | | | | |
| 1.14.3 | un impianto illuminazione di emergenza; | relazione tecnica impianto | | | | |
| 1.14.4 | un impianto di aria compressa. | Relazione tecnica impianto | | | | |
| 1.14.5 | La dotazione minima strumentale è la seguente: | | | | | |
| | 1. apparecchiatura di sterilizzazione (rispondente alla norma UNI EN 285 e convalidata annualmente secondo la norma UNI EN 554); | elenco attrezzature | | | | |
| | 2. apparecchiatura per il lavaggio del materiale da sottoporre a sterilizzazione (Ultrasuoni e Lavastrumenti 93°C/10 min.); | elenco attrezzature | | | | |
| | 3. un bancone con lavello resistente agli acidi ed agli alcali. | Elenco attrezzature | | | | |
| | Requisiti Organizzativi | | | | | |
| 1.14.5 | La dotazione organica del personale addetto deve essere rapportata al volume delle attività e comunque è previsto all'interno dell'equipe almeno un infermiere. | Elenco personale | | | | |
| 1.14.6 | Deve esistere un sistema di tracciabilità del prodotto. | relazione | | | | |

: 1.15. SERVIZIO DI DISINFEZIONE

Il servizio di disinfezione può anche essere convenzionato o gestito in forma associata da più strutture, purché regolarmente autorizzate dall'autorità sanitaria competente.

Requisiti Strutturali

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--|--|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|----------------|--|--------------------------------------|--|--|--|--|
| 1.15.1 | Il servizio di disinfezione prevede spazi per il trattamento degli effetti personali, dei letteracci, della biancheria, e in genere dei materiali infetti? | planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.15.2 | L'articolazione interna degli spazi consente la netta separazione tra le zone sporche e pulite ? | planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.15.3 | Il percorso è progressivo dalla zona sporca alla zona pulita. ? | planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.15.4 | Per le nuove costruzioni, deve essere previsto un pavimento antisdrucciolo nelle zone sporche con adeguata pendenza per garantire i necessari scarichi. | planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.15.5 | Il servizio deve prevedere: | planimetria – verifica in loco | | | | |
| | 1. un locale filtro del personale, con servizi igienici e spogliatoi; | planimetria – verifica in loco | | | | |
| | 2. un locale di pre-trattamento e disinfezione; | planimetria – verifica in loco | | | | |
| | 3. un deposito materiale da trattare; | planimetria – verifica in loco | | | | |
| | 4. un deposito pulito. | planimetria – verifica in loco | | | | |
| 1.15.6 | Requisiti Tecnologici | | | | | |
| 1.15.7 | Il servizio deve disporre dei seguenti impianti: | | | | | |
| 1.15.8 | un impianto di condizionamento ambientale che assicuri | relazione tecnica impianto | | | | |
| | 1. una temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20-27 °C | relazione tecnica impianto | | | | |
| | 2. una umidità relativa estiva ed invernale del 40-60%, | relazione tecnica impianto | | | | |
| | 3. ; un ricambio aria/ora esterna di 15 v/h; | relazione tecnica impianto | | | | |
| 1.15.9 | l'impianto illuminazione di emergenza; | relazione tecnica impianto | | | | |
| 1.15.10 | l'impianto di aria compressa. | relazione tecnica impianto | | | | |
| 1.15.11 | Devono essere previste apparecchiature idonee al trattamento del materiale | relazione tecnica – verifica in loco | | | | |
| 1.15.12 | Requisiti Organizzativi | | | | | |

| | | | | | | |
|----------------|--|------------------|--|--|--|--|
| 1.15.13 | La dotazione organica del personale addetto deve essere rapportata al volume delle attività e, comunque, prevede all'interno dell'equipe almeno un infermiere. | Elenco personale | | | | |
|----------------|--|------------------|--|--|--|--|

1.16. SERVIZIO MORTUARIO

Il servizio mortuario può anche essere convenzionato o gestito in forma associata da più strutture, purché regolarmente autorizzate dall'autorità sanitaria competente.

Requisiti Strutturali

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|---------------|--|-------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 1.16.1 | L'ubicazione del Servizio Mortuario consente l'entrata e l'uscita autonoma senza interferenze rispetto al sistema generale dei percorsi interni della struttura. | Planimetria relazione tecnica | | | | |
| | È previsto un accesso dall'esterno per i visitatori | Planimetria relazione tecnica | | | | |
| 1.16.2 | Il servizio deve prevedere: | Planimetria relazione tecnica | | | | |
| | 1. locali destinati all'osservazione, deposito ed esposizione delle salme; | Planimetria relazione tecnica | | | | |
| | 2. uno spazio attesa per dolenti con servizio igienico; | Planimetria relazione tecnica | | | | |
| | 3. un deposito materiale; | Planimetria relazione tecnica | | | | |
| | 4. locali e servizi igienici per il personale; | Planimetria relazione tecnica | | | | |
| | 5. il servizio di riscontro autoptico può essere esternalizzato; | Planimetria relazione tecnica | | | | |
| | 6. celle frigorifere | Planimetria relazione tecnica | | | | |
| 1.16.3 | se presente, la sala autoptica deve essere attrezzata per il riscontro diagnostico e per l'eventuale prelievo delle parti anatomiche; | Planimetria relazione tecnica | | | | |
| 1.16.4 | se presente, la superficie minima della sala autoptica deve essere non inferiore a 25 mq. | Planimetria relazione tecnica | | | | |
| | Requisiti Tecnologici | | | | | |

| | | | | | |
|---------------|---|-------------------|--|--|--|
| 1.16.5 | Il Servizio Mortuario deve essere dotato di un impianto di condizionamento ambientale che assicuri, limitatamente al locale osservazione/sosta salme: | | | | |
| | 1. una temperatura interna invernale ed estiva non superiore a 18 °C; | relazione tecnica | | | |
| | 2. una umidità relativa del 60% + o - 5%. | relazione tecnica | | | |
| 1.16.6 | Deve essere presente l'impianto di illuminazione di emergenza. | relazione tecnica | | | |

2. RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO PER POST ACUZIE

2.0. REQUISITI GENERALI

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-------|---|------------------------------|----------|----|---------|---|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 2.0.1 | Le strutture sono in possesso dei requisiti di carattere generale di cui ai punti 1.0.1, 1.2.1 e previsti per tutti i servizi di supporto ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Nelle nuove costruzioni, la camera di degenza singola ha una superficie di 12 mq ? | Sopralluogo e documentazione | | | | La verifica dell'agibilità e del servizio igienico deve considerare la particolare condizione degli ospiti |
| | Nelle nuove costruzioni, le camere multiple hanno la superficie utile non inferiore a mq 9 per singolo posto letto ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Sono previsti servizi igienici adeguati ai pazienti non autosufficienti a servizio di almeno 1/3 dei posti letto con possibilità di accesso e rotazione completo delle carrozzine, accesso diretto o immediatamente attiguo alla camera, dotato di lavandino, wc, doccia e, laddove possibile, bidet? | Sopralluogo e documentazione | | | | - Qualora la struttura di post-acuzie sia collocata nell'ambito di complessi sanitari ospedalieri o socio-sanitari è consentita l'utilizzazione di spazi in comune, quali quelle corrispondenti alle aree generali e di upporto, all'area di socializzazione, all'area di valutazione delle terapie nonché all'area di attesa e di deposito. gli spazi sono dimensionati in base all'esigenze del |
| | Le camere a più posti letto sono attrezzate per garantire la privacy del singolo paziente, mediante l'utilizzo di adeguati tendaggi e pannelli mobili? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Nelle nuove strutture, le porte dei locali ad uso dei ricoverati hanno una larghezza minima di cm 120? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---|
| | <p>E' stata prevista un'area destinata alla valutazione con locali per le visite specialistiche e per le valutazioni diagnostico-prognostiche non inferiore a 12 mq, comunque collocati nella struttura ospedaliera?</p> | <p>Sopralluogo e documentazione</p> | | | | <p>numero complessivo degli assistiti della struttura.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le prestazioni del laboratorio analisi e di radiologia convenzionale comprensiva di ecografie e grande diagnostica neurologica per immagini possono essere acquisite anche da strutture esterne al presidio in cui è collocata la UO ad esclusione della radiologia convenzionale per la riabilitazione. - Qualora la struttura di post-acuzie sia collocata nell'ambito di complessi sanitari ospedalieri o socio-sanitari residenziali, è consentita l'utilizzazione di spazi in comune, quali quelli corrispondenti alle aree generali e di supporto, all'area di socializzazione, all'area della valutazione e delle terapie nonché all'area di attesa e di deposito. In tal caso, gli spazi in comune dovranno essere di dimensioni tali da soddisfare le esigenze del numero complessivo degli assistiti nell'intera struttura. |
|--|--|--|--|--|--|---|

2.0.2 **Requisiti Tecnologici Generali**

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--------|--|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 2.0.2. | La dotazione strumentale è correlata quantitativamente e qualitativamente ai bisogni dell'utenza e delle diverse tipologie di attività, assicurandone uno svolgimento sicuro, efficace ed efficiente? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | In relazione alla specifica attività svolta nella struttura ed alla tipologia degli utenti, sono presenti: <ul style="list-style-type: none"> - attrezzature e dispositivi per la valutazione diagnostica? - presidi e risorse tecnologiche atte allo svolgimento di prestazione mediche, infermieristiche e riabilitative nonché specialistiche necessarie? - attrezzature e presidi per realizzare le varie tipologie di esercizio terapeutico e di riabilitazione funzionale negli ambienti dedicati, per attività individuali e/o di gruppo? - attrezzature elettromedicali per la terapia fisica e strumentale, di supporto e completamento all'esercizio terapeutico? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|-------------------------------------|--|--|--|--|
| | <p>Sono disponibili:</p> <ul style="list-style-type: none"> - letti servoassistiti mobili a tre snodi regolabili in altezza predisposti per spondine e relativi “trapezi” ed “archetti alzacoperte”? - (in relazione alla tipologia dei malati - es. pazienti traumatizzati cranici provenienti dalla terapia intensiva/rianimazione – è essere presente un congruo numero di letti servoassistiti elettricamente che consentano la facile esecuzione di tutte le manovre assistenziale ed il corretto posizionamento del paziente? - materassi e cuscini antidecubito? - carrozzine e ausili per la mobilità del paziente? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
|--|---|-------------------------------------|--|--|--|--|

2.0.3. *Requisiti Organizzativi Generali*

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--------|---|-------------------------------------|-----------------|-----------|----------------|-------------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 2.0.3. | Le strutture sono in possesso dei requisiti di cui ai punti 1.0.2, 1.2.3. ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Nei presidi autonomi ovvero nei presidi inseriti in complessi che comprendono strutture residenziali socio-sanitarie è previsto un direttore sanitario con i requisiti di legge? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | All'interno delle strutture per post-acuzie ad alta recettività complessiva ovvero con più articolazioni funzionali e nei complessi polifunzionali, così come nelle strutture ambulatoriali nelle quali coesistono nella stessa unità immobiliare più tipologie funzionali (ad es. laboratorioanalisi, diagnostica per immagini, e riabilitazione) riconducibili ad un unico soggetto titolare, è previsto, in analogia a quanto disposto per le strutture di ricovero, un unico direttore sanitario in possesso di specializzazioni in igiene e medicina preventiva (o titolo equipollente)? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|--|--|--|
| | <p>E' assicurata la presenza di una équipe multi professionale per unità operative di 20 posti composta da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - medico dirigente in possesso della specializzazione correlata alla tipologia dell'utenza ovvero con documentata attività di servizio per almeno cinque anni nel settore? - infermieri professionali per ogni turno? - tecnici della riabilitazione (fisioterapista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 741; terapeuta occupazionale ex D.M. 17 gennaio 1997, n. 136; terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva ex D.M. 17 gennaio 1997, n. 56; logopedista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 742); - il personale professionista sanitario per la riabilitazione deve essere in possesso dello specifico titolo professionale abilitante o di un titolo reso equipollente in forza di legge; - psicologo e assistente sociale (anche non dedicati); - medici specialisti a consulenza ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | <p>Il numero degli operatori è correlato alle caratteristiche particolari dell'utenza assistita?</p> | Sopralluogo e documentazione | | | | <p>E' opportuno l'intervento di personale riabilitativo anche durante la fase acuta della patologia.</p> |
| | <p>In presenza di due o più unità operative è garantita la presenza di una dirigenza Infermieristica?</p> | Sopralluogo e documentazione | | | | <p>E' opportuno l'intervento di personale riabilitativo anche durante la fase acuta della patologia.</p> |

| | | | | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|--|--|--|
| | <p>Per ogni paziente è assicurata:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la valutazione multidimensionale, attraverso appositi strumenti validati, dei problemi/bisogni sanitari, riabilitativi, cognitivi, psicologici e di nursing della persona al momento - dell'ammissione e periodicamente; - la predisposizione di un piano di assistenza individualizzato (P.A.I.) ovvero uno o più progetti riabilitativi alla cui redazione collaborano i componenti dell'équipe professionale, ciascuno per le proprie competenze, corrispondente ai problemi/bisogni identificati; - l'istituzione di una cartella personale contenente tutte le informazioni sanitarie necessarie per - la continuità assistenziale, periodicamente aggiornata dal personale. | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Sono definiti e documentati i collegamenti funzionali con le strutture di emergenza ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Esistono procedure formalizzate di raccordo con i servizi sanitari del distretto di residenza del paziente anche al fine di garantire l'eventuale continuità degli interventi riabilitativi dopo la dimissione? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Esistono modalità operative che facilitino le relazioni con la famiglia e favoriscano la partecipazione della stessa al progetto riabilitativo, soprattutto per pazienti appartenenti all'età evolutiva e all'area della senescenza? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

2.1. LUNGODEGENZA (COD. 60)

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------|---|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 2.1. | In tali strutture è prevista la sorveglianza medica continuativa nelle 24 ore, il nursing infermieristico ed il trattamento riabilitativo? (Le strutture di lungodegenza possono essere collocate in presidi ospedalieri o costituire presidi autonomi. Le strutture di lungodegenza medica possono costituire presidi autonomi ovvero unità operative all'interno di presidi ospedalieri ovvero essere inseriti in complessi polifunzionali che comprendono strutture ospedaliere e/o residenziali.) | Sopralluogo e documentazione | | | | |

2.1.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--------|--|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 2.1.1. | La struttura possiede i requisiti generali di cui ai punti 2.0.1. e 2.0.2? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

2.1.2. Requisiti Organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--------|---|-------------------------------------|----------|----|---------|--|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 2.1.2. | Oltre ai requisiti generali di cui al punto 2.0.3. la struttura possiede i requisiti sotto riportati? - attività di assistenza diagnostica, medica, infermieristica e riabilitativa e leconsulenze specialistiche cardiologiche, urologiche, neurologiche, internistiche ed oculistiche etutte quelle necessarie alla tipologia dei pazienti. - presenza di una équipe multi professionale funzionale alla garanzia delle attività previste dai Piani Individuali di Assistenza e/o dai Progetti Riabilitativi Individuali. | Sopralluogo e documentazione | | | | Vedere tabella all. 1. - Tra i medici è compreso il responsabile (1 ogni 100 posti letto); - Tra le unità di personale infermieristico sono compresi i coordinatori (1 ogni 60 posti letto); L'assistenza garantita dagli OSS può essere erogata anche da OTA, ADEST o altre figure similari purché siano qualificate e formate a prestare assistenza diretta alla persona; |

| | | | | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|--|--|--|
| | I medici sono in possesso della specializzazione correlata alla tipologia dell'utenza (geriatra, neurologo, fisiatra o altro specialista)? ovvero documentata attività di servizio per almeno cinque anni nel settore? sono presenti nei giorni feriali nelle ore diurne e partecipare alla copertura delle guardie diurne e notturne? il responsabile del reparto, oltre alla specializzazione nella disciplina di interesse, ha un'anzianità di servizio di almeno sette anni o in alternativa alla specializzazione un'anzianità di servizio di dieci anni nel settore. | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Nella struttura sono presenti le seguenti figure professionali? - psicologo e assistente sociale e dietista; | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Il personale professionista sanitario per la riabilitazione è in possesso dello specifico titolo professionale abilitante o di un titolo reso equipollente in forza di legge? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Esistono procedure formalizzate per l'accesso dalle strutture ospedaliere per acuti riguardanti l'appropriatezza del ricovero? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Esistono procedure formalizzate per il raccordo con i servizi sanitari del distretto di residenza del paziente per assicurare la continuità assistenziale dopo la dimissione? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

2.2. RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE (COD. 56)

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------|---|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 2.2. | E' prevista la tutela medica nelle 24ore, con interventi di nursing ad elevata specificità e di prevenzione secondaria, interventi valutativi medico-specialistici, valutazioni terapeutiche, riabilitative e rieducative intensive non erogabili in altra forma? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Le Unità operative garantiscono un approccio multidisciplinare alla disabilità? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

2.2.1. Requisiti Strutturali

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--------|--|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 2.2.1. | <p>Oltre ai requisiti indicati nel punto 2.0.1. è presente un'area destinata all'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione comprendente quanto sotto elencato?</p> <ul style="list-style-type: none">- locali e palestra per attività dinamiche e di gruppo con superficie complessiva di almeno 100 mq per 20 utenti, con uno standard di 5 mq/paziente; (per le strutture esistenti sono previsti locali e palestra per attività dinamiche e di gruppo con uno standard complessivamente non inferiore a 5 mq/paziente rapportato al numero di pazienti da sottoporre contemporaneamente a terapia, a condizione che la palestra abbia una superficie di almeno 45 mq e nel rispetto dei parametri assistenziali vigenti);- spazi per attività statiche o individuali, attrezzate un rapporto alla tipologia dell'intervento articolate in locali/spazi di almeno 9 mq;- ambiente/ spazio per il coordinamento dei terapisti e lo svolgimento delle funzioni connesse, preferibilmente nelle vicinanze della palestra;- area attrezzata dedicata per colloquio ed addestramento familiari (può essere sostituita dalla sala riunioni);- area attrezzata per la consumazione dei pasti, per la socializzazione ed il tempo libero.- servizio igienico per disabili. | Sopralluogo e documentazione | | | | |

2.2.2. *Requisiti Tecnologici*

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--------|--|---------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 2.2.2. | <p>Oltre ai requisiti generali di cui al punto 2.0.2. la struttura possiede i requisiti sotto riportati?</p> <ul style="list-style-type: none"> - apparecchio per saturimetria transcutanea; - letto di grandi dimensioni per rieducazione motoria ad altezza variabile; - letti di verticalizzazione ad altezza ed inclinazione variabile; - sollevatore elettrico con diverse tipologie di imbragatura in grado di sollevare il paziente dal piano-pavimento; - materassini per cinesiterapia a pavimento; - parallele ad altezza variabile; - specchi a muro per cinesiterapia (non quadrettati); - bilance con quadrante basso; - scala modulare per rieducazione motoria; - apparecchi per elettrostimolazioni; - ausili vari per la deambulazione (bastoni, tripod, deambulatori, etc); - cicloergometro o tapis roulant; - piani oscillanti e sussidi per la rieducazione propriocettiva; - sussidi per l'esercizio terapeutico; - ausili per il rinforzo muscolare; - bastoni per cinesiterapia; - cuscini in gommapiuma a densità graduata e rivestiti in similpelle e di diverse dimensioni e forme; - 1 maxicilindro; - sgabelli ad altezza regolabile; - sussidi vari per l'addestramento alle ADL primarie in terapia occupazionale; - attrezzatura per la realizzazione e l'adattamento di ausili ed ortesi realizzati in materiale termomodellabile. | Elenco attrezzature e verifica | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|--|--|--|
| | <p>Sono presenti aree per la socializzazione ed il tempo libero? con dotazione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tavoli, sedie e poltroncine ergonomiche; - strumenti audiovisivi; - materiale per attività manipolative e ludiche; - materiali e strumenti per la valutazione: sistema di valutazione neurofisiopatologica, sussidimanuali ed elettronici per la valutazione delle attività motorie, sussidi manuali ed elettronici per la valutazione del linguaggio e delle turbe neuropsicologiche, spirometro etc. | Elenco attrezzature e verifica | | | | |
| | <p>Sono presenti materiali e strumenti per la terapia occupazionale e la logoterapia?</p> | | | | | |

2.2.3. *Requisiti Organizzativi*

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--------|---|-------------------------------------|-----------------|-----------|----------------|--|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 2.2.3. | <p>Oltre ai requisiti generali di cui al punto 2.0.3 i sono posseduti i requisiti sotto riportati? assicurare la presenza di una équipe multi professionale - Prevedendo progetti riabilitativi individuali con almeno 3 ore di intervento.</p> | Sopralluogo e documentazione | | | | Vedi tabella all. 2 “personale dedicato” |
| | <p>Sono presenti all’interno del personale infermieristico e di riabilitazione le figure dei collaboratori (1 ogni 60 posti letto per figura professionale)?</p> | Sopralluogo e documentazione | | | | Vedi tabella all. 3 “ulteriore personale” |
| | <p>I medici sono in possesso della specializzazione correlata alla tipologia dell’utenza?</p> | Sopralluogo e documentazione | | | | (medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione (MFR) o altro specialista) ovvero con documentata attività di servizio per almeno cinque anni nel settore. |
| | <p>I medici responsabili hanno un’anzianità di servizio di sette anni, di cui cinque nella disciplina di MFR o disciplina equipollente e specializzazione in MFR o in una disciplina equipollente ovvero una anzianità di servizio di dieci anni nella disciplina di MFR?</p> | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | | | |
|---|-------------------------------------|--|--|--|---|
| E' prevista la disponibilità h24 di un medico di guardia nel presidio nei giorni prefestivi e festivi? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| Tra i professionisti sanitari dell'area della riabilitazione sono ricomprese in funzione della tipologia dei pazienti in trattamento le figure di: fisioterapista, terapeuta occupazionale, terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, logopedista? | Sopralluogo e documentazione | | | | I coordinatori avranno un 30% del loro orario dedicato ad attività di coordinamento mentre per il restante 70% dovranno continuare a svolgere attività di assistenza. |
| Nella struttura sono presenti le seguenti figure professionali? - dietista/dietologo a consulenza - medici specialisti a consulenza (cardiologo, neurologi, urologo, ginecologo, etc.) | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| L'attività di riabilitazione è svolta sia alla mattina che al pomeriggio? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| L'attività riabilitativa, di almeno 3 ore giornaliere per ciascun degente, è assicurata dai tecnici della riabilitazione che intervengono sulle disabilità ed è ripartita in relazione alle necessità individuate nel Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)? | Sopralluogo e documentazione | | | | Tale attività potrà prevedere, se in accordo con il PRI, attività di nursing infermieristico finalizzate alle ADL (Attività della vita quotidiana), attività da svolgere in gruppo, attività di valutazione, attività che prevedono l'utilizzo di terapie fisiche. Per quanto riguarda le attività di riabilitazione nelle ADL erogate dagli infermieri, queste devono essere documentate e comunque eseguite da personale che ha avuto adeguata formazione specifica |
| I mezzi fisici utilizzati per i degenti, sono corrispondenti alle indicazioni riconducibili all'EMB e comunque ai criteri di "Good Practice" e quindi a logiche terapeutiche compatibili con la patologia di riferimento? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| È disponibile anche in convenzione esterna per TC/RNM, ecografia, EMG/ENG, diagnostica vascolare (ecodoppler)? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|--|--|--|
| | In presenza di attività di consulenza presso altri reparti ospedalieri è previsto un ulteriore e proporzionale adeguamento del personale medico specialistico e tecnico? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | L'attività medica è integrata in modo programmato con le altre specialità? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | L'attività ambulatoriale e di Day Hospital in divisioni che erogano prestazioni in regime di degenza riconosce un proprio organico diverso da quello dedicato alla degenza? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Per l'attività riabilitativa erogata in DH è presente personale necessario a garantire le tre ore di terapia specifica per accesso? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Esistono procedure formalizzate per l'accesso dalle strutture ospedaliere per acuti riguardanti l'appropriatezza del ricovero? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Esistono procedure formalizzate per il raccordo con i servizi sanitari del distretto di residenza del paziente per assicurare la continuità degli interventi riabilitativi dopo la dimissione? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

2.2A. Riabilitazione Cardiologica

Requisiti Strutturali

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--|---|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| | Le strutture che erogano prestazioni di riabilitazione cardiologica in regime di degenza possiedono le caratteristiche strutturali valide per il codice 56 ? (vedi punto 2.2.1) | Sopralluogo e documentazione | | | | |

Requisiti Tecnologici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--|--|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|--|--|--|
| | Sono presenti: - sistema Holter - ECG e Holter pressione? - ergometria, ecocardiografia (disponibile), ECG? - sistema telemetrico ECG, ossimetri, frequenzimetri, cicloergometri e/o tapis roulant? - attrezzature usuali della palestra di cinesiologia, letti per rieducazione funzionale respiratoria? - attrezzatura per il drenaggio bronchiale? - strumenti per l'assistenza alla tosse? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|--|--|--|

Requisiti Organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--|---|-------------------------------------|-----------------|-----------|----------------|-------------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| | Sono confermate le figure professionali riportate per il codice 56 con i relativi rapporti personale/posti letto, integrate dalla figura del medico specialista in cardiologia? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | La responsabilità dell'unità/area di riabilitazione cardiologica è affidata ad un medico specialista in medicina fisica e riabilitazione o, nel rispetto della normativa vigente, ad uno specialista in cardiologia con esperienza nel settore? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | E' previsto un collegamento funzionale con un'unità di terapia intensiva cardiologia? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

2.2.B Riabilitazione Respiratoria

Requisiti Strutturali

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--|---|-------------------------------------|-----------------|-----------|----------------|-------------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| | Le strutture che erogano prestazioni di riabilitazione cardiologica in regime di degenza devono possiedono le caratteristiche strutturali valide per il codice 56? (vedi punto 2.2.1) | Sopralluogo e documentazione | | | | |

Requisiti Tecnologici

| | | | | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|--|--|--|
| | Sono presenti: - saturimetro? - spirometro-analizzatore gas espirati? - ECG? - ergometria? - emogasanalisi? - apparecchi per ventilazione meccanica non invasiva a pressione positiva e negativa? - broncoaspiratori? - strumenti per l'assistenza alla tosse? - apparecchi portatili per O2 terapia? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|--|--|--|

Requisiti Organizzativi

| | | | | | | |
|--|---|-------------------------------------|--|--|--|--|
| | Sono confermate le figure professionali riportate per il codice 56 con i relativi rapporti personale/posti letto, integrate dalla figura del medico specialista in pneumologia? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | La responsabilità dell'unità/area di riabilitazione respiratoria è affidata ad un medico specialista in medicina fisica e riabilitazione o, nel rispetto della normativa vigente, ad uno specialista in pneumologia con esperienza nel settore? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | E' previsto un collegamento funzionale con un'unità di terapia intensiva? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

2.3 DAY HOSPITAL RIABILITATIVO (COD. 56)

2.3.1. Requisiti Strutturali Tecnologici e Organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-------|---|-------------------------------------|----------|----|----------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI. | |
| 2.3.1 | Possiede i requisiti di DH medico di cui al punto 1.3? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Possiede i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti per le UU.OO. di riabilitazione intensiva dimensionati alla quantità dell'utenza? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Nel Day Hospital riabilitativo neuromotorio gli ambienti per la degenza sono sostituiti con locali di soggiorno attesa con superficie non inferiore a 4 mq a posto letto? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|-------------------------------------|--|--|--|--|
| | Nell'attività di D.H. riabilitativo in base alla disponibilità della struttura sono presenti fisicamente posti letto dedicati o posti cura intesi come spazi e tempi terapeutici? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
|--|---|-------------------------------------|--|--|--|--|

2.4. ALTRE SPECIALITA' RIABILITATIVE

2.4.1. UNITA' SPINALE UNIPOLARE (COD. 28)

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--------|--|-------------------------------------|-----------------|-----------|----------------|-------------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 2.4.1. | All'interno della struttura sono assicurati i seguenti servizi diagnostici di riferimento? come di seguito indicati? - Neuropsicologia - Neurofisiologia - Urologia - Oculistica - Cardiologia - Broncopneumologia - Radiologia - Diagnostica con ultrasuoni- Chirurgia vascolare - Patologia clinica - Neurochirurgia - Gastroenterologia - Chirurgia toracica - Infettivologia - Otorinolaringoiatria - Ortopedia e traumatologia | Sopralluogo e documentazione | | | | |

2.4.1.1. Requisiti Strutturali

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--|--|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|------------------------|---|--|--|--|--|--|
| <p>2.4.1.1.</p> | <p>Oltre ai requisiti generali di cui al punto 2.0.1. la struttura possiede i seguenti requisiti?</p> <ul style="list-style-type: none"> - camere di degenza attrezzate tutte con bagno accessibile, con w.c. e doccia e relativi accessori; - locale destinato all'effettuazione della barella-doccia; - spazi per attività di sport-terapia, di attività sportiva ludica e per il tempo libero (sala televisione, musica, etc); - spazio per l' infermiere, con punto accoglienza; - locale per riunioni di équipe; - locali per le attività di Terapia occupazionale, comprendenti una zona officina per la personalizzazione, lo studio dell' assetto posturale in carrozzina e la sua manutenzione, una zona per l'addestramento alle Attività di Vita Quotidiana (igiene, alimentazione, abbigliamento, trasferimenti, attività domestiche), percorsi esterni per i training in carrozzina; - spazio da destinare al rapporto con le Associazioni rappresentative degli utenti (persone con lesione midollare stabilizzata); in particolare è individuato un ambito nel quale inserire le attività di "consulenza alla pari" svolte da persone con lesione midollare già stabilizzata, utile a fornire alle persone ricoverate, informazioni, indicazioni ed orientamenti; - locale soggiorno dedicato a momenti di socializzazione, incontri con familiari e conoscenti e per il tempo libero; - area per idrochinesiterapia, con vasca idroterapica accessibile; in assenza è prevista la possibilità di convenzioni esterne. - almeno 2 posti letto dotati di monitoraggio intensivo delle funzioni vitali ed eventuale ventilazione meccanica destinati ai pazienti recentemente trasferiti dalle unità di cure intensive che possono avere necessità o per situazioni di possibile aggravamento; | <p>Sopralluogo e documentazione</p> | | | | |
|------------------------|---|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - due bagni assistiti di cui uno dotato di ampia vasca per immersione totale del paziente in posizione supina ovvero doccia attrezzata; - una sala medicazione attrezzata anche per la piccola chirurgia (compresa lampada scialitica e stativo). - spazi destinati al soggiorno e al tempo libero | Sopralluogo e documentazione | | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|--|--|--|

2.4.1.2. Requisiti Tecnologici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--|--|--|-----------------|-----------|----------------|-------------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|---|--|--|--|--|--|
| <p>2.4.1.2.</p> | <p>Oltre ai requisiti previsti di cui al punto 2.0.2. sono presenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - apparecchi per aerosol terapia ad ultrasuoni? - apparecchi per la saturimetria transcutanea? - broncoaspiratori? - sollevatori per pazienti di cui almeno due elettrici, uno a barella e con diverse tipologie di imbracature (ad amaca standard, ad amaca con appoggiatesta) con possibilità di raccolta e deposizione del paziente a livello del pavimento? - un sistema pesapersone per disabili? - ventilatore, anche portatile;? - letti attrezzati per il monitoraggio cardiorespiratorio non invasivo? - disponibilità di un sistema di valutazione neurofisiopatologica per elettromiografie, elettroencefalografie, potenziali evocati somatosensoriali, potenziali evocati motori? - disponibilità di uno spirometro ed apparecchio per E.G.A.? - disponibilità di un sistema di valutazione urodinamica? - disponibilità di un sistema di monitoraggio pressorio? - letti elettrici a tre snodi, con possibilità di essere abbassati fino a 40 cm, per favorire i trasferimenti, con tavolo servitore e comodo? - letti basculanti per pazienti ancora non stabilizzati chirurgicamente (es. egerton)? - sistemi di chiamata/allarme, inclusi quelli per tetra a succhio-soffio o con bottone? | <p>Sopralluogo e documentazione</p> | | | | |
|-----------------|---|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - materassi antidecubito ad alta e media protezione, di vario tipo a seconda delle esigenze specifiche (fluidizzati o ad aria con caratteristiche simili, lattice) anche con contratti di service? - carrello per le emergenze cardiopolmonari? - pulso-ossimetri, in numero di almeno 1 ogni 4 posti letto? - 1 barella-doccia ogni 8 malati? - un apparecchio di pressoterapia peristaltica, per prevenzione TVP, ogni 8 pazienti? - letti per rieducazione motoria (sia 100 x 200 che 200 x 200), ad altezza variabile (da 44 a 85 cm), nel rapporto di 1 ogni 3 pazienti? - cicloergometri per arti superiori ed inferiori (1 ogni 8 pazienti) ed un multipower per rinforzo muscolare, parallele (per lesioni incomplete), standing? - carrozzine basculanti per tetraplegici (1 ogni 4 pazienti)? - carrozzine leggere e superleggere di varie misure e modelli da quelle standard a quelle personalizzate (almeno 1/3 rispetto al numero dei posti letto)? - video-uro-dinamica? - ausili per la comunicazione? | | | | | |
| | <p>Per le attività di rieducazione motoria sono presenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lettini per rieducazione motoria (100 x 200 cm) ad altezza variabile elettricamente (da 44 a 85cm)? - lettini per rieducazione motoria di dimensioni 200 x 200 cm ad altezza variabile (da 44 a 85 cm)? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | <p>Per la piscina sono presenti le seguenti attrezzature:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un sollevatore fisso per trasferimento in acqua? - braccioli e tavolette per idroterapia? - salvagenti muniti di corde per il recupero? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|--|--|--|
| | <p>Nell'area di degenza sono presenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - letti poliarticolati in clinostatismo e verticalizzanti a 90°? - materassi antidecubito (schiuma o lattice)? - testa letto con impianto centralizzato per vacuum, O2, sistema di chiamata e luci? - un modulo contenitore per ogni paziente, con vari ripiani atti a contenere: biancheria pulita, materiale per l'igiene, capi di abbigliamento per l'esterno, piccolo materiale ortesico per i posizionamenti? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - un contenitore per conservare le ortesi? - piani di lavoro? - un modulo ad U attrezzato per l'osservazione infermieristica? - carrozzine speciali? - 10 imbracature per il sollevamento del paziente? - 2 sollevatori? - 2 sistemi di pesatura del paziente? - 1 barella doccia? - 1 barella a cucchiaio? - 1 vasca a farfalla? - 2 kinetec arto inferiore? | | | | | |

2.4.1.3. Requisiti Organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--|--|--|-----------------|-----------|----------------|-------------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| | | | | | | |

| | | | | | |
|---------|--|-------------------------------------|--|--|--|
| 2.4.1.3 | <p>Oltre ai requisiti previsti di cui al punto 2.0.3. sono presenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - specialità già previste nel DEA di II livello (atte a garantire l'emergenza rianimatoria, neurochirurgia, medica, chirurgica e ortopedica), ed altre attività specialistiche come: Urologia, Chirurgia plastica e Chirurgia Vascolare, la Neurologia/Neurofisiologia, la Diagnostica per immagini. - équipe costituita da dirigenti medici di varia specialità, tra cui ad es.: fisiatra, internista, pneumologo, neurologo, anestesista, etc. - disponibilità costante e organizzata di Anestesista, Neurologo, Urologo con dimostrata esperienza in lesioni midollari e Andrologo (anche con posti letto di degenza e camera operatoria), Neurochirurgo (test al baclofene e impianti di sistemi infusionali intratecali), Chirurgo plastico, Chirurgo generale, Chirurgo vascolare e angiologo, Ortopedico, Otorinolaringoiatra, Chirurgo vertebrale dedicato, Gastroenterologo (impianto PEG), Nutrizionista clinico. | Sopralluogo e documentazione | | | |
| | <p>E' assicurata la presenza di un'équipe multiprofessionale che per un'unità operative di 20 posti risulta composta da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5 medici la mattina, 1 medico pomeriggio, 1 medico di notte; - 10 Infermieri la mattina (oppure 7 + 4 OSS), 7 il pomeriggio (oppure 5+3 OSS), 5 la notte; - 6 Fisioterapisti la mattina ed uno il pomeriggio; 1 coordinatore dei Fisioterapisti; - 4 Terapisti occupazionali la mattina ed uno il pomeriggio; 1 coordinatore dei Terapisti occupazionali; - Psicologo e l'Assistente sociale; - disponibilità del Logopedista. | Sopralluogo e documentazione | | | |

| | | | | | | |
|--|---|-------------------------------------|--|--|--|--|
| | <p>Sono assicurate, nel P.O. sede dell'USU, le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Urologia, per garantire la gestione clinico-diagnostica e terapeutica (medica e chirurgica) dei degenti in USU e delle persone afferenti alla struttura per periodici controlli (videourodinamica, ecografie, litotrissia, uretrocistoscopia, vescica neurogena, etc)? - Patologia clinica, chimica clinica, microbiologia, virologia, immunologia, studio ormonale? - Neurochirurgia (chirurgia vertebrale, impianti sistemi infusionali intratecali)? - Anestesia e rianimazione (fibrobroncoscopia disostruttiva e diagnostica, tracheotomie, gestione pazienti in ventilazione assistita, etc)? - Chirurgia generale e d'urgenza (gastroscopia, impianto P.E.G., ecc.)? - Ortopedia e traumatologia? - Chirurgia plastica e ricostruttiva (trattamento lesioni da pressione)? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | <p>Sono definiti protocolli operativi con i seguenti servizi, anche esterni?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chirurgia Maxillo-facciale; - Ostetricia e Ginecologia (è necessario prevedere che l'USU abbia la possibilità di seguire la gravidanza ed il parto delle donne para e tetraplegiche); - Scintigrafia ossea standard e con linfociti marcati; - Videofluoroscopia della deglutizione; - Endoscopia Toracica: laserterapia endotracheale, impianto di endoprotesi tracheali, fibrobroncoscopia; | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Polisonnografia; - infettivologia. | | | | | |

2.4.2. CENTRO SPINALE

2.4.2.1. Requisiti strutturali

| | | | | | | |
|--|--|--|-----------------|-----------|----------------|-------------|
| | | | PRESENTE | | | NOTE |
| | | | SI | NO | RILIEVI | |

| | | | | | | |
|----------|---|-------------------------------------|--|--|--|--|
| 2.4.2.1. | <p>Sono presenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - camere di degenza a 2-3 letti attrezzate tutte con bagno accessibile, con w.c. e doccia e relativi accessori? - spazi per attività di sport-terapia, di attività sportiva ludica e per il tempo libero (sala televisione, musica)? - spazio per l'infermiere, con punto accoglienza? - locale per riunioni di equipe? - locale palestra attrezzata per le attività di riabilitazione? - locali per le attività di Terapia Occupazionale, comprendenti una zona officina per la personalizzazione, lo studio dell'assetto posturale in carrozzina e la sua manutenzione, una zona per l'addestramento alle Attività di Vita Quotidiana (igiene, alimentazione, abbigliamento, trasferimenti, attività domestiche), percorsi esterni per i training in carrozzina, locali adibiti come case pre-dimissioni? - locale soggiorno dedicato a momenti di socializzazione, incontri con familiari e conoscenti e per il tempo libero (sala televisione)? - area per l'idrochinesiterapia con vasca idroterapica accessibile e annessi spogliatoi e servizi wc doccia accessibili, oppure il convenzionamento con una piscina accessibile esterna? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
|----------|---|-------------------------------------|--|--|--|--|

2.4.2.2. Requisiti Tecnologici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--|--|--|-----------------|-----------|----------------|-------------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|----------|---|-------------------------------------|--|--|--|--|
| 2.4.2.2. | <p>Sono presenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - letti elettrici a tre snodi, con possibilità di essere abbassati fino a 40 cm, per favorire i - trasferimenti, con tavolo servitore e comodo? - testa letto centralizzato per vacuum e ossigeno? - sistemi di chiamata/allarme, inclusi quelli per tetra a succhio-soffio o con bottone? - materassi antidecubito ad alta e media protezione, di vario tipo a seconda delle esigenze specifiche (fluidizzati o ad aria con caratteristiche simili, lattice), anche con contratti di service? - pulso-ossimetri, in numero di almeno 1 ogni 8 posti letto? - uno solleva-malati manuale e/o elettrico ogni 12 letti, con imbracature di diverso tipo? - una barella-doccia ogni 12 malati? - letti per rieducazione motoria (sia 100 x 200 che 200 x 200), ad altezza variabile (da 44 a 85 cm)? - cicloergometri per arti superiori ed inferiori (1 ogni 8 pazienti) ed un multipower per rinforzo muscolare, parallele (per lesioni incomplete), standing? - carrozzine basculanti per tetraplegici (1 ogni 4 pazienti)? - carrozzine leggere e superleggere di varie misure e modelli da quelle standard a quelle personalizzate (almeno 1/3 rispetto al numero dei posti letto)? - sistema pesatura-paziente? - un carrello per emergenze cardiopolmonari e rianimatorie? - ausili per la comunicazione? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
|----------|---|-------------------------------------|--|--|--|--|

2.4.2.3. Requisiti Organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------|--|-------------------------------------|----------|----|---------|--|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 2.4.2.3. | Sono presenti per i trattamenti erogati equipe multiprofessionale e multidisciplinare ? | Sopralluogo e documentazione | | | | Sono presenti nell'equipe almeno le seguenti figure mediche specialistiche: fisiatra, neurologo, pneumologo e internista o equipollenti. Inoltre è previsto l'accesso costante e programmato dei seguenti specialisti: Anestesista, Neurologo, Chirurgo generale, Chirurgo vascolare, Angiologo, Ortopedico, Otorinolaringoiatra, Chirurgo plastico e Nutrizionista. |
| | E' garantita per l'attività di degenza (per un modulo di 20 PL) la presenza del sottoindicato personale? - 3 medici la mattina, 1 medico il pomeriggio e la copertura della guardia notturna e festiva; - 7 Infermieri la mattina (oppure 5 +3 OSS), 6 Infermieri il pomeriggio (oppure 5 +2 OSS), 3 Infermieri la notte; - 6 Fisioterapisti; 1 coordinatore dei Fisioterapisti; - 3 Terapisti occupazionali; 1 coordinatore dei Terapisti occupazionali; - Psicologo e l'Assistente sociale; - disponibilità dei Logopedista. | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|--|--|--|
| | <p>Sono assicurate le seguenti attività diagnostiche e/o valutative?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neurofisiologia: EEG, Potenziali Evocati Somato Sensoriali (PESS), Potenziali Evocati Motori; - (PEM), EMG ed ENG; - Urologia: VideoUroDinamica (VUD), Uretrocistoscopia, Ecografia; - Cardiologia: ECG, Ecocardiografia, Holter; - Broncopneumologia: Prove di Funzionalità Respiratoria, Fibrobroncoscopia, Polisonnografia; - Diagnostica per Immagini: Rx, Ecografia, Ecocolor Doppler; - Diagnostica Complessa per Immagini: TC, RMN; - Patologia Clinica: Chimica Clinica, Microbiologia, Virologia, Immunologia, Studio Ormonale; - Gastroenterologia: Endoscopia Digestiva, Impianto di PEG; - Otorinolaringoiatria: Esame Audiovestibolare, Laringoscopia; - - Ortopedia e Traumatologia: Valutazione e trattamento POAN (paraosteartropatie neurogene); | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | <p>Sono assicurati i seguenti servizi, anche in collegamento funzionale con altri presidi Ospedalieri?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicologia (attività di supporto psicologico per i degenti ed i familiari); - Neurochirurgia e neurotraumatologia; - Chirurgia Plastica: trattamento delle ulcere da pressione; - Chirurgia Maxillo-facciale; - Ostetricia e Ginecologia; - Scintigrafia ossea standard e con linfociti marcati; - Videofluoroscopia della deglutizione; - Endoscopia Toracica: laserterapia endotracheale, impianto di endoprotesi tracheali, fibrobroncoscopia; - Infettivologia; - Andrologia: ecografia dei corpi cavernosi del pene; - Nutrizione Clinica. | Sopralluogo e documentazione | | | | |

2.4.3.UNITA' DI NEURORIABILITAZIONE AD ALTA INTENSITA' (COD. 75)

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--------|---|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 2.4.3. | All'interno di tali UU.OO. sono assicurate le seguenti attività specialistiche: rianimazione e terapia intensiva, neurochirurgia, medicina riabilitativa, neurologia, otorinolaringoiatria, oculistica, chirurgia generale, medicina generale, endocrinologia, psichiatria, chirurgia maxillofaciale, ortopedia e traumatologia? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Nelle UU.OO. di Neuroriabilitazione ad Alta Intensità possono essere offerti i seguenti servizi: – Fisiocinesiterapia. – Riabilitazione cognitiva. – Terapia occupazionale. – Rieducazione respiratoria. – Terapia foniatrica (riabilitazione, deglutizione e fonazione). – Riabilitazione linguaggio (servizio afasia). – Riabilitazione urologia. – Neuropsicologia/psicologia clinica. – Riabilitazione ortoptica (diplopia e disturbi della visione). – Trattamento spasticità. – Idrochinesiterapia (piscina). – Supporto tecnico ortopedico e carrozzine personalizzate. – Supporto sociale. | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|-------------------------------------|--|--|--|--|
| | Diagnostica disponibile: – Tomografia computerizzata. – Risonanza magnetica. – Ecografia e doppler. – Radiologia generale. – Videofluoroscopia (cinematografia della deglutizione). – Fibrolaringoscopia. – Endoscopia. – Spirometria. – Urodinamica e cistomanometria. – Potenziali evocati. – Elettromiografia. – Elettroencefalografia. | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Consulenze specialistiche: – Neurologica. – Ortopedica. – Neurochirurgica. – Chirurgia generale. – Infettivologica. – Endocrinologia. – Pneumologia. – Urologia. – Cardiologica. – Dermatologica. – Otorinolaringoiatra/foniatra. – Oculistica. – Rianimatoria. – Chirurgia plastica. – Chirurgia maxillo facciale. – Chirurgia funzionale. | Sopralluogo e documentazione | | | | |

2.4.3.1. Requisiti strutturali

| | | | | | | |
|--|--|--|-----------------|-----------|----------------|-------------|
| | | | PRESENTE | | | NOTE |
| | | | SI | NO | RILIEVI | |

| | | | | | | | | | |
|----------|---|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 2.4.3.1. | <p>Oltre ai requisiti previsti di cui al punto 2.0.1. sono presenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - almeno una stanza singola attrezzata per eventuale necessità di isolamento del paziente, per problematiche infettive a particolare rischio di contagio o particolari problematiche neuropsicologiche di difficile contenzione ? - stanze con videosorveglianza, per il controllo anche notturno di problematiche mediche e/o neuropsicologiche complesse? - almeno n.2 posti letto dotati di monitoraggio intensivo delle funzioni vitali ed eventuale ventilazione meccanica destinati ai pazienti recentemente trasferiti dalle unità di cure intensive che possono avere necessità o per situazioni di possibile aggravamento? - n.2 servizi igienici assistiti per pazienti non autosufficienti, di cui uno dotato di ampia vasca per immersione totale del paziente in posizione supina? - una sala medicazione attrezzata anche per la piccola chirurgia (compresa lampada scialitica e stativo) ? | Sopralluogo e documentazione | | | | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - sala per le riunioni dell'equipe riabilitativa e terapia di gruppo per i pazienti (musicoterapia, terapia cognitiva di gruppo etc..)? | | | | | | | | |
| | E' auspicabile la presenza di un'area piscina destinata sia all'attività di idroterapia che all'attività natatoria con annesso spogliatoio e servizio wc – doccia. | Sopralluogo e documentazione | | | | | | | |

2.4.3.2. Requisiti Tecnologici

| | | PRESENTE | | | NOTE |
|--|--|-----------------|-----------|----------------|-------------|
| | | SI | NO | RILIEVI | |
| | | | | | |

| | | | | | |
|----------|--|-------------------------------------|--|--|--|
| 2.4.3.2. | <p>Oltre ai requisiti previsti di cui al punto 2.0.1. sono presenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - apparecchi per aerosol terapia ad ultrasuoni (o impianto di aria medicata) ? - apparecchi per la saturimetria transcutanea ? - bronco aspiratori (o impianto di aspirazione a vuoto)? - sollevatori per pazienti di cui almeno due elettrici, uno a barella e con diverse tipologie di - imbracature (ad amaca standard, ad amaca con appoggiatesta) con possibilità di raccolta e deposizione del paziente a livello del pavimento? - un sistema pesapersona per disabili ? - ventilatore, anche portatile ? - letti attrezzati per il monitoraggio? cardiorespiratorio non invasivo? - letti speciali elettrici e verticalizzabili ? - presidi anti-decubito ? - disponibilità di un sistema di valutazione neurofisiopatologica per elettromiografie, elettroencefalografie, potenziali evocati somatosensoriali, potenziali evocati motori ? - disponibilità di uno spirometro ed apparecchio per E.G.A. ? - disponibilità di un sistema di valutazione urodinamica ? - disponibilità di un sistema di monitoraggio pressorio? - disponibilità di un fibrolaringoscopio ? | Sopralluogo e documentazione | | | |
| | <p>Per le attività di rieducazione motoria, sono presenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lettini per rieducazione motoria (100 x 200 cm) ad altezza variabile elettricamente (da 44 a 85cm)? - lettini per rieducazione motoria di dimensioni 200 x 200 cm ad altezza variabile (da 44 a 85cm)? | Sopralluogo e documentazione | | | |

| | | | | | | |
|--|---|-------------------------------------|--|--|--|--|
| | <p>La piscina è attrezzata eventualmente con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un sollevatore fisso per trasferimento in acqua? - braccioli e tavolette per idroterapia? - salvagenti muniti di corde per il recupero? - reperibilità anestesiologicala e disponibilità di un ventilatore meccanico? - disponibilità di stanze attrezzate con monitor per la valutazione delle funzioni vitali? - disponibilità di saturimetro fisso e portatile, ed emogasanalizzatore? - disponibilità di letti speciali, basculanti, verticalizzabili, materassi antidecubito, vasca e sollevatori? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
|--|---|-------------------------------------|--|--|--|--|

2.4.3.3. Requisiti Organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------|--|-------------------------------------|-----------------|-----------|----------------|-------------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 2.4.3.3. | <p>Oltre ai requisiti previsti di cui al punto 2.0.3. sono presenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - L' unità è collegata funzionalmente con strutture per l'emergenza e urgenza con i reparti per acuti ad elevata complessità (ad esempio neurochirurgia) attraverso protocolli definiti a livello regionale? - E' assicurata la presenza di una équipe multi professionale che assicuri un impegno riabilitativo quotidiano di almeno 3 ore? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | <p>E' assicurata la presenza di un' équipe multiprofessionale che per un' unità operative di 20 posti è composta da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - medici dirigenti in possesso della specializzazione in fisiatria, neurologia o altra specializzazione equipollente, ovvero con documentata attività di servizio per almeno cinque anni nel settore (rapporto 1 a 7)? - infermieri (rapporto 1 a 1 di cui uno coordinatore)? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|-------------------------------------|--|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - tecnici della riabilitazione: terapisti della riabilitazione, occupazionali, logoterapisti conesperienza nella terapia cognitiva e foniatria, psicomotricisti per l'età evolutiva, ortottisti(rapporto di 1 a 3 di cui uno coordinatore)? - O.S.S. (rapporto di 1 a 5)? - psicologo e neuropsicologo (part-time)? - assistente sociale? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | L'attività medica è integrata con l'accesso costante e programmato delle sottoelencate specialità: neurologia, fisiatria, urologia, neurochirurgia, chirurgia generale e plastica? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Sono garantite, se non erogate dal personale medico all'interno del nucleo fisso, le seguenti attività: ortopedico, neurotraumatologo e/o neurochirurgo, anestesista rianimatore, otorinolaringoiatra, pneumologo, chirurgo maxillofacciale e chirurgo toracico? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | <p>Sono disponibili:</p> <ul style="list-style-type: none"> - servizio di neuropsicologia, con neuropsicologi e professionisti sanitari per l'area della riabilitazione dedicati alla riabilitazione cognitiva e con esperienza specifica per la valutazione e il trattamento dei disturbi neuropsicologici dei pazienti post-comatosi? - servizio di psicologia clinica dedicato all'accoglienza e al supporto di familiari con personale e spazi dedicati? - consulenze esterne e connessione funzionale regolamentata con reparti di rianimazione, chirurgia toracica, chirurgia generale o gastro-enterologia per impianto, gestione erimozione PEG, neurochirurgia, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia lastica,infettivologia, endocrinologia, ortopedia con esperienza specifica in chirurgia funzionale delle principali anchilosi osteo-articolari, ossificazioni para articolari, retrazioni capsulo-tendinee? - supporto dell'assistente sociale nelle procedure e nelle pratiche necessarie al - riconoscimento dei benefici di legge, di integrazione e/o trasferimento in altre strutture? - laboratorio ortopedico per fornitura ausili? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|--|--|--|
| | - collegamento funzionale con servizi/strutture specializzate per infiltrazione con tossina botulinica, test, applicazione e gestione di pompa intra-rach idea con baclofen? | | | | | |
| | Esistono procedure formalizzate per l'accesso dalle strutture ospedaliere per acuti riguardanti l'appropriatezza del ricovero? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Esistono procedure formalizzate per il raccordo con i servizi sanitari del distretto di residenza del paziente per assicurare la continuità degli interventi riabilitativi dopo la dimissione? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

2.4.4. UNITA' PER LE DISABILITA' GRAVI IN ETA' EVOLUTIVA (U.D.G.E.E.)

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--------|--|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 2.4.4. | L'U.D.G.E.E è collocata all'interno di un presidio ospedaliero dove siano garantite, anche in collegamento funzionale le seguenti competenze specialistiche: rianimazione e terapia intensiva, patologia neonatale, ortopedia, neurochirurgia, pediatria, neurologia, otorinolaringoiatria, oculistica, chirurgia generale, medicina generale, medicina fisica e riabilitazione, chirurgia infantile con funzione di urologia pediatrica, neuropsichiatria infantile ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

2.4.4.1.Requisiti strutturali

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--|--|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|----------|---|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 2.4.4.1. | <p>Sono presenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - almeno 2 posti letto dotati di monitoraggio intensivo delle funzioni vitali ed eventuale ventilazione meccanica? - un bagno assistito dotato di ampia vasca per immersione totale del paziente in posizione supina? - sala medicazioni attrezzata anche per la piccola chirurgia (compresa lampada scialitica su stativo), dotata di gas medicali e sistema di aspirazione? | Sopralluogo e documentazione | | | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - sala gessi? - camere di degenza con possibilità di ospitare un accompagnatore per ogni bambino? - spazi dedicati alla valutazione? - spazio multifunzionale per attività dinamiche e/o di gruppo? - spazi per attività statiche o individuali? - locale per riunioni di equipe? | | | | | | | |

2.4.4.2. Requisiti Tecnologici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--|--|--|-----------------|-----------|----------------|-------------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|----------|---|-------------------------------------|--|--|--|--|
| 2.4.4.2. | <p>Sono presenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - letti di degenza a tre segmenti regolabili, con spondine e relativi “trapezi” e “ archetti alzacoperte”, regolabili in altezza? - disponibilità di materassi anti decubito di differenti tipologie, in rapporto alle necessità e comunque non inferiore al 50% dei posti letto? - apparecchi per aerosol terapia? - sistemi di bronco aspirazione, di cui almeno uno mobile? - almeno 1 sollevatore elettrico per pazienti con diverse tipologie di imbragature, di cui almeno uno con possibilità di raccolta e deposizione del paziente a livello del pavimento? - attrezzature per la movimentazione sicura del paziente negli spazi di degenza e il trasporto nelle palestre di riabilitazione? - almeno 4 carrozzine con schienale alto regolabile e con sistema di postura? - 1 sistema pesapersone disabili? - cuscini antidecubito? - sistemi di postura, compreso sostegno arti superiori? - 1 oftalmoscopio? - poltroncine doccia? - comodini bidirezionali per disabili? - disponibilità di un sistema di valutazione neuro fisiopatologica (es. elettromiografia, elettroencefalografia, potenziali evocati somatosensoriali etc..)? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
|----------|---|-------------------------------------|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - dispositivi per valutazioni dinamometriche? - sussidi manuali ed elettronici per la valutazione delle abilità motorie; - sussidi manuali ed elettronici per la valutazione del linguaggio e delle turbe neuropsicologiche? - almeno 2 apparecchi per saturimetria transcutanea? - Cronometri? - telecamera con sistema di comando a distanza, videoregistratore, monitor, macchina fotografica (dispositivo per a acquisizione di immagini)? - specchio unidirezionale? - lettini per rieducazione motoria a diversa altezza (cm100 minimi x 200 x 44/85 h) di cui almeno due ad altezza regolabile? - almeno 2 letti di grandi dimensioni per rieducazione motoria ad altezza variabile (cm 200 x200 x 44/85 h) (Bobath)? - piani di statica? - 4 standing ad altezza variabile? - dispositivi per BioFeedBack? - materassi per cinesiterapia a pavimento delle dimensioni minime di 100 x 200 cm? - parallele ad altezza variabile? - specchi a muro per cinesiterapia (non quadrettati)? - specchi per cinesiterapia montati su carrellino dotate di ruote piroettanti? - bilance per educazione al carico? - scala modulare per rieducazione motoria? - deambulatori ad altezza regolabile? - ausili vari per la deambulazione? - piani oscillanti e sussidi per la rieducazione propriocettiva? - serie di sussidi per l'esercizio terapeutico manipolativo funzionale? - serie di ausili per il rinforzo muscolare? - serie di bastoni per la cinesiterapia? - cuscini in gommapiuma a densità graduata e rivestiti in similpelle e di diverse dimensioni e forme? - maxicilindro (cm 100 x 85 dim)? - tavoli ergoterapici ad altezza ed inclinazione variabile ad uno o più segmenti e a diverse forme? - carrelli portausili per cinesiterapia a più ripiani? - sedie e sgabelli vari? | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - sussidi vari per l'addestramento alle Activity Day Living? - attrezzature per la realizzazione e l'adattamento di ausili ed ortesi realizzate in materiale termo modellabile? - poltroncine ergonomiche con tavole e sedie? - disponibilità nel presidio ospedaliero di: spirometro ed apparecchio per EGA? - Ecografo? - apparecchio per videofluoscopia? - giocattoli. | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

2.4.4.3. Requisiti Organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------|--|-------------------------------------|-----------------|-----------|----------------|-------------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 2.4.4.3. | Per un modulo di 20 posti letto è garantita la presenza di: <ul style="list-style-type: none"> - 2 medici nelle ore diurne dei giorni feriali (almeno 10 ore), per le restanti ore va garantita una guardia medica di pronta disponibilità? - Infermieri: 2 mattina, 2 pomeriggio e 2 notte; 1 coordinatore? - 10 professionisti sanitari per l'area della riabilitazione? - 1 coordinatore? - OSS : 3 mattina, 3 pomeriggio? - Sono presenti lo psicologo e l'assistente sociale? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|-------------------------------------|--|--|--|--|
| | Sono disponibili consulenze/servizi in : - gastroenterologia (endoscopie, impianti o revisioni di PEG)? - ORL ? - anesthesiologia /rianimazione ? - oculistica? - neurochirurgia? - ortopedia? - pneumologia? - pediatria? - cardiologia? - dietologia? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | E' garantita una adeguata informazione ed addestramento formalizzato ai familiari e/o al personale che effettua l'assistenza domiciliare? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Esistono procedure formalizzate di raccordo con i servizi sanitari del distretto di residenza del paziente anche al fine di garantire l'eventuale continuit  degli interventi riabilitativi dopo la dimissione? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

Tabella Allegato nr. 3

| | min die persona | pers minimo | POSTI LETTO | | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------|------------------------|--------------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|
| | | | 20 | 40 | 60 | 80 | 100 | 120 |
| MEDICO | | | 0,5 | 0,6 | 0,8 | 1,0 | 1,0 | 1,0 |
| PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE | 20,00 | 1,00 | 1,0 | 2,0 | 3,0 | 4,0 | 5,0 | 6,0 |
| PERSONALE INFERMIERISTICO | 30,00 | 6,00 | 6,0 | 6,0 | 7,5 | 10,0 | 12,0 | 14,5 |
| OPERATORE SOCIO SANITARIO | 60,00 | 6,00 | 6,0 | 10,0 | 14,5 | 19,5 | 24,5 | 29,0 |
| Totale complessivo | | | 13,5 | 18,6 | 25,8 | 34,5 | 42,5 | 50,5 |
| OPERATORE SOCIO SANITARIO | 70,00 | 0,00 | 7,00 | 12,00 | 17,00 | | | |
| Totale complessivo | | | | 15,63 | 23,79 | 33,00 | | |

| | | | | | |
|--------------|---|------------------------------|--|--|--|
| 3.0.0 | Classificazione del livello della struttura | Sopralluogo e documentazione | | | |
|--------------|---|------------------------------|--|--|--|

3.0.1 Requisiti Strutturali

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|--|-------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.0.1.1 | I locali e le specializzazioni sono conformi a quanto in precedenza autorizzato? | Sopralluogo e documentazione. | | | | |
| 3.0.1.2 | I locali e gli spazi sono accessibili ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.0.1.3 | I locali hanno idonea destinazione d'uso? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|--|------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.0.1.4 | I locali sono correlati alla tipologia e volume delle prestazioni? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | E' garantito il rispetto della privacy dell'utente con area separata per spogliarsi? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.0.1.5 | Sono previsti spazi di attesa, accettazione ed attività amministrative? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.0.1.6 | Sono previsti servizi igienici distinti per utenti e personale, di cui uno accessibile ai disabili ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|--|------------------------------|--|--|--|--|
| 3.0.1.7 | E' previsto spazio/locale per deposito materiale pulito? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.0.1.8 | E' previsto spazio/locale per deposito materiale sporco? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.0.1.9 | E' previsto armadio o locale per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.0.1.10 | E' previsto spazio/locale spogliatoio per il personale? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.0.1.11 | E' previsto contenitore/armadio/locale per eventuale deposito rifiuti speciali? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.0.1.12 | Gli spazi comuni sono fruibili da parte degli utenti di strutture miste? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

3.0.2 Requisiti Impiantistici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|---|------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.0.2.1 | Sono assicurate l'illuminazione e la ventilazione naturale o artificiale in tutti i locali? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.0.2.2 | Esiste autorizzazione in deroga per i locali interrati più del 50%? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

3.0.3. Requisiti Tecnologici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--|--|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|----------------|---|--|--|--|--|--|
| 3.0.3.1 | Sono presenti attrezzature, apparecchiature e presidi medico-chirurgici in relazione alla specificità dell'attività svolta? | Elenco apparecchiature, attrezzature e verifica | | | | |
| 3.0.3.2 | E' presente l'attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardiopolmonare di base (pallone auto espansibile corredato di maschere facciali e cannule orofarinee, sfigmomanometro, fonendoscopio, laccio emostatico, siringhe e farmaci di pronto intervento e materiale per medicazione) ? | Elenco attrezzature, farmaci e verifica | | | | |
| 3.0.3.3 | Nel caso vengano effettuate procedure invasive, sono presenti defibrillatore semiautomatico pulsioSSimetro e aspiratore? | Elenco attrezzature e verifica | | | | |

3.0.4 Requisiti Organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|---|---|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.0.4.1 | E' presente un direttore responsabile in possesso della specializzazione alla quale afferiscono le attività svolte? | Documentazione | | | | |
| 3.0.4.2 | E' presente personale infermieristico, se necessario? | Elenco del personale e documentazione | | | | |
| 3.0.4.3 | E' presente personale amministrativo, se necessario? | Elenco del personale | | | | |
| 3.0.4.4 | E' presente un ausiliario con mansioni esecutive o altra figura con mansioni esecutive , qualora necessario? | Elenco del personale o contratto d'appalto | | | | |

| | | | | | | |
|----------------|---|-----------------------|--|--|--|--|
| 3.0.4.5 | E' assicurata la presenza, durante lo svolgimento dell'attività medico-specialistica, di almeno un medico quale responsabile delle attività volte nell'ambulatorio? | Documentazione | | | | |
| 3.0.4.6 | le registrazioni e le copie dei referti sono conservate secondo le modalità e i tempi sanciti dalla normativa vigente? | Documentazione | | | | |

3.1.1 PRESIDI DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO

Requisiti Generali

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| Valgono i requisiti previsti al punto 3.0 | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|

Requisiti Strutturali

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|--|------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.1.1.1.1 | I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.1.1.1.2 | E' presente area di attesa, anche comune ad altre attività ambulatoriali, dotata di posti a sedere sufficienti per i picchi di frequenza degli accessi ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.1.1.1.3 | E' presente spazio definito per prelievi che consenta il rispetto della privacy dell'utente? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.1.1.1.4 | E' presente almeno un locale per l'esecuzione analisi e almeno un locale per ogni settore specialistico? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.1.1.1.5 | La microbiologia è ubicata in un locale o spazio dedicato provvisto di cappa a flusso laminare ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.1.1.1.6 | Sono presenti servizi igienici distinti per utenti e personale di cui almeno uno accessibile ai disabili? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.1.1.1.7 | E' presente uno spazio definito per attività amministrativa e di archivio? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.1.1.1.8 | E' presente uno spazio definito per il lavaggio e il trattamento del materiale d'uso? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.1.1.1.9 | E' presente uno spazio definito per stoccaggio e gestione rifiuti? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------|--|------------------------------|--|--|--|--|
| 3.1.1.1.10 | La superficie totale è pari o superiore ai 100 mq. ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.1.1.1.11 | Per ogni settore specializzato ci sono ulteriori 12 mq. ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.1.1.1.12 | Nei locali destinati ad attività analitiche le superfici di lavoro sono impermeabili e decontaminabili e le pareti fino a 2 m. e i pavimenti sono rivestiti in materiali idonei decontaminabili? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

3.1.1.2 Requisiti Tecnologici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|---|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.1.1.2.1 | E' presente un sistema informatico gestionale commisurato al volume delle prestazioni? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.1.1.2.2 | E' garantita la dotazione minima strumentale consistente in: | Elenco apparecchiature, farmaci e verifica | | | | |
| | 1 analizzatore automatico per esami emocritometrici; | | | | | |
| | 2 Emocitometro per la determinazione delle piastrine e delle cinque popolazioni leucocitarie | | | | | |
| | 3 analizzatore automatico per chimica clinica con idoneo sistema per la determinazione degli elettroliti; | | | | | |
| | 4 apparecchiatura per determinazione delle proteine tramite metodo elettroforetico o equivalente; | | | | | |
| | 5 analizzatore automatico per coagulazione; | | | | | |
| | 6 analizzatore per immunometria; | | | | | |

| | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|
| | 7 centrifughe, microscopio binoculare; | | | | |
| | 8 agitatori; | | | | |
| | 9 termostato; | | | | |
| | 10 frigoriferi; | | | | |
| | 11 congelatore a -20 °C; | | | | |
| | 12 cappa chimica con idoneo aspiratore; | | | | |
| | 13 un bagnomaria termoregolabile; | | | | |
| | 14 Qualora si producano rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo un'autoclave e/o altro sistema idoneo di sanificazione e smaltimento | | | | |
| | 15 attrezzatura e farmaci per il primo soccorso. | | | | |
| 3.1.1.2.3 | Nel caso vengano eseguiti esami microbiologici, sono presenti le seguenti dotazioni ? <ul style="list-style-type: none"> • una cappa a flusso laminare verticale (classe II), • un dispositivo per anaerobiosi, • un microscopio ottico binoculare, • un autoclave (in caso di preparazione autonoma di terreni di coltura) | Elenco apparecchiature e verifica | | | |
| 3.1.1.2.4 | Qualora vengano eseguiti esami citologici è presente uno spazio dedicato, un idoneo sistema di colorazione e un microscopio binoculare con ottica planare? | Elenco apparecchiature e verifica | | | |

3.1.1.3 Requisiti organizzativi

| | | | | |
|--|--|--|-----------------|-------------|
| | | | PRESENTE | NOTE |
|--|--|--|-----------------|-------------|

| | | | SI | NO | RILIEVI | |
|------------------|--|--|----|----|---------|--|
| 3.1.1.3.1 | - E' presente un direttore medico, biologo o chimico, in possesso della specializzazione in patologia clinica o in altra disciplina dell' area della medicina di laboratorio, nonché della relativa iscrizione all'ordine professionale; nel caso in cui il direttore sia un biologo o un chimico deve essere compreso, tra i collaboratori, un medico ? | Elenco del personale e documentazione | | | | |
| 3.1.1.3.2 | E' presente un tecnico di laboratorio biomedico? | Elenco del personale e documentazione | | | | |
| 3.1.1.3.3 | E' presente un professionista abilitato all'esecuzione dei prelievi? | Elenco del personale e documentazione | | | | |
| 3.1.1.3.4 | E' presente un addetto alle attività amministrative? | Elenco del personale e documentazione | | | | |
| 3.1.1.3.5 | E' presente un ausiliario con mansioni esecutive o contratto con apposita ditta? | Elenco del personale e documentazione | | | | |
| 3.1.1.3.6 | E' presente un documento che descrive tutti i servizi/prestazioni offerti dal laboratorio e nel quale sono esplicitati gli esami che vengono eseguiti direttamente e con quali procedure ed attrezzature e quelli che vengono inviati ad altre strutture? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.1.1.3.7 | E' presente un manuale o raccolta delle procedure diagnostiche? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.1.1.3.8 | Il manuale o raccolta delle procedure diagnostiche contiene <u>per ogni esame</u> : | Documentazione e verifica | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------|---|----------------------------------|--|--|--|--|
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. le modalità di preparazione dell'utente all'esame? 2. le modalità di raccolta, trasporto e conservazione del campione? 3. le caratteristiche e la descrizione del metodo analitico impiegato? 4. le modalità di compilazione, trasmissione e consegna dei referti ? | | | | | |
| 3.1.1.3.9 | Sono garantite le condizioni di ottimale conservazione dei campioni e di sicurezza per gli operatori, mediante uso di un adeguato sistema di trasporto e conservazione ? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.1.1.3.10 | E' presente un regolamento interno per: <ol style="list-style-type: none"> 1. il riconoscimento degli utenti 2. identificazione dei campioni 3. trasferimento del materiale biologico dalle zone di prelievo al laboratorio 4. i processi di sanificazione lo smaltimento dei rifiuti e dei liquidi reflui? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.1.1.3.11 | E' presente un registro o archivio elettronico sostitutivo a norma di legge per i gruppi sanguigni? (conservati per 5 anni) | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.1.1.3.12 | Esiste un documento contenente una relazione sulla valutazione dei rischi? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.1.1.3.13 | Esiste un elenco dei dispositivi di protezione individuale ? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.1.1.3.14 | I reagenti, il materiale di controllo, il materiale di calibrazione possiedono le etichette nel rispetto della normativa vigente? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.1.1.3.15 | E' presente un sistema di archiviazione | Documentazione e verifica | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | cartacea o magnetica? Se si, contiene: 1) i risultati degli esami sugli utenti (conservati per almeno un anno)? 2) i risultati dei controlli di qualità interni (conservati per almeno un anno) e quelli esterni (conservati per almeno 3 anni)? | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

3.1.1.4 Valutazione e Miglioramento della Qualità

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|---|---------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.1.2.4.1 | Il laboratorio dispone di una Carta dei Servizi nella quale siano esplicitate almeno le modalità di accesso per gli utenti? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.1.2.4.2 | Il laboratorio svolge programmi di Controllo Interno di Qualità? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.1.2.4.3 | Il laboratorio partecipa a programmi di Valutazione Esterna di Qualità a diffusione nazionale, internazionale o promossi dalla Regione? | Documentazione e verifica | | | | |

3.1.2 LABORATORI GENERALI DI BASE CON SETTORI SPECIALIZZATI

3.1.2 Requisiti Tecnologici

OLTRE AI REQUISITI STRUTTURALI, ORGANIZZATIVI, DI VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E ALLA DOTAZIONE PREVISTA PER I LABORATORI DI BASE, PER OGNI SETTORE SPECIALIZZATO DEVONO ESSERE PREVISTE LE SEGUENTI ATTREZZATURE

3.1.2.1 BIOCHIMICA CLINICA E TOSSICOLOGIA

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-----------|--|---|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.1.2.1.1 | Sono previsti contatori gamma o beta manuali o automatici qualora vengano effettuate analisi immunometriche con isotopi radioattivi? | Elenco apparecchiature, documentazione e verifica | | | | |
| 3.1.2.1.2 | Qualora vengano effettuate analisi immunometriche i locali possiedono i sistemi di protezione previsti dalla vigente legislazione e adeguati sistemi di raccolta e smaltimento di materiale radioattivo? | Elenco apparecchiature, documentazione e verifica | | | | |
| 3.1.2.1.3 | uno spettrofotometro UV – visibile | Elenco apparecchiature, documentazione e verifica | | | | |
| 3.1.2.1.4 | un gas-cromatografo o HPLC (qualora si eseguano esami tossicologici) | | | | | |
| 3.1.2.1.5 | uno spettrofotometro ad assorbimento atomico (qualora si eseguano determinazioni di metalli pesanti) | | | | | |

3.1.2.2 EMATOLOGIA E COAGULAZIONE

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-----------|---|---|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.1.2.2.1 | E' previsto un analizzatore ematologico automatico multiparametrico con possibilità di esecuzione della formula leucocitaria? | Elenco apparecchiature, documentazione e verifica | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|---|---|--|--|--|--|
| 3.1.2.2.2 | E' presente un coagulometro automatico che esegua anche tecniche cromogeniche ? | Elenco apparecchiature, documentazione e verifica | | | | |
| 3.1.2.2.3 | E' presente un citofluorimetro qualora si esegua le determinazione delle sottopopolazioni linfocitarie? | Elenco apparecchiature, documentazione e verifica | | | | |

3.1.2.3 MICROBIOLOGIA, VIROLOGIA E IMMUNOLOGIA

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|---|---|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.1.2.3.1 | E' prevista la dotazione strumentale consistente in: | Elenco apparecchiature, documentazione e verifica | | | | |
| | 1. termostati a CO2 (idoneo sistema per la produzione di ambiente a CO2) | | | | | |
| | 2. microscopio con accessori per fluorescenza e contrasto di fase | | | | | |
| | 3. sistema per identificazione germi ed antibiogrammi | | | | | |
| | 4. sistemi per le analisi immunometriche, sierologiche, virologiche, parassitologiche | | | | | |
| | 5. incubatori? | | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|--|---|--|--|--|--|
| 3.1.2.3.2 | Qualora vengano effettuati esami utilizzando C14, i locali a ciò destinati sono in possesso dei sistemi di protezione previsti dalla vigente legislazione, ed sistemi di raccolta e smaltimento del materiale radioattivo? | Elenco apparecchiature, documentazione e verifica | | | | |
| 3.1.2.3.3 | Qualora si eseguano test che prevedono l'amplificazione genica, sono presenti termociclatore cappa per estrazione? | Elenco apparecchiature, documentazione e verifica | | | | |

3.1.2.1 Requisiti Organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|--|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.1.2.1.1 | E' presente per ogni settore specializzato un responsabile medico, biologo o chimico, in possesso di specializzazione coerente per disciplina con le attività diagnostiche proprie del settore stesso, nonché della relativa iscrizione all'ordine professionale | Elenco del personale , documentazione e verifica | | | | |

3.1.3 LABORATORIO DI CITOISTOLOGIA

3.1.3.1 Requisiti Strutturali

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|--|------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.1.3.1 | I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate; è garantita la dotazione minima di ambienti per l'attività ambulatoriale ? consistente in: | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | 1. uno spazio/locale per le attività amministrative e di archivio? | | | | | |
| | 2. uno spazio/locale per accettazione | | | | | |
| | 3. locali idonei alle caratteristiche della struttura in cui è collocato e delle dimensioni delle attività svolte? | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | 4. locale per il lavaggio ed il trattamento del materiale d'uso? | | | | |
| | 5. servizi igienici per il personale? | | | | |

3.1.3.2 Requisiti Tecnologici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|---|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.1.3.2 | È presente la seguente dotazione strumentale minima consistente in: | Elenco apparecchiature, documentazione e verifica | | | | |
| | 1. un banco con sistema di aspirazione per valutazione macroscopica e allestimento prelievi | | | | | |
| | 2. un microscopio binoculare con ottica idonea (almeno planare) per ciascuna diagnostica | | | | | |
| | 3. dotazioni tecnologiche essenziali per l'espletamento dell'attività diagnostica istopatologica? | | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|---|--|--|--|--|--|
| 3.1.3.2.1 | Sono presenti le seguenti attrezzature (istologia/citologia): | Elenco apparecchiature, documentazione e verifica | | | | |
| | 1. microscopio; | | | | | |
| | 2. microtomo; | | | | | |
| | 3. inclusore paraffina; | | | | | |
| | 4. processatore (per disidratazione); | | | | | |
| | 5. citocentrifuga; | | | | | |
| | 6. cappa chimica; | | | | | |
| | 7. stufa; | | | | | |
| | 8. bagno maria; | | | | | |
| | 9. istoteca. | | | | | |

3.1.3.3 Requisiti Organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|--|----------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.1.3.3.1 | Il Direttore responsabile è in possesso dei requisiti di legge necessari allo svolgimento della funzione? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.1.3.3.2 | Sono presenti documenti di servizio propedeutici alle seguenti attività: | Documentazione e verifica | | | | |
| | 1. identificazione dei campioni | | | | | |
| | 2. trasferimento del materiale biologico dalle zone di prelievo al servizio | | | | | |
| | 3. processi di sanificazione | | | | | |
| | 4. smaltimento dei rifiuti ? | | | | | |
| 3.1.3.3.3 | Il Servizio svolge programmi di Controllo Interno di Qualità? | Documentazione | | | | |
| 3.1.3.3.4 | Esiste un documento contenente una relazione sulla valutazione dei rischi? | Documentazione | | | | |
| 3.1.3.3.5 | Se valutati necessari, sono disponibili idonei D.P.I. ? | Verifica | | | | |
| 3.1.3.3.6 | I reagenti, materiale di controllo, materiale di calibrazione presentano etichette che ne indichino identità, titolo o concentrazione, condizioni di conservazione raccomandate, data di preparazione e di scadenza ed ogni altra informazione necessaria per l'uso corretto ? | Verifica | | | | |
| 3.1.3.3.7 | E' presente un sistema di archiviazione cartacea o magnetica contenente: | Documentazione e verifica | | | | |
| | 1. i risultati degli esami sugli utenti (conservati per almeno un anno) | | | | | |
| | 2. i risultati dei controlli di qualità interni (conservati per almeno un anno) | | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|---|----------------------------------|--|--|--|--|
| | 3. i risultati dei controlli di qualità esterni, (conservati per almeno 3 anni) | | | | | |
| | 4. i preparati citologici (conservati per almeno 5 anni) | | | | | |
| | 5. i preparati istologici (conservati per almeno 10 anni) | | | | | |
| 3.1.3.3.8 | E' presente una raccolta delle procedure diagnostiche? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.1.3.3.9 | Ogni esame della raccolta delle procedure diagnostiche contiene: | Documentazione e verifica | | | | |
| | 1. la preparazione dell'utente agli esami (ove previsto)? | | | | | |
| | 2. la modalità di raccolta, trasporto e conservazione del campione? | | | | | |
| | 3. le caratteristiche e descrizione del metodo analitico impiegato ? | | | | | |
| | 4. la modalità di compilazione, trasmissione e consegna dei referti.? | | | | | |

3.3 PRESIDI DI RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE

Requisiti Generali

| | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|
| | Valgono i requisiti previsti al punto 3.0 | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|

3.3.1 Requisiti Strutturali

| | | | | |
|--|--|--|-----------------|-------------|
| | | | PRESENTE | NOTE |
|--|--|--|-----------------|-------------|

| | | | SI | NO | RILIEVI | |
|----------------|--|-------------------------------------|----|----|---------|--|
| 3.3.1.1 | Sono presenti ambulatori o studi medici per visite specialistiche e valutazione diagnostico-prognostiche cliniche attinenti alle patologia trattate? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.3.1.2 | E' garantito il rispetto della privacy degli utenti? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.3.1.3 | E' presente un locale palestra di dimensioni non inferiori a 35 mq in caso di attività di gruppo formato da non più di cinque persone ? (Per ogni paziente in più la superficie deve essere aumentata di almeno 5mq) | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|---|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.3.1.4 | Sono presenti box di dimensioni minime di 4 mq (con un massimo scarto del 10%) per attività di rieducazione motoria, massoterapia, manipolazioni articolari, terapia fisica e strumentale ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.3.1.5 | E' presente un box di 7 mq per persone disabili con uso di carrozzina o deambulatore? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.3.1.6 | E' presente un locale per attività dinamiche individuali di almeno 12 mq, aumentato di 4 mq per ogni paziente? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.3.1.7 | Le apparecchiature che erogano onde elettromagnetiche rispettano la normativa di sicurezza prevista? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|--|-------------------------------------|--|--|--|--|
| 3.3.1.8 | E' presente un'area attrezzata per il trattamento, qualora previsto, dei disturbi comunicativi/integrativi? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.3.1.9 | Sono presenti spazi separati per il deposito di materiale pulito e sporco? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.3.1.10 | Sono presenti spazi per materiale d'uso ed attrezzature? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.3.1.11 | Sono presenti servizi igienici distinti per utenti e personale, di cui almeno uno accessibile alle persone disabili? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.3.1.12 | Sono presenti, ove necessita, spogliatoi per il personale ed i pazienti? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-----------------|---|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.3.1.13 | Sono presenti spazi/ambienti per l'attesa e le attività di segreteria ed archivio? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.3.1.14 | E' garantita dalla struttura la completa fruibilità degli spazi da parte di tutti i possibili utenti affetti dalle diverse tipologie di disabilità? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

3.3.2 Requisiti Tecnologici ed impiantistici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--|--|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|----------------|---|---|--|--|--|--|
| 3.3.2.1 | Sono presenti attrezzature e dispositivi per la valutazione quali goniometro e scale di valutazione delle varie menomazioni e disabilità? | Elenco attrezzature e verifica | | | | |
| 3.3.2.2 | Sono presenti presidi e risorse tecnologiche atti allo svolgimento di prestazioni da parte dei medici specialisti e degli altri operatori professionali della riabilitazione? | Elenco presidi e verifica | | | | |
| 3.3.2.3 | Sono presenti attrezzature e presidi per realizzare le varie tipologie di esercizio terapeutico e di rieducazione funzionale quali: lettini, materassini, specchi a muro, deambulatore e/o girello, spalliere, bastoni, parallele, scale, palloni medicali, birilli, pallone bobath, piani oscillanti, cunei e cilindri, polsiere, cavigliere, pesi ecc.? | Elenco attrezzature, presidi e verifica. | | | | |
| 3.3.2.4 | Sono presenti attrezzature elettromedicali per la terapia fisica e strumentale in relazione alle attività per cui è richiesta l'autorizzazione? | Elenco attrezzature e verifica | | | | |
| 3.3.2.5 | E' presente attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardiopolmonare di base di cui è controllata la funzionalità e farmaci di pronto soccorso (adrenalina, cortisonici, antistaminici, diuretici, antiipertensivi, anticonvulsivanti, broncodilatatori) ? | Elenco attrezzature, farmaci e verifica | | | | |

3.3.3 Requisiti Organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|--|----------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.3.3.1 | Il Direttore responsabile è un medico in possesso della specializzazione in medicina fisica e riabilitativa o disciplina equipollente? | Documentazione e verifica | | | | |

| | | | | | | |
|----------------|--|--|--|--|--|--|
| 3.3.3.2 | E' sempre prevista la presenza, durante l'attività, del Direttore responsabile o comunque di un medico, qualora siano effettuate terapie ove è richiesta la presenza del medico? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.3.3.3 | Il presidio dispone di personale in possesso delle necessarie qualificazioni professionali, in numero proporzionale agli accessi ambulatoriali e alla tipologia dell'attività svolta? | Elenco del personale e verifica | | | | |
| 3.3.3.4 | Presso il presidio opera stabilmente almeno un tecnico della riabilitazione ? (fisioterapista ex D.M. 14.9.1994, n° 741; terapeuta occupazionale ex D.M. 17.1.1997 n° 136; terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva ex D.M. 17.1.1997 n° 56; logopedista ex D.M. 14.9.1994 n° 742): | Elenco del personale e verifica | | | | |
| 3.3.3.5 | In caso di assenza o impedimento del Direttore responsabile è previsto che le sue funzioni vengano temporaneamente assunte da un altro medico in possesso delle specializzazioni richieste per la direzione tecnica o, in mancanza, di una anzianità di servizio di almeno tre anni nella corrispondente branca specialistica? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.3.3.6 | I locali e le specializzazioni sono conformi a quanto in precedenza autorizzato? | Documentazione e verifica | | | | |

3.8. CENTRI AMBULATORIALI DI TERAPIA IPERBARICA

Requisiti Generali

| | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|
| | Valgono i requisiti previsti al punto 3.0 | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|

3.8.1 Requisiti Strutturali e Impiantistici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--|--|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|----------------|--|-------------------------------------|--|--|--|--|
| 3.8.1.1 | Tutte le camere iperbariche soddisfano le specifiche normative riguardanti le camere di nuova costruzione? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8.1.2 | Il locale che ospita una camera iperbarica, è ubicato al piano terra dell'edificio e risponde ai requisiti previsti nelle vigenti norme relative alle "installazioni pericolose" all'interno degli ospedali e/o case di cura e/o strutture ambulatoriali? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8.1.3 | Le strutture osservano i seguenti requisiti: resistenza al fuoco, all'interno assenza di motori elettrici, presa a spina e valvole a sfera? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8.1.4 | E' presente una sala per medicazione? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8.1.5 | E' presente una sala per urgenze e rianimazione? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8.1.6 | E' presente un locale per lavaggio, disinfezione e sterilizzazione del materiale? | | | | | |

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-----------------|--|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.8.1.7 | E' presente un locale "filtro" per materiale sporco, ove è necessario? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8.1.8 | E' presente una zona deposito per il materiale pulito e sterilizzato? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8.1.9 | E' presente un locale per personale tecnico e infermieristico? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8.1.10 | E' presente uno spazio per lo stoccaggio delle attrezzature e dei gas? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8.1.11 | E' presente uno spazio per i compressori e per gli accumulatori? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|---|-------------------------------------|--|--|--|--|
| 3.8.1.12 | E' presente uno spazio per il deposito di parti di ricambio | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8.1.13 | E' presente uno spazio per la manutenzione e la riparazione delle attrezzature? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8.1.14 | E' presente uno spazio per le pratiche amministrative ed i protocolli delle procedure di impiego e delle procedure di emergenza? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8.1.15 | Il locale permette la rimozione della camera per eventuali ispezioni totali, per la manutenzione ed eventuali prove idrauliche? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8.1.16 | La camera iperbarica è posizionata in modo da poter essere accessibile da ogni lato per controlli ed ispezioni durante il funzionamento? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8.1.17 | La camera iperbarica è posizionata in modo da poter essere accessibile da ogni lato per permettere le necessarie operazioni di manovra? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8.1.18 | La camera iperbarica è posizionata in modo da poter essere accessibile da ogni lato per agevolare l'ingresso dei pazienti al suo interno? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8.1.19 | La camera iperbarica è posizionata in modo da poter essere accessibile da ogni lato per posizionare strumentazioni di controllo (telecamere, sistemi per l'illuminazione etc.)? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8.1.20 | Lo spazio fruibile all'interno delle camere iperbariche tiene conto sia delle dimensioni di ingombro delle attrezzature da introdurre, sia della introduzione e permanenza di eventuali barelle, sedie a rotelle, sedili? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|--|-------------------------------------|--|--|--|--|
| 3.8.1.21 | E' previsto un vano passa-oggetti per il trasferimento di medicine o altro materiale che debba essere introdotto con urgenza nella camera stessa? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8.1.22 | La camera iperbarica, progettata per permettere l'entrata ed uscita di persone durante il trattamento terapeutico, prevede una camera di decompressione di capacità sufficiente a contenere almeno due persone ed eventuale sedie a rotelle? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8.1.23 | Il pavimento del locale è progettato e costruito in modo da poter sostenere il peso sia della camera iperbarica sia delle attrezzature di supporto e funzionamento? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8.1.24 | Il pavimento (se si prevede la possibilità di effettuare nel locale prove idrauliche sulla camera iperbarica per eventuali future riparazioni e modifiche) sopporta il peso della quantità d'acqua necessaria per l'esecuzione della prova di pressione? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8.1.25 | Le camere iperbariche sono equipaggiate con un pavimento che sia strutturalmente in grado di sostenere le persone e le attrezzature necessaria per l'effettuazione delle terapie e delle manutenzioni? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8.1.26 | In presenza di una intercapedine fra pavimento e fondo, il pavimento è dotato di una apertura per permettere l'accesso, l'ispezione e la pulizia? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8.1.27 | Il pavimento della camera è costruito in materiale non ferroso, non combustibile, antistatico ed è dotato di messa a terra efficiente ad equipotenziale con fasciame ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|--|-------------------------------------|--|--|--|--|
| 3.8.1.28 | Se non è possibile disporre di tali aperture, il pavimento è removibile? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8.1.29 | Se il pavimento è costituito da elementi removibili, questi sono fermamente bloccati, con collegamenti non permanenti, alla struttura rigida e collegati in modo da ottenere una equipotenzialità elettrica? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.8.1.30 | Le tubazioni della camera iperbarica interne o passanti attraverso la parete sono costituiti in rame, in bronzo o in acciaio? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.8.1.31 | Nel locale esiste un impianto di rilevazione ed estinzione degli incendi che interessi anche il quadro di controllo e manovra? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8.1.32 | Sono disponibili per gli operatori idonei sistemi di respirazione in caso di incendio? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8.1.33 | I sistemi di respirazione sono ubicati in maniera che gli operatori possano rimanere alla consolle di manovra della camera iperbarica in caso di emergenza ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8.1.34 | Il locale adibito alla camera iperbarica è attrezzato con un sistema di illuminazione di emergenza che si attiva automaticamente qualora venga a mancare la sorgente principale di energia elettrica ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8.1.35 | Per tale evenienza il quadro di manovra e di controllo è alimentato da un sistema di alimentazione elettrica di emergenza? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8.1.36 | Le sorgenti per l'illuminazione interna sono progettate e costruite per essere installate all'esterno della camera iperbarica e portare l'illuminazione all'interno mediante fibre ottiche o elementi similari oppure attraverso oblò trasparente? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|--|-------------------------------------|--|--|--|--|
| 3.8.1.37 | In caso di sorgente per l'illuminazione interna, attraverso oblò trasparente, la sorgente di luce non causa l'innalzamento della temperatura del materiale trasparente oltre quella massima prevista per lo stesso materiale dalla norma di ammissione all'impiego per apparecchi a pressione? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8.1.38 | Le valvole degli impianti di distribuzione dell'ossigeno o altri gas respiratori sono tutte del tipo a volantino per l'alta pressione ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

3.8.2 Requisiti Tecnologici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|---|---|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.8.2.1 | Le porte di accesso sono del tipo tagliafuoco? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8.2.2 | E' presente almeno un kit di rianimazione manuale (canule, maschere, etc.)? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8.2.3 | E' presente almeno un elettrocardiografo? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8.2.4 | E' presente almeno un sistema di misurazione della pressione arteriosa non invasivo? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8.2.5 | E' presente un sistema di aspirazione interno alla camera iperbarica? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8.2.6 | E' presente un sistema di aspirazione esterno alla camera iperbarica? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8.2.7 | E' presente l'attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardiopolmonare di base, di cui è controllata la funzionalità? | Elenco delle attrezzature e verifica | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|---|-------------------------------------|--|--|--|--|
| 3.8.2.8 | I sedili e le suppellettili da installare sono costruiti con materiale ignifugo (classe 0 o 1), antistatico, senza bordi taglienti o acuminati e sono dotati di messa a terra per essere equipotenziali col fasciame? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8.2.9 | Le imbottiture dei sedili e dei materassi sono ottenuti da materiali ignifughi (classe 0 o 1)? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8.2.10 | Viene usato materiale di rivestimento per attutire gli echi e i rumori, tale materiale è esso ignifugo ed antistatico? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

3.8.3 Requisiti Organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|--|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.8.3.1 | Tutto il personale è informato e formato sulla prevenzione dei rischi in ambiente iperbarico? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8.3.2 | Tutto il personale adotta misure atte a mantenere adeguati livelli di sicurezza, secondo quanto indicato dalle linee guida nazionali (ISPESL)? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

3.8a. PRESIDI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE

Requisiti Generali

| | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|
| | Valgono i requisiti previsti al punto 3.0 | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|

3.8.a1 Requisiti Strutturali

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--|--|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|---------------|---|--------------------|--|--|--|--|
| 3.8a.1 | I presidi sono localizzati in aree facilmente accessibili ai pazienti e ad eventuali mezzi di soccorso? | Sopralluogo | | | | |
| 3.8a.2 | I presidi hanno uno spazio attesa, accettazione e attività amministrative? | Sopralluogo | | | | |
| 3.8a.3 | E' presente una zona preparazione pazienti e spogliatoio? | Sopralluogo | | | | |
| 3.8a.4 | E' presente locale chirurgico, non inferiore a 20 mq, dotato di lettino tecnico, lampada scialitica e carrello anestesia dedicato all'esecuzione delle prestazioni sanitarie? | Sopralluogo | | | | |
| 3.8a.5 | E' presente un deposito per materiali sterili e strumentario chirurgico? | Sopralluogo | | | | |
| 3.8a.6 | E' presente uno spazio di osservazione per i pazienti che hanno subito l'intervento? | | | | | |

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|---------------|---|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.8a.7 | E' presente un locale visita? | Sopralluogo | | | | |
| 3.8a.8 | E' presente uno spazio/locale per la preparazione del personale sanitario all'atto chirurgico? | Sopralluogo | | | | |
| 3.8a.9 | E' presente uno spazio/locale per la sterilizzazione e disinfezione dello strumentario, qualora non esista un servizio centralizzato di sterilizzazione o affidamento a centrali esterne? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | | | | |
|----------------|---|--------------------|--|--|--|--|
| 3.8a.10 | Sono presenti servizi igienici distinti per utenti e personale, di cui almeno uno accessibile alle persone disabili? | Sopralluogo | | | | |
| 3.8a.11 | E' presente uno spazio spogliatoio per il personale separato dal locale chirurgico? | Sopralluogo | | | | |
| 3.8a.12 | E' presente una zona/locale separato dal locale chirurgico per il lavaggio e la disinfezione delle apparecchiature che dovranno poi essere sterilizzate | Sopralluogo | | | | |
| 3.8.13 | E' presente uno spazio/locale esclusivamente dedicato per la gestione dei rifiuti speciali, in caso di stoccaggio? | Sopralluogo | | | | |
| 3.8a14 | E' presente uno spazio/locale per deposito di materiale pulito? | Sopralluogo | | | | |
| 3.8a15 | E' presente uno spazio/locale per deposito di materiale sporco? | Sopralluogo | | | | |
| 3.8a16 | Negli ambulatori protetti per esami endoscopici è prevista una sala dedicata di superficie non inferiore a 20 mq comprensivi del locale per l'endoscopia e di un locale distinto per il lavaggio, disinfezione e sterilizzazione degli strumenti? | Sopralluogo | | | | |

3.8a.2 Requisiti Tecnologici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-----------------|--|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.8a.2.1 | In tutti i locali sono assicurate efficaci condizioni di illuminazione e ventilazione? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | | | | |
|----------------|--|---------------------------------------|--|--|--|--|
| 3.8a2.2 | Qualora la struttura non usufruisca di un servizio esterno di sterilizzazione è presente una autoclave per la sterilizzazione dello strumentario in regola con le disposizioni relative alla direttiva europea 93/42/CEE, comprese una imbustatrice per ferri, e una lava strumenti? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8a2.3 | Nel locale chirurgico sono garantite da apposito impianto di climatizzazione le seguenti condizioni microclimatiche: ricambi aria/ora v/h ottenuti con aria esterna, senza ricircolo, temperatura invernale ed estiva tra i 20 ed i 24°C, umidità relativa compresa tra i 40 e i 60%, ottenuta con umidificatore e regolata da apposito igrometro, filtraggio dell'aria al 99,97%? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8a2.4 | E' presente almeno un sistema di alimentazione di emergenza? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.8a2.5 | E' presente lo strumentario necessario per l'eventuale ventilazione assistita e per l'intubazione tracheale? | Sopralluogo | | | | |
| 3.8a2.6 | E' presente un tavolo con comando non manuale, nel locale/spazio preparazione chirurgici? | Sopralluogo | | | | |
| 3.8a2.7 | Sono presenti attrezzature idonee in base alle specifiche attività e lettino tecnico, nel locale visita-trattamento? | Elenco attrezzature e verifica | | | | |
| 3.8a2.8 | E' presente un carrello per la gestione delle emergenze, completo di un cardiomonitor con defibrillatore e unità di ventilazione manuale e fonte di ossigeno, e un carrello per la gestione dei farmaci di pronto soccorso e un carrello per le medicazioni con strumentario chirurgico nell'ambiente chirurgico? | Elenco attrezzature e verifica | | | | |

| | | | | | | |
|----------------|---|----------------------------------|--|--|--|--|
| 3.8a2.9 | Sono presenti misure barriera: guanti monouso, cuffia, visiere per la protezione degli occhi, naso e bocca oppure occhiali a lenti larghe e mascherina? | Elenco presidi e verifica | | | | |
|----------------|---|----------------------------------|--|--|--|--|

3.8a.3 Requisiti Organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-----------------|--|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.8a.3.1 | E' presente un direttore responsabile, in possesso di specializzazione e un responsabile dell'attività per specifica branca specialistica | Elenco del personale e documentazione | | | | |
| 3.8a.3.2 | E' assicurata la presenza di un medico appartenente alla disciplina inerente la specifica attività svolta, garantita per tutta la durata dell'attività dell'ambulatorio? | Elenco del personale e documentazione | | | | |
| 3.8a.3.3 | E' presente personale infermieristico adeguato e specificamente formato in relazione agli accessi ed alla tipologia dell'attività chirurgica? | Elenco del personale e documentazione | | | | |
| 3.8a3.3 | Vengono seguiti protocolli dettagliati per la sanificazione degli ambienti? | Elenco procedure e documentazione | | | | |
| 3.8a.3.4 | Vengono seguiti protocolli dettagliati per le modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione, confezionamento e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori? | Elenco procedure e documentazione | | | | |
| 3.8a.3.5 | Sono state predisposte specifiche procedure per la preparazione del paziente all'intervento e per la sua sorveglianza nell'immediato momento post-operatorio? | Elenco procedure e documentazione | | | | |
| 3.8a.3.6 | Esiste un sistema di registrazione delle prestazioni effettuate? | Elenco procedure e documentazione | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|--|
| 3.8a.3.7 | Le registrazioni e le copie dei referti sono conservate secondo le norme vigenti in materia? | Elenco procedure e documentazione | | | | |
| 3.8a.3.8 | Esiste una procedura per il consenso informato, | Elenco procedure e documentazione | | | | |
| 3.8a.3.9 | Esiste un protocollo per le procedure di verifica del corretto funzionamento dell'autoclave? | Elenco procedure e documentazione | | | | |
| 3.8a.3.10 | Esiste un registro stupefacenti e sostanze psicotrope? | Elenco procedure e documentazione | | | | |
| 3.8a.3.11 | Esiste una procedura per la gestione dell'emergenza? | Elenco procedure e documentazione | | | | |

3.11 UNITA' TUTELA SALUTE MENTALE E RIABILITAZIONE IN ETA' EVOLUTIVA (TSMREE)

Requisiti Generali

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| Valgono i requisiti previsti al punto 3.0 | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|

3.11.1 Requisiti Strutturali e Tecnologici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|---------------|--|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.11.2 | Ciascuna UO dispone almeno di un locale per accoglienza utenti, segreteria informazioni? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.11.3 | Ciascuna UO dispone almeno di locali per attività diagnostiche, trattamenti psicoterapeutici, interventi sociali, interventi infermieristici, terapeutico-riabilitativi? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.11.4 | Ciascuna UO dispone almeno di un locale visita medica? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.11.5 | Ciascuna UO dispone almeno di un locale per riunioni? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.11.6 | Ciascuna UO dispone di spazi accettazione e attività amministrative? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.11.7 | Ciascuna UO dispone di servizi igienici distinti per utenti e personale di cui almeno uno accessibile alle persone disabili? | | | | | |

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|---------------|--|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.11.8 | Ciascuna UO dispone di un locale spogliatoio per il personale? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.11.9 | Ciascuna UO dispone di un locale/spazio per deposito materiale pulito e locale/spazio per deposito materiale sporco? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | | | | |
|----------------|---|--|--|--|--|--|
| 3.11.10 | Ciascuna UO dispone di spazio archivio per la conservazione dei dati sensibili? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.11.11 | Ciascuna UO dispone di locale soggiorno e attesa? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.11.12 | Ciascuna UO dispone di locale medicheria con armadio farmaceutico? | Elenco del personale e verifica | | | | |
| 3.11.13 | Ciascuna UO è dotata di almeno 2 pc e di almeno 2 linee telefoniche e di 1 fax e, ove necessario di un un'autovettura di servizio? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.11.14 | Sono assicurate in tutti i locali l'illuminazione la ventilazione naturale o artificiale secondo la normativa vigente? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.11.15 | Sono assicurati numero di locali adeguati alla presenza di medici, psicologi clinici, assistenti sociali, personale di riabilitazione, educatori, tra cui almeno uno adeguato per terapie di gruppo (media 5 utenti)? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.11.16 | locali sono dotati di attrezzature e materiali specifici per le attività svolte, adeguate alle diverse fasce di età? | Documentazione e verifica | | | | |

3.11.2 Requisiti Organizzativi

| | | | | |
|--|--|--|-----------------|-------------|
| | | | PRESENTE | NOTE |
|--|--|--|-----------------|-------------|

| | | | SI | NO | RILIEVI | |
|------------------|---|--|----|----|---------|--|
| 3.11.2.3 | E' assicurata la presenza di personale sanitario (medici o psicologi) per tutto l'orario di apertura? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.11.2.4 | E' prevista l'apertura giornaliera di almeno 8 ore dal lunedì al venerdì, con accoglienza a domanda? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.11.2.5 | E' assicurato il collegamento con le altre strutture territoriali e ospedaliere? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.11.2.6 | E' assicurata la presenza di una figura amministrativa per ogni Presidio? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.11.2.7 | E' assicurata la presenza di una equipe multi professionale con specifica competenza nell'area dell'età evolutiva composta da medici specialisti in neuropsichiatria infantile? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.11.2.8 | E' assicurata la presenza di una equipe multi professionale con specifica competenza nell'area dell'età evolutiva composta da psicologi clinici? | Elenco del personale e verifica | | | | |
| 3.11.2.9 | E' assicurata la presenza di una equipe multi professionale con specifica competenza nell'area dell'età evolutiva composta da fisioterapista, lodopedista, terapeuta della neuro psicomotricità dell'età evolutiva? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.11.2.10 | E' assicurata la presenza di una equipe multi professionale con specifica competenza nell'area dell'età evolutiva composta da assistenti sociali? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.11.2.11 | E' assicurata la presenza di una equipe multi professionale con specifica competenza nell'area dell'età evolutiva composta da educatori professionali? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|--|----------------------------------|--|--|--|--|
| 3.11.2.12 | E' assicurata la presenza di una equipe multi professionale con specifica competenza nell'area dell'età evolutiva composta da personale di accoglienza e amministrativo? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.11.2.13 | La dotazione di personale è programmata in relazione al bacino di utenza ed alla popolazione in età evolutiva servita, secondo quanto previsto dalla D.C.R. 1017 del 13 luglio 1994 e s.m.i.? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.11.2.14 | Le attività e prestazioni, rivolte agli utenti in età evolutiva ed alle loro famiglie, comprendono una collaborazione operativa con i servizi socio-assistenziali ed educativi, collegamenti trasversali con gli altri servizi dell'area materno infantile, del Distretto sanitario, comprese le strutture residenziali e di ricovero, la medicina legale, i servizi di Salute mentale, con il pediatra di libera scelta/medico di medicina generale e longitudinali per progetti per la continuità della presa in carico nelle età successive con i servizi di Salute Mentale e quelli per i disabili adulti? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.11.2.15 | Sono garantite la partecipazione, l'informazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento e il coinvolgimento delle persone che hanno relazioni significative con il minore? | Documentazione e verifica | | | | |

3.12 AMBULATORIO PER I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE E OBESITA' – CON POSSIBILITA' DI "PASTI ASSISTITI"

Requisiti Generali

| | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|
| | Valgono i requisiti previsti al punto 3.0 | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|

3.12.1 Requisiti Strutturali

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|---------------|--|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.12.2 | Ciascun ambulatorio dispone almeno di un locale per accoglienza utenti, segreteria informazioni? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.12.3 | Ciascun ambulatorio dispone almeno di locali per attività diagnostiche, trattamenti psicoterapeutici, interventi sociali, interventi infermieristici, terapeutico-riabilitativi? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | | | | |
|---------------|--|-------------------------------------|--|--|--|--|
| 3.12.4 | Ciascun ambulatorio dispone almeno di un locale visita medica? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.12.5 | Ciascun ambulatorio dispone almeno di un locale per riunioni? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.12.6 | Ciascun ambulatorio dispone di spazi di attesa, accettazione e attività amministrative? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.12.7 | Ciascun ambulatorio dispone di servizi igienici distinti per utenti e personale di cui almeno uno accessibile alle persone disabili? | | | | | |

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|--|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.12.8 | Ciascun ambulatorio dispone di un locale spogliatoio per il personale? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.12.9 | Ciascun ambulatorio dispone di un locale/spazio per deposito materiale pulito e locale/spazio per deposito materiale sporco? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.12.10 | Ciascun ambulatorio dispone di spazio archivio per la conservazione dei dati sensibili? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.12.11 | Ciascun ambulatorio dispone di locale mediceria con armadio farmaceutico? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.11.12 | Ciascun ambulatorio è dotato di almeno 2 pc e di almeno 2 linee telefoniche e di 1 fax e, ove necessario di un un'autovettura di servizio? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | | | | |
|----------------|---|-------------------------------------|--|--|--|--|
| 3.11.13 | Sono assicurate in tutti i locali l'illuminazione la ventilazione naturale o artificiale secondo la normativa vigente? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.11.14 | Sono assicurati numero di locali adeguati alla presenza di medici, psicologi, assistenti sociali, personale di riabilitazione, educatori, tra cui almeno uno adeguato per terapie di gruppo (media 5 utenti)? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.11.15 | Sono i locali dotati di attrezzature e materiali specifici per le attività svolte, adeguate alle diverse fasce di età? | Documentazione e verifica | | | | |

3.12.2 Requisiti Organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-----------------|---|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.12.2.1 | E' assicurata la presenza di personale sanitario (medici o psicologi) per tutto l'orario di apertura? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.12.2.2 | E' prevista l'apertura di almeno 8 ore dal lunedì al venerdì, con accoglienza a domanda? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.12.2.3 | E' assicurato il collegamento con le altre strutture territoriali e ospedaliere? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.12.2.4 | E' assicurata la presenza di una figura amministrativa per ogni Presidio? | Documentazione e verifica | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|---|--|--|--|--|--|
| 3.12.2.5 | E' assicurata la presenza di una equipe multi disciplinare con specifica competenza nell'area dei disturbi del comportamento alimentare comprendente 2 psicologi specialisti in psicoterapia? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.12.2.6 | E' assicurata la presenza di una equipe multi disciplinare con specifica competenza nell'area dei disturbi del comportamento alimentare comprendente 2 medici specialisti in psichiatria (di cui 1 con funzioni di responsabile)? | Elenco del personale e verifica | | | | |
| 3.12.2.7 | E' assicurata la presenza di una equipe multi disciplinare con specifica competenza nell'area dei disturbi del comportamento alimentare comprendente 1 medico specialista in medicina interna e/o endocrinologo? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.12.2.8 | E' assicurata la presenza di una equipe multi disciplinare con specifica competenza nell'area dei disturbi del comportamento alimentare comprendente 1 medico nutrizionista? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.12.2.9 | E' assicurata la presenza di una equipe multi disciplinare con specifica competenza nell'area dei disturbi del comportamento alimentare comprendente 1 assistente sociale? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.12.2.10 | E' assicurata la presenza di una equipe multi disciplinare con specifica competenza nell'area dei disturbi del comportamento alimentare comprendente 1 infermiere? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.12.2.11 | E' assicurata la presenza di una equipe multi disciplinare con specifica competenza nell'area dei disturbi del comportamento alimentare comprendente 2 educatori professionali? | Documentazione e verifica | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|--|----------------------------------|--|--|--|--|
| 3.12.2.12 | E' assicurata la presenza di una equipe multi disciplinare con specifica competenza nell'area dei disturbi del comportamento alimentare comprendente 1 dietista? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.12.2.13 | E' assicurata la presenza di una equipe multi disciplinare con specifica competenza nell'area dei disturbi del comportamento alimentare comprendente personale di accoglienza e amministrativo con competenza specifica dell'uso del pc? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.12.2.14 | La dotazione di personale è programmata in relazione al bacino di utenza ed alla popolazione servita? | Documentazione e verifica | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|--|----------------------------------|--|--|--|--|
| 3.12.2.15 | Le attività e prestazioni, rivolte agli utenti in età evolutiva ed alle loro famiglie, comprendono una collaborazione operativa con i servizi socio-assistenziali ed educativi, collegamenti trasversali con gli altri servizi dell'area materno infantile, del Distretto sanitario, comprese le strutture residenziali e di ricovero, la medicina legale, i servizi di Salute Mentale, con il pediatra di libera scelta/medico di medicina generale, e longitudinali per progetti per la continuità della presa in carico nelle età successive con i servizi di Salute Mentale e quelli per i disabili adulti ? | Documentazione e verifica | | | | |
|------------------|--|----------------------------------|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|------------------|--|----------------------------------|--|--|--|--|
| 3.12.2.16 | Sono garantite la partecipazione, l'informazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento e il coinvolgimento delle persone che hanno relazioni significative con il paziente ? | Documentazione e verifica | | | | |
|------------------|--|----------------------------------|--|--|--|--|

4.1. RESIDENZE ASSISTENZIALI (R.S.A.) in regime di residenzialità

Caratterizzazione della struttura

| | | | P RESENTE | | | NOTE |
|--|---|------------------------------|-----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| | Presidio autonomo | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Complesso polifunzionale | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Destinazione per anziani | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Destinazione per disabili | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Presenza di unità di dialisi decentrata per anziani | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Livello prestazionale R1 – unità di cure residenziali intensive | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|------------------------------|--|--|--|--|
| | Livello prestazionale R2 – unità di cure residenziali estensive | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Livello prestazionale R2D – nuclei demenza | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Livello prestazionale R3 – unità di cure residenziali di mantenimento | Sopralluogo e documentazione | | | | |

Requisiti strutturali e tecnologici

| | | | P RESENTE | | | NOTE |
|--|--|------------------------------|-----------|----|---------|--|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| | Numero di posti letto compreso tra 20 e 80 | Sopralluogo e documentazione | | | | Deroga 120 |
| | Ospiti per nucleo: 10 – 20 | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Ospiti per nucleo in livello prestazionale R1: 4 - 10 | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Superficie totale utile funzionale mq 40 – 45/ospite | Sopralluogo e documentazione | | | | Mq 32 – 53 per strutture preesistenti e ristrutturazioni |
| | Camere a 1 p.l. mq 12 (bagno escluso) con garanzia privacy ed accesso e movimento carrozzine | Sopralluogo e documentazione | | | | Mq 9,6 – 14,4 per strutture preesistenti e ristrutturazioni |
| | Camere a 2 p.l. mq 18 (bagno escluso) con garanzia privacy ed accesso e movimento carrozzine | Sopralluogo e documentazione | | | | Mq 14,4 – 21,6 per strutture preesistenti e ristrutturazioni |
| | Camere a 3 p.l. mq 26 (bagno escluso) con garanzia privacy ed accesso e movimento carrozzine | Sopralluogo e documentazione | | | | Mq 20,8- 31,2 per strutture preesistenti e ristrutturazioni |

| | | | | | |
|---|------------------------------|--|--|--|--|
| Camere a 4 p.l. mq 32 (bagno escluso) con garanzia privacy ed accesso e movimento carrozzine | Sopralluogo e documentazione | | | | Mq 25,6 – 38,4 per strutture preesistenti e ristrutturazioni |
| Dotazione di letti, materassi e cuscini antidecubito | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| Temperatura minima invernale = $\theta > 20^\circ$ | Sopralluogo | | | | |
| Temperatura massima estiva = $\theta < 28^\circ$ | Sopralluogo | | | | |
| Servizi igienici dotati di lavandino, wc, doccia (bidet) con accesso diretto o attiguo alla camera, adeguati a pazienti non autosufficienti con possibilità di accesso e rotazione della carrozzina e areazione naturale o artificiale pari ad 1/3 dei posti letto | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| Alloggi per 1 persona di mq 28 | Sopralluogo e documentazione | | | | +/- 20% per strutture preesistenti e ristrutturazioni |
| Alloggi per 2 persona di mq 38 | Sopralluogo e documentazione | | | | +/- 20% per strutture preesistenti e ristrutturazioni |
| Alloggi per 3 persona di mq 52 | Sopralluogo e documentazione | | | | +/- 20% per strutture preesistenti e ristrutturazioni |
| Presenza di elevatori e montalettighe | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| Locale soggiorno/gioco/tv/spazio collettivo per ogni nucleo, di superficie adeguata ai pazienti usufruenti, idoneamente aerato ed illuminato | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| Angolo cottura per ogni nucleo | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|------------------------------|--|--|--|--|
| | Sala da pranzo (anche plurinucleo) di superficie adeguata ai pazienti usufruenti, idoneamente aerata ed illuminata | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Locale di servizio per ogni nucleo per il personale con annessi servizi igienici , di superficie adeguata, idoneamente attrezzato, aerato ed illuminato | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Bagno assistito dotato di vasca ospedaliera o doccia per disabili per ogni nucleo, idoneamente aerato ed illuminato, con superficie idonea per l'assistenza | Sopralluogo e documentazione | | | | Rinunciabile se tutte le camere del nucleo sono fornite di bagno autonomo idoneo per persone non autosufficienti |
| | Armadi per la biancheria pulita per ogni nucleo in numero sufficiente ed idoneamente collocati | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Locale deposito materiale sporco (per nucleo o per piano) dotato di vuotatoio, lava padelle, idoneamente aerato ed illuminato, di superficie adeguata | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Locale deposito per attrezzature, carrozzine e materiale di consumo (per nucleo o per piano) | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Locali per prestazioni ambulatoriali di superficie adeguata, idoneamente attrezzati, aerati ed illuminati | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Presenza di carrello di emergenza con elettrocardiografo in un ambulatorio | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Farmaci per urgenza | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|------------------------------|--|--|--|--|
| | Area per le attività specifiche di riabilitazione, di superficie adeguata rispetto ai pazienti usufruenti, idoneamente aerata ed illuminata, dotata di materiali e strumenti per la riabilitazione cognitiva e la terapia occupazionale. | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Locali e palestra di idonea superficie, aerazione, illuminazione dotati di: <ul style="list-style-type: none"> ○ letto per fisioterapia ○ cuscini di gomma piuma ○ tappeto di gomma piuma ○ parallele ○ scala svedese ○ cyclette ○ pedaliera ○ magnetoterapia ○ elettrostimolatori ○ ionoforesi | Sopralluogo e documentazione | | | | Anche in comune con altre U.O. |
| | Servizi e locali per l'assistenza religiosa | Sopralluogo e documentazione | | | | Se la RSA è inserita in un complesso polifunzionale, possibilità di utilizzazione in comune con altre U.O. |
| | Angolo bar e distributori automatici | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Sale e soggiorni polivalenti di superficie adeguata per i pazienti usufruenti ed idoneamente aerati ed illuminati | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Locali per i servizi all'ospite (barbiere, parrucchiere, podologo) | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Sale per le attività occupazionali di superficie adeguata per i pazienti usufruenti ed idoneamente aerati ed illuminati | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Servizi igienici | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Aree verdi | Sopralluogo e documentazione | | | | Anche nelle vicinanze della struttura |
| | Ingresso con portineria, posta, telefono | Sopralluogo e documentazione | | | | Se la RSA è |

| | | | | | | |
|--|---|------------------------------|--|--|--|--|
| | Uffici amministrativi | Sopralluogo e documentazione | | | | inserita in un complesso polifunzionale, possibilità di utilizzazione in comune con altre U.O. Al posto della cucina, possibilità di solo locale sporzionamento se servizio appaltato all'esterno. Al posto della lavanderia/stireria, solo locale stoccaggio se servizio appaltato all'esterno. |
| | Cucina, dispensa, locali accessori | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Lavanderia, stireria | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Magazzini | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Camera mortuaria con sala dolenti | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Deposito materiale pulito | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Deposito materiale sporco | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | Presenza di corrimano in corridoi, scale, locali di passaggio | Sopralluogo | | | | |

Requisiti organizzativi

| | | | P RESENTE | | | NOTE |
|--|---|---|-----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| | Collegamento funzionale con il territorio | Documento esplicativo delle modalità di collegamento funzionale con il Distretto, il CAD e i medici di MG | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|
| | Erogazione prestazioni che concorrono al mantenimento delle capacità residue degli ospiti ovvero al recupero dell'autonomia | Documento esplicativo della tipologia e delle modalità di erogazione delle diverse prestazioni sanitarie (medicina generale, specialistiche, farmaceutiche, infermieristiche, riabilitative, dietologiche etc), alberghiere, occupazionali, ricreative di integrazione, di cura della persona etc. | | | | |
| | Direzione | Documentazione per verifica requisiti professionali di medico responsabile ed infermiere dirigente | | | | |
| | Personale | Organigramma del personale (comprensivo dei titoli e dei contratti) Turni del personale | | | | Personale amministrativo e dei servizi generali anche in comune con altre U.O. |
| | Standard assistenziali giornalieri | Verifica adeguatezza entità del personale di assistenza in relazione agli standard definiti nei LEA e nel decreto | | | | |
| | Documentazione sanitaria | Valutazione multidimensionale Piano di assistenza individualizzato Cartella sanitaria personale | | | | |
| | Documentazione varia | Regolamento interno Registro interruzione trattamento/ospitalità Regolamento del Comitato di Partecipazione | | | | |
| | Verbalizzazione rilievi: 1. 2. 3. Etc. | | | | | |

4.5. CENTRI RESIDENZIALI PER CURE PALLIATIVE (HOSPICE)

Requisiti strutturali

| | | | P RESENTE | | | NOTE |
|--------------|---|------------------------------|-----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 4.5.1 | Area destinata alla residenzialità | | | | | |
| | La struttura deve essere ubicata in una zona ben collegata mediante mezzi pubblici. | Sopralluogo | | | | |
| | Ogni nucleo è dotato di camere singole, con superficie tra i 9 ed i 14 mq. | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | La camera, dotata di adeguati arredi e di servizio igienico, deve consentire la permanenza (notturna) di un accompagnatore e lo svolgimento di interventi medici. | Sopralluogo | | | | |

| | | | | | |
|--|-------------------------------------|--|--|--|--|
| <p>Per ogni nucleo, devono essere presenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - una tisaneria/cucina; - un deposito biancheria pulita; - un deposito attrezzature, carrozzine e materiale di consumo, anche internucleo; - un deposito biancheria sporca con vuotatoio; - un ambulatorio mediceria; - un soggiorno polivalente ovvero spazi equivalenti anche in ambiti da destinare a diverse attività (ristorazione, conversazione, lettura); - una postazione per il personale di assistenza in posizione idonea; - servizi igienici per il personale. <p>Devono essere, inoltre, previsti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un locale vuotatoio e lavapadelle; - un bagno assistito, anche internucleo. | <p>Sopralluogo e documentazione</p> | | | | |
| <p><i>Area destinata alla valutazione e alla terapia</i></p> <p>Sono presenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un locale ed attrezzature per terapia antalgica e prestazioni ambulatoriali anche in comune per più moduli ubicati orizzontalmente; - un locale per la preparazione e manipolazione dei farmaci e preparazioni nutrizionali anche in comune per più moduli ubicati orizzontalmente (solo in caso tale funzione venga svolta direttamente nell'Hospice); - un locale per colloqui con il personale (psicologo, assistente sociale etc.). | <p>Sopralluogo e documentazione</p> | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|-------------------------------------|--|--|--|---|
| | <p>Area generale di supporto Devono essere presenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un ingresso con portineria, telefono, spazio per le relazioni con il pubblico e spazio archivio; - uno spogliatoio del personale con servizi igienici; - uno spogliatoio e locali di sosta e lavoro per il personale volontario; - un locale per riunioni d'equipe; - servizi per l'assistenza religiosa e relativi locali; - un locale cucina; - un locale dispensa; - un locale lavanderia/stireria. <p>Qualora l'hospice non sia localizzato in una struttura sanitaria, sono richiesti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - una camera mortuaria (una ogni 10 posti letto); - uno spazio per i dolenti; - una sala per il culto; - un locale per uso amministrativo; - un magazzino. | <p>Sopralluogo e documentazione</p> | | | | <p>Qualora i servizi siano dati in appalto, non sono necessari i predetti locali; in tal caso deve esserci un locale per lo stoccaggio.</p> <p>Qualora l'hospice sia collocato nell'ambito di complessi sanitari o socio-sanitari polifunzionali è consentita l'utilizzazione di spazi in comune, quali quelli corrispondenti alle aree generali e di supporto. In tal caso, gli spazi in comune devono essere di dimensioni tali da soddisfare le esigenze del numero complessivo degli assistiti nell'intera struttura.</p> |
|--|---|-------------------------------------|--|--|--|---|

| | | | | | |
|---------------|--|------------------------------|--|--|--|
| 4.5.2. | Requisiti tecnologici | | | | |
| | Devono essere presenti: - un impianto di gas medicali (ossigeno e aspirazione); - un carrello per la gestione delle emergenze e relativi farmaci; - un elettrocardiografo. | Sopralluogo e documentazione | | | |
| 4.5.3. | Requisiti organizzativi | | | | |
| | E' permessa la personalizzazione delle stanze. | Sopralluogo | | | |
| | Deve essere individuato un responsabile clinico della struttura (Hospice). - Il Responsabile sanitario della struttura Hospice deve essere un medico con comprovata esperienza in materia di "Medicina Palliativa" e "Terapia del dolore". - In particolare sono richiesti tre anni di servizio presso strutture pubbliche ovvero cinque presso strutture private accreditate, eroganti assistenza in favore di pazienti oncologici in fase terminale. | Documentazione | | | |
| | - E' garantito un servizio di guardia medica H24 | Documentazione | | | |
| | - L'equipe multiprofessionale è costituita da: • medici • psicologi • infermieri • operatori tecnici dell'assistenza e/o operatori sociosanitari • terapisti della riabilitazione • assistenti sociali • altre figure professionali individuate in base alle esigenze specifiche. | Documentazione | | | |

| | | | | | | |
|--|--|----------------|--|--|--|--|
| | <p>Il personale della struttura deve essere articolato, in funzione dei pazienti in carico, secondo i rapporti di seguito riportati:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1/12 (personale medico) • 1/6 (personale infermieristico) • 1/10 (O.S.S.) | Documentazione | | | | |
| | Per ogni singolo paziente deve essere redatto un progetto assistenziale, con monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni delle condizioni cliniche, da parte dell'equipe multiprofessionale. | Documentazione | | | | |
| | La Direzione promuove la personalizzazione dell'assistenza anche mediante riunioni periodiche di équipe finalizzate alla definizione, alla verifica ed alla rimodulazione del piano terapeutico | Documentazione | | | | |
| | Deve essere assicurata la continuità assistenziale con l'assistenza domiciliare prevedendo per ogni posto residenziale quattro posti cura domiciliari e comunque secondo la normativa vigente. | Documentazione | | | | |
| | Il Centro garantisce al paziente adeguata assistenza fisioterapica. | Documentazione | | | | |
| | Deve essere promossa la collaborazione con le associazioni di volontariato | Documentazione | | | | |
| | Deve essere assicurata l'assistenza spirituale nel rispetto della volontà e della libertà di coscienza del cittadino | Documentazione | | | | |
| | Il Centro garantisce adeguato sostegno spirituale ai pazienti ed ai relativi familiari, sia nella fase antecedente al decesso che in quella di elaborazione del lutto, nel rispetto della volontà e della libertà di coscienza degli interessati. | Documentazione | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|-----------------------|--|--|--|--|
| | <p>Il Centro garantisce, attraverso l'utilizzazione di risorse esterne, adeguata assistenza psicologica ai pazienti ed ai relativi familiari, sia nella fase antecedente al decesso che in quella di elaborazione del lutto, nonché al personale in forza alla struttura stessa.</p> | <p>Documentazione</p> | | | | |
| | <p>Verbalizzazione rilievi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. Etc. | | | | | |

6.4 STUDI DI MEDICINA ESTETICA

6.4.1 Requisiti Strutturali

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|--|-------------------------------------|----------|----|------|------|
| | | | SI | NO | N.A. | |
| 6.4.1.1 | Lo studio di medicina estetica rispetta le norme logistiche ed igieniche di qualsiasi ambulatorio medico? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 6.4.1.2 | Prevede come base minima: -una sala di attesa? - spazio adibito a segreteria? - uno studio per le visite? - locali/box di operatività? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

6.4.2 Requisiti Tecnologici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|--|---------------------------------------|----------|----|------|------|
| | | | SI | NO | N.A. | |
| 6.4.2.1 | E' presente la dotazione strumentale specifica relativa all'attività svolta? | Elenco attrezzature e verifica | | | | |
| 6.4.2.2 | Devono essere presenti, in ogni caso, almeno: - computer, - bilancia con altimetro - plico metro - lampada di Wood | Elenco presidi e verifica | | | | |

6.4.3 Requisiti Organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|--|----------------------------------|----------|----|------|------|
| | | | SI | NO | N.A. | |
| 6.4.3.1 | Il personale è diviso come medico, non medico ed amministrativo? | Documentazione e verifica | | | | |

| | | | | | | | |
|----------------|---|----------------------------------|--|--|--|--|--|
| 6.4.3.2 | Il personale medico è in possesso di specializzazione in chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica o in dermatologia e venereologia? | Documentazione e verifica | | | | | <p>In alternativa: - titolo di formazione in medicina estetica rilasciato da una struttura certificata ECM od universitaria od ospedaliera o da un board internazionale attestante la sua conoscenza della branca</p> <p>In alternativa: - operatività nel settore da almeno tre anni, attestata da partecipazione annuale a corsi, convegni ,e congressi nazionali ed internazionali del settore e da una documentata attività svolta in una struttura sanitaria operante nel campo</p> |
| 6.4.3.3 | Il personale non medico è in possesso di: - Laurea in scienze infermieristiche o specifico diploma nel settore (esito di corsi riconosciuti dalla Regione o dal Ministero della Salute) di durata almeno triennale | Documentazione e verifica | | | | | Il personale non medico può prestare solamente attività di assistenza nel settore |
| 6.4.3.4 | L'operatività medica o paramedica rispetta i protocolli codificati con le varie forme cliniche? | Documentazione e verifica | | | | | |

| | | | | | | | |
|----------------|---|----------------------------------|--|--|--|--|--|
| 6.4.3.5 | In ogni caso il primo intervento, dopo la valutazione generale, deve riguardare la rieducazione comportamentale utile a prevenire l'instaurarsi di patologie derivate dalla non corretta gestione del paziente verso il proprio corpo | Documentazione e verifica | | | | | |
| | | | | | | | |

3.2 PRESIDI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Requisiti Generali

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Valgono i requisiti previsti al punto 3.0 | | | | |
|---|--|--|--|--|

3.2.1 Requisiti Strutturali

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|---|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.2.1.1 | I locali e le specializzazioni sono conformi a quanto in precedenza autorizzato? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.2.1.2 | I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia ed al volume delle attività erogate? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.2.1.3 | La struttura erogante prestazioni di diagnostica monospecialistica o plurispecialistica possiede i requisiti adeguati alla complessità delle prestazioni erogate? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--|--|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|--|-------------------------------------|--|--|--|--|
| 3.2.1.4 | E' presente un'area di attesa dotata di un idoneo numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza degli accessi? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.2.1.5 | Sono presenti idonei spazi per accettazione, attività amministrative ed archivio? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.2.1.6 | Sono presenti servizi igienici distinti per gli operatori e per gli utenti di cui uno accessibile? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.2.1.7 | E' presente una sala radio diagnostica, con annessi spazi/spogliatoi e disponibilità di un servizio igienico in relazione alle tipologie di esami specialistici? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.2.1.8 | E' presente, qualora previsti, un locale per l'esecuzione degli esami ecografici? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.2.1.9 | E' presente un locale per la refertazione e archivio? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.2.1.10 | E' presente un'area tecnica di stretta pertinenza degli operatori medici e tecnici? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.2.1.11 | E' presente un locale/spazio per deposito materiale pulito? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.2.1.12 | E' presente un locale/spazio per deposito materiale sporco? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-----------------|--|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.2.1.13 | E' presente spazio/armadio per deposito materiale d'uso, attrezzature e strumentazioni? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.2.1.14 | E' presente locale/spazio chiaramente segnalato per la raccolta e l'immagazzinamento dei rifiuti tossici nocivi fino al loro allontanamento, qualora prodotti? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

3.2.2 Requisiti Tecnologici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|---|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.2.2.1 | E' presente un impianto di condizionamento e di climatizzazione con adeguati ricambi d'aria naturale o forzata (almeno 3v/h)? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.2.2.2 | La struttura erogante prestazioni di diagnostica monospecialistica o plurispecialistica possiede i requisiti tecnologici adeguati alla complessità delle prestazioni erogate? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.2.2.3 | E' in possesso della seguente dotazione strumentale? 1 un generatore trifase, preferibilmente ad alta frequenza, di potenza non inferiore a 30 KW e tavolo di controllo e comando; 2 un tavolo radiografico preferibilmente ribaltabile, telecomandato con serigrafo, Potter Bucky, intensificatore di brillanza con circuito televisivo; 3 Un tubo radiogeno a doppio fuoco anodo rotante; 4 Attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardiopolmonare di base di cui è controllata la funzionalità e relativi farmaci; 5 Un adeguato sistema di sviluppo e/o stampa; 6 Un apparecchio radiologico portatile, limitatamente alle strutture di ricovero. | Elenco attrezzature, apparecchiature, farmaci e verifica. | | | | |

3.2.3. Requisiti Organizzativi

| | | | | | | |
|----------------|--|--|--|--|--|--|
| 3.2.3.1 | Il personale sanitario e/o tecnico è adeguato alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate, nel rispetto della normativa e delle disposizioni vigenti, con particolare riferimento alla radioprotezione del paziente? | Elenco del personale, documentazione e verifica | | | | |
| 3.2.3.2 | E' stato attivato, ai sensi della vigente disciplina di settore, un sistema di controllo di qualità con controlli interni ed esterni? | Documentazione e verifica | | | | |

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|--|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.2.3.3 | Per le indagini a carattere invasivo o con contrasto che comportino rischio, sia per il tipo di indagine, sia per la patologia in atto, con preventiva visita anestesiológica, è disponibile, all'interno della struttura, un anestesista rianimatore? | Elenco del personale, documentazione e verifica | | | | |
| 3.2.3.4 | Nei referti sono inclusi almeno i dati anagrafici, la data dell'esame e del referto, il nominativo del medico che referta e la tipologia di esame, nel rispetto delle norme sulla privacy? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.2.3.5 | Sono comunicati all'utente, al momento della prenotazione, la data di esecuzione dell'indagine diagnostica e i tempi di consegna dei referti? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.2.3.6 | Sono presenti procedure scritte, datate e firmate, relative all'esecuzione delle diverse tipologie di indagine? | Documentazione e verifica | | | | |

| | | | | | | |
|----------------|---|----------------------------------|--|--|--|--|
| 3.2.3.7 | Sono presenti procedure scritte per la refertazione in ogni suo aspetto che comprendono anche la consegna? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.2.3.8 | Sono presenti procedure scritte per la periodica verifica del regolare funzionamento delle apparecchiature? | Documentazione e verifica | | | | |

3.4 CENTRI AMBULATORIALI DI RIABILITAZIONE PER PERSONE CON DISABILITA'

Requisiti Generali

| | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|
| | Valgono i requisiti previsti al punto 3.0 | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|

3.4.1 Requisiti minimi strutturali

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|--|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.4.1.1 | I locali e l'attività sono conformi a quanto in precedenza autorizzato? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.4.1.2 | La struttura garantisce la completa fruibilità degli spazi da parte di tutti i possibili utenti con differenti disabilità con la completa assenza di barriere architettoniche, che limitino l'accesso o gli spostamenti dentro la struttura e l'utilizzo sicuro dei vari spazi e servizi ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.4.1.3 | La struttura è dotata di ambienti specifici con dimensioni, arredi ed attrezzature adeguati allo svolgimento delle attività coerenti con i programmi e gli obiettivi propri della struttura? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|--|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.4.1.4 | <p>Sono presenti i seguenti ambienti comuni?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ambulatori o studi medici per le visite specialistiche e valutazioni diagnostico-prognostiche cliniche attinenti alle patologie trattate; 2. Servizi igienici distinti per utenti e personale, di cui almeno uno accessibile alle persone con disabilità; 3. Spogliatoi per i pazienti e per il personale; 4. Aree di attesa, area amministrativa/archivio. | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.4.1.5 | Gli ambienti specifici per lo svolgimento delle attività garantiscono un minimo di 7 mq per posto cura? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.4.1.6 | Gli ambienti specifici sono suddivisi in modo idoneo a garantire la riservatezza? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|---|-------------------------------------|--|--|--|--|
| 3.4.1.7 | <p>Gli ambienti specifici sono attrezzati a seconda del tipo di riabilitazione svolta ? Sono articolati in locali e spazi per :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. chinesiatria e rieducazione neuromotoria; 2. idrochinesiatria 3. psicomotricità 4. rieducazione logopedia, audio fonologica e neurolinguistica; 5. rieducazione neuropsicologica; 6. terapia occupazionale; 7. rieducazione neurovisiva e ortottica; 8. psicoterapia; 9. rieducazione cardiorespiratoria; 10. rieducazione urologia; 11. orientamento psico-pedagogico; 12. intervento educativo; 13. prescrizione, collaudo ed addestramento all'uso di ortesi, protesi e ausili. | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.4.1.8 | Sono presenti aree attrezzate per attività di gruppo (palestre), per attività statiche e dinamiche? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.4.1.9 | In caso di attività di gruppo (formato da non più di 5 persone) è presente un locale palestra non inferiore a 35 mq, aumentata di almeno 5 mq per ogni paziente oltre i 5? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.4.1.10 | Sono presenti aree attrezzate per attività individuali (motorie, respiratorie, neuropsicologiche, ecc) ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.4.1.11 | Sono presenti box di dimensioni minime di 4 mq per trattamenti individuali ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|---|-------------------------------------|--|--|--|--|
| 3.4.1.12 | Sono presenti box di 7 mq nel caso in cui la persona con disabilità faccia uso di carrozzine o di deambulatore? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
|-----------------|---|-------------------------------------|--|--|--|--|

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-----------------|--|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.4.1.13 | E' presente un'area attrezzata per il trattamento, qualora previsto nel progetto terapeutico, dei disturbi comunicativi/integrativi? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | | | | | | |

3.4.2 Requisiti Tecnologici ed impiantistici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|---|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.4.2.1 | Sono presenti attrezzature e dispositivi specifici per la valutazione delle varie menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa? | Elenco attrezzature, dispositivi e verifica | | | | |
| 3.4.2.2 | Sono presenti presidi necessari e risorse tecnologiche atti allo svolgimento di prestazioni da parte dei medici specialisti e degli altri operatori professionali della riabilitazione? | Elenco presidi e verifica | | | | |
| 3.4.2.3 | Sono presenti attrezzature e presidi per realizzare le varie tipologie di esercizio terapeutico e di rieducazione funzionale negli ambienti dedicati, per attività individuali e/o di gruppo? | Elenco attrezzature, presidi e verifica. | | | | |

| | | | | | | |
|----------------|--|--|--|--|--|--|
| 3.4.2.4 | Sono presenti attrezzature specifiche per la riabilitazione cardiorespiratoria, se effettuata? | Elenco attrezzature e verifica | | | | |
| 3.4.2.5 | Sono presenti elettrostimolatori per la muscolatura normale e denervata? | Elenco attrezzature e verifica | | | | |
| 3.4.2.6 | E' presente carrello per la gestione dei casi di urgenza, completo di elettrocardiografo? | Elenco attrezzature, farmaci e verifica | | | | |

3.4.3 Requisiti Organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|--|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.4.3.1 | Il Centro ambulatoriale di riabilitazione funziona per minimo 7 ore giornaliere e per 5 giorni alla settimana? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.4.3.2 | IL direttore responsabile è un medico laureato in medicina e chirurgia iscritto all'albo professionale dei medici chirurghi in possesso di specializzazione nella disciplina attinente alla disabilità prevalentemente trattata? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.4.3.3 | In caso di assenza o impedimento temporaneo del Direttore responsabile è previsto che le sue funzioni vengano assunte da un altro medico con le stesse caratteristiche? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.4.3.4 | E' prevista la presenza del Direttore responsabile o altro medico, durante l'attività del Centro, qualora siano effettuate terapie ove è richiesta la presenza del medico? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.4.3.5 | Il Centro dispone di personale in possesso delle necessarie qualificazioni professionali? | Elenco del personale e verifica | | | | |

| | | | | | | |
|----------------|---|--|--|--|--|--|
| 3.4.3.6 | <p>Per 60 pazienti è presente il personale qualificato secondo il seguente rapporto pazienti/operatori ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estensivo elevato: 3,9 pazienti/1operatore • Estensivo medio : 6,5 pazienti/1operatore • Estensivo lieve :12,4 pazienti/1operatore • Mantenimento elevato: 6,5 paz/1operatore • Mantenimento medio: 7,6 paz/1operatore • Mantenimento lieve :19,5 paz/1 operatore | Elenco del personale e verifica | | | | |
| 3.4.3.7 | <p>Sono presenti professionisti sanitari della riabilitazione qualificati? (fisioterapista ex D.M. 14.9.1994, n° 741; terapeuta occupazionale ex D.M. 17.1.1997 n° 136; terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva ex D.M. 17.1.1997 n° 56; logopedista ex D.M. 14.9.1994 n° 742, Educatore professionale ex D.M. n° 8/1998):</p> | Elenco del personale e verifica | | | | |
| 3.4.3.8 | <p>Le attività riabilitative sono assicurate da una equipe multidisciplinare, composta da personale medico specialista, da personale dell'area psicologica e pedagogica, professionisti sanitari della riabilitazione e personale di assistenza sociale?</p> | Elenco del personale e verifica | | | | |
| 3.4.3.9 | <p>Il Centro garantisce la globale presa in carico per tutto l'iter terapeutico previsto ?</p> | Documentazione | | | | |

3.5. PRESIDI DI DIALISI

3.5.1. PRESIDI DI DIALISI AMBULATORIALE

3.5.1.1. Requisiti Strutturali

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|--|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.5.1.1.2 | E' presente una sala di attesa, accessibile anche ai pazienti con posti a sedere per tutti gli utenti di un turno? | Sopralluogo | | | | |
| 3.5.1.1.3 | La capacità massima del centro è uguale o inferiore a 24 posti? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.5.1.1.4 | I posti per sala dialisi sono uguali o inferiori a 15? | Sopralluogo | | | | |

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-------------------|--|--------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.5.1.1.5 | Ciascun posto dialisi ha una superficie minima di 6 mq e lo spazio centrale tra due file di letti contrapposti è superiore a m 0,90 e accessibile almeno da tre lati ? | Sopralluogo | | | | |
| 3.5.1.1.6. | E' presente un tavolo servitore per ogni posto dialisi ? | Sopralluogo | | | | |
| 3.5.1.1.7. | Tutte le sale dialisi sono collocate in unica area funzionale in cui tutti i locali e servizi sono destinati all'attività di dialisi? | Sopralluogo | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------|--|--------------------|--|--|--|--|
| 3.5.1.1.8 | E' presente una sala dialisi contumaciale per pazienti infetti (con almeno un posto dialisi dedicato), dotata di spogliatoi, servizi igienici con interposta zona filtro. | Sopralluogo | | | | |
| 3.5.1.1.9 | E' presente un locale di medicheria per i controlli clinici e le manovre di medicazione? | Sopralluogo | | | | |
| 3.5.1.1.10 | Sono presenti spogliatoi, distinti per sesso, forniti di armadietti, sedie e servizi igienici, completi di materiali d'uso, per gli utenti, entrambi con accesso esterno dalle sale dialisi? | Sopralluogo | | | | |
| 3.5.1.1.11 | E' presente un magazzino per i materiali di consumo? | Sopralluogo | | | | |
| 3.5.1.1.12 | E' presente un locale di stoccaggio e riparazione delle apparecchiature? | Sopralluogo | | | | |
| 3.5.1.1.13 | E' presente un locale per lo stoccaggio dei rifiuti? | Sopralluogo | | | | |

3.5.1.2 Requisiti Tecnologici ed impiantistici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|---|---------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.5.1.2.1 | E' presente un sistema pesa persone (letto o poltrona bilancia) per ogni posto dialisi? | Elenco attrezzature e verifica | | | | |
| 3.5.1.2.2 | Sono presenti un armadio e un frigo per l'adeguata conservazione dei farmaci sia di emergenza che per quelli connessi alla terapia dialitica? | Elenco attrezzature e verifica | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|--|
| 3.5.1.2.3 | Sono presenti un elettrocardiografo, un defibrillatore, un ambu di cui è controllata periodicamente la funzionalità, kit di farmaci e presidi medico chirurgici necessari per le prime emergenze cardiorespiratorie ? | Elenco attrezzature, apparecchiature, presidi e verifica. | | | | |
| 3.5.1.2.4 | Sono presenti apparecchiature per esami di laboratorio semplici (emoglobina e/o ematocrito, elettroliti, emogas)? | Elenco apparecchiature e verifica | | | | |
| 3.5.1.2.5 | E' presente un gruppo elettrogeno o di continuità che assicuri il termine dei trattamenti in atto in ogni condizione? | Elenco attrezzature, farmaci e verifica | | | | |
| 3.5.1.2.6 | E' presente un monitor per metodiche dialitiche in "continuo", ove il centro sia collocato in struttura con pronto soccorso, unità di rianimazione e/o terapia intensiva. | Elenco apparecchiature e verifica | | | | |
| 3.5.1.2.7 | Sono presenti apparecchiature per il monitoraggio cardiocircolatorio e pressorio ? | Elenco apparecchiature e verifica | | | | |
| 3.5.1.2.8 | Le apparecchiature di dialisi (monitor) rispettano le norme di sicurezza CE. Sono in numero di almeno 1 per ogni posto dialisi, vengono revisionate ogni anno e comunque sostituite ogni 8anni? Le apparecchiature di riserva sono in numero proporzionato di 1 ogni 5 posti dialisi? | Elenco apparecchiature e verifica | | | | |
| 3.5.1.2.9 | Le stanze di dialisi sono dotate di climatizzazione dell'aria in grado di garantire una temperatura tra 20 e 26 °C (e comunque non superiore di | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | 6/7 °C rispetto alla temperatura esterna) ed umidità compresa tra 40 e 60% ? | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|-------------------|--|-------------------------------------|--|--|--|--|
| 3.5.1.2.10 | Sono garantiti monitor dedicati per pazienti HBV,HCV,HIV positivi e per dialisi di emergenza | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.5.1.2.11 | E presente un locale idoneo separato destinato al trattamento dell'acqua per dialisi ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.5.1.2.12 | Il trattamento dell'acqua per dialisi è attuato mediante: -serbatoi di stoccaggio con quantità necessaria almeno per un turno di dialisi; - pretrattamento; - osmosi inversa con due gruppi di preparazione dell"acqua posti in parallelo e/o in serie (biosmosi); - circuito di distribuzione dell"acqua trattata di tipo biosanitario posto a vista o comunque facilmente ispezionabile? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.5.1.2.13 | In caso di trattamento di pazienti in regime di assistenza domiciliare, sono disponibili posti tecnici di dialisi extracorporea in caso di complicanze della dialisi domiciliare o cambiamento di metodica ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

3.5.1.3 Requisiti Organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|--|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.5.1.3.1 | Il Direttore responsabile è uno specialista in Nefrologia o figura equipollente ? | Elenco del personale ,documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.2 | Il Direttore Responsabile risponde della regolarità dei servizi, dell'invio dei pazienti nella sala contumaciale e dell'organizzazione del Centro, ferma restando la responsabilità professionale dei singoli operatori ? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.3 | Durante i turni di dialisi, è garantita: - la presenza nel centro dialisi, durante tutte le ore di trattamento, di personale medico (Nefrologo o specializzazione equipollente, che abbia 6 mesi di frequenza regolare e comprovata presso un Centro ospedaliero; 1 medico fino a 10 pazienti, più 1 medico fino a ulteriori 10 pazienti) ? | Elenco del personale ,documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.4 | Durante i turni di dialisi è garantita: la presenza continua di infermieri; specificatamente dedicati per la sala contumaciale, con almeno 6 mesi di addestramento regolare e comprovato (2 infermieri fino a 8 pazienti più 1 infermiere fino a ulteriori 4 pazienti).? | Elenco del personale e verifica | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------|---|----------------------------------|--|--|--|--|
| 3.5.1.3.5 | Durante le ore di attività del centro è garantita la presenza di almeno 1 ausiliario ogni 12 pazienti più 1 ausiliario fino a ulteriori 12 pazienti ? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.6 | E' assicurato l'uso da parte di tutto il personale di materiali protettivi monouso per le operazioni di tipo sanitario verso il paziente, nonché kit monouso contenenti il materiale sanitario? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.7 | E' assicurato il cambio di biancheria nei letti o poltrone ad ogni turno di dialisi, o in alternativa l'uso di biancheria monouso ? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.8 | E' considerato il cambio turno per necessità impellenti del paziente? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.9 | E' assicurata la disponibilità di indumenti monouso per l'accesso in sala dialisi? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.10 | Sono previsti collegamenti funzionali ed organizzativi (protocolli scritti) con una struttura di ricovero ospedaliera, pubblica o privata, vicina dotata di pronto soccorso e rianimazione che garantisce la pronta disponibilità medica ed infermieristica nelle 24 ore per la dialisi di urgenza? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.11 | E' garantita la nomina con le funzioni proprie del medico referente per le problematiche degli accessi vascolari? | Documentazione e verifica | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------|--|----------------------------------|--|--|--|--|
| 3.5.1.3.12 | Esiste un programma di formazione aggiornato “ad hoc” per il personale infermieristico di dialisi? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.13 | Esistono criteri formalizzati per l’effettuazione della terapia presso il Servizio Ospedaliero U.D.D., U.D.D.A., o domicilio? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.14 | Sono consegnati gratuitamente al paziente la carta dei servizi e la documentazione informativa sulla dialisi? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.15 | E’ garantita la possibilità per i pazienti di effettuare dialisi extracorporea e/o dialisi peritoneale, quest’ultima anche in accordo con altre strutture? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.16 | Per ciascun paziente è predisposto un piano di trattamento con le indicazioni delle modalità di presa in carico , della strategia dialitica e terapeutica sulla base delle condizioni cliniche e sociali del paziente? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.17 | Per ciascun paziente ad ogni trattamento è redatta una scheda dialitica, con specifica delle membrane dialitiche, linee per circolazione extracorporea, liquidi e concentrati utilizzati e farmaci somministrati? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.18 | Esiste una cartella corredata dal profilo clinico anamnestico e relativi aggiornamenti e terapia domiciliare somministrata? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.19 | Ad ogni paziente viene effettuata con cadenza massimo mensile una visita medica con comunicazione delle informazioni cliniche (analisi, referti) ? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.20 | Esistono criteri formalizzati per l’immissione dei pazienti trapiantabili in lista d’attesa per il trapianto e per la gestione della lista ? | Documentazione e verifica | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------|--|----------------------------------|--|--|--|--|
| 3.5.1.3.21 | Il Centro ha indicato un medico di riferimento che garantirà il percorso di immissione in lista d'attesa per il trapianto renale e il collegamento funzionale con il Centro di Riferimento Regionale di Nefrologia e Dialisi competente per territorio? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.22 | E' garantita l'integrazione tra l'assistenza del servizio e i centri trapianto di riferimento (sia per i pazienti in lista che per i trapianti) ? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.23 | Esistono protocolli di disinfezione delle attrezzature, dell'impianto dell'acqua e del circuito di distribuzione dell'acqua per dialisi, delle modalità di sanificazione ambientale e smaltimento rifiuti? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.24 | Esistono protocolli dei controlli chimici e biologici dell'acqua per dialisi? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.25 | E' disponibile un sistema informatico gestionale? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.26 | E' predisposto un regolamento di centro, valido anche sulle U.D.D., U.D.D.A. dipendenti, concordato con le Associazioni dei pazienti ? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.27 | Nel regolamento sono previsti la disponibilità di accesso e bacheche nel centro dialisi riservati alle Associazioni, i criteri di trasparenza e gestione della lista di attesa, la corretta modalità di informazione, i confort di tipo alberghiero per i pazienti durante le ore di dialisi ? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.28 | E' disponibile un idoneo parcheggio gratuito riservato ai pazienti, facilmente accessibile, con capacità di almeno la metà dei posti dialisi del centro? | Documentazione e verifica | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------|---|----------------------------------|--|--|--|--|
| 3.5.1.3.29 | I locali sono conformi a quanto in precedenza autorizzato?? | Documentazione e verifica | | | | |
|-------------------|---|----------------------------------|--|--|--|--|

3.5.2 UNITA' DI DIALISI DECENTRATE PER ANZIANI (U.D.D.A)

Requisiti Generali

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| Valgono i requisiti previsti al punto 3.0 | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|

3.5.1.1. Requisiti Strutturali

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|--|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.5.1.1.1 | E' presente una sala di attesa, accessibile anche ai pazienti con posti a sedere per tutti gli utenti di un turno? | Sopralluogo | | | | |
| 3.5.1.1.2 | La capacità massima del centro è uguale o inferiore a 24 posti? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.5.1.1.3 | I posti per sala dialisi sono uguali o inferiori a 15? | Sopralluogo | | | | |

| | Quesito, cioè esplicitazione in domanda del requisito | <i>Evidenze, cioè "prove" del possesso del requisito.</i> | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|---|---|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.5.1.1.4 | Ciascun posto dialisi ha una superficie | Sopralluogo | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------|--|--------------------|--|--|--|--|
| | minima di 6 mq e lo spazio centrale tra due file di letti contrapposti è superiore a m 0,90 e accessibile almeno da tre lati ? | | | | | |
| 3.5.1.1.5. | E' presente un tavolo servitore per ogni posto dialisi ? | Sopralluogo | | | | |
| 3.5.1.1.6. | Tutte le sale dialisi sono collocate in unica area funzionale in cui tutti i locali e servizi sono destinati all'attività di dialisi? | Sopralluogo | | | | |
| 3.5.1.1.7 | E' presente una sala dialisi contumaciale per pazienti infetti (con almeno un posto dialisi dedicato), dotata di spogliatoi, servizi igienici con interposta zona filtro. | Sopralluogo | | | | |
| 3.5.1.1.8 | E' presente un locale di medicheria per i controlli clinici e le manovre di medicazione? | Sopralluogo | | | | |
| 3.5.1.1.9 | Sono presenti spogliatoi, distinti per sesso, forniti di armadietti, sedie e servizi igienici, completi di materiali d'uso, per gli utenti, entrambi con accesso esterno dalle sale dialisi? | Sopralluogo | | | | |
| 3.5.1.1.10 | E' presente un magazzino per i materiali di consumo? | Sopralluogo | | | | |
| 3.5.1.1.11 | E' presente un locale di stoccaggio e riparazione delle apparecchiature? | Sopralluogo | | | | |
| 3.5.1.1.12 | E' presente un locale per lo stoccaggio dei rifiuti? | Sopralluogo | | | | |

3.5.2.1 Requisiti Tecnologici ed impiantistici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|---|---------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.5.1.2.1 | E' presente un sistema pesa persone (letto o poltrona bilancia) per ogni posto dialisi? | Elenco attrezzature e verifica | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|--|---|--|--|--|--|
| 3.5.1.2.2 | Sono presenti un armadio e un frigo per l'adeguata conservazione dei farmaci sia di emergenza che per quelli connessi alla terapia dialitica? | Elenco attrezzature e verifica | | | | |
| 3.5.1.2.3 | Sono presenti un elettrocardiografo, un defibrillatore, un ambu di cui è controllata periodicamente la funzionalità, kit di farmaci e presidi medico chirurgici necessari per le prime emergenze cardiorespiratorie ? | Elenco attrezzature, apparecchiature, farmaci, presidi e verifica. | | | | |
| 3.5.1.2.4 | Sono presenti apparecchiature per esami di laboratorio semplici (emoglobina e/o ematocrito, elettroliti, emogas)? | Elenco apparecchiature e verifica | | | | |
| 3.5.1.2.5 | E' presente un gruppo elettrogeno o di continuità che assicuri il termine dei trattamenti in atto in ogni condizione? | Elenco attrezzature, farmaci e verifica | | | | |
| 3.5.1.2.6 | E' presente un monitor per metodiche dialitiche in "continuo", ove il centro sia collocato in struttura con pronto soccorso, unità di rianimazione e/o terapia intensiva. | Elenco apparecchiature e verifica | | | | |
| 3.5.1.2.7 | Sono presenti apparecchiature per il monitoraggio cardiocircolatorio e pressorio ? | Elenco apparecchiature e verifica | | | | |
| 3.5.1.2.8 | Le apparecchiature di dialisi (monitor) rispettano le norme di sicurezza CE. Sono in numero di almeno 1 per ogni posto dialisi, vengono revisionate ogni anno e comunque sostituite ogni 8anni? Le apparecchiature di riserva sono in numero proporzionato di 1 ogni 5 posti dialisi? | Elenco apparecchiature e verifica | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|---|-------------------------------------|--|--|--|--|
| 3.5.1.2.9 | Le stanze di dialisi sono dotate di climatizzazione dell'aria in grado di garantire una temperatura tra 20 e 26 °C (e comunque non superiore di 6/7 °C rispetto alla temperatura esterna) ed umidità compresa tra 40 e 60% ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
|------------------|---|-------------------------------------|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|-------------------|--|-------------------------------------|--|--|--|--|
| 3.5.1.2.10 | Sono garantiti monitor dedicati per pazienti HBV,HCV,HIV positivi e per dialisi di emergenza | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.5.1.2.11 | E presente un locale idoneo separato destinato al trattamento dell'acqua per dialisi ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.5.1.2.12 | Il trattamento dell'acqua per dialisi è attuato mediante: -serbatoi di stoccaggio con quantità necessaria almeno per un turno di dialisi; - pretrattamento; - osmosi inversa con due gruppi di preparazione dell'acqua posti in parallelo e/o in serie (biosmosi); - circuito di distribuzione dell'acqua trattata di tipo biosanitario posto a vista o comunque facilmente ispezionabile? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.5.1.2.13 | In caso di trattamento di pazienti in regime di assistenza domiciliare, sono disponibili posti tecnici di dialisi extracorporea in caso di complicanze della dialisi domiciliare o | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | | | | |
|--|---------------------------|--|--|--|--|--|
| | cambiamento di metodica ? | | | | | |
|--|---------------------------|--|--|--|--|--|

3.5.1.3 Requisiti Organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|--|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.5.1.3.1 | Il Direttore responsabile è uno specialista in Nefrologia o figura equipollente ? | Elenco del personale ,documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.2 | Il Direttore Responsabile risponde della regolarità dei servizi, dell'invio dei pazienti nella sala contumacia e dell'organizzazione del Centro, ferma restando la responsabilità professionale dei singoli operatori ? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.3 | Durante i turni di dialisi, è garantita: - la presenza nel centro dialisi, durante tutte le ore di trattamento, di personale medico (Nefrologo o specializzazione equipollente, che abbia 6 mesi di frequenza regolare e comprovata presso un Centro ospedaliero; 1 medico fino a 10 pazienti, più 1 medico fino a ulteriori 10 pazienti) ? | Elenco del personale ,documentazione e verifica | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|--|
| 3.5.1.3.4 | Durante i turni di dialisi è garantita: la presenza continua di infermieri; specificatamente dedicati per la sala contumaciale, con almeno 6 mesi di addestramento regolare e comprovato (2 infermieri fino a 8 pazienti più 1 infermiere fino a ulteriori 4 pazienti).? | Elenco del personale e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.5 | Durante le ore di attività del centro è garantita la presenza di almeno 1 ausiliario ogni 12 pazienti più 1 ausiliario fino a ulteriori 12 pazienti ? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.6 | E' assicurato l'uso da parte di tutto il personale di materiali protettivi monouso per le operazioni di tipo sanitario verso il paziente, nonché kit monouso contenenti il materiale sanitario? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.7 | E' assicurato il cambio di biancheria nei letti o poltrone ad ogni turno di dialisi, o in alternativa l'uso di biancheria monouso ? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.8 | E' considerato il cambio turno per necessità impellenti del paziente? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.9 | E' assicurata la disponibilità di indumenti monouso per l'accesso in sala dialisi? | Documentazione e verifica | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------|---|----------------------------------|--|--|--|--|
| 3.5.1.3.10 | Sono previsti collegamenti funzionali ed organizzativi (protocolli scritti) con una struttura di ricovero ospedaliera, pubblica o privata, vicina dotata di pronto soccorso e rianimazione che garantisce la pronta disponibilità medica ed infermieristica nelle 24 ore per la dialisi di urgenza? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.11 | E' garantita la nomina con le funzioni proprie del medico referente per le problematiche degli accessi vascolari? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.12 | Esiste un programma di formazione aggiornato "ad hoc" per il personale infermieristico di dialisi? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.13 | Esistono criteri formalizzati per l'effettuazione della terapia presso il Servizio Ospedaliero U.D.D., U.D.D.A., o domicilio? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.14 | Sono consegnati gratuitamente al paziente la carta dei servizi e la documentazione informativa sulla dialisi? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.15 | E' garantita la possibilità per i pazienti di effettuare dialisi extracorporea e/o dialisi peritoneale, quest'ultima anche in accordo con altre strutture? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.16 | Per ciascun paziente è predisposto un piano di trattamento con le indicazioni delle modalità di presa in carico , della strategia dialitica e terapeutica sulla base delle condizioni cliniche e sociali del paziente? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.17 | Per ciascun paziente ad ogni trattamento è redatta una scheda dialitica, con specifica delle membrane dialitiche, linee per circolazione extracorporea, liquidi e concentrati utilizzati e farmaci somministrati? | Documentazione e verifica | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------|---|----------------------------------|--|--|--|--|
| 3.5.1.3.18 | Esiste una cartella corredata dal profilo clinico anamnestico e relativi aggiornamenti e terapia domiciliare somministrata? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.19 | Ad ogni paziente viene effettuata con cadenza massimo mensile una visita medica con comunicazione delle informazioni cliniche (analisi, referti) ? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.20 | Esistono criteri formalizzati per l'immissione dei pazienti trapiantabili in lista d'attesa per il trapianto e per la gestione della lista ? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.21 | Il Centro ha indicato un medico di riferimento che garantirà il percorso di immissione in lista d'attesa per il trapianto renale e il collegamento funzionale con il Centro di Riferimento Regionale di Nefrologia e Dialisi competente per territorio? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.22 | E' garantita l'integrazione tra l'assistenza del servizio e i centri trapianto di riferimento (sia per i pazienti in lista che per i trapianti) ? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.23 | Esistono protocolli di disinfezione delle attrezzature, dell'impianto dell'acqua e del circuito di distribuzione dell'acqua per dialisi, delle modalità di sanificazione ambientale e smaltimento rifiuti? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.24 | Esistono protocolli dei controlli chimici e biologici dell'acqua per dialisi? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.25 | E' disponibile un sistema informatico gestionale? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.26 | E' predisposto un regolamento di centro, valido anche sulle U.D.D., U.D.D.A. dipendenti, concordato con le Associazioni dei pazienti ? | Documentazione e verifica | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------|--|----------------------------------|--|--|--|--|
| 3.5.1.3.27 | Nel regolamento sono previsti la disponibilità di accesso e bacheche nel centro dialisi riservati alle Associazioni, i criteri di trasparenza e gestione della lista di attesa, la corretta modalità di informazione, i confort di tipo alberghiero per i pazienti durante le ore di dialisi ? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.28 | E' disponibile un idoneo parcheggio gratuito riservato ai pazienti, facilmente accessibile, con capacità di almeno la metà dei posti dialisi del centro? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.29 | I locali sono conformi a quanto in precedenza autorizzato?? | Documentazione e verifica | | | | |

3.5.2.2. Requisiti specifici organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|--|----------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.5.2.2.1 | E' garantita l'effettuazione di almeno il 50% delle prestazioni dialisi ai pazienti ricoverati nella struttura rispetto ai pazienti ambulatoriali esterni? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.2.2.2 | Il Centro ambulatoriale è aperto per almeno tre giorni alla settimana? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.2.2.3 | Il responsabile della U.D.D.A è il responsabile del Centro di riferimento? | Documentazione e verifica | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

3.5.3 UNITA' DI DIALISI DECENTRATE (U.D.D.)

Requisiti Generali

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| Valgono i requisiti previsti al punto 3.0 | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|

3.5.1.1. Requisiti Strutturali

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|--|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.5.1.1.1 | E' presente una sala di attesa, accessibile anche ai pazienti con posti a sedere per tutti gli utenti di un turno? | Sopralluogo | | | | |
| 3.5.1.1.2 | La capacità massima del centro è uguale o inferiore a 24 posti? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.5.1.1.3 | I posti per sala dialisi sono uguali o inferiori a 15? | Sopralluogo | | | | |

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|---|--------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.5.1.1.4 | Ciascun posto dialisi ha una superficie | Sopralluogo | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------|--|--------------------|--|--|--|--|
| | minima di 6 mq e lo spazio centrale tra due file di letti contrapposti è superiore a m 0,90 e accessibile almeno da tre lati ? | | | | | |
| 3.5.1.1.5. | E' presente un tavolo servitore per ogni posto dialisi ? | Sopralluogo | | | | |
| 3.5.1.1.6. | Tutte le sale dialisi sono collocate in unica area funzionale in cui tutti i locali e servizi sono destinati all'attività di dialisi? | Sopralluogo | | | | |
| 3.5.1.1.7 | E' presente una sala dialisi contumaciale per pazienti infetti (con almeno un posto dialisi dedicato), dotata di spogliatoi, servizi igienici con interposta zona filtro. | Sopralluogo | | | | |
| 3.5.1.1.8 | E' presente un locale di medicheria per i controlli clinici e le manovre di medicazione? | Sopralluogo | | | | |
| 3.5.1.1.9 | Sono presenti spogliatoi, distinti per sesso, forniti di armadietti, sedie e servizi igienici, completi di materiali d'uso, per gli utenti, entrambi con accesso esterno dalle sale dialisi? | Sopralluogo | | | | |
| 3.5.1.1.10 | E' presente un magazzino per i materiali di consumo? | Sopralluogo | | | | |
| 3.5.1.1.11 | E' presente un locale di stoccaggio e riparazione delle apparecchiature? | Sopralluogo | | | | |
| 3.5.1.1.12 | E' presente un locale per lo stoccaggio dei rifiuti? | Sopralluogo | | | | |

3.5.2.1 Requisiti Tecnologici ed impiantistici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|---|---------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.5.1.2.1 | E' presente un sistema pesa persone (letto o poltrona bilancia) per ogni posto dialisi? | Elenco attrezzature e verifica | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|--|---|--|--|--|--|
| 3.5.1.2.2 | Sono presenti un armadio e un frigo per l'adeguata conservazione dei farmaci sia di emergenza che per quelli connessi alla terapia dialitica? | Elenco attrezzature e verifica | | | | |
| 3.5.1.2.3 | Sono presenti un elettrocardiografo, un defibrillatore, un ambu di cui è controllata periodicamente la funzionalità, kit di farmaci e presidi medico chirurgici necessari per le prime emergenze cardiorespiratorie ? | Elenco attrezzature, apparecchiature, farmaci, presidi e verifica. | | | | |
| 3.5.1.2.4 | Sono presenti apparecchiature per esami di laboratorio semplici (emoglobina e/o ematocrito, elettroliti, emogas)? | Elenco apparecchiature e verifica | | | | |
| 3.5.1.2.5 | E' presente un gruppo elettrogeno o di continuità che assicuri il termine dei trattamenti in atto in ogni condizione? | Elenco attrezzature, farmaci e verifica | | | | |
| 3.5.1.2.6 | E' presente un monitor per metodiche dialitiche in "continuo", ove il centro sia collocato in struttura con pronto soccorso, unità di rianimazione e/o terapia intensiva. | Elenco apparecchiature e verifica | | | | |
| 3.5.1.2.7 | Sono presenti apparecchiature per il monitoraggio cardiocircolatorio e pressorio ? | Elenco apparecchiature e verifica | | | | |
| 3.5.1.2.8 | Le apparecchiature di dialisi (monitor) rispettano le norme di sicurezza CE. Sono in numero di almeno 1 per ogni posto dialisi, vengono revisionate ogni anno e comunque sostituite ogni 8anni? Le apparecchiature di riserva sono in numero proporzionato di 1 ogni 5 posti dialisi? | Elenco apparecchiature e verifica | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------|--|-------------------------------------|--|--|--|--|
| 3.5.1.2.9 | Le stanze di dialisi sono dotate di climatizzazione dell'aria in grado di garantire una temperatura tra 20 e 26 °C (e comunque non superiore di 6/7 °C rispetto alla temperatura esterna) ed umidità compresa tra 40 e 60% ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.5.1.2.10 | Sono garantiti monitor dedicati per pazienti HBV,HCV,HIV positivi e per dialisi di emergenza | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.5.1.2.11 | E presente un locale idoneo separato destinato al trattamento dell'acqua per dialisi? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.5.1.2.12 | Il trattamento dell'acqua per dialisi è attuato mediante: -serbatoi di stoccaggio con quantità necessaria almeno per un turno di dialisi; - pretrattamento; - osmosi inversa con due gruppi di preparazione dell'acqua posti in parallelo e/o in serie (biosmosi); - circuito di distribuzione dell'acqua trattata di tipo biosanitario posto a vista o comunque facilmente ispezionabile? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.5.1.2.13 | In caso di trattamento di pazienti in regime di assistenza domiciliare, sono disponibili posti tecnici di dialisi extracorporea in caso di complicanze della dialisi domiciliare o cambiamento di metodica ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

3.5.1.3 Requisiti Organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|--|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.5.1.3.1 | Il Direttore responsabile è uno specialista in Nefrologia o figura equipollente ? | Elenco del personale ,documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.2 | Il Direttore Responsabile risponde della regolarità dei servizi, dell'invio dei pazienti nella sala contumaciale e dell'organizzazione del Centro, ferma restando la responsabilità professionale dei singoli operatori ? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.3 | Durante i turni di dialisi, è garantita: - la presenza nel centro dialisi, durante tutte le ore di trattamento, di personale medico (Nefrologo o specializzazione equipollente, che abbia 6 mesi di frequenza regolare e comprovata presso un Centro ospedaliero; 1 medico fino a 10 pazienti, più 1 medico fino a ulteriori 10 pazienti) ? | Elenco del personale ,documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.4 | Durante i turni di dialisi è garantita: la presenza continua di infermieri; specificatamente dedicati per la sala contumaciale, con almeno 6 mesi di addestramento regolare e comprovato (2 infermieri fino a 8 pazienti più 1 infermiere fino a ulteriori 4 pazienti).? | Elenco del personale e verifica | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------|---|----------------------------------|--|--|--|--|
| 3.5.1.3.5 | Durante le ore di attività del centro è garantita la presenza di almeno 1 ausiliario ogni 12 pazienti più 1 ausiliario fino a ulteriori 12 pazienti ? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.6 | E' assicurato l'uso da parte di tutto il personale di materiali protettivi monouso per le operazioni di tipo sanitario verso il paziente, nonché kit monouso contenenti il materiale sanitario? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.7 | E' assicurato il cambio di biancheria nei letti o poltrone ad ogni turno di dialisi, o in alternativa l'uso di biancheria monouso ? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.8 | E' considerato il cambio turno per necessità impellenti del paziente? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.9 | E' assicurata la disponibilità di indumenti monouso per l'accesso in sala dialisi? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.10 | Sono previsti collegamenti funzionali ed organizzativi (protocolli scritti) con una struttura di ricovero ospedaliera, pubblica o privata, vicina dotata di pronto soccorso e rianimazione che garantisce la pronta disponibilità medica ed infermieristica nelle 24 ore per la dialisi di urgenza? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.11 | E' garantita la nomina con le funzioni proprie del medico referente per le problematiche degli accessi vascolari? | Documentazione e verifica | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------|--|----------------------------------|--|--|--|--|
| 3.5.1.3.12 | Esiste un programma di formazione aggiornato “ad hoc” per il personale infermieristico di dialisi? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.13 | Esistono criteri formalizzati per l’effettuazione della terapia presso il Servizio Ospedaliero U.D.D., U.D.D.A., o domicilio? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.14 | Sono consegnati gratuitamente al paziente la carta dei servizi e la documentazione informativa sulla dialisi? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.15 | E’ garantita la possibilità per i pazienti di effettuare dialisi extracorporea e/o dialisi peritoneale, quest’ultima anche in accordo con altre strutture? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.16 | Per ciascun paziente è predisposto un piano di trattamento con le indicazioni delle modalità di presa in carico , della strategia dialitica e terapeutica sulla base delle condizioni cliniche e sociali del paziente? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.17 | Per ciascun paziente ad ogni trattamento è redatta una scheda dialitica, con specifica delle membrane dialitiche, linee per circolazione extracorporea, liquidi e concentrati utilizzati e farmaci somministrati? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.18 | Esiste una cartella corredata dal profilo clinico anamnestico e relativi aggiornamenti e terapia domiciliare somministrata? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.19 | Ad ogni paziente viene effettuata con cadenza massimo mensile una visita medica con comunicazione delle informazioni cliniche (analisi, referti) ? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.20 | Esistono criteri formalizzati per l’immissione dei pazienti trapiantabili in lista d’attesa per il trapianto e per la gestione della lista ? | Documentazione e verifica | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------|--|----------------------------------|--|--|--|--|
| 3.5.1.3.21 | Il Centro ha indicato un medico di riferimento che garantirà il percorso di immissione in lista d'attesa per il trapianto renale e il collegamento funzionale con il Centro di Riferimento Regionale di Nefrologia e Dialisi competente per territorio? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.22 | E' garantita l'integrazione tra l'assistenza del servizio e i centri trapianto di riferimento (sia per i pazienti in lista che per i trapianti) ? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.23 | Esistono protocolli di disinfezione delle attrezzature, dell'impianto dell'acqua e del circuito di distribuzione dell'acqua per dialisi, delle modalità di sanificazione ambientale e smaltimento rifiuti? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.24 | Esistono protocolli dei controlli chimici e biologici dell'acqua per dialisi? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.25 | E' disponibile un sistema informatico gestionale? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.26 | E' predisposto un regolamento di centro, valido anche sulle U.D.D., U.D.D.A. dipendenti, concordato con le Associazioni dei pazienti ? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.27 | Nel regolamento sono previsti la disponibilità di accesso e bacheche nel centro dialisi riservati alle Associazioni, i criteri di trasparenza e gestione della lista di attesa, la corretta modalità di informazione, i confort di tipo alberghiero per i pazienti durante le ore di dialisi ? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.1.3.28 | E' disponibile un idoneo parcheggio gratuito riservato ai pazienti, facilmente accessibile, con capacità di almeno la metà dei posti dialisi del centro? | Documentazione e verifica | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------|---|----------------------------------|--|--|--|--|
| 3.5.1.3.29 | I locali sono conformi a quanto in precedenza autorizzato?? | Documentazione e verifica | | | | |
|-------------------|---|----------------------------------|--|--|--|--|

3.5.3.2. Requisiti specifici organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|---|----------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.5.3.2.1 | L'unità è aperta per almeno 3 giorni alla settimana? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.5.3.2.2 | Il Responsabile è il Direttore del Centro di Riferimento? | Documentazione e verifica | | | | |

3.6. CENTRI AMBULATORIALI PER IL TRATTAMENTO DELLE PERSONE IN STATO DI DIPENDENZA

Requisiti Generali

| | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|
| | Valgono i requisiti previsti al punto 3.0 | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|

3.6.1 Requisiti Strutturali

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|---|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.6.1.1 | E' presente un locale attesa? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.6.1.2 | E' presente un locale per accoglienza utenti e informazione, un ambulatorio (ad eccezione dei programmi di rete) ove somministrare anche la terapia farmacologica nel caso sia prevista dalla patologia d'intervento? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.6.1.3 | E' presente un locale per la consulenza medico psichiatrica, psicologica e sociale? (ad eccezione dei programmi di rete) | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.6.1.4 | E' presente un locale per la direzione da utilizzare anche per le riunioni e l'archivio? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|----------------|---|-------------------------------------|--|--|--|--|
| 3.6.1.5 | Sono presenti servizi igienici per il personale e per l'utenza? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
|----------------|---|-------------------------------------|--|--|--|--|

3.6.2 Requisiti Tecnologici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|---|---------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.6.2.1 | Sono presenti un frigorifero, ove sia prevista la terapia farmacologica, ed una cassaforte\ ? | Elenco attrezzature e verifica | | | | |
| 3.6.2.2 | Il servizio dispone degli adeguati supporti tecnologici in termini di apparecchiature telefoniche, fax, e dotazioni informatiche (hardware, software e collegamenti in rete)? | Elenco attrezzature e verifica | | | | |

3.6.3 Requisiti Organizzativi

| | | | | | | |
|----------------|---|--|--|--|--|--|
| 3.6.3.1 | Nell'ambito dell'attività ambulatoriale è stato individuato un responsabile in possesso di diploma di laurea coerente con la tipologia di intervento? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.6.3.2 | Il responsabile garantisce un impiego di servizio per almeno 36 ore settimanali? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.6.3.3 | Il responsabile non può essere sostituito, salvo gravi e documentati motivi per almeno 12 mesi dalla designazione. In ogni caso è stato previsto un sostituto della medesima qualificazione professionale, eventualmente appartenente ad altro servizio della medesima regione? | Elenco del personale e verifica | | | | |

| | | | | | | |
|----------------|--|--|--|--|--|--|
| 3.6.3.4 | La documentazione relativa alla tipologia di intervento contiene: principi, modelli teorici di riferimento, definizione del target, definizione degli obiettivi, definizione della azioni/prestazioni, definizione delle fasi e dei tempi, esplicitazione delle risorse umane impiegati e dei metodi di supervisione utilizzati, definizione degli strumenti di monitoraggio, definizione degli strumenti di valutazione (punti 2 e 4 dei requisiti generali)? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.6.3.5 | Il responsabile è affiancato da ulteriori operatori, in possesso di idonei titoli e requisiti professionali per un numero complessivo di personale non inferiore ad una unità ogni 10 utenti? | Elenco del personale e verifica | | | | |
| 3.6.3.6 | Fino a 2 unità di personale (escluso il responsabile), è stato instaurato rapporto di lavoro per 18 ore settimanali ciascuno e per le ulteriori unità è stato previsto il tempo parziale purchè assicurato il monte ore complessivo necessario ? | Elenco del personale e verifica | | | | |
| 3.6.3.7 | E' garantita la presenza continuativa di personale per tutta la durata di svolgimento dell'attività? | Elenco del personale e verifica | | | | |
| | | | | | | |
| 3.6.3.8 | E' garantita la formazione degli operatori tramite le riunioni di equipe ed aggiornamento periodico? | Documentazione e verifica | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|--|--|--|--|--|--|
| 3.6.3.9 | E' utilizzata una cartella individuale che contenga i dati relativi al paziente (dati anagrafici, dati inizio programma, operatori di riferimento diagnosi), gli strumenti di valutazione utilizzati, il piano di trattamento con aggiornamenti, le prestazioni erogate, le verifiche, i risultati raggiunti e motivazioni della chiusura del programma? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.6.3.10 | E' assicurato un sistema di archiviazione (possibilmente sia informatizzato che cartaceo) delle cartelle che consenta un rapido accesso ai dati? | Elenco del personale e verifica | | | | |
| 3.6.3.11 | E' adottato un regolamento interno contenente: diritti e obblighi degli utenti norme regole di comportamento e di vita comunitaria, impiego degli utenti nelle attività di vita comunitaria? | Elenco del personale e verifica | | | | |
| 3.6.3.12 | Sono adottati documenti di registrazione delle attività nonché di registrazione giornaliera di utenti ? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.6.3.13 | Sono programmate ed effettuate regolarmente riunioni di equipe e aggiornamento periodico? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.6.3.14 | E' previsto il possesso di specifica documentazione relativa alla copertura assicurativa di rischio, infortunio e danno provocato o subito da operatori, volontari, tirocinanti e utenti? | Documentazione e verifica | | | | |

3.7. CONSULTORIO FAMILIARE

Requisiti Generali

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| Valgono i requisiti previsti al punto 3.0 | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|

3.7.1 Requisiti Strutturali e Tecnologici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|---|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.7.1.1 | Ciascun consultorio familiare dispone almeno di un locale per accoglienza utenti, segreteria ed informazioni? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.7.1.2 | Dispone di un locale per consulenza psicologica diagnostica e terapeutica? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.7.1.3 | Dispone di locali per visite ostetrico-ginecologiche pediatriche, ecc.? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.7.1.4 | Dispone di spazi per riunioni? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.7.1.5 | Dispone di spazi per le attività dei consulenti? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.7.1.6 | Dispone di spazi di attesa, accettazione, attività amministrative? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|---|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.7.1.7 | Dispone di servizi igienici distinti per utenti e personale di cui almeno uno accessibile alle persone disabili? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.7.1.8 | Dispone di uno spazio archivio? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.7.1.9 | In tutti i locali sono assicurate l'illuminazione e la ventilazione naturali o artificiali, secondo la normativa vigente? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

3.7.2. **Requisiti Organizzativi**

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|--|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.7.2.1 | Sono presenti figure professionali mediche, personale infermieristico e di assistenza sociale di cui all'art. 3 della Legge n. 405/75? | Elenco del personale e verifica | | | | |
| 3.7.2.2 | La dotazione di personale e la presenza nelle attività ambulatoriali sono programmate in relazione alla popolazione servita? | Elenco del personale e verifica | | | | |
| 3.7.2.3 | Le attività e le prestazioni consultoriali in ambito sociale e sanitario sono caratterizzate da unitarietà ed integrazione funzionale? | Verifica | | | | |

3.9 CENTRO DI SALUTE MENTALE

Requisiti Generali

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| Valgono i requisiti previsti al punto 3.0 | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|

3.9.1 Requisiti Minimi Strutturali e tecnologici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--------------|---|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.9.2 | E' presente un locale per accoglienza utenti, segreteria informazioni? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.9.3 | Sono presenti locali per attività diagnostiche, visite psichiatriche, trattamenti psicoterapeutici, interventi sociali, interventi infermieristici? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.9.4 | E' presente un locale per la visita medica? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.9.5 | E' presente un locale per riunioni? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.9.6 | E' presente uno spazio archivio? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.9.7 | Sono presenti spazi di attesa, accettazione, attività amministrative? | | | | | |

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--|--|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|---------------|--|--|--|--|--|--|
| 3.9.8 | Sono presenti servizi igienici distinti per utenti e personale di cui uno almeno accessibile alle persone disabili? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.9.9 | E' presente un locale spogliatoio per il personale? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.9.10 | Sono presenti un locale/spazio per deposito materiale pulito e locale/spazio per deposito materiale sporco? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.9.11 | E' presente un locale per la conservazione degli archivi e dei dati sensibili? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.9.12 | E' presente un locale medicheria con armadio farmaceutico? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.9.13 | Il CSM è dotato almeno di due pc per le attività SISP e per le attività clinico amministrative, almeno di una autovettura di servizio e di almeno due linee telefoniche e di un fax? | Elenco del personale e verifica | | | | |
| 3.9.14 | In tutti i locali è assicurata l'illuminazione e la ventilazione naturale o artificiale, secondo le normative vigenti? | Documentazione e verifica | | | | |

3.9.2 Requisiti Minimi Organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--------------|---|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.9.3 | E' assicurata la presenza di personale medico ed infermieristico per tutto l'orario di apertura e la presenza di almeno uno psicologo e 1 assistente sociale ogni giorno nel turno antimeridiano o pomeridiano? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.9.4 | E' assicurata la presenza programmata delle altre figure professionali di cui al DPR 7/4/94, in relazione alla popolazione del territorio servito? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | | | | |
|--------------|--|--|--|--|--|--|
| 3.9.5 | E' assicurata l'apertura di almeno 12 ore al giorno dal lunedì al venerdì e dalle 8 alle 14 del sabato e dei prefestivi, con accoglienza a domanda, organizzazione attività territoriale, intervento in condizioni di emergenza-urgenza? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.9.6 | E' assicurato il collegamento con il Dipartimento di emergenza-urgenza? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.9.7 | E' assicurato il collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7/4/94? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.9.8 | E' assicurata la presenza di una figura amministrativa per ogni CSM non collocato all'interno di un presidio sanitario polifunzionale? | Elenco del personale e verifica | | | | |

3.10 SERVIZIO TUTELA DELLA DISABILITA' IN ETA' ADULTA

Requisiti Generali

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Valgono i requisiti previsti al punto 3.0 | | | | |
|---|--|--|--|--|

3.10.1 Requisiti Minimi Strutturali e Tecnologici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|---------------|---|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.10.2 | Il Servizio è in regola con la vigente normativa circa l'accessibilità delle persone con disabilità? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.10.3 | Il Servizio è raggiungibile mediante trasporto pubblico? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.10.4 | Ciascun servizio dispone di locali e spazi in relazione alla popolazione servita? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.10.5 | Ciascun Servizio Tutela della Disabilità in Età Adulta dispone almeno di un locale per accoglienza utenti, segreteria informazioni? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.10.6 | Ciascun Servizio Tutela della Disabilità in Età Adulta dispone di spazi per l'attesa? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.10.7 | Ciascun Servizio Tutela della Disabilità in Età Adulta dispone di un locale per visita medica? | | | | | |

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|--|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.10.8 | Ciascun Servizio Tutela della Disabilità in Et  Adulta dispone di locali per attivit /interventi? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.10.8 | Ciascun Servizio Tutela della Disabilit  in Et  Adulta dispone di un locale per riunioni? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.10.9 | Ciascun Servizio Tutela della Disabilit  in Et  Adulta dispone di servizi igienici distinti per operatori e utenti, di cui almeno uno accessibile alle persone con disabilit ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.10.10 | Ciascun Servizio Tutela della Disabilit  in Et  Adulta dispone di uno spazio archivio? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.10.11 | E' assicurata nei locali l'illuminazione e la ventilazione naturale o artificiale secondo la normativa vigente? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.10.12 | Il Servizio   dotato di attrezzature e materiale per le attivit  di istituto? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

3.10.2 Requisiti Organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-----------------|---|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 3.10.2.1 | L'attivit  svolta dall'equipe multiprofessionale   composta da medici specialistici in neuropsichiatria infantile e/o psichiatria e/o medicina fisica e riabilitazione e/o neurologia e/o disciplina equipollente ovvero possedere una anzianit  di servizio di 5 anni nel settore? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|---|--|--|--|--|--|
| 3.10.2.2 | Le attività svolte dall'equipe multiprofessionale sono composte da psicologi clinici? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.10.2.3 | Le attività svolte dall'equipe multi professionale sono composte da professionisti sanitari della riabilitazione (fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali, educatori professionali)? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 3.10.2.4 | Le attività svolte dall'equipe multi professionale sono composte da assistenti sociali? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.10.2.5 | Il servizio è dotato di personale amministrativo? | Documentazione e verifica | | | | |
| 3.10.2.6 | La dotazione organica del servizio è programmata in relazione al bacino di utenza e alla popolazione in età adulta servita? | Elenco del personale e verifica | | | | |

6 STUDI ODONTOIATRICI, MEDICI E DI ALTRE PROFESSIONI SANITARIE

6.1 Assistenza specialistica odontoiatrica

6.1.1 Studio odontoiatrico

6.1.1.1 Requisiti Strutturali e impiantistici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|---|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 6.1.1.1.1 | Sono presenti spazi attesa ,accettazione e/o attività amministrative, separati dalla sala in cui è presente l'unità operativa ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 6.1.1.1.2 | In caso di più riuniti presenti nello stesso locale è garantita la privacy dei singoli pazienti ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 6.1.1.1.3 | Il locale che contiene un' unità operativa ha una superficie pari ad almeno 9 mq ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|--|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 6.1.1.1.4 | E' presente un servizio igienico ad uso dei pazienti ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 6.1.1.1.5 | E' presente uno spazio o locale per deposito di materiale pulito ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------|---|-------------------------------------|--|--|--|--|
| 6.1.1.1.6 | E' presente uno spazio o locale per deposito di materiale sporco diviso da quello pulito ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 6.1.1.1.7 | Sono presenti spazi o armadi per deposito di materiale d'uso, attrezzature e strumentazioni? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 6.1.1.1.8 | Tutti i materiali' farmaci, confezioni soggetti a scadenza ,portano in evidenza la data della scadenza stessa ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 6.1.1.1.9 | le pareti perimetrali e i pavimenti sono realizzati in superfici detergibili e disinfettabili ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 6.1.1.1.10 | E' presente uno spazio o locale per la sterilizzazione ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 6.1.1.1.11 | E' presente uno spazio o locale per deposito rifiuti diviso dal locale in cui si effettua la prestazione? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 6.1.1.1.12 | Sono efficaci in tutti i locali le condizioni di illuminazione e ventilazione? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-------------------|--|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 6.1.1.1.13 | E' presente un lavello con dispenser per sapone ed asciugamani monouso per ogni sala in cui si effettuano le prestazioni e nel locale igienico ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 6.1.1.1.14 | Sono presenti lavabi a comando non manuale facilmente disinfettabili ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 6.1.1.1.15 | E' presente almeno un apparecchio radiologico per radiografie indorali? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------|--|-------------------------------------|--|--|--|--|
| 6.1.1.1.16 | E' presente un'autoclave per la sterilizzazione dello strumentario idonea alla sterilizzazione di dispositivi medici cavi e porosi? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 6.1.1.1.17 | E' presente un riunito odontoiatrico in regola con le norme vigenti? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 6.1.1.1.18 | La produzione di aria compressa è divisa dall'aspirazione ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 6.1.1.1.19 | E' presente un kit di rianimazione cardiopolmonare di base per gli interventi di emergenza? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 6.1.1.1.20 | Sono correttamente utilizzate le seguenti misure barriera: guanti monouso, visiere per la protezione degli occhi, naso, bocca oppure occhiali a lenti larghe e mascherina? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 6.1.1.1.21 | Viene garantito per ogni utente l'utilizzo di materiale e strumenti disinfettati, sterilizzati e adeguatamente conservati? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

6.1.1.2 Requisiti Organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|---|----------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 6.1.1.2.1 | Il Sanitario è in possesso di laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria, abilitazione all'esercizio della professione ed iscrizione all'Albo provinciale degli odontoiatri? | Documentazione e verifica | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|---|--------------------------|--|--|--|--|
| 6.1.1.2.2 | Il Sanitario è in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia, abilitazione all'esercizio della professione, specializzazione in campo odontoiatrico ed iscrizione all'Albo provinciale degli odontoiatri oppure all'Albo Provinciale dei Medici con annotazione, ai sensi dell'art. 5 della Legge 409/85? | Titoli e verifica | | | | |
| 6.1.1.2.3 | Il Sanitario è in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia, abilitazione all'esercizio della professione, ed iscrizione all'Albo provinciale degli odontoiatri ai sensi della vigente normativa? | Titoli e verifica | | | | |
| 6.1.1.2.4 | Il Sanitario è in possesso di abilitazione ai sensi della Legge 493/30 e iscrizione all'Albo degli Odontoiatri? | Titoli e verifica | | | | |

5. STABILIMENTI TERMALI

5.1. REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI:

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|---------------|--|--|----------|----|--------------|------|
| | | | SI | NO | RILIEV I. | |
| 5.1.1. | Vi è la disponibilità di un medico responsabile delle attività sanitarie svolte nello stabilimento ove di tale compito non se ne occupi direttamente il direttore sanitario ? | Elenco Personale - atto di nomina | | | | |
| 5.1.2 | È garantita la presenza di un medico per tutto l'orario giornaliero di apertura dei reparti termali, ovvero garanzia di pronta assistenza medica per tutto l'orario giornaliero di apertura degli stessi reparti, assicurata attraverso un servizio di guardia medica privato: | Elenco personale e turni di servizio – contratto fornitura servizi | | | | |
| 5.1.3 | presenza presso l'Azienda termale delle seguenti attrezzature e farmaci di pronto soccorso | | | | | |
| | 1. uno sfigmomanometro | Elenco attrezzature | | | | |
| | 2. un apparecchio manuale di rianimazione | Elenco attrezzature | | | | |
| | 3. una bombola di ossigeno completa di manometro e riduttore | Elenco attrezzature | | | | |
| | 4. siringhe di plastica monouso e laccio emostatico | Elenco attrezzature | | | | |
| | 5. aghi, filo e pinza per sutura | Elenco attrezzature | | | | |

| | | | | | | |
|---------------|---|---|--|--|--|--|
| | 6. farmaci: analettici e cardiotonici, antispastici e sedativi, cortisone per uso endovenoso, emostatici per applicazioni topiche e per uso parenterale, ipotensivi e coronaro-dilatatori, antiallergici, antistaminici e broncodilatatori: | Elenco attrezzature | | | | |
| | 7. elettrocardiografo: | Elenco attrezzature | | | | |
| | 8. defibrillatore automatico | Elenco attrezzature | | | | |
| | <i>Per specifiche attività e loro modalità di esecuzione, per quanto compatibili con le attività termali, si rimanda a quanto previsto al punto 3 - attività ambulatoriali</i> | | | | | |
| 5.2 | Requisiti specifici per l'erogazione dei cicli di cura della riabilitazione neuromotori e della rieducazione motoria del motuleso e della riabilitazione della funzione respiratoria | | | | | |
| | Per l'erogazione dei cicli di cura sottoelencati, le aziende termali interessate debbono possedere i seguenti requisiti | | | | | |
| 5.2. A | Ciclo della riabilitazione neuromotoria e della rieducazione funzionale del motuleso: | | | | | |
| 5.2.1 | È presente il seguente Personale ? | | | | | |
| | 1. medico specialista in recupero e rieducazione funzionale di motulesi e neurolesi o in ortopedia o discipline equipollenti o affini: | elenco personale e titoli | | | | |
| | 2. terapisti della riabilitazione | elenco personale e titoli | | | | |
| | 3. masso fisioterapisti | elenco personale e titoli | | | | |
| 5.2.2 | Sono presenti i seguenti servizi diagnostici ? | | | | | |
| | 1. gabinetto di radiologia interno o convenzionato | Planimetria – relazione Esperto Qualificato o contratto fornitura servizi | | | | |
| | 2. laboratorio di diagnostica chimico-clinica interno o convenzionato | Planimetria – relazione tecnica o contratto fornitura servizi | | | | |
| | 3. gabinetto di elettrofisiologia attrezzato anche per gli esami elettromiografici interno o convenzionato | Planimetria – relazione tecnica o contratto fornitura servizi | | | | |
| 5.2.3 | Sono presenti le seguenti attrezzature terapeutiche ? | | | | | |

| | | | | | | |
|---------------|--|---|--|--|--|--|
| | 1. reparto di fango balneoterapia | Relazione tecnica – Planimetria | | | | |
| | 2. piscina termale attrezzata per la riabilitazione neuromotoria | Relazione tecnica – Planimetria | | | | |
| | 3. palestra idoneamente attrezzata per la riabilitazione neuromotoria; | Relazione tecnica – Planimetria | | | | |
| | 4. locali attrezzati per l'esecuzione dei seguenti trattamenti: massoterapia; elettroterapia (galvanica, faradica, interferenziale, diadinamica, ionoforesi, elettrostimolazioni esponenziali); termoterapia; fototerapia (ultravioletti, infrarossi); sonoterapia (ultrasuoni); laserterapia; magnetoterapia; trazioni e manipolazioni vertebrali | Relazione tecnica – Planimetria | | | | |
| 5.2. B | Ciclo della riabilitazione della funzione respiratoria | | | | | |
| 5.2.4 | È presente il seguente Personale ? | | | | | |
| | 1. medico specialista in pneumologia o discipline equipollenti o affini, o in fisiopatologia e fisiochinesiterapia respiratoria, o in recupero e riabilitazione funzionale o in discipline equipollenti e affini; | elenco personale e titoli | | | | |
| | 2. terapisti della riabilitazione | elenco personale e titoli | | | | |
| 5.2.5 | Sono presenti seguenti servizi/ attrezzature diagnostiche ? | | | | | |
| | 1. ambulatorio di diagnostica funzionale attrezzato per eseguire esami spirometrici di base (CV, VC, VRE, VRI, VEMS, VMM, CVF, PFE, indice di Tiffeneau, frequenza respiratoria); esami spirometrici di base + curva flusso-volume; ossimetria | Planimetria – relazione tecnica o contratto fornitura servizi | | | | |
| | 2. ambulatorio di elettrocardiografia; | Planimetria – relazione tecnica | | | | |

| | | | | | | |
|--------------|---|---|--|--|--|--|
| | 3. attrezzature radiologiche di base per lo studio del torace, anche in convenzione con un gabinetto di radiologia esterno; | Planimetria – relazione tecnica o contratto fornitura servizi | | | | |
| | 4. attrezzature per esami chimico-clinici di base, per ricerche allergologiche complete per via percutanea e per eventuali provocazioni specifiche degli organi bersaglio, anche in convenzione con un laboratorio esterno; | Planimetria – relazione tecnica o contratto fornitura servizi | | | | |
| 5.2.6 | Sono presenti le seguenti attrezzature terapeutiche ? | | | | | |
| | 1. attrezzature per la crenoterapia singola e/o collettiva (aerosol, humages, inalazioni, nebulizzazioni) | Elenco attrezzature | | | | |
| | 2. apparecchi per ventilazione forzata assistita a pressione positiva intermittente | Elenco attrezzature | | | | |
| | 3. palestra per chinesiterapia respiratoria collettiva; | Planimetria e relazione tecnica | | | | |
| | 4. box per chinesiterapia respiratoria singola e per drenaggio posturale | Planimetria e relazione tecnica | | | | |
| | <i>I servizi di diagnostica per immagini o di laboratorio interni, i locali e le attività di recupero e riabilitazione funzionale o respiratoria interni devono essere conformi ai requisiti della normativa regionale o nazionale per i presidi che svolgono le stesse attività sanitarie.</i> | | | | | |

6 STUDI ODONTOIATRICI, MEDICI E DI ALTRE PROFESSIONI SANITARIE

6.1 Assistenza specialistica odontoiatrica

6.1.1 Studio odontoiatrico

6.1.1.1 Requisiti Strutturali e impiantistici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|---|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 6.1.1.1.1 | Sono presenti spazi attesa ,accettazione e/o attività amministrative, separati dalla sala in cui è presente l'unità operativa ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 6.1.1.1.2 | In caso di più riuniti presenti nello stesso locale è garantita la privacy dei singoli pazienti ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 6.1.1.1.3 | Il locale che contiene un' unità operativa ha una superficie pari ad almeno 9 mq ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|--|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 6.1.1.1.4 | E' presente un servizio igienico ad uso dei pazienti ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 6.1.1.1.5 | E' presente uno spazio o locale per deposito di materiale pulito ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------|---|-------------------------------------|--|--|--|--|
| 6.1.1.1.6 | E' presente uno spazio o locale per deposito di materiale sporco diviso da quello pulito ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 6.1.1.1.7 | Sono presenti spazi o armadi per deposito di materiale d'uso, attrezzature e strumentazioni? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 6.1.1.1.8 | Tutti i materiali' farmaci, confezioni soggetti a scadenza ,portano in evidenza la data della scadenza stessa ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 6.1.1.1.9 | le pareti perimetrali e i pavimenti sono realizzati in superfici detergibili e disinfettabili ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 6.1.1.1.10 | E' presente uno spazio o locale per la sterilizzazione ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 6.1.1.1.11 | E' presente uno spazio o locale per deposito rifiuti diviso dal locale in cui si effettua la prestazione? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 6.1.1.1.12 | Sono efficaci in tutti i locali le condizioni di illuminazione e ventilazione? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-------------------|--|-------------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 6.1.1.1.13 | E' presente un lavello con dispenser per sapone ed asciugamani monouso per ogni sala in cui si effettuano le prestazioni e nel locale igienico ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 6.1.1.1.14 | Sono presenti lavabi a comando non manuale facilmente disinfettabili ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 6.1.1.1.15 | E' presente almeno un apparecchio radiologico per radiografie indorali? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------|--|-------------------------------------|--|--|--|--|
| 6.1.1.1.16 | E' presente un'autoclave per la sterilizzazione dello strumentario idonea alla sterilizzazione di dispositivi medici cavi e porosi? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 6.1.1.1.17 | E' presente un riunito odontoiatrico in regola con le norme vigenti? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 6.1.1.1.18 | La produzione di aria compressa è divisa dall'aspirazione ? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 6.1.1.1.19 | E' presente un kit di rianimazione cardiopolmonare di base per gli interventi di emergenza? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 6.1.1.1.20 | Sono correttamente utilizzate le seguenti misure barriera: guanti monouso, visiere per la protezione degli occhi, naso, bocca oppure occhiali a lenti larghe e mascherina? | Sopralluogo e documentazione | | | | |
| 6.1.1.1.21 | Viene garantito per ogni utente l'utilizzo di materiale e strumenti disinfettati, sterilizzati e adeguatamente conservati? | Sopralluogo e documentazione | | | | |

6.1.1.2 Requisiti Organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------------|---|----------------------------------|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 6.1.1.2.1 | Il Sanitario è in possesso di laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria, abilitazione all'esercizio della professione ed iscrizione all'Albo provinciale degli odontoiatri? | Documentazione e verifica | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|---|--------------------------|--|--|--|--|
| 6.1.1.2.2 | Il Sanitario è in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia, abilitazione all'esercizio della professione, specializzazione in campo odontoiatrico ed iscrizione all'Albo provinciale degli odontoiatri oppure all'Albo Provinciale dei Medici con annotazione, ai sensi dell'art. 5 della Legge 409/85? | Titoli e verifica | | | | |
| 6.1.1.2.3 | Il Sanitario è in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia, abilitazione all'esercizio della professione, ed iscrizione all'Albo provinciale degli odontoiatri ai sensi della vigente normativa? | Titoli e verifica | | | | |
| 6.1.1.2.4 | Il Sanitario è in possesso di abilitazione ai sensi della Legge 493/30 e iscrizione all'Albo degli Odontoiatri? | Titoli e verifica | | | | |

7.0 SERVIZI PER ASSISTENZA DOMICILIARE.

7.0.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici Generali - SEDE OPERATIVA-

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-----------------|--|--|----------|----|---------|--|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 7.0.1-a | I locali sono conformi a quanto in precedenza autorizzato? | Conformità planimetrie allegate alla autorizzazione e atto autorizzativo alla situazione attuale. | | | | Verificare le planimetrie in possesso alla ASL o al comune di appartenenza |
| 7.0.1-b | I locali e gli spazi sono accessibili ? | Per i fabbricati costruiti dopo il 1989 il certificato di agibilità. Per i fabbricati costruiti prima del 1989 dichiarazione di un tecnico attestante la conformità delle opere alle leggi vigenti. | | | | Per i fabbricati costruiti dopo il 1989 il certificato di agibilità è legato all'esistenza delle opere. Dichiarazione del direttore dei lavori sulla conformità delle opere realizzate in conformità alla normativa vigente in materia di accessibilità e superamento delle barriere architettoniche (DPR 380/2001) Dichiarazione di un tecnico attestante la conformità delle opere alle leggi vigenti (per i fabbricati costruiti prima del 1989 . |
| 7.0.1.-c | I locali hanno idonea destinazione d'uso? | Destinazione d'uso | | | | Segnalazione al Comune in assenza di idonea destinazione d'uso |

| | | | | | | |
|-----------------|--|---|--|--|--|--|
| 7.0.1.-d | I locali sono correlati alla tipologia e volume delle prestazioni? | Planimetria e regolamento funzionale e di assegnazione degli spazi (dotazione minima di seguito indicata) | | | | |
| 7.0.1.1 | Sono previsti spazi di attesa? | Planimetria e regolamento | | | | |
| 7.0.1.2 | Sono previsti locali per accoglienza ed attività amministrative? | Planimetria | | | | |
| 7.0.1.3 | E' previsto un locale adibito alla direzione del servizio, utilizzabile anche per riunioni di equipe? | Planimetria e relazione tecnico-sanitaria | | | | |
| 7.0.1.4 | Sono previsti spogliatoi per il personale? | Planimetria e relazione tecnico-sanitaria | | | | |
| 7.0.1.5 | Sono previsti servizi igienici distinti per utenti, di cui uno accessibile ai disabili , se il servizio è aperto all'esterno? | Planimetria e relazione tecnico-sanitaria | | | | |
| 7.0.1.6 | Sono previsti servizi igienici per il personale? | Planimetria e relazione tecnico-sanitaria | | | | |
| 7.0.1.7 | E' previsto uno spazio/locale per deposito materiale pulito, con armadi per i materiali d'uso, strumentazione, farmaci e dispositivi medici? | Planimetria e relazione tecnico-sanitaria | | | | |
| 7.0.1.8 | E' previsto un locale per deposito materiale sporco con spazio delimitato, adibito al lavaggio e sterilizzazione dei ferri, se non usato materiale monouso | Planimetria, relazione tecnico-sanitaria | | | | |
| 7.0.1.9 | Sono presenti attrezzature e apparecchiature elettromedicali per erogare specifiche prestazioni domiciliari? | Relazione tecnico-sanitaria | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|--|---|--|--|--|---|
| 7.0.1.10 | Sono assicurati mezzi di trasporto idonei a garantire la mobilità degli operatori ,delle attività organizzative di supporto e della relativa copertura assicurativa? | Relazione tecnico sanitaria con specifiche procedure sull'utilizzo delle autovetture Elenco attrezzature con n.° di matricola e dichiarazione CE e dichiarazione di possesso | | | | Libretti di possesso delle autovetture, Polizze assicurative. |
| 7.0.1.11 | Sono presenti adeguati supporti tecnologici (telefoni, fax, dotazioni informatiche) atte a garantire le comunicazioni con l'utenza, con altri servizi e comparti assistenziali | Relazione tecnico-sanitaria Elenco attrezzature e dichiarazione di possesso | | | | |

7.0.2 Requisiti Organizzativi Generali

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|----------------|---|---|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 7.0.2.1 | Il Direttore del Servizio è un medico? | Iscrizione albo professionale, accettazione incarico e dichiarazione di non incompatibilità | | | | |
| 7.0.2.2 | Il Direttore sanitario è presente per le ore previste dagli standard regionali? | Monte orario settimanale del Direttore Sanitario /Contratto di lavoro o equivalente | | | | |
| 7.0.2.3 | E' presente un coordinatore con almeno tre anni di esperienza nel settore e con monte orario dedicato al coordinamento di 24h settimanali ? | Contratto o equivalente, curriculum e attestati di servizio | | | | |
| 7.0.2.4 | Il Direttore è presente a tempo pieno (36 ore settimanali) se il Servizio ha più sedi di AD o operi in ASL diverse? | Contratto di lavoro o equivalente, destinazione delle sedi di AD o attestazioni delle ASL diverse in cui l'operato è svolto | | | | |
| 7.0.2.5 | E' presente un infermiere (o fisioterapista) coordinatore con almeno tre anni di esperienza nel settore e con monte orario dedicato al coordinamento di 24h settimanali ? | Contratto o equivalente, curriculum e attestati di servizio. | | | | |
| 7.0.2.6 | L'apertura della struttura è garantita cinque giorni a settimana? | Relazione tecnico-sanitaria con orari di apertura | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|---|---|--|--|--|--|
| 7.0.2.7 | L'attività di Servizio si svolge per almeno sei giorni a settimana? | Relazione tecnico-sanitaria con orari di servizio | | | | |
| 7.0.2.8 | Esistono procedure scritte che definiscono i criteri e le modalità di accesso al servizio, i criteri di elegibilità, le modalità e gli strumenti per la valutazione multidisciplinare, i criteri e la formulazione programmi e dei piani individuali di assistenza, criteri e le modalità di erogazione delle prestazioni, criteri di dimissioni? | Documentazione | | | | |
| 7.0.2.9 | E' presente materiale informativo a disposizione dell'utenza per specifica della tipologia delle prestazioni erogate? | Documentazione | | | | |
| 7.0.2.10 | Viene utilizzata una cartella clinica? | Documentazione | | | | |
| 7.0.2.11 | E' presente a domicilio una scheda con i dati del paziente e le prestazioni erogate? | Documentazione | | | | |
| 7.0.2.12 | E' assicurato un sistema di archiviazione dati? | Documentazione | | | | |
| 7.0.2.13 | E' presente personale in rapporto ai volumi e tipologia ,in termini numerici (equivalente a tempo pieno) per ciascuna qualifica professionale | Relazione tecnico sanitaria, contratti e attestati di servizio per le specifiche mansioni | | | | |
| 7.0.4.14 | E' in atto una assicurazione per tutto il personale contro i rischi della responsabilità civile professionale e per i mezzi di trasporto utilizzati (Kasko)? | Copie contratti assicurativi | | | | |

7.1 SERVIZI RIVOLTI A PERSONE PARZIALMENTE ,TEMPORANEAMENTE O TOTALMENTE NON AUTOSUFFICIENTI

7.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici specifici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|--------------|---|---|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 7.1.1 | Presenza di più sedi operative? | Planimetria , regolamento e relazione tecnico-sanitaria | | | | |
| 7.1.2 | E' presente una dotazione completa delle attrezzature necessarie? | Elenco e verifica | | | | |
| 7.1.3 | Sono soddisfatte le necessità per gli operatori di divise, ferri chirurgici e materiali di consumo necessari? | Elenco e verifica | | | | |
| 7.1.4 | La dotazione minima della borsa a disposizione del personale infermieristico risulta sufficiente? | Elenco e verifica | | | | |

7.1.2 Requisiti organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-----------------|--|---|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 7.1.2. 1 | La direzione del servizio è affidata ad un medico in possesso di specializzazione attinente alla materia o in igiene o equipollente? | Certificato specializzazione ed iscrizione all'Ordine dei medici con annotata la specializzazione registrata. | | | | |
| 7.1.2. 2 | Il direttore del servizio ha rapporto orario di almeno 24 ore settimanali?? | Contratto di lavoro | | | | |
| 7.1.2. 3 | Ogni centrale operativa ha un medico coordinatore specifico, distinto dal Direttore responsabile del Servizio? | Elenco personale | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|--|---------------------|--|--|--|--|
| 7.1.2. 4 | Il servizio di assistenza domiciliare ha un medico coordinatore, un infermiere, un assistente sociale, cinque infermieri, cinque terapisti della riabilitazione? | Elenco personale | | | | |
| 7.1.2.5 | Le attività infermieristiche domiciliari sono svolte all'interno di strutture pubbliche? | - Elenco e verifica | | | | |
| 7.1.2. 6 | E' redatto per ogni singolo paziente un progetto assistenziale, con monitoraggio dell'evoluzione e modificazioni della patologia? | Documentazione | | | | |
| 7.1.2. 7 | E' presente a domicilio documentazione relativa ai dati del paziente il piano di intervento e la prestazioni erogate? | Documentazione | | | | |

7.2 SERVIZI RIVOLTI A PERSONE CON DISABILITA' COMPLESSA CHE NECESSITANO DI INTERVENTI RIABILITATIVI IN REGIME DOMICILIARE (ESTENSIVE E DI MANTENIMENTO)

7.2.1 REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-----------------|--|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 7.2.1. 1 | L'attività riabilitativa è svolta esclusivamente in regime domiciliare? | verifica | | | | |
| 7.2.1. 2 | E' presente una sede operativa autonoma? | verifica | | | | |
| 7.2.1. 3 | La dotazione minima degli ambienti della sede operativa è soddisfatta (spazio attesa, locale accoglienza e attività amministrative, direzione e riunioni, spogliatoi del personale, servizi igienici distinti per il personale e per gli utenti attrezzati per la disabilità)? | Verifica rilievi planimetrici e verifica | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|---|-------------------------------------|--|--|--|--|
| 7.2.1. 4 | E' rispettata la dotazione minima delle attrezzature? | Elenco attrezzature e verifica . | | | | |
|-----------------|---|-------------------------------------|--|--|--|--|

7.2.2 Requisiti Organizzativi specifici

| | | | | | | |
|-----------------|---|---|--|--|--|--|
| 7.2.2. 1 | La direzione del servizio è affidata ad un medico in possesso di specializzazione attinente alla materia o con una anzianità di servizio di cinque anni nel settore? | Certificato specializzazione ed iscrizione all'Ordine dei medici con annotata la specializzazione registrata e curriculum | | | | |
| 7.2.2 .2 | Il servizio di A.D. è dotato di equipe multidisciplinare composta da: -Fisiatra, neurologo, neuropsichiatra infantile (per età evolutiva, - professionisti sanitari della riabilitazione, - psicologo, -assistente sociale - consulenti sanitari (medici e altre professioni sanitarie)? | Elenco branche specialistiche, titoli, accettazione incarico e dichiarazione di non incompatibilità | | | | fac-simile dichiarazione |
| 7.2.2. 3 | E' conforme il rapporto operatore/utente indicato per l'erogazione di prestazioni in regime domiciliare in : ESTENSIVO : estensivo elevato (3,9 pazienti/1 operatore)-estensivo medio (6,5 pazienti/1 operatore)-estensivo lieve (12,4 pazienti /1 operatore) – MANTENIMENTO: mantenimento elevato (6,5 pazienti /1 operatore)-mantenimento medio (7,6 pazienti/1 operatore) - mantenimento lieve (19,5 pazienti /1 operatore)? | Elenco personale, rapporti personale / pazienti a seconda della modalità di erogazione delle prestazioni del progetto riabilitativo | | | | |
| 7.2.2. 4 | E' garantita alla famiglia un'adeguata informazione e la presenza di caregiver? | Regolamento | | | | |
| 7.2.2. 5 | Sono presenti attività extramurali? | Regolamento | | | | |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|---|-------------|--|--|--|--|
| 7.2.2. 6 | Le attività extramurali sono in possesso dei requisiti previsti ai punti 7.0.1 e 7.0.2? | Regolamento | | | | |
|-----------------|---|-------------|--|--|--|--|

7.3 SERVIZI RIVOLTI A PERSONE AFFETTE DA HIV E AIDS

7.3.1 Requisiti strutturali e tecnologici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-----------------|---|---|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 7.3.1. 1 | La sede operativa è composta almeno da una sala adibita a centrale operativa, con telefono, fax, pc, stampante e collegamento internet? | Planimetria e verifica | | | | |
| 7.3.1. 2 | Il materiale presente nella borsa degli operatori è adeguato? | Elenco materiali in dotazione nelle borse | | | | |
| 7.3.1. 3 | Il materiale a disposizione nella borsa del medico è adeguato? | Elenco materiale in dotazione nelle borse | | | | |

7.3.2. Requisiti organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-----------------|---|---|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 7.3.2. 1 | Il coordinatore delle attività sanitarie è un medico in possesso di specializzazione in malattie infettive o con un'esperienza documentata nel campo dell'AIDS di almeno cinque anni? | Certificato specializzazione ed iscrizione all'Ordine dei medici con annotata la specializzazione registrata e curriculum | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|--|---|--|--|--|--|
| 7.3.2. 2 | Sono presenti le seguenti figure professionali : | Elenco del personale, titoli e dichiarazione di | | | | |
|-----------------|--|---|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|----------------|--|----------------------|--|--|--|--|
| | un medico ogni 10 pazienti, un coordinatore amministrativo, un infermiere professionale ogni 4 pazienti, un terapista della riabilitazione ogni 6 pazienti, un assistente sociale ogni 15 pazienti, un operatore telefonico? | non incompatibilità. | | | | |
| 7.3.2.3 | È garantita la presa in carico del paziente entro quattro giorni dall'autorizzazione del CCTAD? | Documentazione | | | | |

7. 4 SERVIZI A FAVORE DI PAZIENTI TERMINALI ONCOLOGICI E NON

7.4.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici

| | | | | | | |
|-----------------|--|--|--|--|--|--|
| 7.4.1. 1 | E' presente una sede operativa autonoma? (caso di attività domiciliare esclusiva) | Vedi planimetrie dichiarazione di possesso e elenco attrezzature e verifica. | | | | |
| 7.4.1. 2 | E' soddisfatta la dotazione minima delle attrezzature? (attrezzature per la valutazione del caso, presidi ed attrezzature includenti attrezzature idonee per la piccola chirurgia), pompe per infusione continua e strumentario per la terapia del dolore e nutrizione artificiale? | | | | | |

7.4.2. Requisiti Organizzativi

| | | | | | | |
|--|--|--|-----------------|-----------|----------------|-------------|
| | | | PRESENTE | | | NOTE |
| | | | SI | NO | RILIEVI | |

| | | | | | | |
|-----------------|---|---|--|--|--|--|
| 7.4.2. 1 | Il Responsabile del Servizio è un medico con comprovata esperienza in materia di medicina palliativa e terapia del dolore? (tre anni di servizi c/o strutture pubbliche o 5 presso strutture private accreditate) | Certificato specializzazione ed iscrizione all'Ordine dei medici con annotata la specializzazione registrata e curriculum | | | | |
| 7.4.2. 2 | Il personale medico in servizio garantisce 24 ore di reperibilità? | regolamento | | | | |
| 7.4.2. 3 | Il servizio di assistenza domiciliare è composto da: medici, psicologi, infermieri tecnici della riabilitazione, personale di assistenza sociale, volontari? | Elenco personale operante, titoli, e dichiarazione di non incompatibilità | | | | |
| 7.4.2. 4 | Il servizio garantisce adeguata assistenza psicologica e sostegno spirituale ai pazienti e relativi familiari? | Regolamento | | | | |

7.5 SERVIZI A FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISTURBI MENTALI

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|------------|---|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 7.5 | E' presente una specifica equipe dedicata (nell'ambito dell'assistenza territoriale del DSM e con integrazione del CAD) a pazienti con disturbi stabilizzati , composta da : infermieri, assistenti sociali, educatori e tecnici della riabilitazione psichiatrica e psichiatra e psicologo curante del CSM | Dichiarazione dei Rapporti con il CAD e con il DSM , elenco personale con titoli | | | | |

7.6 SERVIZI A FAVORE DI PERSONE IN STATO DI DIPENDENZA (SI RINVIA AI PUNTI 3.6 PER I CENTI AMBULATORIALI)

7.6.1 Requisiti Strutturali e Tecnologici

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-----------------|--|---|----------|----|----------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI. | |
| 7.6.1. 1 | E' presente una sede operativa con un locale per accoglienza e attività amministrative, un locale per la direzione del servizio utilizzata anche per le riunioni di equipe, servizi igienici, spazio per il pulito con armadiature per i materiali d'uso, per la strumentazione, frigorifero, deposito per lo sporco e cassaforte? | Rilievi planimetrici | | | | |
| 7.6.1. 2 | E' effettuata attività esclusivamente domiciliare? | dichiarazione | | | | |
| 7.6.1. 3 | In caso di attività esclusivamente domiciliare è presente una sede operativa con stanza adibita a centrale operativa con telefono, fax, segreteria telefonica, pc, stampante? | verifica | | | | |
| 7.6.1. 4 | L'unità di strada possiede un mezzo adeguato (auto, camper, ecc) attrezzato con spazi, colloqui informativi e attività di counseling? | Certificato di possesso o equivalente dell'autoveicolo con relativi rilievi per gli spazi presenti ed utilizzati. | | | | |

7.6.2 Requisiti Organizzativi

| | | | PRESENTE | | | NOTE |
|-----------------|--|--|----------|----|---------|------|
| | | | SI | NO | RILIEVI | |
| 7.6.2. 1 | Il Responsabile del Servizio è in possesso di Laurea con la tipologia di intervento? | Certificato di diploma di laurea , dichiarazione di non incompatibilità. | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|--|---|--|--|--|--|
| 7.6.2. 2 | Il Responsabile è affiancato da operatori con titoli e requisiti idonei per un numero complessivo non inferiore a una unità ogni 10 utenti? | Elenco personale e relativi titoli | | | | |
| 7.6.2. 3 | Per le tipologie di interventi pedagogico riabilitati sono presenti 1 operatore qualificato e 1 operatore di supporto? | Elenco personale operante, titoli, e dichiarazione di non incompatibilità | | | | |
| 7.6.2. 4 | Per le tipologie di interventi riabilitativi integrati sono presenti :1 psicologo, 1 assistente sociale, 1 educatore professionale,1 medico,1 infermiere? | Elenco personale operante, titoli, e dichiarazione di non incompatibilità | | | | |
| 7.6.2. 5 | E' garantita la formazione del personale? | Documentazione | | | | |
| 7.6.2. 6 | E' utilizzata una cartella individuale dei pazienti con dati anagrafici, programma, operatori di riferimento,diagnosi? | verifica | | | | |
| 7.6.2. 7 | E' assicurata un'idonea archiviazione di dati? | Relazione e fac simile. | | | | |
| 7.6.2. 8 | E' adottato un regolamento interno? | Regolamento | | | | |
| 7.6.2. 9 | Sono adottati documenti di registrazione delle attività e di registrazione giornaliera degli utenti? | Documentazione | | | | |
| 7.6.2. 10 | Sono programmate regolarmente le riunioni di equipe? | Scadenzari e copia dei programmi mensili. | | | | |
| 7.6.2. 11 | E' in atto una assicurazione per tutto il personale contro i rischi della responsabilità civile professionale e per i mezzi di trasporto utilizzati (Kasko)? | Certificato della copertura assicurativa | | | | |