Anno XXXIX REPUBBLICA ITALIANA N. 75 Speciale
Sanità

BOLLETTINO UFFICIALE

REGIONE ABRUZZO

L'AQUILA, 22 OTTOBRE 2008



Spedizione in abbonamento postale - 70% Div. Corr. D.C.I. - AQ

BOLLETTINO UFFICIALE

INFORMAZIONI

Il Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo è pubblicato in L'Aquila dalla Presidenza della Giunta Regionale presso cui ha sede il servizio Bollettino che ne cura la direzione, la redazione e l'amministrazione.

Le uscite sono differenziate a seconda del contenuto.

Il Bollettino Ordinario si compone di 3 parti:

I° PARTE: dove vengono pubblicate le leggi e i regolamenti della Regione, i decreti del Presidente della Giunta e del Consiglio e gli atti degli Organi regionali - integralmente o in sintesi - che possono interessare la generalità dei cittadini.

II° PARTE: dove vengono pubblicate le leggi e gli atti dello Stato che interessano la Regione.

III° PARTE: dove vengono pubblicati gli annunci e gli altri avvisi di interesse della Regione o di terzi la cui inserzione - gratuita o a pagamento - è prevista da leggi e da regolamenti della Regione e dello Stato (nonché quelli liberamente richiesti dagli interessati).

Nei **Supplementi** vengono pubblicati tutti gli atti riguardanti il personale regionale, gli avvisi e i bandi di concorso interno.
Questa tipologia di bollettino non è inclusa nell'abbonamento.

In caso di necessità si pubblicano altresì numeri **Straordinari** e **Speciali**.

ABBONAMENTO

E' possibile sottoscrivere abbonamenti cartacei in qualunque periodo dell'anno. Il **costo annuale è di € 77,47** da versare sul **c.c.p. n° 12101671** specificando nella causale: "Nuovo abbonamento". L'attivazione dell'abbonamento decorrerà non prima della ricezione da parte della Redazione dell'attestazione di pagamento. Al fine di velocizzare la pratica è consigliabile inviare copia del versamento effettuato alla Redazione tramite fax al numero **0862 364665**.
A seguito della modifica alla L.R. 63/1999 pubblicata sul Bollettino n° 6 Serie - Straordinaria del 5/10/2007 (art.12 L.R. n° 34 del 1 Ottobre 2007) si comunica che "**l'accesso al Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo, per via informatica, è libero e gratuito per tutti, ma non riveste carattere di ufficialità e legalità.**"

INSERZIONI

La pubblicazione di avvisi, bandi, deliberazioni, decreti ed altri atti in generale (anche quelli emessi da organi regionali) per conto di Enti, Aziende, Consorzi ed altri soggetti è effettuata a pagamento, tranne i casi in cui tali atti siano di interesse esclusivo della Regione e dello Stato.

Le richieste di pubblicazione di avvisi, bandi ecc. devono essere indirizzate con tempestività ed esclusivamente alla:
Direzione del Bollettino Ufficiale – Palazzo Farinosi-Branconi – Piazza S.Silvestro - 67100 L'Aquila

Il testo da pubblicare deve pervenire:

- in originale o copia conforme regolarizzata ai fini del bollo;
- munito della ricevuta del versamento sul **c.c.p. n° 12101671** intestato a: Regione Abruzzo - Bollettino Ufficiale - 67100 L'Aquila, per un importo variabile in relazione all'atto da pubblicare e calcolato in base a quanto di seguito riportato:
  - per titoli ed oggetto che vanno in neretto pari a € 1,81 a rigo (foglio uso bollo massimo 61 battute)
  - per testo di ciascuna inserzione pari a €.1,29 a rigo (foglio uso bollo massimo 61 battute);
- in formato elettronico tramite e-mail all'indirizzo **bura@regione.abruzzo.it**

Per le scadenze da prevedere nei bandi è necessario che i termini vengano fissati partendo dalla "data di pubblicazione sul B.U.R.A.".

AVVERTENZE

- Gli abbonamenti e le Inserzioni vengono effettuati esclusivamente tramite **c.c.p. n° 12101671** intestato a:
  Regione Abruzzo - Bollettino Ufficiale - 67100 L'Aquila. - n. fax 0862 364665
- Costo fascicolo: **€ 1,29** - Arretrati, solo se disponibili, **€ 1,29**.
- Le richieste dei numeri mancanti non verranno esaudite trascorsi 60 giorni dalla data di pubblicazione
- Unico punto vendita: Ufficio B.U.R.A. - **Palazzo Farinosi-Branconi – Piazza San Silvestro - 67100 L'Aquila**
- Orario per il pubblico: dal lunedì al venerdì dalle **ore 9.00** alle **ore 13.00** ed il martedì e giovedì pomeriggio dalle 15.30 alle 17.30

SOMMARIO

Parte I

Leggi, Regolamenti ed Atti della Regione

ATTI

DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE 01.07.2008, n. 591/P:

Approvazione manuali di autorizzazione ed accreditamento, nonché delle relative procedure delle strutture sanitarie e socio-sanitarie.……. Pag. 4

PARTE I

LEGGI, REGOLAMENTI ED ATTI DELLA REGIONE

ATTI

DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERAZIONE 01.07.2008, n. 591/P:

Approvazione manuali di autorizzazione ed accreditamento, nonché delle relative procedure delle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il D. Lgs. 30.12.1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni e in particolare gli articoli 8 bis, 8 ter, 8 quater, in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie;

Rilevato che ai sensi della predetta normativa:

- la realizzazione di strutture e l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie sono subordinate ad autorizzazione;
- le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'articolo 1 avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle Aziende Unità Sanitarie Locali, delle Aziende ospedaliere, delle Aziende universitarie e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8-quater;
- 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;

Visto il D.P.R. 14.1.1997 recante: "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private:

Visto il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 (DPR 7 aprile 2006);

Vista la Del. G.R. n. 224 del 13.03.2007, recante "Approvazione dell'Accordo tra il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e la Regione Abruzzo per l'approvazione del piano di rientro e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge 30.12.2004 n° 311";

Vista la L.R. 31 luglio 2007, n. 32 recante: "Norme regionali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private";

Vista la L.R. 5 aprile 2007, n. 6, "Linee-guida per la redazione del Piano Sanitario 2007/2009 - Un sistema di garanzie per la salute - Piano di riordino della rete ospedaliera", recante indicazioni sulla programmazione sanitaria regionale e in particolare sul Piano Sanitario Regionale;

Vista la L.R. 10 marzo 2008, n. 5 recante: "Un sistema di garanzie per la salute – Piano Sanitario Regionale 2008-2010";

Considerato che ai sensi della suddetta L.R. n. 32/2007 le linee guida per la redazione del manuale di autorizzazione (art. 4) e per la redazione del manuale di accreditamento (art.

6) sono emanate dal Consiglio Regionale:

Visto a tal proposito il P.S.R. 2008-2010 (L.R. n. 5/2008) che alle pagg. 312 e seguenti ha emanato le linee guida per la stesura del manuale di autorizzazione e del manuale di accreditamento, nonché le linee guida per la costituzione dell'Organismo Regionale per l'Accreditamento (O.R.A.);

Considerato che

- ai sensi dell'articolo 3 della L.R. n. 32/2007 con Deliberazione di Giunta Regionale, sentita la Commissione consiliare competente in materia, sono stabilite le procedure di autorizzazione alla realizzazione, ampliamento, trasformazione o trasferimento in altro comune di strutture sanitarie e socio-sanitarie;
- ai sensi dell'articolo 4 della L.R. n. 32/2007 con Deliberazione di Giunta Regionale, sentita la Commissione consiliare competente in materia, sono stabiliti la procedura di autorizzazione all'esercizio, i termini, il modello di richiesta di autorizzazione all'esercizio indicante le documentazioni da allegare, le necessarie autocertificazioni ed il manuale di autorizzazione integrativo rispetto alla L.R. 29 luglio 1998, n. 62 – Recepimento atto di indirizzo e coordinamento contenuto nel DPR 14 gennaio 1997;
- ai sensi dell'articolo 6 della L.R. n. 32/2007 2007 con Deliberazione di Giunta Regionale, sentita la Commissione consiliare competente in materia, sono adottati:
  - la costituzione dell'Organismo Regionale per l'Accreditamento
  - la procedura di accreditamento istituzionale
  - il modello di richiesta di accreditamento istituzionale definitivo indicante le documentazioni da allegarsi e le necessarie auto-certificazioni
  - il Manuale di Accreditamento che prevede un'articolazione per gradi di qualità progressivamente crescenti a partire da un livello essenziale in funzione dei requisiti posseduti dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie;

Rilevato che ai sensi della normativa richiamata, nazionale e regionale, la Regione deve dotarsi di un'adeguata regolamentazione delle procedure concernenti l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, in funzione:

- della realizzazione di obiettivi di riqualificazione e adeguamento della propria organizzazione sanitaria e socio-sanitaria;
- dell'attuazione degli impegni assunti in sede di Accordo tra il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e la Regione Abruzzo, nell'ambito del Piano di rientro di cui alla citata Deliberazione 224/2007;

Richiamata la L. 296/2006 (Legge Finanziaria per l'anno 2007), art. 1, comma 796, lett. s) e t), che stabiliscono, a decorrere dal 1° gennaio 2008, la cessazione dei transitori accreditamenti delle strutture private già convenzionate, ai sensi dell'articolo 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, non confermati da accreditamenti provvisori o definitivi disposti ai sensi dell'articolo 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni; nonché l'adozione di provvedimenti finalizzati a garantire che dal 1° gennaio 2010 cessino gli accreditamenti provvisori delle strutture private, di cui all'articolo 8-quater, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'articolo 8-quater, comma 1, del medesimo decreto legislativo n. 502 del 1992;

Vista la nota dell'Agenzia Sanitaria Regionale prot. n. 1434 del 20.6.2008, acquisita alla Direzione Sanità col n° 15600, in pari

data, relativa alla trasmissione dei seguenti documenti:

1. Manuale di Autorizzazione
2. Manuale di Accreditamento
3. Manuale di Autorizzazione dei Servizi Trasfusionali
4. Manuale di accreditamento dei Servizi Trasfusionali
5. Glossario Manuali di Autorizzazione e Accreditamento
6. Procedure (Procedura autorizzazione alla realizzazione, procedura all'esercizio, procedura all'accreditamento istituzionale)
7. Definizione del fabbisogno delle Risorse Infermieristiche, Fisioterapisti, del personale di supporto e del Personale Sanitario della Riabilitazione;

Tenuto conto che il suddetto documento concernente "Procedure" contiene anche i Moduli per le Domande di autorizzazione alla realizzazione, per l'autorizzazione all'esercizio, per l'accreditamento istituzionali e le istruzioni per le domande per l'autorizzazione all'esercizio e per l'accreditamento istituzionale;

Vista la successiva nota dell'Agenzia Sanitaria Regionale prot. n. 1491 del 26.6.2008, acquisita alla Direzione Sanità col n° 116067, in pari data, relativa alla trasmissione dell'ulteriore documento concernente:

- Tipologie di accreditamento;

Considerato che detta Agenzia ha curato l'istruttoria, comprensiva dell'acquisizione e conseguenziale valutazione di tutti i dati necessari, e la redazione definitiva dei suddetti documenti, in quanto essa, ai sensi della L.R. n. 5/2008, assicura supporto tecnico-scientifico e di consulenza alla Direzione Sanità, oltre ad essere attributaria dei compiti previsti nella legge stessa;

Atteso che in considerazione dell'urgenza sia da addivenire alla regolamentazione di che trattasi in tempi brevissimi sia per le esigenze imposte dall'esecuzione degli obblighi assunti con il piano di rientro sopra-citato, occorre procedere immediatamente all'adozione del presente atto;

Ritenuto di riservarsi di procedere con successivi provvedimenti a:

- costituzione dell'Organismo Regionale per l'Accreditamento ai sensi dell'articolo 6 della L.R. n. 32/2007;
- determinazione degli oneri finanziari per il finanziamento dell'Organismo Regionale per l'Accreditamento ai sensi dell'allegato 2.3 del Piano Sanitario Regionale (L.R. n. 5/2008, pag. 320);

Ritenuto altresì

- di prevedere che nelle procedure di autorizzazione e di accreditamento qualsiasi richiesta interlocutoria motivata da parte dell'Ente pubblico che partecipa al procedimento sospende i termini previsti per il compimento dell'attività correlata alla rispettiva fase procedimentale;
- di richiamare, in ordine alla dotazione organica del personale, le disposizioni nazionali e regionali vigenti, non in contrasto con quanto previsto col presente atto, fatto salvo, comunque, che va assicurata in qualsiasi struttura la presenza , oltre, ovviamente alle altre figure indispensabili in relazione all'attività da espletare – per ciò che concerne il personale della Dirigenza – nella disciplina di riferimento, di una figura dirigenziale apicale ed un numero di altre figure dirigenziali necessario per assicurare i turni di servizio;
- di tenere conto, inoltre - riguardo alla dotazione organica delle case di cura private – nelle more dell'adozione di ulteriore atto concernente i requisiti di personale, anche delle disposizioni degli articoli dal

31 al 42 compreso dell'abrogata L.R. n. 85/1989 - abrogati dal momento dell'esecutività del presente provvedimento ai sensi dell'articolo 13 della L.R. n. 32/2007 - i cui contenuti si intendono riportati e trascritti nella presente deliberazione, per quanto non incompatibile con il presente atto;

Ritenuto, infine

- che per le strutture già operanti vadano posseduti tutti i requisiti previsti nel manuale di autorizzazione, per cui il non possesso di parte di essi può dar luogo o al diniego dell'autorizzazione richiesta o a prescrizioni e tempi di adeguamento, tenendo conto anche di quanto previsto dall'allegato 2.1 del Piano Sanitario Regionale (L.R. n. 5/2008, pag. 313) e dalla L.R. n. 32/2007;
- che per le strutture già operanti vadano posseduti tutti i requisiti previsti nel manuale di accreditamento, per cui il non possesso di parte di essi può dar luogo al diniego di accreditamento o a prescrizioni e tempi di adeguamento, tenendo conto anche di quanto previsto dall'allegato 2.2 del Piano Sanitario Regionale (L.R. n. 5/2008, pag. 315) e della L.R. n. 32/2007;

Vista la nota del Dirigente del Servizio Pianificazione e Sviluppo Risorse Umane della Direzione Sanità prot. 16026/DG12 del 26.6.2008, con cui viene ribadita la necessità, prima dell'emanazione del manuale in questione, che per quanto concerne il personale necessario e, quindi, le relative dotazioni organiche, per le strutture pubbliche si debba procedere ad una valutazione di impatto economico nell'applicazione degli standards previsti sugli attuali modelli organizzativi, in considerazione dei limiti di spesa esistenti ai sensi delle vigenti disposizioni;

Ritenuto a tal proposito di rivolgere invito alle Aziende U.S.L. a tener conto di detta valutazione nella fase di applicazione del presente provvedimento, provvedendo ai debiti accorgimenti nella organizzazione del personale;

Vista la L.R. 14 settembre 1999, n. 77;

Dato atto che il Direttore Regionale della Direzione Sanità ha espresso il proprio parere favorevole in merito alla regolarità tecnica ed amministrativa della presente proposta di deliberazione ed alla sua conformità alla legislazione vigente;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

- per le motivazioni espresse in narrativa che si intendono qui di seguito riportate ed approvate –

A. di approvare i seguenti documenti richiamati nelle premesse, allegati alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale:
   1. Manuale di Autorizzazione (All. 1);
   2. Manuale di Accreditamento (All. 2);
   3. Manuale di autorizzazione dei Servizi Trasfusionali (All. 3);
   4. Manuale di accreditamento dei Servizi Trasfusionali (All. 4);
   5. Manuale di autorizzazione e accreditamento – GLOSSARIO (All. 5);
   6. Procedure – Procedura Autorizzazione alla realizzazione – Procedura Autorizzazione all'esercizio – Procedura di Accreditamento istituzionale (All. 6);
   7. Manuale di autorizzazione - Definizione del fabbisogno delle Risorse Infermieristiche, Fisioterapisti, del Personale di Supporto e del Personale Sanitario della Riabilitazione (All. 7);
   8. Tipologie di accreditamento (All. 8);

B. di stabilire che nelle procedure di autorizzazione e di accreditamento qualsiasi richiesta interlocutoria motivata da parte dell'Ente pubblico che partecipa al procedimento sospende i termini previsti per il compimento dell'attività correlata alla rispettiva fase procedimentale;

C. di richiamare, in ordine alla dotazione organica del personale, le disposizioni nazionali e regionali vigenti, non in contrasto con quanto previsto col presente atto, fatto salvo, comunque, che va assicurata in qualsiasi struttura la presenza – per ciò che concerne il personale della Dirigenza – nella disciplina di riferimento, di una figura dirigenziale apicale ed un numero di altre figure dirigenziali necessario per assicurare i turni di servizio, oltre, ovviamente alle altre figure indispensabili in relazione all'attività da espletare;

D. di tenere conto, inoltre - riguardo alla dotazione organica delle case di cura private – nelle more dell'adozione di ulteriore atto concernente i requisiti di personale, anche delle disposizioni degli articoli dal 31 al 42 compresi dell'abrogata L.R. n. 85/1989 - abrogati dal momento dell'esecutività del presente provvedimento ai sensi dell'articolo 13 della L.R. n. 32/2007 - i cui contenuti si intendono riportati e trascritti nella presente deliberazione, per quanto non incompatibile con il presente atto;

E. di rivolgere invito alle Aziende U.S.L. di tener conto nella fase di applicazione del presente provvedimento - provvedendo ai debiti accorgimenti nella fase di organizzazione del personale necessario e, quindi, delle relative dotazioni organiche - a procedere ad una valutazione di impatto economico nell'applicazione degli standards previsti sugli attuali modelli organizzativi, in considerazione dei limiti di spesa esistenti ai sensi delle vigenti disposizioni;

F. di stabilire che per le strutture già operanti vadano posseduti tutti i requisiti previsti nel manuale di autorizzazione, per cui il non possesso di parte di essi può dar luogo o al diniego dell'autorizzazione richiesta o a prescrizioni e tempi di adeguamento, tenendo conto anche di quanto previsto dall'allegato 2.1 del Piano Sanitario Regionale (L.R. n. 5/2008, pag. 313) e della L.R. n. 32/2007;

G. che per le strutture già operanti vadano posseduti tutti i requisiti previsti nel manuale di accreditamento, per cui il non possesso di parte di essi può dar luogo o al diniego di accreditamento o a prescrizioni e tempi di adeguamento, tenendo conto anche di quanto previsto dall'allegato 2.2 del Piano Sanitario Regionale (L.R. n. 5/2008, pag. 315) e della L.R. n. 32/2007;

H. di riservare a successive deliberazioni :

- la costituzione dell'Organismo Regionale per l'Accreditamento ai sensi dell'articolo 6 della L.R. n. 32/2007;
- la determinazione degli oneri finanziari per il finanziamento dell'Organismo Regionale per l'Accreditamento ai sensi del paragrafo 5, allegato 2.3 del P.S.R. (L.R. n. 5/2008, pag. 320);

I. di dare atto che l'esecutività del presente provvedimento è subordinata al parere della competente V^ Commissione Consiliare del Consiglio Regionale;

L. Che il presente provvedimento venga pubblicato sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo* e sul sito ufficiale della Regione.

Seguono allegati

ALL. 1

ATTI

Regione Abruzzo

GIUNTA REGIONALE

Manuale di Autorizzazione

Giugno 2008

La presente copia è conforme all'originale e si compone di fogli 189 e di 373 facciate ciascheduna vidimata da apposito timbro recante la dicitura "Regione Abruzzo: Direzione Sanità".
Pescara, li 26 GIU. 2008

Il Dirigente di Servizio
Dr. Enzo Mancinelli

Documento composto da n. 373 facciate, ALLEGATO come parte integrante alla deliberazione n. 1 LUG. 2008 del 591/D
IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Dott. Walter Gariani)

INDICE

1	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI GENERALI	
1.1	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI DI GARANZIA DEI DIRITTI DEI PAZIENTI	Pag. 1
1.2	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI DELLE DIREZIONI	
1.2.1	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI DELLE DIREZIONI AZIENDALI	Pag. 4
1.2.2	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI DELLE DIREZIONI OSPEDALIERE	Pag. 5
1.2.3	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI DELLE DIREZIONI DEI DIPARTIMENTI	Pag. 7
2	REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI	
2.1	REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI	Pag. 8
3	REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI ED ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO PER ACUTI	
3.1	PRONTO SOCCORSO OSPEDALIERO	Pag. 10
3.2	RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA	Pag. 15
3.3	UNITA' TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA (UTIC)	Pag. 19
3.3.1	LABORATORIO DI EMODINAMICA	Pag. 22
3.3.2	AMBULATORIO DI ELETTROCARDIOGRAFIA DINAMICA	Pag. 24
3.3.3	AMBULATORIO DI ELETTROCARDIOGRAFIA DA SFORZO	Pag. 26
3.3.4	AMBULATORIO DI ECOCARDIOGRAFIA	Pag. 27
3.3.5	LABORATORIO DI ELETTROFISIOLOGIA ED ELETTROSTIMOLAZIONE PERMANENTE	Pag. 28
3.4	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	Pag. 32
3.5	REPARTO OPERATORIO	Pag. 36
3.6	DAY – SURGERY	Pag. 51
3.7	PUNTO NASCITA- BLOCCO PARTO	Pag. 54
3.8	SERVIZIO DI STERILIZZAZIONE	Pag. 59
3.9	AREA DI DEGENZA	Pag. 62
3.10	DAY – HOSPITAL	Pag. 68
3.11	CARDIOLOGIA	Pag. 70
3.12	PNEUMOLOGIA	Pag. 72
3.13	SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA (SPDC) e DH PSICHIATRICO	Pag. 76
3.14	SERVIZI DIALISI	Pag. 80
3.15	RIABILITAZIONE INTENSIVA OSPEDALIERA	Pag. 86
3.16	UNITA' GRAVI CEREBROLESIONI ACQUISITE - RIABILITAZIONE IN ASSISTENZA INTENSIVA (UGCA - RAI)	Pag. 91
3.17	UNITA' GRAVI CEREBROLESIONI ACQUISITE - RIABILITAZIONE IN ASSISTENZA INTENSIVA (UGCA)	Pag. 100
3.18	UNITA' SPINALI	Pag. 111
3.19	LUNGODEGENZA POST-ACUZIE	Pag. 123
3.20	SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO (LABORATORIO ANALISI E ANATOMIA PATOLOGICA) e PUNTO PRELIEVO ESTERNO	Pag. 126
3.21	MEDICINA NUCLEARE	Pag. 141
3.22	ATTIVITA' DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	Pag. 144
3.23	ATTIVITA' DI RADIOTERAPIA	Pag. 150
3.24	SERVIZIO TRASFUSIONALE (vedi Manuale specifico)	Pag. 153
3.25	GESTIONE FARMACI E MATERIALE SANITARIO (FARMACIA DELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE)	Pag. 154
3.25.1	UNITA' FARMACI ANTIBLASTICI	Pag. 158
3.26	SERVIZIO DI DISINFEZIONE	Pag. 162
3.27	SERVIZIO MORTUARIO	Pag. 164

4	**REQUISITI MINIMI STRUTTURALI TECNOLOGICI ED ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI RICOVERO, A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO**	
4.1	**RESIDENZIALITA' E SEMIRESIDENZIALITA' PER DISABILI**	
4.1.1	RESIDENZE DI RIABILITAZIONE INTENSIVA	Pag. 166
4.1.2	RESIDENZE DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA	Pag. 174
4.1.2.1	STRUTTURA DECENTRATA DELLE RESIDENZE DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA	Pag. 180
4.1.3	RSA DISABILI ADULTI	Pag. 183
4.1.4	UNITA' SPECIALI DI ACCOGLIENZA PROLUNGATA (USAP)	Pag. 190
4.1.5	STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI DI RIABILITAZIONE	Pag. 193
4.1.6	RESIDENZE ASSISTENZIALI DISABILI ADULTI	Pag. 196
4.1.7	RESIDENZE DISTURBI COMPORTAMENTO E PATOLOGIE NEUROPSICHIATRICHE ETA' EVOLUTIVA	Pag. 200
4.1.8	RESIDENZE MINORAZIONI PLURISENSORIALI ETA' EVOLUTIVA	Pag. 205
4.1.9	COMUNITA' SOCIO-RIABILITATIVE FAMILIARI PER DISABILI ***IN CORSO DI DEFINIZIONE CON L'ASSESSORATO ALLE POLITICHE SOCIALI***	Pag. 211
4.2	**RESIDENZIALITA' E SEMIRESIDENZIALITA' SALUTE MENTALE**	
4.2.1	CENTRO DIURNO PSICHIATRICO	Pag. 212
4.2.2	UNITA' TERRITORIALE DI NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA	Pag. 215
4.2.3	RESIDENZE RIABILITATIVE PSICHIATRICHE PER LA POST-ACUZIE	Pag. 218
4.2.4	CASA FAMIGLIA	Pag. 222
4.2.5	GRUPPI APPARTAMENTO DI CONVIVENZA	Pag. 226
4.2.6	RESIDENZE PROTETTE	Pag. 228
4.2.7	CENTRO DIURNO DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO	Pag. 231
4.3	**RESIDENZIALITA' E SEMIRESIDENZIALITA' PER DIPENDENZE PATOLOGICHE**	
4.3.1	STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI E RESIDENZIALI PER DIPENDENZE PATOLOGICHE	Pag. 234
4.3.1.1	STRUTTURE RESIDENZIALI PER MINORI	Pag. 241
4.4	**RESIDENZIALITA' E SEMIRESIDENZIALITA' PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**	
4.4.1	RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI ANZIANI (RSA ANZIANI)	Pag. 243
4.4.2	RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI DEMENZE (RSA DEMENZE)	Pag. 249
4.4.3	RESIDENZE ASSISTENZIALI ANZIANI (RAA)	Pag. 255
4.4.4	SEMIRESIDENZE ANZIANI	Pag. 259
4.4.5	SEMIRESIDENZE DEMENZE	Pag. 263
4.5	OSPEDALE DI COMUNITA'	Pag. 267
4.6	CENTRI RESIDENZIALI CURE PALLIATIVE (HOSPICE)	Pag. 271
5	**REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI ED ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA IN REGIME AMBULATORIALE**	
5.1	AMBULATORI DI SPECIALISTICA MEDICA	Pag. 276
5.2	AMBULATORI DI SPECIALISTICA CHIRURGICA	Pag. 279
5.3	AMBULATORI DELLE PROFESSIONI SANITARIE (INFERMIERE, INFERMIERE PEDIATRICO,OSTETRICO, FISIOTERAPISTA)	Pag. 284
5.4	AMBULATORIO DIABETOLOGIA	Pag. 287

5.5	AMBULATORIO ENDOSCOPICO-GASTROENTEROLOGIA	Pag. 288
5.6	AMBULATORIO MEDICINA DELLO SPORT I° LIVELLO	Pag. 290
5.7	AMBULATORI ODONTOIATRIA	Pag. 293
5.8	AMBULATORIO VACCINALE	Pag. 296
5.9	SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO (LABORATORIO ANALISI E ANATOMIA PATOLOGICA) e PUNTO PRELIEVO ESTERNO	Pag. 299
5.10	AMBULATORI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	Pag. 313
5.11	AMBULATORI DI RIABILITAZIONE E CENTRI AMBULATORIALI DI RIABILITAZIONE	Pag. 319
5.12	SALA GESSI	Pag. 322
5.13	POLIAMBULATORIO	Pag. 325
5.14	CENTRI AMBULATORIALI DI TERAPIA IPERBARICA	Pag. 327
5.15	CONSULTORIO FAMILIARE	Pag. 331
5.16	SERT	Pag. 334
5.17	CENTRO DI SALUTE MENTALE	Pag. 337
5.18	CENTRO DI MEDICINA DELLO SPORT II° E III° LIVELLO	Pag. 340
5.19	STABILIMENTI TERMALI	Pag. 344
5.20	SISTEMA TERRITORIALE EMERGENZA URGENZA (118)	Pag. 350
6	**REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI ED ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER STUDI PROFESSIONALI**	
6.1	STUDIO DI SPECIALISTICA MEDICA	Pag. 356
6.2	STUDIO DI SPECIALISTICA CHIRURGICA	Pag. 359
6.3	STUDIO ODONTOIATRICO	Pag. 362
6.4	STUDIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE: FISIOTERAPISTA	Pag. 365
6.5	STUDIO DELLE PROFESIONI SANITARIE OSTETRICO ED INFERMIERISTICHE (INFERMIERE, INFERMIERE PEDIATRICO)	Pag. 367
7	**REQUISITI MINIMI DI DOTAZIONE DEL PERSONALE**	
7.1	DEFINIZIONE FABBISOGNO DELLE RISORSE INFERMIERISTICHE, FISIOTERAPISTI, DEL PERSONALE DI SUPPORTO E DEL PERSONALE SANITARIO DELLA RIABILITAZIONE (Vedere documento specifico)	Pag.369



1.1 REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI DI GARANZIA DEI DIRITTI DEI PAZIENTI

I seguenti requisiti sono obbligatori per tutte le strutture

codice paragrafo
DP

REQUISITI MINIMI GENERALI ORGANIZZATIVI

Carta dei servizi

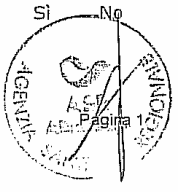
1	**La Direzione ha predisposto la Carta dei Servizi a disposizione dell'utenza, che specifichi:**		
	a) principi sull'erogazione dei servizi pubblici (DPCM 27/01/94 - Direttiva Ciampi)	Sì	No
	b) tipologia delle prestazioni erogate	Sì	No
	c) l'elenco e la sede delle Unità Operative (UU.OO.) con i relativi numeri telefonici	Sì	No
	d) responsabili delle Unità Operative	Sì	No
	e) modalità di accesso	Sì	No
2	**Nella Carta dei Servizi sono indicati anche Impegni e Programmi che l'Azienda intende attuare almeno nei seguenti campi:**		
	a) Accoglienza	Sì	No
	b) Informazione	Sì	No
	c) Comunicazione	Sì	No
	d) Umanizzazione	Sì	No
3	Nella Carta dei Servizi sono previste le modalità di tutela del cittadino	Sì	No

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) – Sportello informativo (solo per AUSL, A.O.)

4	E' stato nominato un responsabile/referente dell'URP	Sì	No
5	Sono state esplicitate le funzioni e le modalità di accesso all'URP	Sì	No
6	Vengono fornite informazioni circa la presenza di organi di tutela degli utenti	Sì	No
7	Vengono fornite informazioni circa la presenza ed il possibile ricorso ad associazioni di volontariato attive nella struttura	Sì	No
8	L'URP dispone di procedure scritte per la presentazione e gestione dei reclami ed osservazioni comprensive dei tempi massimi di risposta	Sì	No
9	Tutti i reclami pervenuti per iscritto, e in forma non anonima, ricevono risposta scritta entro 60 giorni	Sì	No

Il Centro Unico di Prenotazione (CUP) (solo per AUSL, A.O.)

10	E' stato istituito un Centro Unico di Prenotazione (CUP)	Sì	No



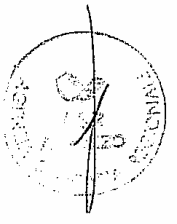
11	E' stato nominato un responsabile/referente del CUP	Sì	No
12	Sono fornite agli utenti informazioni circa: costi, tempi e modalità per il pagamento, modalità di preparazione per l'esame	Sì	No
13	E' possibile effettuare prenotazioni tramite CUP sia al mattino sia al pomeriggio	Sì	No
14	L'attività del CUP è periodicamente valutata in ordine ad efficienza e accessibilità	Sì	No
	COMITATO OSPEDALE SENZA DOLORE (COSD)		
15	Nelle strutture sanitarie è stato istituito il Comitato Ospedale Senza Dolore (COSD)	Sì	No
16	**La composizione del COSD soddisfa i seguenti criteri:**		
	a) Il personale infermieristico rappresenta almeno un terzo dei membri del comitato	Sì	No
	b) Sono presenti operatori delle strutture di terapia del dolore e\o cure palliative	Sì	No
	c) Sono presenti operatori di anestesia e rianimazione	Sì	No
	d) E' presente almeno un referente del servizio farmaceutico	Sì	No
17	E' stato individuato il responsabile del COSD	Sì	No
18	E' stato istituito un osservatorio specifico del dolore nelle strutture sanitarie	Sì	No
19	E' stata inserita nelle cartelle cliniche la scheda di valutazione del dolore	Sì	No
20	E' stato elaborato e distribuito materiale informativo agli utenti	Sì	No
	QUALITA', SICUREZZA DEL PAZIENTE E GESTIONE RISCHIO CLINICO		
21	E' stata costituita una U.O. per la gestione del rischio clinico	Sì	No
22	La direzione dell'U.O. per la gestione del rischio clinico è stata affidata ad un dirigente medico (il Responsabile può coincidere con il Responsabile della gestione della Qualità)	Sì	No
23	E' stato ottemperato quanto previsto dalla delibera di Giunta Regionale n.1440 del 18/12/06 "Misure organizzative del rischio clinico"	Sì	No
24	E' istituita una Commissione per il controllo delle Infezioni Ospedaliere (CIO) con i compiti previsti dalla normativa regionale più recente	Sì	No
25	E' stata costituita una U.O. per le attività di valutazione e miglioramento della qualità. (il Responsabile può coincidere con il Responsabile della gestione del Rischio Clinico)	Sì	No
26	Le UU.OO. di gestione del rischio clinico e della qualità condividono i piani di attività con le Direzioni Mediche di P.O.	Sì	No
	L'accessibilità e la fruibilità		
27	E' possibile la prenotazione telefonica di esami strumentali e visite specialistiche	Sì	No
28	Sono stati definiti e sono a disposizione del pubblico i criteri per la formazione delle liste d'attesa	Sì	No
29	I pagamenti sono effettuabili nell'arco delle 12 ore giornaliere tramite cassa o altre forme di pagamento (bollettini di CC postale, POS, Carte di Credito, sportelli automatici, etc.)	Sì	No

30	Tutto il personale della struttura espone il cartellino indicante generalità e qualifica professionale	Sì	No
31	L'elenco dei responsabili dell'assistenza medica e dei coordinatori del servizio infermieristico che operano nell'articolazione é affisso e visibile dagli utenti	Sì	No
32	E' garantito l'accesso alle organizzazioni di volontariato secondo procedure definite	Sì	No
33	La segnaletica è leggibile a distanza, di giorno e di notte, e di facile comprensione	Sì	No
34	Per facilitare l'accesso e l'individuazione dei percorsi esiste una segnaletica all'esterno dell'edificio, lungo i percorsi e all'ingresso dell'UU.OO. e dei servizi	Sì	No
35	Negli Ospedali (> 250 PL) e nelle Aziende Ospedaliere (A.O.) le indicazioni per l'orientamento dell'utente straniero (all'ingresso della struttura, all'emergenza, ai principali servizi e UU.OO.) sono facilitate attraverso l'uso di segnaletica multilingue, percorsi colorati, mappe	Sì	No
36	La segnaletica per l'accesso e l'individuazione dei percorsi è almeno in francese ed inglese, negli Ospedali (> a 250 PL) e A.O.	Sì	No
37	E' consentita all'utente la possibilità di scelta del menù	Sì	No
38	E' consentita all'utente la possibilità di scelta del menù nel rispetto della propria appartenenza religiosa	Sì	No
39	**Sono assicurati all'utente altri servizi:**		
	a) prelievo bancario, negli Ospedali (> a 250 PL) e A.O.	Sì	No
	b) edicola, negli Ospedali (> a 250 PL) e A.O.	Sì	No
	c) parrucchieri/barbieri/altri servizi alla persona	Sì	No
40	E' consentita all'utente durante la degenza l'assistenza religiosa nel rispetto della propria fede (> a 250 PL) e A.O.	Sì	No
41	E' assicurato al bisogno l'intervento di servizio sociale	Sì	No
	La soddisfazione dell'utente		
42	La qualità percepita dagli utenti (art.14 D.lgs. 502/92) è oggetto di monitoraggio da parte della struttura almeno una volta all'anno (Audit Civico)	Sì	No
43	Sono documentabili le modifiche apportate sull'organizzazione sulla base delle analisi dei risultati	Sì	No
44	E' garantita la possibilità a parenti ed accompagnatori di usufruire, all'interno della struttura, di pasti caldi	Sì	No
45	**Sono stati predisposti documenti relativi a:**		
	a) criteri e modalità di accesso dell'utente (programmazione liste di attesa, accoglimento e registrazione)	Sì	No
	b) acquisizione del consenso informato	Sì	No

1.2.1 REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI DELLE DIREZIONI AZIENDALI

codice paragrafo
DA

1	La Direzione Aziendale ha adottato un documento in cui si esplicitano: "mission", "vision", obiettivi, standard e responsabilità	Sì	No
2	**La Direzione ha adottato un documento in cui è esplicitata 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	Sì	No
	b) i livelli di responsabilità	Sì	No
	c) le modalità di erogazione del servizio	Sì	No
	d) le prestazioni e/o attività	Sì	No
		Sì	No
3	L'organigramma viene periodicamente aggiornato	Sì	No
4	**La Direzione ha definito il fabbisogno di personale:**		
	a) in termini numerici (equivalenti a tempo pieno) per ciascuna professione o qualifica professionale	Sì	No
	b) per posizione funzionale	Sì	No
	c) per qualifica funzionale	Sì	No
	d) in rapporto a volumi e tipologia di attività, secondo criteri specificati dalle normative regionali/nazionali	Sì	No
5	I ruoli e le posizioni funzionali sono ricoperte da personale in possesso dei titoli/requisiti previsti dalla normativa vigente	Sì	No
6	Sono state formalizzate le modalità per favorire l'inserimento operativo del personale di nuova acquisizione (neo assunto/trasferito)	Sì	No
7	La Direzione Aziendale ha identificato le prestazioni/servizi erogati	Sì	No
8	Esiste documentazione relativa alla organizzazione del servizio infermieristico (a livello di Direzione Generale - Direzione Medica Ospedaliera- Direzione Dipartimentale - Servizi Territoriali)	Sì	No
9	Esiste un documento contenente indicazioni per l'organizzazione dell'attività libero professionale intramoenia	Sì	No
	Nota: *tale requisito si applica esclusivamente alle Strutture Pubbliche*	Sì	No
10	E' garantito il rispetto delle condizioni di incompatibilità previste dalla normativa nel rapporto di lavoro del personale impegnato nelle strutture	Sì	No



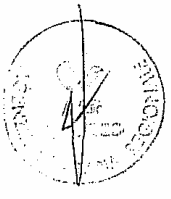
1.2.2 REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI DELLE DIREZIONI OSPEDALIERE

codice paragrafo
DO

REQUISITI MINIMI GENERALI ORGANIZZATIVI

1	Sono stati definiti in un documento l'organigramma del personale, la matrice di responsabilità e le attività corrispondenti della Direzione Medica Ospedaliera (D.M.O.)	Si	No
2	Viene redatta e diffusa ai livelli sovraordinati una relazione di rendiconto della attività annuale della D.M.O.	Si	No
	Funzione organizzativa		
3	La Direzione Medica Ospedaliera è in possesso dei report informativi di: Sistema Informativo Ospedaliero (SIO), Sistema Informativo Emergenza Sanitaria (SIES), Sistema Informativo Attività Sanitaria (SIAS), Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG), al fine di ottimizzare l'efficacia e l'efficienza dell'attività assistenziale	Si	No
4	Esiste una procedura che garantisca la continuità assistenziale attraverso la predisposizione dei turni di servizio, di guardia e di pronta disponibilità del personale sanitario, tecnico, amministrativo e professionale addetto ai servizi sanitari	Si	No
5	Esiste una procedura con cui vengono individuate le modalità di intervento della D.M.O. a supporto delle UU.OO. nella interpretazione ed applicazione delle norme e regolamenti, a garanzia di un'omogenea implementazione	Si	No
6	Sono stati definiti i criteri di allocazione e di gestione delle risorse umane e materiali per i servizi di propria competenza *Nota:* *tale requisito si applica esclusivamente alle Strutture Pubbliche*	Si	No
7	E' definito il piano di emergenza per tutta la struttura	Si	No
8	La D.M.O. ha definito un piano operativo in caso di massima emergenza (ad es. gravi incidenti, calamità ecc.)	Si	No
9	La D.M.O. partecipa alle attività di revisione tra pari e di vigilanza sul rispetto dei protocolli diagnostici e terapeutici previsti dalla normativa vigente (es.: gestione di differente tipologia di interventi chirurgici, protocolli comportamentali di sala operatoria, etc.)	Si	No
10	La D.M.O. garantisce il coordinamento interdipartimentale	Si	No
11	La D.M.O. è il riferimento gestionale per la produttività (DRG e prestazioni ambulatoriali e per il recupero crediti)	Si	No
	Funzione medico-legale		
12	La D.M.O. ha regolamentato attraverso una procedura la gestione dell'archivio sanitario, delle cartelle cliniche e del loro rilascio	Si	No
13	La D.M.O. ha regolamentato attraverso una procedura la gestione del flusso informativo in tutti i casi di denunce obbligatorie	Si	No
14	La D.M.O. ha regolamentato attraverso una procedura la gestione degli adempimenti di polizia mortuaria	Si	No
15	La D.M.O. ha regolamentato attraverso una procedura la gestione della cremazione	Si	No

16	La D.M.O. ha regolamentato attraverso una procedura l'applicazione della normativa in tema di sperimentazione clinica	Si	No
17	La D.M.O. ha regolamentato attraverso una procedura la gestione degli espianti ed eventuali trapianti	Si	No
18	La D.M.O. ha regolamentato attraverso una procedura l'applicazione della normativa sulla privacy	Si	No
	Funzione di igiene e tecnica ospedaliera		
19	Sono stati definiti i criteri per la gestione degli spazi all'interno della struttura ospedaliera	Si	No
20	Esistono procedure per il controllo da parte della D.M.O. dei servizi alberghieri della struttura	Si	No
21	La D.M.O. cura la produzione ed il rispetto di procedure e regolamenti per le pratiche di sanificazione, disinfezione, disinfestazione, sterilizzazione in tutta la struttura	Si	No
22	La D.M.O. cura la produzione ed il rispetto di procedure e regolamenti per la gestione dei rifiuti ospedalieri	Si	No
23	La D.M.O. cura la produzione ed il rispetto di procedure e regolamenti per la gestione sotto il profilo igienico della ristorazione collettiva	Si	No
24	La D.M.O. esprime valutazione tecnico-sanitaria sull'acquisizione di nuove tecnologie e valutazione organizzativa sul loro utilizzo	Si	No
25	La D.M.O. ha attivato una procedura per la verifica della conoscenza da parte del personale utilizzatore delle modalità di manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature biomediche	Si	No
26	La D.M.O. come organo tecnico partecipa alla stesura di capitolati nell'esternalizzazione dei Servizi Sanitari	Si	No
	Funzione di prevenzione		
27	La D.M.O. ha definito le strategie e le procedure, per tutto il presidio, per la prevenzione e il controllo delle infezioni ospedaliere anche attraverso la commissione preposta (CIO)	Si	No
28	E' attivo un sistema *di sorveglianza epidemiologica delle infezioni ospedaliere*	*Si*	*No*
29	Esistono documenti che definiscono i casi e le modalità per l'isolamento dei pazienti affetti da malattie contagiose o presunte tali	Si	No
30	Sono stati identificati i rischi e definite le procedure per garantire la sicurezza in ambito ospedaliero per gli utenti	Si	No
31	Esiste evidenza che la D.M.O. collabora con il Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale per la valutazione e rimozione dei rischi	Si	No



1.2.3 REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI DIREZIONE DEI DIPARTIMENTI

codice paragrafo
DD

1	La Direzione Generale ha adottato un documento con il quale individua il Responsabile del Dipartimento	Sì	No
2	La Direzione del Dipartimento ha adottato un documento che ne regolamenta l'attività	Sì	No
3	Esiste evidenza documentale degli incontri periodici del Consiglio di Dipartimento	Sì	No
4	**La Direzione di Dipartimento ha adottato un documento in cui si evidenzia il perseguimento almeno dei seguenti obiettivi:**		
	a) gestione comune degli spazi, delle attrezzature e del personale	Sì	No
	b) miglioramento del livello di umanizzazione dell'assistenza (accoglienza, comunicazione, comfort)	Sì	No
5	**E' a disposizione dell'utenza materiale informativo, aggiornato almeno con cadenza semestrale, relativo a:**		
	a) tipologie delle prestazioni erogate	Sì	No
	b) operatori responsabili delle prestazioni	Sì	No
	c) orari	Sì	No
	d) tempi di attesa	Sì	No
6	E' individuato un responsabile delle attività amministrative, di supporto alle attività dipartimentali, afferente al ruolo amministrativo	Sì	No

2.1 REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI

Requiti validi per tutte le strutture sanitarie e *socio-sanitarie* di ricovero a ciclo continuo o diurno

codice paragrafo
STG

1 **Esiste documentazione che tutti *i presidi possiedono i requisiti* previsti dalle vigenti leggi in materia di:**

a) protezione antisismica	Si	No
b) protezione antincendio		
· sono adottate misure intese a ridurre la probabilità di insorgenza di incendi	Si	No
· esistono contenuti minimi dei corsi di formazione per addetti alla prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione delle emergenze in relazione a livello di rischio dell'attività	Si	No
c) protezione acustica	Si	No
d) sicurezza elettrica e continuità elettrica		
· gli impianti a servizio dei locali ad uso medico sono verificati secondo la periodicità prevista dalla normativa	Si	No
e) prevenzione degli infortuni e dei danni da lavoro	*Si*	*No*
f) igiene dei luoghi di lavoro	Si	No
g) protezione dalle radiazioni ionizzanti		
· l'utilizzo delle apparecchiature e delle sostanze che possono generare radiazioni ionizzanti viene effettuato nel rispetto delle norme a tutela e protezione dei lavoratori	Si	No
· l'utilizzo delle apparecchiature e delle sostanze che possono generare radiazioni ionizzanti viene effettuato nel rispetto delle norme per la protezione della popolazione	Si	No
h) eliminazione delle barriere architettoniche	Si	No
i) smaltimento dei rifiuti		
· rifiuti speciali pericolosi a rischio infettivo (ex potenzialmente infetti)	Si	No
· rifiuti speciali pericolosi (ex tossico - nocivi)	Si	No
· rifiuti radioattivi	Si	No
· esiste *un piano per la raccolta differenziata* dei rifiuti	Si	No
l) smaltimento delle acque	Si	No
m) *illuminazione e condizioni microclimatiche*		
· gli impianti di climatizzazione e riscaldamento sono adeguati alle diverse esigenze di servizio	Si	No
n) impianti di distribuzione dei gas combustibili	Si	No



	o) impianti di distribuzione dei gas medicali	Sì	No
	· l'impianto di distribuzione dei gas medicali è dotato di attacchi tali da evitare collegamenti accidentali	Sì	No
	· l'impianto di erogazione dei gas medicali è sottoposto a manutenzione e verifica periodica secondo protocolli prefissati	Sì	No
	· è presente un piano per la manutenzione degli impianti di gas medicali, aspirazione endocavitaria ed evacuazione gas medicali secondo la norma UNI EN 737	Sì	No
	p) protezione dai rischi derivanti da materiali potenzialmente esplodenti	Sì	No
	q) rispetto del divieto di fumo	Sì	No
	r) attrezzature biomediche e sanitarie	Sì	No
	s) impianti elevatori	Sì	No
	· ascensori e montacarichi sono realizzati secondo le norme vigenti e sottoposti a manutenzione ordinaria	Sì	No
	· sono presenti procedure per la manutenzione ordinaria	Sì	No
	· il numero degli ascensori è adeguato al flusso delle persone e dei materiali	Sì	No
	· è presente un servizio di pronto intervento in caso di arresto dell'impianto con presenza di persone all'interno della cabina	Sì	No
	t) impianti e apparecchi a pressione	Sì	No
	u) gli impianti radiotelevisivi, elettronici, antenne sono realizzati e mantenuti nel rispetto della normativa vigente	Sì	No
	v) gli impianti di protezione dalle scariche atmosferiche sono realizzati nel rispetto della normativa vigente	Sì	No
	w) manutenzione degli edifici e degli impianti	Sì	No
	· sono presenti procedure e programmi per la manutenzione ordinaria	Sì	No
	y) la struttura dispone di adeguata segnaletica di orientamento esterna ed interna e di cartellonistica installata	Sì	No
	z) la struttura è dotata di un programma per fronteggiare le emergenze idriche	Sì	No
2	E' disponibile la planimetria generale di tutta la struttura	Sì	No
3	E' disponibile la documentazione che attesti l'avvenuto rilascio di tutte le autorizzazioni e concessioni da parte delle autorità competenti	Sì	No
4	Qualora i presidi non siano in possesso dei requisiti sopra elencati, esiste documentazione che la Direzione ha definito piani di attività per il raggiungimento degli stessi	Sì	No

Nota:

Resta comunque fermo l'obbligo del rispetto delle specifiche norme nazionali, regionali, locali, e, per la prevista parte di competenza, delle disposizioni internazionali

3.1 PRONTO SOCCORSO OSPEDALIERO

L'unità organizzativa deputata all'emergenza deve assicurare gli interventi diagnostico-terapeutici di urgenza compatibili con le specialità di cui è dotata la struttura, deve poter eseguire un *primo accertamento diagnostico strumentale* e di laboratorio e gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente. Deve essere garantito il trasporto protetto.

Codice paragrafo
PSO

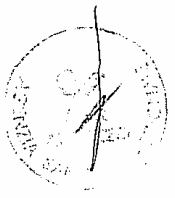
REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia ed al volume delle attività erogate	Sì	No
2	E' presente accesso indicato da segnaletica dall'interno e dall'esterno della struttura	Sì	No
3	Il percorso di accesso al P.S. per i pedoni è adeguatamente separato da quello riservato ai mezzi di soccorso	Sì	No
4	Gli accessi pedonali sono percorribili anche da portatori di handicap e da trasportati con *veicoli*	Sì	No
5	I percorsi normali di accesso/utilizzo della struttura di ricovero sono distinti da quelli del Pronto Soccorso	Sì	No
6	E' presente un'area destinata a reception/triage	Sì	No
7	E' presente un'area idonea destinata ad attesa per i pazienti ed accompagnatori, dotata di servizi igienici in numero adeguato al volume medio di attività	Sì	No
8	E' presente un locale/spazio attesa per utenti barellati	Sì	No
9	E' presente un numero adeguato di ambulatori e/o box idonei a garantire la privacy per visita-trattamento correlato al carico medio di lavoro	Sì	No
10	Negli ambulatori e/o box (o nelle immediate vicinanze) è presente un lavabo in acciaio o ceramica con comando non manuale	Sì	No
11	E' presente un vuotatoio dotato di adeguata ventilazione	Sì	No
12	E' presente un'area soggiorno personale (studio coordinatore servizio infermieristico, studio medici e studio direttore)	Sì	No
13	E' presente una camera calda (area coperta e riscaldata di accesso diretto degli automezzi di soccorso)	Sì	No
14	E' presente almeno un locale per la gestione dell'emergenza attrezzato per lo svolgimento dell'assistenza di prima rianimazione cardio-polmonare ed esecuzione del primo accertamento diagnostico	Sì	No
15	E' presente almeno un locale osservazione temporanea	Sì	No
16	Sono presenti servizi igienici distinti per utenti e personale	Sì	No
17	E' presente un deposito/spazio materiale pulito	Sì	No
18	E' presente un deposito materiale sporco	Sì	No
19	E' presente un *deposito/spazio per materiale d'uso, attrezzature* e strumentazioni	Sì	No



20	E' presente un locale /spazio destinato ai processi di decontaminazione, pulizia, disinfezione e sterilizzazione dei dispositivi medici riutilizzabili	Sì	No
21	E' presente un locale dedicato alla stazione di bonifica e/o decontaminazione con deposito di indumenti puliti per pazienti in stato di indigenza o senza fissa dimora	Sì	No
22	E' presente uno spazio di registrazione/segreteria/archivio	Sì	No
23	E' presente un locale/spazio di sosta salme	Sì	No
24	E' possibile assicurare la sosta salme per il periodo previsto dalla normativa vigente	Sì	No
25	E' presente un deposito barelle e sedie "a ruota"	Sì	No
	REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI		
26	E' presente un impianto di emergenza che garantisca l'illuminazione minima e l'operatività delle apparecchiature in caso di interruzione nell'erogazione di energia elettrica	Sì	No
27	E' presente un impianto centralizzato di gas medicali	Sì	No
28	E' presente un impianto centralizzato di aspirazione o in alternativa un numero adeguato di aspiratori elettrici portatili	Sì	No
29	E' presente un idoneo impianto di climatizzazione	Sì	No
30	E' presente un telefono pubblico nell'area di attesa accessibile direttamente dal Pronto Soccorso	Sì	No
	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
31	E' presente almeno un elettrocardiografo	Sì	No
32	E' presente almeno un defibrillatore portatile (anche per uso pediatrico) con pacing esterno	Sì	No
33	E' presente apparecchiatura portatile per il monitoraggio delle funzioni vitali	Sì	No
34	Sono presenti presidi atti a facilitare il sollevamento ed il trasporto dei pazienti	Sì	No
35	Sono presenti set per la rianimazione cardio-polmonare	Sì	No
36	E' presente almeno una lampada scialitica	Sì	No
37	E' presente almeno una coperta termica e dispositivo scalda fluidi	Sì	No
38	E' presente tavola spinale	Sì	No
39	E' presente almeno un aspiratore portatile ed attrezzatura per aspirazione gastrica e tracheo-bronchiale	Sì	No
40	E' presente attrezzatura per immobilizzazione essenziale (collari, sacchetti ecc.)	Sì	No
41	E' presente almeno una pompa-siringa per infusione e.v.	Sì	No
42	E' presente almeno un frigorifero con controllo esterno della temperatura	Sì	No

43	L'attrezzatura per la rianimazione adulti/bambini è facilmente accessibile nel servizio da parte di tutto il personale e di essa è periodicamente verificata la funzionalità	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
44	La dotazione organica del personale medico ed infermieristico è rapportata alla tipologia della struttura e al volume delle prestazioni	Sì	No
45	Esiste almeno un turno completo H 24 di personale medico ospedaliero dedicato	Sì	No
46	E' presente un direttore medico responsabile dell'U.O.	Sì	No
47	***E' presente una dotazione minima di personale non medico atta a garantire la regolare turnazione così composta:***		
	a) 1 infermiere coordinatore/trice	Sì	No
	b) almeno 2 infermieri per turno h 24	Sì	No
	c) almeno un turno O.T.A. / O.S.S. h 12	Sì	No
48	*Sono stati definiti protocolli per diversificare le attività di Accettazione dei ricoveri programmati dalle attività di Urgenza*	Sì	No
49	**Sono presenti procedure e/o linee-guida riguardanti:**		
	a) l'assegnazione del codice di gravità e di priorità secondo una scala basata su criteri specifici ed espliciti da parte della U.O. accettante	Sì	No
	b) la valutazione della corrispondenza tra i codici di gravità assegnati dalle singole *strutture dell'organizzazione dell'*emergenza/urgenza	Sì	No
50	E' stato formato personale infermieristico idoneo allo svolgimento di tale funzione	Sì	No
51	E' prevista apposita registrazione dei dati di attività riferiti alle attività di P.S. non seguite da ricovero	Sì	No
52	E' prevista apposita registrazione dei dati di attività relativi ai trasferimenti presso altre strutture	Sì	No
53	E' prevista apposita registrazione dei dati di attività relativi ai decessi	Sì	No
54	E' presente una procedura per la gestione delle situazioni di emergenza/urgenza psichiatrica	Sì	No
55	Esistono procedure per la gestione delle situazioni di intossicazione/avvelenamento	Sì	No
56	***E' previsto un sistema di registrazione per tutti i pazienti accolti che contenga:***		
	a) nome/sigla del medico che ha seguito il paziente	Sì	No
	b) dati anagrafici riferiti al paziente	Sì	No
	c) data e ora di arrivo	Sì	No
	d) natura del problema e dati clinici	Sì	No
	e) disposizioni	Sì	No



	f) ora del rilascio	Sì	No
	g) eventuale rifiuto delle prescrizioni o consigli	Sì	No
	h) indicazione di eventuali referti compilati	Sì	No
	l) chiara identificazione del medico di pronto soccorso che chiede la prestazione	Sì	No

Le strutture che dispongono di O.B. si adegueranno ai requisiti di seguito riportati

OSSERVAZIONE BREVE (O. B.)

L'O.B. rappresenta un moderno e collaudato sistema che consente di svolgere correttamente una efficiente funzione di filtro evitando ricoveri ad alto rischio di inappropiatezza senza, per questo, esporre il malato ad una dimissione precoce pregiudizievole per la salute.E' una modalità di gestione di pazienti con problemi clinici acuti che necessitano di assistenza e diagnostica da esaurire nelle 24 ore

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

57	Gli spazi di degenza (open space o box) sono situati all'interno del Pronto Soccorso o in area adiacente	Sì	No
58	Il numero dei posti letto è nella misura del 2-3 % del totale dei posti letto del Presidio Ospedaliero	Sì	No
59	**I locali destinati all'O.B. rispettano i seguenti requisiti:**		
	a) massimo 4 posti letto per camera di degenza	Sì	No
	b) superficie di 9 mq per posto letto in camera singola, e ulteriori 7 mq per ogni ulteriore posto letto	Sì	No
	c) servizi igienici distinti per utenti e personale (anche in comune con il P.S.)	Sì	No
60	E' presente locale deposito/spazio materiale pulito (anche in comune con il P.S.)	Sì	No
61	E' presente locale deposito materiale sporco (anche in comune con il P.S.)	Sì	No
62	E' presente un deposito/spazio per materiale d'uso, attrezzature e strumentazioni (anche in comune con il P.S.)	Sì	No

REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI

63	Presenza di impianto di gas medicali	Sì	No
64	Presenza di impianto di aspirazione centralizzato (o in alternativa un adeguato numero di aspiratori portatili)	Sì	No

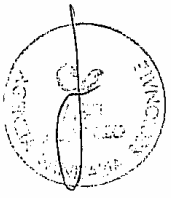
REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

65	Sono presenti set per la rianimazione cardiopolmonare di base (ad uso esclusivo dell'O.B.)	Sì	No

66	Apparecchio portatile per monitoraggio funzioni vitali	Si	No
67	E' presente defibrillatore con pacing esterno (anche in comune con il P.S.)	Si	No
68	E' presente elettrocardiografo (anche in comune con il P.S.)	Si	No
69	E' presente sistema CPAP (anche in comune con il P.S.)	Si	No

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

70	La dotazione di personale va rapportata al numero dei posti letto ed al volume di attività svolta	Si	No
71	E' assicurata la presenza almeno di un medico h 12	Si	No
72	E' assicurata la presenza almeno di un infermiere h 24 (per ogni modulo di 6 posti letto)	Si	No
73	E' assicurata la presenza almeno di un O.S.S./O.S.A. h 24	Si	No
74	Sono disponibili gli stessi Servizi utilizzati dal Pronto Soccorso (es.TAC, Laboratorio Analisi, etc.)	Si	No
75	Sono presenti procedure per la gestione dei casi sospetti di abuso o violenza sessuale su adulti o minori	Si	No



3.2 RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA

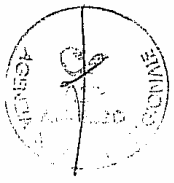
Le attività di rianimazione e terapia intensiva sono dedicate al trattamento intensivo dei soggetti affetti da una o più insufficienze d'organo acute, potenzialmente reversibili, tali da comportare pericolo per la vita ed insorgenza di complicanze maggiori.
La configurazione ambientale delle unità di rianimazione e terapia intensiva può essere a degenza singola o a degenze multiple

codice paragrafo
RTI

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

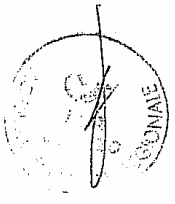
1	L'area di degenza è organizzata tipo open space o articolato in box	Sì	No
2	Ogni posto letto ha quale spazio utile 20 mq per degenze singole e 15 mq per degenze multiple. La distanza tra due letti non è inferiore a 2,5 mt. E' possibile derogare fino a una distanza non inferiore a 1,5 mt., in caso di adeguamento di strutture preesistenti, in presenza di vincoli strutturali non superabili	Sì	No
3	L'apertura dell'open space e dei box ha dimensioni tali da consentire il passaggio di attrezzature (ad esempio apparecchio per Rx a letto)	Sì	No
4	In adiacenza dei box o nell'open space sono presenti lavabi in numero sufficiente e collocati in modo tale da essere facilmente raggiungibili da ogni postazione di lavoro e dotati di comando non manuale attrezzato con dispensatore di detergente antisettico e con salviettine monouso	Sì	No
5	E' presente un locale per degenze di isolamento, dotato di zona filtro e di impianto di condizionamento indipendente/sezionato, tale da garantire condizioni di pressione negativa rispetto ai locali circostanti	Sì	No
6	E' presente area dedicata per la decontaminazione, detersione, disinfezione e sterilizzazione dei dispositivi medici riutilizzabili, attrezzature/materiali	Sì	No
7	I rivestimenti per pavimenti e pareti sono a tutt'altezza lavabili, disinfettabili ed impermeabili agli agenti contaminanti chimici e fisici, raccordati ad angoli smussi	Sì	No
8	I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate	Sì	No
9	E' presente una zona filtro per i degenti	Sì	No
10	E' presente una zona filtro per il personale addetto, parenti e consulenti, con ingresso all'area di degenza separato dall'accesso dei pazienti	Sì	No
11	E' presente uno spazio per le degenze tale da consentire agevoli manovre assistenziali sui quattro lati e dotato di almeno un lavabo per box, con comandi non manuali ed erogatori di sapone liquido	Sì	No
12	E' presente un locale per pazienti infetti dotato di zona filtro, servizi igienici e vuotatoio	Sì	No
13	E' presente un locale medici	Sì	No
14	E' presente un locale di lavoro infermieri anche ai fini della preparazione delle terapie infusionali	Sì	No
15	Sono presenti servizi igienici per il personale con almeno un servizio dotato di doccia	Sì	No
16	E' presente un locale deposito presidi sanitari ed altro materiale pulito	Sì	No
17	E' presente un locale deposito materiale sporco dotato di vuotatoio	Sì	No

18	Sono presenti porte di accesso alla degenza apribili con comando non manuale	Si	No
19	E' presente un locale/spazio reception e attesa visitatori	Si	No
20	In caso di presenza di posti letto di rianimazione e terapia intensiva, è prevista la presenza di posti letto di terapia subintensiva nella misura pari a un rapporto di 1/1	Si	No
21	E' presente servizio igienico separato per utenti	Si	No
	REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI		
22	**La terapia intensiva è dotata di un impianto di condizionamento ambientale che assicuri:**		
	a) una temperatura interna invernale e estiva compresa tra 20-24 °C	Si	No
	b) una umidità relativa estiva e invernale compresa tra 40-60%	Si	No
	c) un ricambio aria/ora (aria esterna senza ricircolo) di 6 v/h o 10 v/h	Si	No
	d) diluizione ed eliminazione di gas anestetici e microrganismi	Si	No
	e) prevenzione di contaminazione crociata tra stanze adiacenti	Si	No
23	L'impianto è dotato di dispositivi di segnalazione dei guasti	Si	No
22	La bonifica dell'aria è effettuata attraverso filtri semi-assoluti in grado di trattenere particelle di diametro di 5 micron	Si	No
23	E' presente un sistema di illuminazione che dia la possibilità di luce diffusa, diretta sul malato e eventuale possibilità di oscuramento	Si	No
24	E' previsto un impianto di emergenza che garantisca la continuità dell'erogazione di energia elettrica	Si	No
25	E' presente un impianto di aspirazione centralizzato	Si	No
26	E' presente un impianto di gas medicali	Si	No
27	E' presente un impianto di rilevazione incendi	Si	No
28	E' presente un impianto ottico e acustico di allarme per segnalazione di pressione (alta e bassa) dei gas medicali e/o guasti all'impianto	Si	No
29	**Ogni posto letto è dotato di:**		
	a) letto tecnico accessibile a 360°, mobile e articolato	Si	No
	b) bocchette di gas medicali con ossigeno, vuoto e aria compressa	Si	No
	c) adeguato numero di prese elettriche collegate al generatore di emergenza del presidio	Si	No
	d) sistemi per la rilevazione ed il monitoraggio dei parametri vitali del paziente, con lettura al posto letto e centralizzata	Si	No
	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
30	Sono presenti letti tecnici a più snodi in numero sufficiente	Si	No
31	E' presente letto tecnico attrezzato per la rianimazione	Si	No
32	Sono presenti presidi antidecubito	Si	No



33	Sono presenti ventilatori polmonari dotati di diversificate modalità di ventilazione sia per la ventilazione assistita che per il divezzamento e di idonei allarmi	Sì	No
34	E' presente un apparecchio per anestesia con sistema di evacuazione dei gas dotato anche di spirometro e di monitoraggio della concentrazione di ossigeno erogato	Sì	No
35	Sono presenti respiratori automatici dotati anche di allarme per deconnessione paziente	Sì	No
36	E' presente un sistema di riscaldamento paziente	Sì	No
37	Sono presenti aspiratori per broncoaspirazione	Sì	No
38	Sono presenti pompe per infusione farmaci e nutrizione parenterale	Sì	No
39	Sono presenti pompe per infusione farmaci e nutrizione parenterale	Sì	No
40	E' presente un laringo/broncoscopio	Sì	No
41	E' presente una lampada scialitica	Sì	No
42	E' presente un diafanoscopio a parete o su carrello	Sì	No
43	**E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:**		
	a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) farmaci salvavita	Sì	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No
44	E' presente emogasanalizzatore	Sì	No
45	Sono presenti frigoriferi con requisiti idonei alla conservazione di farmaci ed emoderivati	Sì	No
46	E' presente un defibrillatore	Sì	No
47	E' presente attrezzatura idonea per il trasporto del paziente critico	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
48	**Esiste la documentazione formalizzata che esplicita l'organizzazione interna dell'unità di rianimazione e terapia intensiva, con particolare riferimento a:**		
	a) organigramma	Sì	No
	b) livelli di responsabilità	Sì	No
	c) strutture e modalità di funzionamento	Sì	No
	d) descrizioni quali - quantitative dell'attività svolta	Sì	No

	e) tipologia e volume degli interventi chirurgici che necessitano di terapia intensiva post-operatoria effettuati nella struttura ospedaliera in cui l'unità stessa è inserita	Si	No
49	La dotazione organica del personale medico ed infermieristico è rapportata alla tipologia dell'attività svolta e al volume complessivo degli interventi chirurgici effettuati	Si	No
50	**Sono previste procedure/protocolli concordati con le strutture organizzative interessate per:**		
	a) accettazione e dimissione pazienti	Si	No
	b) gestione del paziente in ventilazione meccanica	Si	No
	c) gestione del paziente in nutrizione clinica (parenterale/enterale)	Si	No
	d) controllo delle infezioni ospedaliere	Si	No
51	E' presente una procedura condivisa con le associazioni dei pazienti di regolamentazione dell'accesso, soggiorno, coinvolgimento ed acquisizione di competenze di nursing dei "familiari" nell'ottica dell'umanizzazione delle cure	Si	No
52	E' presente una procedura per il sostegno psicologico dei familiari e la prevenzione del Burnout degli operatori	Si	No



3.3 UNITA' TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA (UTIC)

3.3.1 LABORATORIO DI EMODINAMICA
3.3.2 AMBULATORIO DI ELETTROCARDIOGRAFIA DINAMICA
3.3.3 AMBULATORIO DI ELETTROCARDIOGRAFIA DA SFORZO
3.3.4 AMBULATORIO DI ECOCARDIOGRAFIA
3.3.5 LABORATORIO DI ELETTROFISIOLOGIA ED ELETTROSTIMOLAZIONE PERMANENTE

Le attività della unità di terapia intensiva cardiologica (UTIC) sono dedicate al trattamento intensivo dei soggetti affetti da una o più patologie cardiache acute, potenzialmente reversibili, tali da comportare pericolo imminente per la vita e/o insorgenza di complicanze maggiori.

codice paragrafo
UTIC

Oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente, sono previsti i seguenti requisiti:

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	I locali per la degenza sono collocati preferibilmente in prossimità del Pronto Soccorso. In ogni caso sono previsti collegamenti preferenziali con esso. L'UTIC può essere collocata in contiguità con l'area di degenza ordinaria Cardiologica o con la Rianimazione	Sì	No
2	Gli ambienti per la degenza (il locale per la degenza può essere organizzato tipo open space o box) sono a 1 o 2 posti letto	Sì	No
3	E' presente locale/area di attesa (dotato di un numero di posti a sedere adeguato al volume di attività)	Sì	No
4	Spazio (o locale) controllo infermieri + consolle monitor	Sì	No
5	Le dimensioni dei locali degenza sono tali da permettere di operare a 360° intorno al letto, l'accesso agevole della barella e la movimentazione di apparecchiature (es. Rx a letto)	Sì	No
	Zona dei servizi di supporto		
6	E' presente area tecnica di lavoro (locale/spazio) con strumentazioni e attrezzature	Sì	No
7	E' presente area tecnica (locale) per procedure quando non siano realizzabili al letto del malato	Sì	No
8	E' presente spogliatoio (locale) o zona filtro personale	Sì	No
9	E' presente filtro visitatori (locale/spazio)	Sì	No
10	E' presente locale per colloqui con i familiari anche in comune con la degenza	Sì	No
11	E' presente locale per il medico di guardia anche in comune con la degenza	Sì	No
12	In adiacenza dei box, o nell'open space sono presenti lavabi a comando non manuale in numero sufficiente e collocati in modo tale da essere facilmente raggiungibili da ogni postazione di lavoro (Attrezzati con dispensatore di detergente antisettico e con salviette monouso)	Sì	No

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

13	**Ogni posto letto è dotato di :**		
	1) letto tecnico accessibile a 360°, mobile e articolato	Sì	No
	2) trave testaletto dotata di:		
	a) una presa interbloccata per apparecchi RX portatili (anche a parete)	Sì	No
	b) sistema per la rilevazione ed il monitoraggio dei parametri vitali del paziente, con lettura al posto letto e centralizzata	Sì	No
	c) adeguato numero di prese elettriche collegate al generatore di emergenza del presidio (minimo 4 prese)	Sì	No
	d) almeno una presa di ossigeno, vuoto e aria compressa	Sì	No
	e) prese di terra equipotenziali	Sì	No
	f) barra porta strumenti con lampada a braccio	Sì	No
	Monitoraggio :		
14	100 % dei posti letto	Sì	No
15	Il 25 % dei p.l. deve essere attrezzato anche con canale di monitoraggio emodinamico	Sì	No
16	Il 25% dei p.l. deve essere attrezzato anche con monitoraggio a 2 vie di pressione invasiva, portata, ossimetria	Sì	No
	Sono presenti attrezzature:		
17	Pompe ad infusione (2 pompe per p.l.; 1 di riserva ogni 2 p.l.)	Sì	No
18	Elettrocardiografo (1 a tre - sei canali) 1 di riserva (anche condiviso con il reparto di degenza)	Sì	No
19	Defibrillatore: almeno 2	Sì	No
20	**E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:**		
	a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) farmaci salvavita	Sì	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No
21	Pace-maker temporaneo completo di accessori (1 ogni 3 p.l. o frazioni con minimo di 2)	Sì	No
22	Materassi antidecubito (minimo 1 ogni 4 p.l.)	Sì	No
23	Apparecchio di emogasanalisi (deve essere disponibile la funzione)	Sì	No
24	ACT, aPTT (anche in comune con la Rianimazione e Terapia Intensiva)	Sì	No
25	Contropulsatore (almeno 1)	Sì	No



26	Ecocardiografo (1 nella terapia intensiva anche condiviso con strutture attigue)	Sì	No
27	Respiratore automatico (1 nella terapia intensiva dotato anche di allarme per la deconnessione del paziente, anche condiviso con strutture attigue)	Sì	No
28	Aspiratori per broncoaspirazione	Sì	No
29	Letto tecnico	Sì	No
30	Diafanoscopio	Sì	No

REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI

31	**La terapia intensiva è dotata di un impianto di condizionamento ambientale che assicuri :**		
	a) una temperatura interna invernale e estiva compresa tra 20-24 °C	Sì	No
	b) una umidità relativa estiva e invernale compresa tra 40-60 %	Sì	No
	c) un ricambio aria/ora (aria esterna senza ricircolo) da 6v/h a 10 v/h	Sì	No
	d) prevenzione di contaminazione crociata tra stanze adiacenti	Sì	No
32	E' presente un sistema di illuminazione che dia la possibilità di luce diffusa, diretta sul malato e eventuale possibilità di oscuramento	Sì	No

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Per la definizione della dotazione di personale infermieristico e medico si considerano come articolazione omogenea l'UTIC e il reparto clinico di degenza, determinando requisiti minimi ai fini della sicurezza e lasciando facoltà alle varie strutture di articolare nel modo più appropriato alle specifiche esigenze di servizio, l'organizzazione interna

31	**Nell'articolazione omogenea UTIC-Reparto di Degenza (con dotazione minima di 4 posti letto UTIC) sono presenti:**		
	a) almeno due infermieri H 24	Sì	No
	b) è garantita la presenza continuativa nelle 24 ore di un cardiologo (anche condiviso con il reparto di degenza cardiologica se contigua)	Sì	No
	c) è presente almeno un O.S.S. H 12 anche condiviso con il reparto di degenza cardiologica (se contigua)	Sì	No
32	La dotazione di personale è commisurata localmente alla attività e alla contiguità/complanarità della UTIC con il reparto di degenza cardiologica	Sì	No
33	Esistono procedure/linee guida per la prevenzione e il controllo delle infezioni ospedaliere con particolare riguardo a quelle crociate	Sì	No
34	Esistono protocolli/linee guida gestione del paziente in nutrizione clinica (parenterale/enterale)	Sì	No
35	E' presente una procedura condivisa con le associazioni dei pazienti di regolamentazione dell'accesso, soggiorno, coinvolgimento ed acquisizione di competenze di nursing dei "familiari" nell'ottica dell'umanizzazione delle cure	Sì	No
36	E' presente una procedura per il sostegno psicologico dei familiari e la prevenzione del "Burnout" degli operatori	Sì	No

3.3.1 LABORATORIO DI EMODINAMICA

Il laboratorio di emodinamica deve essere collegato strutturalmente e funzionalmente all'UTIC

codice paragrafo
LE

	REQUISITI MINIMI STRUTTURALI		
1	Il laboratorio è in contiguità o funzionalmente collegato alla Terapia Intensiva Cardiologica o alla sala operatoria Cardiochirurgica	Sì	No
2	E' presente locale/area di attesa (anche in comune con altri servizi di cardiologia)	Sì	No
3	E' presente sala di emodinamica (pareti e porte con schermature piombate, gabbia di Faraday)	Sì	No
4	E' presente sala controllo o spazio controllo (protetto con parete o vetro piombate)	Sì	No
5	Sono presenti spazi per la preparazione e il lavaggio del materiale (esterno alla sala di emodinamica)	Sì	No
6	E' presente spazio lavaggio e vestizione medici (esterno alla sala di emodinamica)	Sì	No
7	E' presente spazio per la "compressione" vascolare	Sì	No
8	E' presente spazio/locale stoccaggio materiale	Sì	No
9	E' presente spazio per il deposito biancheria pulita, anche in comune con altre funzioni (es. degenze)	Sì	No
10	E' presente locale per il deposito biancheria sporca, anche in comune con altre funzioni (es. degenze)	Sì	No
11	E' presente sala refertazione e archiviazione immagini (es.CD-ROM)	Sì	No
12	Sono presenti servizi igienici separati per personale e i pazienti (nelle vicinanze del laboratorio)	Sì	No
13	Sono presenti locali per lo smaltimento dei rifiuti differenziati (anche in comune con la degenza)	Sì	No
14	E' presente spazio/locale per le attività di segreteria (anche in comune con altre funzioni)	Sì	No
15	Lo spazio è adeguato per muoversi agevolmente attorno al tavolo e alla apparecchiatura radiologica durante le procedure e le eventuali manovre di assistenza o rianimazione in caso di complicanze	Sì	No
16	Il pavimento è antistatico, lavabile e disinfettabile	Sì	No
17	Sono presenti lavabi a comando non manuale in numero sufficiente e collocati in modo tale da essere facilmente raggiungibili da ogni postazione di lavoro (Attrezzati con dispensatore di detergente antisettico e con salviette monouso)	Sì	No
	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
	Laboratorio di emodinamica:		
18	E' presente 1 elettrocardiografo (almeno 3 canali)	Sì	No



19	E' presente 1 respiratore automatico, (anche di tipo pediatrico, qualora si pratichi cardiologia pediatrica, anche eventualmente condiviso con strutture attigue)	Sì	No
20	E' presente 1 ossimetro	Sì	No
21	E' presente 1 strumento per misurare la portata cardiaca (anche inserito nel poligrafo)	Sì	No
22	E' presente 1 set per la pericardiocentesi	Sì	No
23	E' presente contropulsatore (laddove si pratica cardiologia interventistica, anche nell'ambito della struttura cardiologica)	Sì	No
24	E' presente apparecchio per ACT o aPTT (laddove si pratica cardiologia interventistica, anche nell'ambito della struttura cardiologica) anche condiviso con la Rianimazione e Terapia Intensiva	Sì	No
25	E' presente apparecchio per emogasanalisi (a disposizione la funzione)	Sì	No
	Sala di emodinamica:		
26	E' presente letto radiologico	Sì	No
27	Stativo a C o a U	Sì	No
28	E' garantita visione ottimale in scopia	Sì	No
29	Viene effettuata cinematografia con film di 35 mm, con la sola alternativa della digitalizzazione con archiviazione in CD-ROM (standard DICOM 3)	Sì	No
30	Viene effettuata digitalizzazione dell'immagine e veloce disponibilità di immagini memorizzate (laddove si pratica cardiologia interventistica)	Sì	No
31	E' presente lampada scialitica (con alimentatore di sicurezza)	Sì	No
32	E' presente poligrafo con almeno due canali di pressione e 2 tracce ECG	Sì	No
33	E' presente poligrafo con 12 derivazioni ECG, almeno 3 contemporanee (laddove si pratica cardiologia interventistica)	Sì	No
34	**E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:**		
	a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) farmaci salvavita	Sì	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No
35	Sono presenti 2 pompe di infusione (di cui una di riserva)	Sì	No
36	Sono presenti 2 pompe di infusione (laddove si pratica cardiologia interventistica)	Sì	No
37	E' presente 1 pace-maker temporaneo	Sì	No

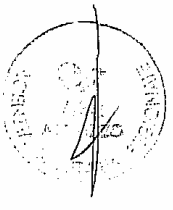
	Attrezzature per la radioprotezione:		
38	Sono presenti camici piombati (in numero sempre corrispondente agli operatori in attività)	Sì	No
39	Sono presenti collari piombati (in numero sempre corrispondente agli operatori in attività)	Sì	No
40	Sono presenti occhiali e guanti anti raggi X (in numero sempre corrispondente agli operatori in attività)	Sì	No
41	E' presente paratia anti raggi X posta fra paziente e operatore	Sì	No
42	Sono presenti dotazioni di materiale d'uso corrente per il mantenimento della sterilità (camici e guanti sterili per l'operatore, teli sterili per il campo) e le procedure diagnostiche in quantitativi commisurati alla attività	Sì	No
	Camera oscura:		
43	E' presente sviluppatrice e densitometro e relativi accessori (se non presente digitalizzazione)	Sì	No
	Sala di refertazione:		
44	E' presente 1 moviola (nei laboratori con più di una sala sono necessarie 2 o più moviole) in assenza di *digitalizzazione*	Sì	No
45	E' presente 1 videoregistratore (in assenza di digitalizzazione)	Sì	No
46	E' presente un impianto gas medicale con 2 prese gruppi ossigeno/vuoto/aria compressa per sala	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
47	Il laboratorio diagnostico dedicato, con una sola sala, che opera con un unico turno di personale ha ogni anno un volume di attività tale da determinare il mantenimento della competenza clinica ed una adeguata utilizzazione delle risorse tecnologiche	Sì	No
	Personale medico, infermieristico e tecnico presente per sala attiva		
48	Se si svolge attività diagnostica:		
	Medici 1	Sì	No
	Infermieri 1	Sì	No
	Tecnici di radiologia 1 (anche su due sale)	Sì	No
49	Se si svolge attività interventistica:		
	Medici 2	Sì	No
	Infermieri 1	Sì	No
	Tecnici di radiologia 1	Sì	No

3.3.2 AMBULATORIO DI ELETTROCARDIOGRAFIA DINAMICA

Oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente per gli ambulatori sono previsti i seguenti requisiti

codice paragrafo
AED

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI



1	E' presente locale di segreteria-accettazione (anche in comune con altri servizi di cardiologia)	Sì	No
2	E' presente locale/area di attesa (anche in comune con altri servizi di cardiologia ambulatoriale)	Sì	No
3	**E' presente locale per l'applicazione e la rimozione dei registratori (anche in comune con altri servizi di cardiologia), può coincidere anche con il locale dedicato ad attività ambulatoriale se dotato dei requisiti necessari. Oltre 10 esami/die è da prevedersi una sala dedicata dotata di :**		
	a) lettino	Sì	No
	b) zona spogliatoio	Sì	No
	c) armadi per materiale di consumo	Sì	No
	d) sala di refertazione in cui è collocato l'analizzatore (anche in comune con altri servizi di cardiologia) Il locale può essere condiviso con altre attività e a disposizione per quelle di ECG dinamico per un definito periodo di tempo (anche collocato in sede separata)	Sì	No
	e) locale/spazio per l'archiviazione (anche in comune con altri servizi di cardiologia ambulatoriale)	Sì	No

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

Dotazione minima di attrezzature/strumentazione per il laboratorio di elettrocardiografia dinamica

4	4 registratori per ecg dinamico (minimo 2 per attività ambulatoriale extraospedaliera)	Sì	No
5	1 analizzatore per ecg dinamico	Sì	No
6	**E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:**		
	a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) farmaci salvavita	Sì	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No
7	1 elettrocardiografo a 3 canali (a disposizione per il tempo necessario per l'esecuzione delle prestazioni di elettrocardiografia dinamica) più 1 di riserva *Nota:* *è auspicabile la possibilità di eseguire anche metodiche di elettrocardiografia non invasiva quali il riconoscimento dei potenziali tardivi e l'analisi della Variabilità del tratto R-R e della dispersione del tratto Q-T*	Sì	No
8	**Per strutture appartenenti al livello più elevato (Hub) oltre alla dotazione minima sopra riportata sono presenti:**		
	a) registratori in numero adeguato al volume di attività	Sì	No
	b) 2 "cardiobip" con possibilità di trasmissione/ricezione dei segnali elettrocardiografici (cardiotelefonia o sistemi equivalenti)	Sì	No

Laboratorio di monitoraggio ambulatoriale della pressione arteriosa

9	E' presente 1 registratore h 24 e 1 lettore per analisi del trend dei valori pressori sistolici, diastolici e delle frequenze cardiache (laddove si pratica l'attività MAP)	Sì	No

Impiantistica:

10	E' previsto per alcuni analizzatori un isolamento elettrico del lettore	Sì	No
11	E' presente stabilizzatore di corrente	Sì	No
12	Le prese di attacco della strumentazione sono autonome ed escludibili dalla rete	Sì	No
13	Per l'impianto di climatizzazione le condizioni termiche rispettano il limite non superiore ai 21°C per garantire l'operatività continua delle apparecchiature, anche eventualmente tramite impianto autonomo di climatizzazione	Sì	No

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

14	Per il montaggio delle apparecchiature Holter è necessario un infermiere o un tecnico	Sì	No
15	E' reperibile nelle strutture un medico referente	Sì	No

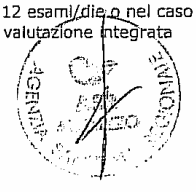
3.3.3 AMBULATORIO DI ELETTROCARDIOGRAFIA DA SFORZO

Oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente per gli ambulatori, sono previsti i seguenti requisiti.

codice paragrafo
AES

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	La sala dove vengono eseguite le prove consente facile accesso per almeno due persone alla pedana scorrevole e al cicloergometro, al lettino e alle strumentazioni per la gestione delle eventuali emergenze	Sì	No
2	E' presente locale/area di segreteria-accettazione (anche in comune con altri servizi di cardiologia ambulatoriale)	Sì	No
3	E' presente locale/area di attesa (anche in comune con altri servizi di cardiologia ambulatoriale)	Sì	No
4	**Locale per l'esecuzione della prova ergometrica (può essere coincidente con un locale adibito ad ambulatorio purchè dotato dei necessari requisiti strutturali ed attrezzature):**		
	a) lettino	Sì	No
	b) tappetino	Sì	No
	c) zona spogliatoio con lavabo con comando non manuale	Sì	No
	d) armadi per materiale di consumo	Sì	No
5	Una seconda sala sarebbe auspicabile qualora venissero praticati più di 12 esami/die o nel caso che si eseguano contemporaneamente prove ergometriche o prove con valutazione integrata respiratoria e metabolica	Sì	No





	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
	E' presente come attrezzatura/strumentazione:		
6	1 poligrafo con monitor minimo 3 canali monitorati in continuo e 12 derivazioni visualizzabili; possibilità di stampa immediata di ecg 12 derivazioni. (È auspicabile un apparecchio che operi l'elaborazione digitale del segnale ecg con misura della forma d'onda: in tal caso deve uniformarsi alle raccomandazioni per la standardizzazione e la specificazione nella elettrocardiografia automatica)	Sì	No
7	1 sfigmomanometro a mercurio montato su colonna, mobile, con braccio medio, grande e piccolo	Sì	No
8	1 treadmill (idoneo per pazienti fino a 150 kg, elevazione fino al 20 % e velocità incrementabili, pedana >127×40 cm, posapiedi laterali, ringhiera frontale e laterali, bottone per arresto d'emergenza, presa di alimentazione dedicata; per l'attività diagnostica pediatrica è sufficiente o un treadmill o un cicloergometro)	Sì	No
9	1 cicloergometro a freno elettromagnetico con almeno 300 Watt di potenza . Per le attività pediatriche vedi sopra	Sì	No
10	1 defibrillatore e set di rianimazione cardiopolmonare inclusivo di tutti i presidi farmacologici e non, necessari per la gestione delle emergenze cardiache e in particolare dell'arresto cardiaco (1 per sala, se le sale non sono contigue; altrimenti 1 in comune)	Sì	No
11	Set da infusione	Sì	No
12	Apparecchiatura per ergonometria cardiopolmonare con analisi dei gas respiratori (auspicabile). L'apparecchiatura è indispensabile laddove si pratichino valutazione funzionale e stratificazioni prognostiche accurate di pazienti con insufficienza cardiaca candidati a trapianto cardiaco, post-operati e in programmazione di riabilitazione cardiovascolare	Sì	No
	Impiantistica		
13	Per alcuni analizzatori è previsto un isolamento elettrico del lettore	Sì	No
14	E' presente stabilizzatore di corrente	Sì	No
15	Le prese di attacco della strumentazione sono autonome ed escludibili dalla rete	Sì	No
16	L'impianto di climatizzazione non è indispensabile: comunque i valori di temperatura, ventilazione, umidificazione sono adeguati alla circostanza che i pazienti eseguono uno sforzo fisico intenso	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
17	Durante l'esecuzione della procedura sono presenti in sala diagnostica un medico cardiologo e un infermiere	Sì	No
18	E' prevista la procedura scritta per il collegamento funzionale con la medicina nucleare (scintigrafia cardiaca da sforzo)	Sì	No

3.3.4 AMBULATORIO DI ECOCARDIOGRAFIA

Oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente per gli ambulatori, sono previsti i seguenti requisiti

codice paragrafo



AE

	REQUISITI MINIMI STRUTTURALI		
1	L'ambulatorio dove si eseguono ecocardiogrammi transesofagei (ETE) e/o eco-stress ha dimensioni tali da consentire un agevole intervento anche in caso di complicanze per la gestione delle emergenze (rianimazione cardiopolmonare)	Sì	No
2	E' presente locale/spazio di segreteria-accettazione (anche in comune con altri servizi di cardiologia ambulatoriale)	Sì	No
3	E' presente sala di aspetto (anche in comune con altri servizi di cardiologia ambulatoriale)	Sì	No
4	E' presente locale/spazio per l'archiviazione di videotape (o CD-ROM)	Sì	No
5	E' presente locale per l'esecuzione dell'esame ecocardiografico (può essere coincidente anche con il locale dove si svolge attività ambulatoriale purchè dotato dei necessari requisiti strutturali e di attrezzature. Una seconda sala sarebbe auspicabile nel caso in cui si eseguano più di 12 esami/die pari a circa 2500 esami/anno)	Sì	No
	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
6	E' presente 1 ecocardiografo con m-mode, bidimensionale, Doppler continuo e pulsato, Doppler con codifica colori, sonde settoriali a 3,5 MHz, possibilità di monitoraggio elettrocardiografico, eventuale sonda "cieca" e Doppler continuo. E' auspicabile anche sonda a 2,5 MHz; per l'attività pediatrica sono necessarie anche le sonde a 5 e 7,5 MHz per l'attività diagnostica vascolare	Sì	No
7	E' presente velocimetria Doppler su Doppler sonografico con oscilloscopio e registratore con almeno 2 sonde (4 MHz e 8 Mhz) per l'attività diagnostica vascolare	Sì	No
8	E' presente apparecchiatura di rianimazione cardiopolmonare con erogatore di ossigeno, monitoraggio pressorio, monitoraggio elettrocardiografico (anche in comune con altre strutture ambulatoriali)	Sì	No
9	E' presente cardiografo ad almeno 3 canali (anche in comune con altre strutture ambulatoriali; facilmente accessibile dove si esegue ETE ed eco-stress)	Sì	No
	Limitatamente agli ambulatori appartenenti strutture di livello superiore (Hub), oltre a quanto previsto sopra :		
10	E' presente 1 secondo ecocardiografo completo (2 sonde e una sonda TE) collocato in una seconda sala in relazione ai volumi di attività delle strutture	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
11	Esistono procedure per la sterilizzazione delle sonde TE	Sì	No
12	Durante l'esecuzione delle procedure è presente un medico e deve essere disponibile un infermiere	Sì	No
13	Per gli eco-stress e i TE sono presenti contemporaneamente un medico e un infermiere	Sì	No

3.3.5 LABORATORIO DI ELETTROFISIOLOGIA ED ELETTROSTIMOLAZIONE PERMANENTE



La diagnosi e la terapia delle aritmie mediante tecniche transesofagee è prevista in tutte le cardiologie con posti letto. L'impianto di pacing temporaneo à garantito in ogni reparto di cardiologia dotato di degenza, e in ogni UTIC.

Lo spazio è dimensionato per il contenimento di tutte le attrezzature necessarie e consente al personale di muoversi agevolmente durante le procedure e le eventuali manovre di assistenza o rianimazione in caso di complicanze. Pavimento lavabile, disinfettabile, antistatico.

codice paragrafo
LEEP

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	E' presente sala di elettrofisiologia ed elettrostimolazione con pareti e porte con schermature piombate e gabbia di Faraday	Sì	No
2	E' presente locale per medici, infermieri, tecnici di radiologia	Sì	No
3	Sono presenti spazi per la preparazione ed il lavaggio del materiale (esterno alla sala di elettrofisiologia)	Sì	No
4	E' presente spazio per il lavaggio-vestizione medici (esterno alla sala di elettrofisiologia)	Sì	No
5	E' presente spazio per lo stoccaggio-deposito materiali	Sì	No
6	E' presente spazio per il deposito biancheria pulita (anche in comune con altre funzioni)	Sì	No
7	E' presente locale per il deposito biancheria sporca (anche in comune con altre funzioni)	Sì	No
8	E' presente sala refertazione e archiviazione immagini	Sì	No
9	*Sono presenti servizi igienici differenziati per personale e pazienti (nelle vicinanze del* laboratorio)	Sì	No
10	E' presente locale per lo smaltimento dei rifiuti differenziati (anche in comune con altre funzioni)	Sì	No
11	E' presente spazio/locale per le attività di segreteria (anche in comune con la degenza o altre funzioni)	Sì	No

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

attrezzatura/strumentazioni

12	E' presente apparecchio radiologico per scopia monoplano possibilmente con arco rotante (laddove si pratica l'ablazione l'arco rotante è obbligatorio)	Sì	No
13	E' presente lettino radiotrasparente	Sì	No
14	E' presente poligrafo ad alta velocità con ECG a 6-12 canali con possibilità di registrazione contemporanea di almeno 4 tracce endocavitarie bipolari e monopolari con filtri passanti a bande alte o basse (monitoraggio specifico con apparecchi che consentano la memorizzazione, la conversione a digitalica del segnale e la sua archiviazione)	Sì	No
15	E' presente elettrocardiografo a 3 canali (disponibile)	Sì	No
16	E' presente stimolatore per elettrofisiologia (con possibilità di almeno 4 canali di stimolazione contemporanea)	Sì	No
17	Sono presenti 2 pace-maker esterni con possibilità di stimolazione differenziata (stimolazione monocamerale e bicamerale)	Sì	No

18	E' presente set chirurgico per impianto di pace-maker	Sì	No
19	E' presente set chirurgico per isolamento vene	Sì	No
20	Sono presenti programmatori per pace-maker con possibilità di regolazione della soglia, sensibilità, impedenza	Sì	No
21	E' presente set completo per la rianimazione cardiopolmonare	Sì	No
22	Sono presenti defibrillatori sincronizzati (minimo due)	Sì	No
23	Sono presenti 2 monitor (di cui 1 di riserva presente nella struttura cardiologica)	Sì	No
24	E' presente apparecchio per anestesia generale (anche eventualmente condiviso con strutture attigue) con set completo per rianimazione	Sì	No
25	E' presente sistema di monitoraggio ECGrafico e di pressione non invasiva e invasiva	Sì	No
26	Sono presenti 2 pompe per infusione farmaci	Sì	No
27	E' presente generatore di radiofrequenza con uscita in Volt e Watt, con misurazione continua dell'impedenza (o della temperatura laddove si pratica ablazione) e con sistema di autobloccaggio	Sì	No
28	E' presente Junction box che permetta di passare dalla registrazione alla erogazione	Sì	No
29	E' presente programmatori per il controllo della Defibrillazione Intra Cardiaca (ICD) (specifici per i vari modelli)	Sì	No
30	E' presente set di drenaggio pericardico	Sì	No
31	E' presente ecocardiografo	Sì	No
32	E' presente lampada scialitica	Sì	No
33	Sono presenti di materiali d'uso corrente per il mantenimento della sterilità (camici e guanti sterili per l'operatore, teli sterili per il campo) e le procedure diagnostiche (cateteri, ecc)	Sì	No
34	Sono presenti cateteri a punta mobile con particolare resistenza alla conversione corrente/temperatura laddove si pratica ablazione	Sì	No

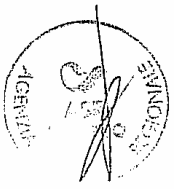
REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Personale medico, infermieristico e tecnico

35	Se si attua procedura diagnostica o terapeutica semplice (studi elettrofisiologici o impianto di Pace-maker):		
	1 medico cardiologo	Sì	No
	1 infermiere (o tecnico di elettrofisiologia)	Sì	No
36	Se si attua procedura diagnostica o terapeutica complessa (mappaggio endocavitario-ME-ablazione):		
	2 medici cardiologi	Sì	No
	1 infermiere	Sì	No
	1 tecnico di elettrofisiologia	Sì	No
37	E' presente una procedura condivisa con le associazioni dei pazienti di regolamentazione dell'accesso, soggiorno, coinvolgimento ed acquisizione di competenze di nursing dei "familiari" nell'ottica dell'umanizzazione delle cure	Sì	No

38	E' presente una procedura per il sostegno psicologico dei familiari e la prevenzione del "Burnout" degli operatori	Sì	No





3.4 TERAPIA INTENSIVA NEONATALE

Per tale sezione deve essere compilata anche la parte contenente i requisiti per l'Area di Degenza in generale (Paragrafo Area di Degenza). Al riguardo, non è richiesto il possesso dei requisiti che, in relazione alla tipologia dell'Unità Operativa considerata, si configurano come non applicabili.

codice paragrafo
TIN

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate	Sì	No
2	Il locale per la degenza è organizzato tipo open space o articolato in box contenenti le termoculle	Sì	No
3	Ogni termoculla ha una superficie utile indicativamente di 9 mq	Sì	No
4	Nei box o nell'open space è previsto uno spazio in prossimità della culla, che consenta la privacy ed il contatto dell'unità madre bambino	Sì	No
5	L'apertura dell'open space o dei box ha dimensioni tali da consentire il passaggio di attrezzature (ad es.apparecchio per Rx)	Sì	No
6	In adiacenza dei box, o nell'open space sono presenti lavabi a comando non manuale in numero sufficiente e collocati in modo tale da essere facilmente raggiungibili da ogni postazione di lavoro (Attrezzati con dispensatore di detergente antisettico e con salviette monouso)	Sì	No
7	E' previsto un locale lactarium e/o tiralatte	Sì	No
8	Sono presenti locali di lavoro per il personale di assistenza diretta (spazio coordinatore servizio infermieristico, infermieri e locali per medici) in numero proporzionato agli operatori	Sì	No
9	E' previsto un locale per visita e medicazioni	Sì	No
10	E' presente la zona filtro personale addetto, parenti e consulenti, con ingresso all'area di degenza separato dall'accesso dei pazienti	Sì	No
11	**L'area di degenza dispone dei seguenti locali accessori:**		
	a) locale/spazio deposito materiale pulito	Sì	No
	b) locale/spazio o armadio per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni, a seconda della quantità	Sì	No
	c) locale dedicato per i processi di decontaminazione, pulizia, disinfezione e sterilizzazione dei dispositivi medici riutilizzabili	Sì	No
	d) locale deposito materiale sporco	Sì	No



	e) servizio igienico per il personale, dotato di doccia	Sì	No
	f) area/spazio reception e attesa visitatori con posti a sedere adeguati al numero di pazienti assistiti	Sì	No
12	L'area/locale di attesa è collocata in modo da comunicare all'esterno	Sì	No

REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI

13	**E' presente un sistema di condizionamento che assicuri le seguenti condizioni termo igrometriche:**		
	a) una temperatura interna invernale ed estiva compresa tra i 20 e 24 °C	Sì	No
	b) un' umidità relativa estiva e invernale compresa tra 40 e 60%	Sì	No
	c) un numero di ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo) pari a 10 v/h	Sì	No
14	E' presente l'impianto di gas medicali, dotato di impianto di allarme ottico ed acustico di segnalazione esaurimento dei gas e/o guasti all'impianto	Sì	No
15	E' presente un impianto di rilevazione incendi	Sì	No
16	E' presente un sistema di illuminazione che dia la possibilità di luce diffusa, diretta sul malato e eventuale possibilità di oscuramento	Sì	No
17	La bonifica dell'aria è effettuata attraverso filtri semi-assoluti in grado di trattenere particelle di diametro di 5 micron	Sì	No
18	E' previsto un impianto di emergenza che garantisca la continuità dell'erogazione di energia elettrica	Sì	No

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

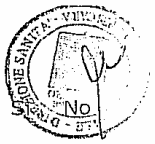
19	**Sono presenti le seguenti apparecchiature biomediche in numero sufficiente a garantire l'attività:**		
	a) ventilatori polmonari dotati di idonei allarmi	Sì	No
	b) sistemi di monitoraggio dei parametri vitali	Sì	No
	c) frigorifero con requisiti idonei alla sostanza da conservare	Sì	No
	d) emogasanalizzatore	Sì	No
	e) sistemi di aspirazione	Sì	No
	f) pompe per infusione farmaci e nutrizione parenterale	Sì	No
	g) pompe per nutrizione enterale	Sì	No

	h) apparecchiature per la misurazione della concentrazione ossigeno nell'aria inspirata	Sì	No
	i) incubatrici neonatali in numero proporzionale al volume di attività	Sì	No
	l) apparecchiatura per la misurazione transcutanea della concentrazione di ossigeno ed anidride carbonica	Sì	No
	m) apparecchiatura per fototerapia	Sì	No
	n) saturimetri in numero proporzionale al volume di attività	Sì	No
	o) bilirubinometro	Sì	No
	p) incubatrice da trasporto adeguata per assistenza a neonati patologici	Sì	No

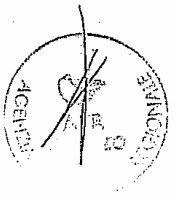
REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

20	La dotazione organica del personale è rapportata al volume delle attività svolte	Sì	No
21	Esiste una procedura per la gestione del latte materno - Banca del Latte Materno (selezione delle donatrici, raccolta, conservazione, utilizzo, consenso informato)	Sì	No
22	E' garantita la possibilità di attuare misure di isolamento	Sì	No
23	**E' garantito il collegamento funzionale con:**		
	a) Sala parto	Sì	No
	b) Radiologia pediatrica	Sì	No
	c) Cardiologia pediatrica	Sì	No
	d) Chirurgia pediatrica	Sì	No
	e) Neurologia pediatrica	Sì	No
	f) Ortopedia pediatrica	Sì	No
	g) Cardiochirurgia	Sì	No
	h) Neurochirurgia	Sì	No
	i) Oculistica	Sì	No
	l) Chirurgia plastica	Sì	No
	m) Anatomia Patologica	Sì	No
	n) Pronto soccorso	Sì	No
	o) DEA (se presente)	Sì	No
	p) Otorinolaringoiatria	Sì	No
24	Esistono procedure condivise con il Centro Emotrasfusionale e il Laboratorio Analisi per fronteggiare le emergenze/urgenze	Sì	No





25	Esiste una procedura per l'accesso del personale e dei visitatori		No
26	I genitori hanno la possibilità di accudire direttamente il loro neonato purché clinicamente stabile *Nota:* *almeno in alcune ore del giorno*	Sì	No
26	Esiste all'interno del reparto o in sua vicinanza la possibilità di permanenza delle nutrici	Sì	No
27	Esiste un programma di follow up del neonato a rischio di handicap	Sì	No
28	Esiste una procedura per l'intervento plurispecialistico, quando necessario	Sì	No
29	E' garantito, attraverso una procedura, il coordinamento del trasporto di emergenza neonatale	Sì	No
30	Sono presenti linee guida basate sull'evidenza per la gestione della nutrizione clinica (parenterale/enterale)	Sì	No
31	Sono presenti procedure/protocolli condivisi con i PLS per le dimissioni protette	Sì	No
32	Sono presenti linee guida per il controllo delle infezioni ospedaliere	Sì	No
33	E' presente una procedura condivisa con le associazioni dei pazienti di regolamentazione dell'accesso, soggiorno, coinvolgimento ed acquisizione di competenze di nursing dei "familiari" nell'ottica dell'umanizzazione delle cure	Sì	No
34	E' presente una procedura per il sostegno psicologico dei familiari e la prevenzione del "Burnout" degli operatori	Sì	No



3.5 REPARTO OPERATORIO

Il numero complessivo di sale operatorie deve essere definito, per ogni singola struttura, in funzione della tipologia e complessità delle prestazioni per le specialità che vengono erogate, ed in particolare in relazione alla attivazione o meno della Day

codice paragrafo
RO

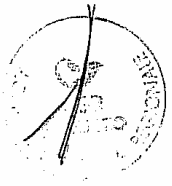
REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

AMBIENTI E PASSAGGI

1	Le disposizioni di sicurezza rispondono ai D.P.R. n. 547/1955, D.P.R. n 303/1956 e D.Lgs. N. 626/94	Sì No
2	Sono presenti procedure/protocolli per la manutenzione periodica e programmata atti a prevenire quei difetti che possono interessare la sicurezza e la salute dei pazienti e degli operatori	Sì No
3	E' presente una procedura/protocollo prefissato per la pulizia di luoghi di lavoro, impianti e dispositivi	Sì No
4	E' presente una procedura per il trasporto controllato del materiale sporco/pulito	Sì No
	Porte	
5	Se apribili nei due versi devono essere trasparenti o muniti di pannelli trasparenti	Sì No
6	Nel caso di porte trasparenti, esse presentano un segno indicativo all'altezza degli occhi sui due lati	Sì No
7	Le superfici trasparenti o traslucide sono costituite da materiali di sicurezza, ovvero, quando necessario, protette contro lo sfondamento	Sì No
	Vie di uscita e di emergenza	
8	Il numero, la distribuzione e le dimensioni delle vie e delle uscite di emergenza sono adeguate alle dimensioni del reparto operatorio, alla loro ubicazione e al numero di persone che possono essere presenti e conformi alla normativa antincendio	Sì No
9	L'altezza di ogni porta non è inferiore a mt 2	Sì No
10	Ciascuna porta ha una larghezza minima di mt 1,20	Sì No
11	Ciascuna porta si apre facilmente nel verso dell'esodo	Sì No
12	Le vie di uscita e di emergenza sono evidenziate da apposita segnaletica di tipo permanente e costituite da un colore di sicurezza in conformità al D.Lgs n. 493/96	Sì No
13	E' presente un'illuminazione di sicurezza che subentra automaticamente in caso di guasto o mancanza di energia elettrica	Sì No

	Vie di circolazione, zone di pericolo, pavimenti e passaggi		
14	Le vie di circolazione hanno una larghezza in funzione degli utenti ovvero secondo quanto prescritto dall' Organo di Vigilanza (V.V.F.F.)	Sì	No
15	I pavimenti non presentano avvallamenti o discontinuità	Sì	No
	Pavimenti, muri, soffitti		
16	I pavimenti dei locali sono raccordati con le pareti, lisci, uniformi, antisdrucciolevoli e resistenti agli agenti chimici o fisici in materiale facilmente lavabile e decontaminabile	Sì	No
17	Le pareti vetrate trasparenti o traslucide sono chiaramente segnalate e costituite da materiali di sicurezza per un altezza minima di un metro dal pavimento	Sì	No
18	I soffitti sono lisci ed uniformi, lavabili e a tinta chiara	Sì	No
	SICUREZZA ANTINCENDIO		
19	La struttura in cui è ubicato il reparto operatorio è in possesso del Certificato di Prevenzione Incendi (C.P.I.) oppure del Nulla Osta Provvisorio (N.O.P.).	Sì	No
20	E' effettuata la valutazione del rischio d'incendio	Sì	No
21	Sono nominati dei lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure d'emergenza	Sì	No
22	E' stato redatto un piano di evacuazione e di intervento che tenga conto dei rischi d'incendio in funzione dei rischi specifici presenti nel blocco operatorio	Sì	No
	Segnaletica di Sicurezza		
23	Sono presenti indicazioni sulle vie di fuga e sulla dislocazione dei mezzi di soccorso e di salvataggio	Sì	No
	CARATTERISTICHE STRUTTURALI SPECIFICHE		
	Sono state prese in considerazione le caratteristiche del reparto operatorio nel suo complesso poiché al livello di qualità della sala operatoria contribuiscono oltre, alla caratteristiche strutturali delle stesse, anche quelle di tutte le strutture che costituiscono il reparto operatorio. Questo deve poter disporre di zone tecniche, locali, spazi operativi che possono essere classificati come segue:		
24	A) <u>Porte di accesso</u>	Sì	No
25	B) <u>Zone tecniche</u>		
	a) zona filtro operandi	Sì	No
	b) zona filtro personale	Sì	No
	c) zona preparazione operandi	Sì	No

	d) zona risveglio	Sì	No
	e) zona lavaggio strumentario chirurgico (sporco)	Sì	No
	f) zona sub-sterilizzazione	Sì	No
	g) zona preparazione staff chirurghi	Sì	No
	h) zona lavaggio staff chirurghi	Sì	No
26	C) Locali		
	a) locale per coordinatore/trice servizio infermieristico	Sì	No
	b) locale per anestesisti e chirurghi	Sì	No
	c) locale riposo personale	Sì	No
	d) locale per analisi estemporanee anatomo-patologiche	Sì	No
27	D) Spazi operativi: depositi		
	a) armamentario chirurgico	Sì	No
	b) strumenti particolari	Sì	No
	c) materiale sterile	Sì	No
	d) materiale pulito	Sì	No
	e) materiale sporco	Sì	No
28	E) Caratteristiche architettoniche funzionali		
	a) corridoi	Sì	No
	b) percorsi	Sì	No
	c) distanze	Sì	No
	d) collegamenti	Sì	No
	e) spazi attrezzati e accessori	Sì	No
29	F) Sale operatorie		
	Le zone tecniche sono spazi destinati allo svolgimento delle attività nel reparto operatorio. Sono presenti e adeguatamente individuate:		
30	zona filtro operandi	Sì	No
31	zona filtro personale	Sì	No
32	zona preparazione operandi	Sì	No



33	zona risveglio	Sì No
34	un locale adibito a Zona lavaggio strumentario chirurgico (sporco), separato dal locale confezionamento-sterilizzazione	Sì No
35	un locale adibito a Zona substerilizzazione	Sì No
36	zona preparazione staff chirurgici	Sì No
37	zona lavaggio staff chirurgici	Sì No

I **locali** sono tutti quegli ambienti che vengono utilizzati per ottimizzare l'insieme delle attività svolte nel reparto operatorio e che nelle nuove strutture o in quelle da ristrutturare sono da considerarsi come indispensabili. Sono presenti e adeguatamente individuati:

38	Locale coordinatore/trice servizio infermieristico	Sì No
39	Locale distinto per anestesisti e chirurghi	Sì No
40	Locale per riposo personale, correlato al numero degli operatori e non adiacente alla zona sterile	Sì No

Sono adeguatamente delimitati i seguenti spazi operativi:

41	Depositi per armamentario	Sì No
42	Depositi per strumenti particolari	Sì No
43	Deposito per materiale sterile	Sì No
44	Deposito per materiale pulito	Sì No
45	Deposito per materiale sporco	Sì No

Caratteristiche architettoniche - funzionali: si tratta di una serie di indicazioni inerenti alle caratteristiche del reparto operatorio, che deve prevedere spazi funzionali di tipo accessorio e/o attrezzato, necessari all'idoneo svolgimento di tutte le attività connesse con l'intervento operatorio

46	I percorsi sono organizzati in modo da differenziare il percorso dello sporco da quello del pulito o in alternativa è definita una procedura per il trasporto controllato con contenitori adeguati e dedicati e mezzi di trasporto dedicati	Sì No

Sala operatoria: costituisce l'ambiente confinato dove viene eseguito l'intervento chirurgico e rappresenta l'area centrale su cui si innesta l'intera struttura del reparto operatorio e le varie attività connesse. Deve presentare le caratteristiche di seguito riportate

47 **La superficie minima della sala operatoria è:**

	a) non inferiore a 30 mq per sale di chirurgia generale di media assistenza (équipe di lavoro <5 persone, un tavolo operatorio ed attrezzatura)	Sì No
	b) superfici più ampie sono previste per attività di chirurgia generale, di ortopedia, neurochirurgia, chirurgia vascolare, cardiochirurgia, trapianti, ecc... dove necessitano di spazi per attrezzature particolari (colonne di laparoscopia, apparecchiatura per RX, apparecchiatura per circolazione extracorporea) ed una equipe considerevole per le complicanze dell'atto chirurgico (> 5 unità)	Sì No
48	Queste sale hanno una superficie vicina o maggiore a 40 m2	Sì No
49	Le aperture sono differenziate per chirurghi/operandi, pulito sterile, sporco	Sì No
50	Le aperture con locali adiacenti sono dotate di comandi non manuali (automatici), caratterizzate da uscite separate sul percorso dello sporco ed entrate separate sui percorsi pulito-sterile	Sì No
51	L'Illuminazione generale non sporge dal soffitto	Sì No
52	Le finestre sono assenti (nelle strutture esistenti sono consentite vetrate non apribili) e prive di cassettoni avvolgibili	Sì No
53	Sono assenti i termosifoni	Sì No
54	Sono assenti armadietti contenitori esterni alle pareti. Se presenti devono essere muniti di ruote in modo da poter essere facilmente spostati per permettere una efficace pulizia e sanificazione della sala	Sì No

CARATTERISTICHE DEGLI IMPIANTI

Impianto elettrico

55	Gli impianti sono realizzati a regola d'arte (norme CEI 64-8 e 64-4)	Sì No

Impianto di erogazione di gas medicali e anestetici, aria compressa e sistema di allontanamento dell'espirato

Reparto operatorio:

56	E' presente un sistema doppio per riduzione della pressione dei gas medicali per ogni gas	Sì No
57	E' presente un sistema di allarme esaurimento gas medicali per ogni gas: allarme di bassa pressione	Sì No
58	E' presente un sistema di allarme aumento pressione gas medicali per ogni gas: allarme di alta pressione	Sì No
59	E' presente un sistema di evacuazione gas anestetici attivo in aspirazione	Sì No

Nella zona preparazione paziente:

60	E' presente un impianto per vuoto	Sì No



61	Sono presenti impianti per aria compressa a bassa pressione	Sì No
62	Sono presenti impianti per ossigeno	Sì No
63	Sono presenti impianti per protossido (se ritenuto necessario - per nuove realizzazioni)	Sì No
64	Il sistema di allontanamento dell'espirato è collegato direttamente alle apparecchiature mediante un sistema di evacuazione attivo in aspirazione	Sì No
	Zona risveglio	
65	Sono presenti impianti per vuoto	Sì No
66	Sono presenti impianti per aria compressa a bassa pressione	Sì No
67	Sono presenti impianti per ossigeno	Sì No
68	Sono presenti impianti per protossido (se ritenuto necessario - per nuove realizzazioni)	Sì No
69	E' presente un sistema di allontanamento dell'espirato direttamente collegato alle apparecchiature mediante un sistema di evacuazione attivo in aspirazione	Sì No
	Locale lavaggio	
70	Sono presenti gli impianti per aria compressa	Sì No
	Locale sterilizzazione	
71	Sono presenti gli impianti per aria compressa	Sì No
	In ogni sala operatoria	
72	Sono presenti gli impianti per vuoto (almeno 2 prese)	Sì No
73	Sono presenti gli impianti per aria compressa ad alta pressione (almeno 2 prese per letto operatorio) se necessari all'attività svolta	Sì No
74	Sono presenti gli impianti per aria compressa a bassa pressione	Sì No
75	Sono presenti gli impianti per ossigeno	Sì No
76	Sono presenti impianti per protossido (se ritenuto necessario - per nuove realizzazioni)	Sì No
77	Il sistema di allontanamento dell'espirato è direttamente collegato alle apparecchiature	Sì No
	Impianto idrico sanitario	
78	E' presente un impianto di distribuzione acqua con requisiti di potabilità fredda e calda	Sì No
79	La rubinetteria è inox smontabile e sterilizzabile	Sì No
80	Il comando per i lavabi non è manuale	Sì No

81	I servizi igienici sono posti fuori della zona filtro	Si	No
82	E' previsto un protocollo di sorveglianza e contenimento in riferimento alle problematiche legate alla legionella	Si	No
	Impianto di ventilazione e condizionamento a contaminazione controllata		
	L'impianto ha la funzione di mantenere adeguate condizioni igienico - ambientali in sala operatoria. In particolare:		
83	Sono mantenute condizioni termoigrometriche corrette per l'utente e il personale (Rif. norma UNI EN ISO 7730)	Si	No
84	E' mantenuta una idonea areazione dell'ambiente, in grado di contenere le concentrazioni ambientali di gas anestetici e/o altri inquinanti gassosi, anche nel caso di emissioni anomale	Si	No
85	E' mantenuta una concentrazione di agenti biologici e di particolato totale aeroportato al di sotto di limiti prefissati, mediante adeguata filtrazione dell'aria immessa e il mantenimento di stabili e misurabili sovrapressioni, stabilite in modo tale che l'aria passi dagli ambienti più puliti a quelli meno puliti. La differenza minima di pressione tra due locali collegati deve essere almeno di 5 Pa (Rif. ISO14644)	Si	No
	Le caratteristiche minime che l'impianto deve avere sono le seguenti		
	<u>In sala operatoria:</u>		
86	Il numero di ricambi con aria esterna (senza ricircolo) è N° ≥ 15/h. Se il numero dei ricambi è inferiore a 15 sono implementati i controlli (parametri fisici, chimici e microbiologici) per verificare e dimostrare la sussistenza di standard di igiene e sicurezza adeguati	Si	No
87	La filtrazione dell'aria è epsilon= Efficienza >= 99,97% H12 (ottimale H14). I filtri devono essere certificati in accordo alla norma UNI 1822 ed installati terminalmente al canale di adduzione dell'aria, come ultimo elemento	Si	No
88	Viene verificata la corretta installazione dei filtri mediante verifica di tenuta delle guarnizioni e scansione particellare della superficie del filtro	Si	No
89	La Pa (pressione differenziale verso ambienti limitrofi ed esterni è positiva e stabile, progressivamente decrescente dall'ambiente più pulito a quello meno pulito: la sala operatoria deve avere un gradiente di pressione positivo rispetto a tutti gli ambienti confinanti di almeno 5 Pa; gli altri ambienti devono trovarsi in pressione positiva a cascata verso il corridoio esterno al blocco operatorio	Si	No
90	Le canalizzazioni sono realizzate con materiali anticorrosione	Si	No
91	Le bocchette e le griglie di diffusione dell'aria sono di tipo smontabile e lavabile	Si	No
92	La geometria di diffusione dell'aria ha un flusso turbolento o unidirezionale - misto, a seconda del tipo di chirurgia e del modello organizzativo del reparto operatorio	Si	No



93	Le sale operatorie di nuova costruzione dedicate ad interventi "puliti" (impianti di protesi, ortopedia, neurochirurgia, vascolare, cardiochirurgia e trapianti) sono dotate di impianti di ventilazione e condizionamento atti ad assicurare una classe ISO 5 ed una carica batterica in AT REST ed in attività < 20 UFC/m^3 (flusso unidirezionale o misto); la sezione filtrante dovrà essere tale da coprire l'intero campo operatorio (almeno m 2,8x2,8) e velocità dell'aria in uscita compresa tra 0,25 e 0,45 m/sec (in questo caso è ammesso il ricircolo interno, garantendo comunque i 15 vol aria esterna. Rif Linee Guida ISPESL	Sì No
94	Nelle sale operatorie esistenti dedicate ad interventi "puliti" (impianti di protesi, ortopedia, neurochirurgia, vascolare, cardiochirurgia e trapianti) non dotate di impianti di ventilazione e condizionamento a flusso unidirezionale o misto, sono attuati provvedimenti e procedure finalizzati al controllo e riduzione della contaminazione particellare e microbiologica ambientale (tessuti a bassa dispersione di particelle, protocolli di sanificazione, controllo accessi, norme comportamentali ecc..) ed assicurata in At-rest una classe minore o uguale ISO 6 rif. UNI EN ISO 14644-1.	Sì No
	In altri locali del reparto operatorio	
	locali pre-post intervento, lavaggio-preparazione chirurghi	
95	Il numero di ricambi con aria esterna è N°≥ 6/h	Sì No
96	La filtrazione dell'aria è epsilon= Efficienza >= 99,97% H12. I filtri devono essere installati terminalmente al canale di adduzione dell'aria, come ultimo elemento	Sì No
97	La pressione differenziale verso la sala operatoria è negativa e positiva invece verso gli ambienti confinanti secondo un percorso a cascata verso il corridoio esterno	Sì No
98	Le canalizzazioni sono realizzate con materiali anticorrosione	Sì No
99	Le bocchette e le griglie di diffusione dell'aria sono di tipo smontabile e lavabile	Sì No
	Nei rimanenti locali	
100	Il numero di ricambi con l'aria esterna è N>2/h	Sì No
101	La filtrazione dell'aria è epsilon= Efficienza >= 99,97% H12. E' auspicabile che i filtri siano installati terminalmente al canale di adduzione dell'aria, come ultimo elemento	Sì No
102	Le bocchette e le griglie di diffusione dell'aria sono di tipo smontabile e lavabile	Sì No
103	**Il progetto degli impianti di ventilazione deve essere tale da garantire nel tempo le prestazioni, per mezzo di interventi programmati di gestione e manutenzione. In particolare:**	
	a) gli impianti sono facilmente ispezionabili	Sì No
	b) sono presenti dispositivi d'allarme acustici/ottici che avvertano immediatamente se alcuni parametri critici sono al di sotto dei limiti di sicurezza (ad es. dispositivi con allarme di minima per la misura delle portate immesse e delle pressioni)	Si No

	c) i filtri ad altissima efficienza sono l'ultimo elemento della distribuzione dell'aria e sono montati direttamente nei soffitti o controsoffitti dei locali ventilati	Sì No
	d) ogni sala operatoria è isolabile per permetterne la sanificazione con altre in funzione	Sì No
	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI	
104	Le apparecchiature elettromedicali rispondono a quanto evidenziato dal D.Lgs 46/97 e successive modifiche	Sì No
	Sono presenti:	
	Nel reparto operatorio	
105	Frigorifero per farmaci	Sì No
106	Frigorifero per emoderivati dotato di termometro ed allarme di temperatura (max-min)	Sì No
107	Amplificatore di brillanza	Sì No
108	Autoclave per sterilizzazione rapida	Sì No
109	Sono presenti apparecchiature lavaferri termodistruttrici a norma ISO 15883	Sì No
110	Le lavastrumenti sono sottoposte a validazione annuale e sono dotate di un computer che fornisce la stampa dei cicli di lavaggio per la tracciabilità della procedura secondo la norma ISO EN 15883 - 1	Sì No
111	Bancone per lavaggio acido/alcali resistente	Sì No
112	Telefono	Sì No
113	Fax, modem	Sì No
114	E' installato un sistema di accesso controllato al blocco operatorio che consenta l'accesso solo alle persone autorizzate (chiave, elettronica, badge, codice di accesso)	Sì No
115	Dispositivi di protezione individuale (in accordo con la normativa di settore e/o le Linee Guida ISPESL)	Sì No
	Nella sala operatoria	
116	Tavolo operatorio	Sì No
117	Lampada scialitica	Sì No
118	Elettrobisturi	Sì No
119	Carrello portaferri	Sì No
120	Aspiratore chirurgico	Sì No
121	Aspiratore per broncoaspirazione	Sì No



122	Diafanoscopio a parete	Sì	No
123	Apparecchio per anestesia con sistema evacuazione gas, spirometro, monitoraggio concentrazione ossigeno erogato comprensivo di allarme per eventuale deconnessione del paziente e per i barotraumi (devono possedere i requisiti e le caratteristiche di cui alla norma tecnica UNI EN 7372); sistema CUT-OFF riserva bombole O2 ed NO2 con sistema di fissaggio ed allarme valvola limitatrice di pressione	Sì	No
124	Apparecchio per anestesia conforme ai requisiti indicati dalla norma tecnica CEI 62-5 ed UNI 9305	Sì	No
125	Respiratore automatico con allarme per deconnessione paziente	Sì	No
126	Apparecchi monitoraggio per rilevazione dei parametri vitali	Sì	No
127	P.A. non invasivo	Sì	No
128	Capnometria	Sì	No
129	Saturimetro	Sì	No
130	ECG	Sì	No
131	Parete attrezzata per contenere materiale sterile di uso in sala	Sì	No
132	Container appropriato per biancheria - garze sterili monopaziente	Sì	No
133	Container appropriato per strumenti chirurgici monopaziente	Sì	No
134	Container appropriato per sporco (teleria)	Sì	No
135	Container appropriato per sporco (strumenti chirurgici)	Sì	No
136	Container appropriato per liquidi biologici e reperti anatomici	Sì	No
137	Container appropriato per taglienti	Sì	No
138	Defibrillatore	Sì	No
139	Pallone Ambu (tipo adulto)	Sì	No
140	Pallone Ambu (tipo neonatale)	Sì	No
141	Pallone Ambu (tipo pediatrico)	Sì	No
	Nella zona risveglio		
142	Lettino (almeno 2 lati liberi)	Sì	No
143	Apparecchio per illuminazione locale (indiretta)	Sì	No
144	Apparecchio erogazione gas medicali per NO_2-O_2-aria compressa-vuoto	Sì	No
145	Cardiomonitor	Sì	No

146	Defibrillatore	Sì No
147	Gruppo per ossigeno terapia	Sì No
148	Aspiratore pr broncoaspirazione	Sì No
149	Pallone Ambu (tipo adulto)	Sì No
150	Pallone Ambu (tipo neonatale)	Sì No
151	Pallone Ambu (tipo pediatrico)	Sì No

Condizioni microclimatiche

Zona sala operatoria

152	La temperatura dell'aria (inverno/estate) è compresa tra 20 e 24 °C	Sì No
153	L'umidità relativa (UR) è compresa tra 40 e 60%	Sì No
154	Gli indici di benessere termico calcolati per l'utente e il personale in accordo alla UNI EN ISO 7730 rientrano nei limiti: PMV: ± 0,5; (voto medio previsto) PPD: < 10%; (percentuale insoddisfatti) DR < 15% (insoddisfatti da correnti d'aria)	Sì No

Zona preparazione e risveglio paziente

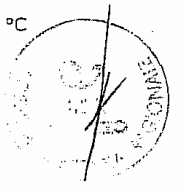
155	La temperatura dell'aria (inverno/estate) è compresa tra 20 e 24 °C	Sì No
156	L'umidità relativa (UR) è compresa tra 40 e 60%	Sì No
157	Gli indici di benessere termico calcolati per l'utente e il personale in accordo alla UNI EN ISO 7730 rientrano nei limiti: PMV: + 0,5; (voto medio previsto) PPD: < 10%; (percentuale insoddisfatti) DR < 15% (insoddisfatti da correnti d'aria)	Sì No

Zona lavaggio strumentario e substerilizzazione

158	La temperatura dell'aria (inverno/estate) è compresa tra 20 e 27 °C	Sì No
159	L'umidità relativa (UR) è compresa tra 40 e 60%	Sì No
160	Gli indici di benessere termico calcolati per il personale in accordo alla UNI EN ISO 7730 rientrano nei limiti: PMV: + 0,5; (voto medio previsto) PPD: < 10%; (percentuale insoddisfatti) DR < 15% (insoddisfatti da correnti d'aria)	Sì No

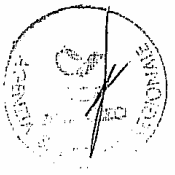
In tutti gli altri locali

161	La temperatura dell'aria (inverno/estate) è compresa tra 20 e 27 °C	Sì No
162	L'umidità relativa (UR) è compresa tra 40 e 60%	Sì No



163	La velocità dell'aria è compresa nell'intervallo 0,05-0,15 m/s	Sì	No
164	Gli indici di benessere termico calcolati per il personale in accordo alla UNI EN ISO 7730 rientrano nei limiti: PMV: + 0,5; (voto medio previsto) PPD: < 10%; (percentuale insoddisfatti) DR < 15% (insoddisfatti da correnti d'aria)	Sì	No
	Caratteristiche illuminotecniche		
165	L'illuminazione media in ogni locale è ≥ 300 lux	Sì	No
166	Sono garantite sul campo operatorio (diametro 32 cm) con lampada scialitica un minimo di 10.000 lux e un massimo di 150.000 lux	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI		
	Requisiti organizzativi		
167	**L'analisi comportamentale dell'equipe chirurgica e dello staff operatorio richiede che il numero delle persone presenti in sala operatoria deve essere il più contenuto possibile. L'equipe operatoria è composta da:**		
	a) 2 chirurghi	Sì	No
	b) 1 anestesista	Sì	No
	c) 1 ferrista	Sì	No
	d) 1 infermiere	Sì	No
168	Le comunicazioni sala operatoria-reparto sono chiuse	Sì	No
	<u>Tutti i presenti indossano:</u>		
169	divise operatorie e teleria per l'allestimento del campo operatorio sono conformi alla serie di norme UNI EN 13795	Sì	No
170	divise operatorie conformi come DPI	Sì	No
171	divise e teleria non sterile sono in tessuto a bassa dispersione di particelle	Sì	No
172	dispositivi di protezione vie respiratorie per l'operatore e/o di contenimento dell'espirato	Sì	No
173	cuffia	Sì	No
174	soprascarpe, scarpe sterili	Sì	No
	<u>Tutti i componenti dello staff operatorio indossano (in base a quanto previsto dalla normativa vigente):</u>		
175	guanti e visori o occhiali di protezione se si indossano dispositivi di protezione delle vie respiratorie che lasciano solo gli occhi non protetti	Sì	No

	Requisiti gestionali	
176	Sono presenti procedure/protocolli per l'organizzazione delle funzioni del personale nel reparto operatorio	Sì No
177	E' attribuita nominativamente la responsabilità delle attività del reparto operatorio con contestuale definizione delle speciali competenze e delle relative responsabilità	Sì No
178	Per ogni turno di presenza e' individuato il responsabile delle attività del reparto operatorio	Sì No
179	E' stabilito il comportamento che deve tenere il personale in caso di incendio nonchè in altre emergenze non sanitarie	Sì No
	<u>Sono presenti protocolli e procedure scritte riguardo:</u>	
180	Rispetto delle condizioni di asepsi	Sì No
181	Utilizzo dei dispositivi di protezione (in accordo con le normative di settore e/o le Linee Guida ISPESL)	Sì No
182	Disinfezione	Sì No
183	Sterilizzazione	Sì No
184	Sanificazione ambientale	Sì No
185	Smaltimento dei rifiuti	Sì No
186	Carico e scarico dei farmaci non stupefacenti	Sì No
187	Emotrasfusioni	Sì No
188	Entrata e uscita del personale ed eventuali visitatori dal reparto operatorio	Sì No
189	E' definito nell'ambito di un percorso di qualità la programmazione di riunioni periodiche (almeno annuali) che coinvolga tutte le figure preposte alla gestione, controllo e manutenzione dei reparti operatori finalizzata alla valutazione degli standard di igiene e sicurezza e alla programmazione di interventi tecnici e organizzativi per il mantenimento e/o miglioramento degli standard già acquisiti	Sì No
190	Monitoraggio gas anestetici: esiste evidenza che in sala operatoria vengono effettuate indagini strumentali con periodicità semestrale da parte di organismi pubblici istituzionalmente competenti per il settore disciplinare con personale qualificato o società/enti/strutture che abbiano laboratori con accreditamento SINAL per le specifiche prove che si richiedono per valutare l'esposizione professionale a gas anestetici in sala operatoria	Sì No
191	Verifica dell'efficienza degli estintori	Sì No
192	Gestione in uso o in deposito delle sostanze infiammabili che disperse in aria possono dar luogo alla formazione di miscele esplosive	Sì No



193	Controllo dell'impianto di condizionamento: esiste evidenza che in sala operatoria vengono effettuate indagini strumentali con periodicità almeno annuale da parte di organismi pubblici istituzionalmente competenti per il settore disciplinare con personale qualificato o società/enti/strutture che abbiano laboratori con accreditamento SINAL per le specifiche prove che si richiedono per verificare le prestazioni dell'impianto di ventilazione e condizionamento a contaminazione controllata VCCC: numero ricambi aria/ora, numero ricambi efficaci misurati sul letto operatorio, Recovery Time, pressioni differenziali, classificazione particellare, parametri microclimatici e indici di benessere termico (Rif. UNI EN ISO 14644; UNI EN 7730; Linee Guida ISPESL)	Sì No
194	Monitoraggio microbiologico dell'aria: esiste evidenza che in sala operatoria vengono effettuati controlli microbiologici dell'aria sia con sala "a riposo" (At-rest) sia in attività (operational durante l'atto operatorio) secondo le indicazioni delle Linee Guida ISPESL, con periodicità almeno annuale da parte di organismi pubblici istituzionalmente competenti per il settore disciplinare con personale qualificato o società/enti/strutture che abbiano laboratori con accreditamento SINAL per le specifiche prove che si richiedono, per valutare nel complesso l'efficacia strutturale, impiantistica, comportamentale nel controllo della contaminazione ambientale	Sì No
195	Monitoraggio microbiologico delle superfici: esiste evidenza che in sala operatoria vengono effettuati controlli microbiologici delle superfici secondo le indicazioni delle Linee Guida ISPESL, con periodicità almeno semestrale da parte di organismi pubblici istituzionalmente competenti per il settore disciplinare con personale qualificato o società/enti/strutture che abbiano laboratori con accreditamento SINAL per le specifiche prove che si richiedono, per valutare l'efficacia dei protocolli di sanificazione messi in atto	Sì No
196	Controllo dell'impianto elettrico	Sì No
197	Reperibilità per il personale della sala operatoria	Sì No
198	Attività di trasporto da parte del personale della sala operatoria	Sì No
199	Attività di formazione e aggiornamento per il personale della sala operatoria	Sì No
200	Individuazione degli incidenti per il personale della sala operatoria	Sì No
201	Individuazione del tasso di utilizzo dei letti operatori	Sì No
202	Presenza di documenti di valutazione dei rischi eseguiti ad esempio come indicato dalle Linee Guida ISPESL	Sì No
203	Gestione del rischio biologico e chimico dei lavoratori in accordo con le Linee Guida ISPESL	Sì No
204	Uso di dispositivi elettromedicali	Sì No
205	Autolavaggio degli apparecchi di anestesia	Sì No
206	Corretto impiego del materiale sterile, stoccaggio e movimentazione)	Sì No
207	Identificazione dell'operando	Sì No
208	Identificazione degli operandi con protesi e/o pace-makers	Sì No

209	Identificazione del tipo di intervento	Sì	No
210	Modalità e i tempi per la preparazione dell'operando	Sì	No
211	Modalità di accesso ed uscita dell'operando nel Reparto Operatorio (cambio vestiario - lettiqa)	Sì	No
212	E' presente procedura per la corretta identificazione "di lato"	Sì	No



3.6 DAY-SURGERY

Con il termine chirurgia di giorno (day-surgery) si intende la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive in regime di ricovero ospedaliero limitato alle sole ore del giorno, o con eventuale pernottamento, in anestesia locale, loco-regionale, generale.

L'attività di day-surgery prevede la possibilità di pernottamento per una notte in reparto e perciò può essere svolta solo in strutture ospedaliere, capaci di garantire la possibilità del pernottamento in un reparto chirurgico.

I poli ospedalieri che dovessero perdere la funzione chirurgica a ciclo ordinario mantenendo comunque l'attività di degenza in area medica possono mantenere una attività chirurgica in regime di day surgery. In questo caso l'attività di day surgery deve riguardare discipline già presenti nella azienda sanitaria con unità operative autonome.

I requisiti minimi strutturali, impiantistici ed organizzativi del day surgery, se non costituito in unità operativa autonoma, sono gli stessi del reparto di competenza e della sala operatoria.

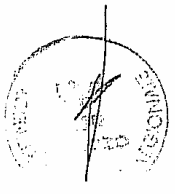
I presidi ospedalieri, che erogano attività in regime di day surgery che non dispongono al proprio interno di una unità operativa di anestesia e rianimazione con posti letto devono garantire la presenza di un anestesista/rianimatore almeno per le due ore successive all'intervento chirurgico, un servizio di guardia medica interna 24 ore su 24, la copertura in pronta disponibilità di un anestesista per le ore di non presenza in ospedale ed inoltre i collegamenti funzionali ed organizzativi definiti con una struttura di ricovero dotata di Dipartimento di emergenza di primo livello.

codice paragrafo
DS

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate	Sì	No
2	E' presente un'area attesa adeguatamente arredata, con numero di posti a sedere commisurato al numero dei pazienti	Sì	No
3	E' presente un'area dedicata alle attività di registrazione, segreteria e archivio	Sì	No
4	E' presente una zona filtro sala operatoria	Sì	No
5	La sala operatoria ha una superficie minima di 20 mq.	Sì	No
6	E' presente una zona preparazione personale addetto	Sì	No
7	E' presente una zona preparazione paziente	Sì	No
8	E' presente una zona risveglio	Sì	No
9	E' presente un locale/spazio per deposito materiale sterile e strumentario chirurgico	Sì	No
10	E' presente un locale visita	Sì	No
11	E' presente una camera degenza	Sì	No
12	E' presente una cucinetta	Sì	No
13	Sono presenti servizi igienici per i pazienti	Sì	No
14	Sono presenti servizi igienici per il personale	Sì	No
15	E' presente un deposito/spazio per materiale pulito	Sì	No

16	E' presente un locale per il deposito di materiale sporco	Sì	No
	REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI		
17	Le caratteristiche microclimatiche per la sala operatoria coincidono con quelle del gruppo operatorio	Sì	No
18	Nelle camere di degenza è presente un impianto chiamata sanitari con segnalazione acustica e luminosa	Sì	No
19	Nelle camere di degenza sono presenti arredi atti a garantire uguale confort alberghiero della degenza ordinaria	Sì	No
20	Nel locale visita/trattamento sono presenti attrezzature idonee in base alle specifiche attività	Sì	No
21	Nel locale visita/trattamento è presente il lettino tecnico	Sì	No
22	E' presente un impianto gas medicali	Sì	No
23	E' presente un impianto chiamata sanitari	Sì	No
24	Nelle sale operatorie è presente impianto di aspirazione gas medicali direttamente collegato con le apparecchiature di anestesia	Sì	No
25	Sono presenti stazioni di riduzione delle pressioni dei gas anestetici per la sala operatoria	Sì	No
26	Le stazioni di riduzione delle pressioni gas sono doppie per ogni gas medicale/tecnico e tali da garantire un adeguato livello di affidabilità	Sì	No
27	Esiste un impianto ottico e acustico di allarme per segnalazione di pressione (alta-bassa) gas medicali e/o quasi all'impianto	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
28	La dotazione organica del personale medico ed infermieristico è rapportata al volume delle attività ed alla tipologia delle patologie trattate	Sì	No
29	Nell'arco delle ore di attività di day surgery è garantita la presenza di almeno un medico appartenente alla disciplina richiesta per l'espletamento dell'attività, un medico specialista in anestesia/rianimazione e un infermiere, anche non dedicati	Sì	No
30	E' stabilito un numero di posti letto equivalenti	Sì	No
31	Sono applicate le modalità operative della Regione	Sì	No
32	Sono definiti i raccordi funzionali con servizi diagnostici per le indagini programmate	Sì	No
33	Sono definite le modalità di attribuzione delle responsabilità per il personale medico ed infermieristico	Sì	No
34	E' prevista una specifica cartella clinica per ciascun paziente	Sì	No
35	E' predisposta una relazione di dimissioni al medico curante	Sì	No
36	Sono definiti i collegamenti funzionali con i reparti di degenza ordinari ed intensivi	Sì	No
37	Esiste un elenco delle prestazioni che vengono erogate in regime di Day Hospital presso la struttura	Sì	No
38	**L'elenco delle prestazioni è:** a) approvato dal direttore medico di presidio	Sì	No





	b) disponibile ai medici curanti dei pazienti	Sì	No
	c) comunicato al soggetto competente ai fini del rilascio dell'autorizzazione	Sì	No
39	Esistono procedure finalizzate a garantire in comfort ed il rispetto della privacy durante le attività	Sì	No
40	E' presente procedura per la corretta identificazione "di lato"	Sì	No



3.7 PUNTO NASCITA - BLOCCO PARTO

Il Punto nascita costituisce unità di assistenza per gravidanze e neonati fisiologici. L'attività viene svolta a livello ambulatoriale, area di degenza, blocco parto.

All'interno dello stesso presidio devono essere comunque disponibili le seguenti prestazioni diagnostiche: radiologia, le comuni analisi chimico - cliniche ed immunoematologiche.

Il blocco parto deve disporre di spazi per lo svolgimento dei parti, anche in regime di urgenza, per la prima assistenza ai neonati e per l'attività chirurgica di tipo ostetrico. Deve essere garantita l'assistenza al neonato in attesa del trasporto protetto.

Il punto nascita effettua almeno le seguenti funzioni:

1. garantire alla donna partoriente il diritto ad iniziare fin da subito il rapporto con il suo bambino;

2. assecondare l'allattamento al seno;

3. garantire la sorveglianza della progressione del travaglio, del parto e del benessere fetale mediante la continuità assistenziale ostetrica e l'utilizzo di strumenti idonei;

4. essere in grado di effettuare un parto cesareo in urgenza;

5. garantire l'assistenza al neonato in sala parto. In tale sede deve essere possibile effettuare la rianimazione primaria e l'intubazione endotracheale;

6. eseguire gli screening previsti dai programmi nazionali e/o regionali e, ove indicato, alcuni esami di laboratorio.

codice paragrafo

PNBP

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	Nella degenza, l'area di assistenza neonatale è in continuità con l'area di degenza di Ostetricia e Ginecologia	Sì	No
2	Nella degenza l'area di assistenza neonatale privilegia il " rooming-in"	Sì	No
3	La degenza ha un numero di culle rapportato al volume di attività svolta (per ogni culla è richiesto uno spazio non inferiore a 2 mq)	Sì	No
4	Nell'area di assistenza neonatale è presente 1 culla per patologia neonatale lieve	Sì	No
5	Nell'area di assistenza neonatale è presente una incubatrice	Sì	No
6	Nell'area di assistenza neonatale è garantita la possibilità di effettuare fototerapia	Sì	No
6	Nel blocco parto i locali e gli spazi sono correlati alla tipologia e al volume delle attività svolte	Sì	No
7	Nel blocco parto è presente una zona filtro per le partorienti	Sì	No
8	Nel blocco parto è presente una zona filtro per il personale addetto	Sì	No
9	Nel blocco parto è presente un locale travaglio	Sì	No



10	Nel blocco sono presenti due sale parto (per l'espletamento di almeno due parti in contemporanea)	Sì	No
11	Nel blocco parto l'isola neonatale è localizzata all'interno *della sala parto o area attigua* comunicante con questa	Sì	No
12	Nel blocco parto o in zona limitrofa è disponibile una sala operatoria dedicata attivabile in *caso di emergenza*	Sì	No
13	Nel blocco parto è presente una zona di osservazione post-partum	Sì	No
14	Nel blocco parto è presente un deposito per presidi e strumentario chirurgico	Sì	No
15	Nel blocco parto sono presenti servizi igienici per il personale	Sì	No
16	Nel blocco parto sono presenti servizi igienici per le partorienti	Sì	No
17	Nel blocco parto è *presente un locale per lavoro infermieri/ostetrica*	Sì	No
18	Nel blocco parto è presente un deposito/spazio di materiale pulito	Sì	No
19	*Nel blocco parto è presente un deposito di materiale sporco*	*Sì*	*No*
20	Nel blocco parto è presente uno spazio di attesa per accompagnatore	Sì	No
21	E' presente locale/spazio adiacente al blocco parto per ecografia	Sì	No
	REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI		
22	**Nei locali travaglio-parto esiste un impianto di condizionamento ambientale che assicuri:**		
	a) una temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20-24°C	Sì	No
	b) una umidità relativa estiva ed invernale compresa tra 30-60%	Sì	No
	c) un ricambio aria/ora (aria esterna senza ricircolo) *di 6 v/h*	Sì	No
23	L'impianto di gas medicali e l'impianto di aspirazione gas anestetici sono direttamente collegati alle apparecchiature di anestesia	Sì	No
24	Sono presenti stazioni di riduzione della pressione dei gas medicali per il reparto operatorio	Sì	No
25	Le stazioni di riduzione sono doppie per ogni gas medicale/tecnico e tali da garantire un adeguato livello di affidabilità	Sì	No
26	E' presente un impianto rilevazione *incendi*	Sì	No
27	E' presente un impianto ottico e acustico di allarme per segnalazione di pressione (alta e bassa) dei gas medicali, esaurimento dei gas e/o guasti all'impianto	Sì	No
28	E' previsto un impianto di chiamata sanitari	Sì	No
	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
29	Nell'area travaglio-parto è presente un testa letto con gas medicali	Sì	No
30	Nell'area travaglio-parto è presente un letto trasformabile per travaglio	Sì	No
31	*Il numero di letti da parto è proporzionato al numero di parti assistiti*	Sì	No

32	Nell'area travaglio-parto è presente una lampada scialitica mobile	Sì	No
33	Nell'area travaglio-parto è presente almeno un cardiotocografo (comunque proporzionato al volume di assistiti)	Sì	No
34	**E' presente strumentazione ostetrica adeguata (Monitoraggio Gravidanza):**		
	a) forcipe	Sì	No
	b) ecografo che consenta di effettuare ecografie addominali, transvaginali e velocimetria Doppler (anche in comune con l'area di degenza)	Sì	No
35	**Sono presenti le seguenti apparecchiature per ANESTESIA:**		
	a) 2 laringoscopi con set di lame per adulti	Sì	No
	b) 1 ventilatore per adulti	Sì	No
	c) 2 pulsossimetri capnometri	Sì	No
	d) 1 monitor defibrillatore dotato anche di cavo paziente	Sì	No
	e) 1 monitor pressione arteriosa incruenta adulti	Sì	No
	f) 2 pompe infusionali	Sì	No
	g) 2 pompe a siringa	Sì	No
	h) serie di tubi tracheali adulti	Sì	No
	i) 1 orologio contasecondi	Sì	No
	l) armamentario farmacologico per le necessità ostetriche e anestesiologico internistiche	Sì	No
36	E' presente Emogasanalizzatore (almeno la funzione)	Sì	No
	ISOLA NEONATALE		
37	E' presente un lettino di rianimazione con lampade	Sì	No
38	E' presente un erogatore di O_2	Sì	No
39	E' presente un erogatore o compressore per aria	Sì	No
40	E' presente un aspiratore	Sì	No
41	E' presente un saturimetro	Sì	No
42	E' prevista attrezzatura per trasporto assistito in altro luogo di cura	Sì	No
43	E' prevista almeno una culla di trasporto per patologia neonatale	Sì	No
44	Sono presenti cannule aspiramuco, sondini gastrici	Sì	No
45	E' presente clamps per cordone ombelicale e forbici	Sì	No
46	Sono presenti mascherine facciali (di diversa misura), meglio se trasparenti, a ridotto spazio morto	Sì	No



47	Sono presenti palloncini: 1 a parete autoespandibile con valvola limitatrice della pressione massima (30-35 cm H20) 2 a parete flesso - espandibile, con volume del pallone superiore a 500ml (questo tipo consente ai neonati il respiro spontaneo in CPAP con flusso continuo tra le insufflazioni manuali)	Sì	No
48	Sono presenti laringoscopi a lama retta (di varie misure)	Sì	No
49	Sono presenti tubi endotracheali, monouso, sterili, di diametro 2-2, 5-3, 5 mm	Sì	No
50	Sono presenti cannule orofaringee tipo Mayo	Sì	No
51	Sono presenti orologio contasecondi	Sì	No
52	Sono presenti pinze di Magill	Sì	No
53	Sono presenti cateteri per vasi ombelicali di 3, 5-5-8 Fr	Sì	No
54	E' presente pompa infusionale	Sì	No

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

55	**L'articolazione dei turni del personale medico, ostetrico e infermieristico, sull'arco delle 24 ore, garantisce la presenza di almeno:**		
	a) un medico ostetrico-ginecologo h 24 (con pronta disponibilità integrativa di un secondo medico)	Sì	No
	b) una ostetrica nelle h 24 (con pronta disponibilità di una seconda ostetrica in relazione al volume di attività)	Sì	No
	c) un medico pediatra h 24 (con pronta disponibilità integrativa di un secondo medico)		
56	E' garantita comunque l'assistenza al neonato anche attraverso il trasporto protetto	Sì	No
57	E' garantita la possibilità di assistere in urgenza un neonato/a in incubatrice provvista di capote per la somministrazione di ossigeno	Sì	No
58	Esistono e vengono seguite procedure per le manovre assistenziali d'emergenza	Sì	No
59	E' garantita la possibilità di determinare ematocrito, bilirubina e glicemia su prelievi capillari autorizzata dal Direttore Sanitario in accordo con il Responsabile del U.O. Patologia Clinica e aggiornata nel tempo	Sì	No
60	Esiste una procedura per l'effettuazione della fototerapia	Sì	No
61	E' garantita la possibilità di effettuare attività ambulatoriali e di Day Hospital	Sì	No
62	Esistono procedure per l'esecuzione della cardiotocografia (CTG) in corso di travaglio/parto	Sì	No
63	Esistono procedure/linee guida per l'assistenza alla gravidanza a termine, aggiornate almeno annualmente e condivise da tutti gli operatori del percorso nascita	Sì	No
64	**Esistono procedure/linee guida per il processo di:**		
	a) sterilizzazione	Sì	No
	b) disinfezione	Sì	No

	c) sanificazione ambientale	Sì	No
	d) smaltimento rifiuti sanitari speciali	Sì	No
65	E' presente procedura per l'identificazione delle madri e del neonato	Sì	No
66	E' presente una procedura che preveda la presenza di accompagnatore in tutte le fasi del travaglio/parto	Sì	No
67	Sono presenti procedure/protocolli condivisi con i PLS per le dimissioni protette	Sì	No
68	E' presente procedura per il sostegno psicologico delle gestanti in particolari situazioni di disagio sociale (esempio: adolescenti, ragazze-madri, ecc.)	Sì	No
69	Esistono procedure/linee guida per l'esecuzione del parto indolore	Sì	No
70	Esistono procedure/linee guida per l'approccio integrato condiviso per la gestione più appropriata delle maggiori malformazioni del feto diagnosticate nel periodo prenatale	Sì	No



3.8 SERVIZIO DI STERILIZZAZIONE

Il servizio di sterilizzazione deve prevedere spazi articolati in zone nettamente separate di cui una destinata al ricevimento, lavaggio e confezionamento dei materiali, *una alla sterilizzazione e, infine, una al deposito e alla distribuzione* dei materiali sterilizzati.

Il percorso deve essere progressivo dalla zona sporca a quella pulita.

In ogni struttura, comunque deve essere garantita l'attività di sterilizzazione in rapporto alle esigenze specifiche delle attività svolte.

codice paragrafo
SS

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate	Sì	No
2	L'articolazione interna degli spazi consente la netta separazione tra le zone sporche e pulite	Sì	No
3	E' presente un locale destinato al ricevimento, cernita, decontaminazione, pulizia e preparazione	Sì	No
4	E' presente un locale per la sterilizzazione	Sì	No
5	E' presente un locale per stoccaggio, deposito e distribuzione di materiale sterile	Sì	No
6	Nei locali per confezionamento e sterilizzazione e per stoccaggio e deposito materiale sterile, è garantito l'accesso del personale e dei materiali in appositi filtri a doppia porta con aperture obbligate e/o bussole	Sì	No
7	E' presente un locale deposito per il materiale sporco	Sì	No
8	E' presente locale spogliatoio spogliatoio del personale	Sì	No
9	Sono presenti servizi igienici per il personale	Sì	No
10	E' presente un locale per attività amministrative FVG	Sì	No
11	I pavimenti nelle zone sporche sono impermeabili, facilmente lavabili e disinfettabili, antisdrucciolo e hanno pendenze adeguate in modo da garantire gli scarichi	Sì	No

REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI

12	**Nei locali di confezionamento e sterilizzazione, stoccaggio e deposito, è presente un impianto di condizionamento ambientale che assicuri:**		
	a) *una temperatura interna invernale ed estiva compresa* tra 20-27 °C	Sì	No
	b) una umidità relativa estiva ed invernale del 40-60%	Sì	No

	c) un ricambio aria/ora esterna di 15 v/h	Sì	No
13	Nei locali confezionamento e sterilizzazione, stoccaggio e deposito, l'impianto è fornito di filtri assoluti (99,97%) tali da porre la sala in classe 100.000 Fed. St. 209 E (AT REST)	Sì	No
14	**Gli ambienti sono a pressione differenziata "a cascata":**		
	a) da locale per stoccaggio e deposito materiale sterile	Sì	No
	b) a locale per confezionamento e sterilizzazione	Sì	No
	c) a locale per accettazione, cernita, pulizia, lavaggio e decontaminazione dei dispositivi medici	Sì	No
15	E' presente un impianto di illuminazione d'emergenza	Sì	No
16	E' presente un impianto di aria compressa	Sì	No
	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
17	E' presente l'apparecchiatura di sterilizzazione (rispondente alla norma UNI EN 285 e convalidata annualmente secondo la norma UNI EN 554)	Sì	No
18	E' presente l'apparecchiatura per il lavaggio del materiale da sottoporre a sterilizzazione lavaferri termodistruttrice a norma ISO EN 15883	Sì	No
19	Le lavastrumenti sono sottoposte a validazione annuale e sono dotate di un computer che fornisce una stampa dei cicli di lavaggio per la tracciabilità della procedura	Sì	No
20	E' presente un bancone con lavello resistente agli acidi ed alcali	Sì	No
21	Sono presenti apparecchiature per il lavaggio e la sterilizzazione degli endoscopi (allorchè tale servizio sia centralizzato)	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
22	La dotazione organica del personale addetto è rapportata al volume delle attività e comunque è previsto all'interno dell'équipe almeno un infermiere	Sì	No
23	**Esistono e vengono seguiti protocolli dettagliati (secondo lo sviluppo delle norme armonizzate inerenti l'attività, le linee guida aggiornate e basate sui risultati della ricerca scientifica) per:**		
	a) la sanificazione degli ambienti	Sì	No
	b) le modalità di pulizia, lavaggio, di disinfezione, confezionamento, sterilizzazione e stoccaggio di tutti gli strumenti, accessori e dispositivi medici	Sì	No
	c) disinfezione	Sì	No
	d) confezionamento	Sì	No
	e) sterilizzazione	Sì	No



	f) stoccaggio di tutti gli strumenti, accessori e dispositivi medici	Sì	No
24	Esiste un sistema di tracciabilità del prodotto (o sono previsti programmi di controllo di qualità del materiale sterilizzato)	Sì	No
25	E' documentata la presenza nell'organico del Servizio di almeno un infermiere	Sì	No
26	Le procedure utilizzate sono standardizzate e certificate ai sensi della normativa vigente	Sì	No
27	Nel caso di servizi decentrati sono adottati specifici protocolli che garantiscano l'omogeneità delle procedure adottate	Sì	No
28	Controllo dell'impianto di condizionamento: esiste evidenza che nelle aree di sterilizzazione vengono effettuate indagini strumentali con periodicità almeno annuale da parte di organismi pubblici istituzionalmente competenti per il settore disciplinare con personale qualificato o società/enti/strutture che abbiano laboratori con accreditamento SINAL per le specifiche prove che si richiedono per verificare le prestazioni dell'impianto di ventilazione e condizionamento a contaminazione controllata VCCC: numero ricambi aria/ora, numero ricambi efficaci misurati sui tavoli di lavoro, pressioni differenziali, classificazione particellare, parametri microclimatici e indici di benessere termico (Rif. UNI EN ISO 14644 - 1; Linee Guida ISPESL)	Sì	No
29	Monitoraggio microbiologico dell'aria: esiste evidenza che nelle aree pulite sterili vengono effettuati controlli microbiologici dell'aria sia con sala "a riposo" (At-rest) sia in attività (operational durante l'atto operatorio) secondo le indicazioni delle Linee Guida ISPESL, con periodicità almeno annuale da parte di organismi pubblici istituzionalmente competenti per il settore disciplinare con personale qualificato o società/enti/strutture che abbiano laboratori con accreditamento SINAL per le specifiche prove che si richiedono, per valutare nel complesso l'efficacia strutturale, impiantistica, comportamentale nel controllo della contaminazione ambientale	Sì	*No*

3.9 AREA DI DEGENZA

L'area di degenza deve essere strutturata in modo da garantire il rispetto della privacy dell'utente ed un adeguato comfort di tipo alberghiero.

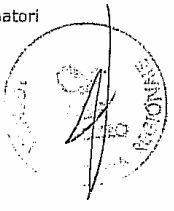
Devono essere garantiti spazi comuni di raccordo tra le degenze e/o i servizi sanitari nei quali prevedere utilities per gli accompagnatori o visitatori.

Almeno il 10% dei posti letto deve essere destinato ai Day Hospital.

codice paragrafo
ADEG

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	Nelle camere vi sono fino ad un massimo di 4 posti letto	Sì	No
2	**La superficie minima adeguata per le camere di degenza è:**		
	a) camera singola almeno 12 mq	Sì	No
	b) camera multipla almeno 9 mq per il primo posto letto e almeno 7 mq per ogni letto ulteriore	Sì	No
	c) il 10% delle stanze di degenza ospita un solo letto	Sì	No
3	E' presente almeno un servizio igienico ogni 4 posti letto	Sì	No
4	E' presente almeno un servizio igienico assistito	Sì	No
5	Per ciascun servizio igienico accessibile dal corridoio è presente un antibagno (se le condizioni strutturali lo consentono)	Sì	No
6	E' garantita per l'utenza la possibilità di effettuare comunicazioni telefoniche dal letto di degenza (telefono fisso, cordless)	Sì	No
7	È presente un locale per visita e medicazioni	Sì	No
8	E' presente un locale di lavoro, in ogni piano di degenza, per il personale di assistenza diretta	Sì	No
9	Le camere di degenza e la medicheria hanno pavimenti lavabili e disinfettabili	Sì	No
10	Le camere di degenza e la medicheria sono dotate di pavimento con raccordo arrotondato alle pareti	Sì	No
11	Le camere di degenza e la medicheria hanno pareti con rivestimento impermeabile e lavabile fino a 2 mt di altezza	Sì	No
12	E' presente nella medicheria lavabo in ceramica o in acciaio con comando non manuale	Sì	No
13	Per le strutture di nuova progettazione le camere di degenza ad un solo letto hanno una superficie adeguata, compreso il servizio igienico direttamente collegato alla stanza	Sì	No
14	E' presente uno spazio per coordinatore/trice servizio infermieristico	Sì	No
15	E' presente un locale per medici	Sì	No
16	E' presente un locale per soggiorno riservato ai degenti e agli accompagnatori	Sì	No
17	E' presente un locale/spazio per il deposito del materiale pulito	Sì	No



18	E' presente un locale, in ogni reparto, per il materiale sporco, dotato di vuotatoio e lava padelle	Sì	No
19	E' presente un locale per deposito attrezzature	Sì	No
20	E' presente un locale/spazio arredato per deposito e conservazione dei medicinali, dei presidi medico-chirurgici, dispositivi medici, materiale di medicazione (frigorifero con requisiti idonei alla sostanza da conservare)	Sì	No
21	E' presente un frigorifero con requisiti idonei alla conservazione esclusiva di farmaci/emoderivati	Sì	No
22	Per le degenze oncologiche è presente un locale per la manipolazione di farmaci antiblastici	Sì	No
23	E' presente una cucinetta di reparto	Sì	No
24	Sono presenti servizi igienici per il personale	Sì	No
25	E' presente uno spazio attesa visitatori dotato di posti a sedere correlato al numero di degenti	Sì	No
26	E' presente un locale per osservazione/sosta salme	Sì	No
27	Per le degenze pediatriche sono previsti spazi attrezzati di soggiorno e attività ludiche, ricreative e formative ad uso esclusivo dei bambini	Sì	No
28	Per le degenze pediatriche è previsto lo spazio in camera per la presenza dell'accompagnatore/trice	Sì	No
29	Per le degenze pediatriche è garantita la possibilità di attuare misure di isolamento	Sì	No
30	Per le degenze psichiatriche e' previsto un locale specifico per colloqui/visite specialistiche e soggiorno in relazione al numero dei posti letto	Sì	No
31	Nei locali di degenza per malattie infettive è attuato l'adeguamento strutturale previsto dalla Legge 135/90 e successive modifiche ed integrazioni	Sì	No

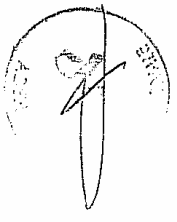
REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI

32	E' presente un impianto per illuminazione di emergenza	Sì	No
33	E' presente un impianto di forza motrice nelle camere con almeno una presa per alimentazione normale	Sì	No
34	E' presente un impianto di chiamata con segnalazione acustica e luminosa	Sì	No
35	E' presente un impianto centralizzato per gas medicali con prese vuoti e ossigeno	Sì	No
36	E' presente un impianto di illuminazione indiretta (luminescenza o fluorescenza) e diretta nelle stanze di degenza che assicuri un minimo di luce	Sì	No

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

37	**E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:**		
	a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No

	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) farmaci salvavita	Sì	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No
38	E' presente un carrello per la gestione della terapia	Sì	No
39	E' presente un carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico	Sì	No
40	**Per camere di degenza (escluse le degenze psichiatriche per le quali le attrezzature vanno commisurate alle esigenze di sicurezza dei pazienti) sono disponibili almeno:**		
	a) una trave testa letto	Sì	No
	b) un comodino per posto letto	Sì	No
	c) letti mobili/articolati, preferibilmente a 2 snodi	Sì	No
	d) una sedia per ogni posto letto	Sì	No
41	Sono presenti letti articolati con materasso pneumatico (almeno 1 per area di degenza)	Sì	No
42	E' presente un sollevatore paziente (geriatria, lungodegenza, pneumologia, ecc.) anche in comune con degenze adiacenti	Sì	No
	E' garantito per le U.O. di Neurologia la seguente dotazione:		
43	**Diagnostica neurofisiologica completa comprendente:**		
	a) elettroencefalografia standard	Sì	No
	b) poligrafia con registrazione di potenziali muscolari	Sì	No
	c) elettromiografia ed elettroneurografia;	Sì	No
	d) potenziali evocati visivi, tronco-encefalici, somato sensoriali e motori	Sì	No
44	Sono presenti materassi antidecubito (almeno 1 per area di degenza)	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
45	La dotazione organica di personale addetto è rapportata al volume delle attività	Sì	No
46	E' prevista un'articolazione per livelli di complessità assistenziali	Sì	No
47	Sono presenti procedure/protocolli per i collegamenti funzionali con altre UU.OO./Servizi	Sì	No
48	Sono definiti i collegamenti funzionali con le strutture territoriali verificate dall'esistenza di procedure scritte	Sì	No
49	E' presente un documento informativo sulle prestazioni/servizi offerti dall'U.O.	Sì	No
50	Il documento è fornito all'utente	Sì	No
51	Nel documento sono esplicitati i diritti ed i doveri dell'utente	Sì	No
52	**Il documento contiene informazioni riguardanti almeno:**		
	a) nome e cognome del responsabile dell'Area di Degenza e dello staff	Sì	No
	b) prestazioni erogabili	Sì	No
	c) modalità di accesso	Sì	No
	d) orari di ricevimento da parte dei sanitari dell'UO	Sì	No



	e) orario per le visite (superiore alle 4 ore/giorno, se consentito dalla tipologia dell'UO)	Sì	No
	f) orari di erogazione dei pasti	Sì	No
	g) modalità per ritiro referti, documentazione clinica e certificazioni	Sì	No
53	Nel documento sono indicati i servizi di cui il cittadino può disporre durante il ricovero e le modalità di accesso agli stessi	Sì	No
54	Vi sono procedure o linee guida per lo svolgimento delle principali attività gestionali, concordate con i servizi competenti	Sì	No
55	Sono presenti procedure condivise per fornire risposte diversificate alle attività routinarie o in emergenza/urgenza	Sì	No
56	E' presente un registro ricoveri differenziato per ricoveri ordinari ed a ciclo diurno secondo la normativa vigente	Sì	No
57	Per la degenza geriatrica esistono procedure di valutazione multifunzionale, che considerino gli aspetti clinici, funzionali (autonomia fisica, psichica, capacità di collaborazione, capacità di concedere il consenso informato), psicologici, socio-ambientali	Sì	No
58	Esistono e vengono applicate procedure che garantiscano una adeguata prevenzione delle infezioni ospedaliere	Sì	No
59	Esistono e vengono seguite procedure relative alla corretta conservazione/gestione/utilizzo dei dispositivi medici adeguati nell'ambito delle attività di medicazione/terapie inalatorie	Sì	No
60	Esistono e vengono seguite procedure relative alla corretta conservazione/gestione/utilizzo dei farmaci	Sì	No
61	Vengono garantiti il comfort e il rispetto della privacy dell'utente durante le attività di visita/medicazione	Sì	No
62	Esistono e vengono applicate procedure che garantiscano una adeguata prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito in tutte le situazioni appropriate (letto articolato con materasso pneumatico, ecc.)	Sì	No
63	Esistono e vengono applicate procedure che garantiscano una adeguata prevenzione delle cadute accidentali	Sì	No
64	Sono presenti procedure per la protezione da rischi legati a sollevamenti e posture nell'assistenza ai pazienti concordate coi servizi competenti	Sì	No
	La cartella clinica		
65	**Esistono e vengono applicate disposizioni per la compilazione della cartella clinica comprensive di:**		
	a) modalità di compilazione	Sì	No
	b) identificazione delle responsabilità per la compilazione	Sì	No
	d) definizione dei tempi massimi consentiti per la compilazione e per il completamento	Sì	No
66	**Nella cartella clinica sono chiaramente rilevabili i seguenti dati:**		
	a) il problema che ha indotto il ricovero	Sì	No
	b) i problemi clinici preesistenti e concomitanti	Sì	No
	c) i dati di allerta clinica/allergie/intolleranze	Sì	No

67	Nella cartella clinica è specificata la diagnosi o l'ipotesi diagnostica al momento del ricovero	Sì	No
68	**La cartella clinica contiene le relazioni dettagliate su tutti gli interventi diagnostici e terapeutici effettuati:**		
	a) indagini diagnostiche	Sì	No
	b) trattamenti terapeutici	Sì	No
	c) eventuali reazioni avverse	Sì	No
	d) atti operatori e d'altre procedure invasive	Sì	No
69	Nella cartella clinica è presente il consenso informato per procedure e trattamenti per i quali è richiesto	Sì	No
70	Nella cartella clinica sono riportati tutti i referti/rapporti di consulenza	Sì	No
71	Nella cartella vengono riportate annotazioni sul decorso clinico del paziente ed eventuali rivalutazioni dello stesso (variazione del livello di complessità)	Sì	No
72	Nella cartella vengono riportate tutte le patologie emerse durante il ricovero	Sì	No
73	**Nella cartella clinica, nel caso di pazienti sottoposti a procedure operatorie o altre invasive e/o ad anestesia, sono incluse le seguenti informazioni:**		
	a) diagnosi preoperatoria	Sì	No
	b) valutazione anestesiologica preparatoria	Sì	No
	c) descrizione dell'intervento (rilievi, procedure tecniche usate, parti prelevate, eventuali complicanze intraoperatorie)	Sì	No
	d) diagnosi post operatoria	Sì	No
	e) nome dei componenti dell'intera équipe	Sì	No
74	**Nella cartella clinica, nel caso di pazienti sottoposti a procedure operatorie o altre invasive e/o ad anestesia, sono incluse le seguenti informazioni relative al periodo postoperatorio:**		
	a) segni vitali e livello di coscienza	Sì	No
	b) terapie effettuate	Sì	No
	c) ogni evento inusuale e/o le complicazioni postoperatorie e la gestione di tali eventi	Sì	No
	c) la dimissione del paziente dall'area di assistenza post-anestesia	Sì	No
75	**Nella cartella clinica è presente copia della lettera di dimissione, nella quale vengono riassunte in maniera concisa le seguenti informazioni:**		
	a) la ragione dell'ospedalizzazione	Sì	No
	b) i problemi clinici emersi durante il ricovero	Sì	No
	b) gli interventi diagnostico-terapeutici effettuati	Sì	No
	c) la condizione del paziente alla dimissione	Sì	No
	d) la chiara indicazione per il medico di famiglia della terapia da svolgere fuori dalla struttura ospedaliera e di eventuali controlli o follow up	Sì	No
	e) ogni specifica istruzione data al paziente e/o familiari, qualora necessaria	Sì	No
76	La lettera di dimissione contiene informazioni relative all'assistenza infermieristica post-ricovero	Sì	No
77	In caso di trasferimento del paziente ad altra struttura, viene redatta una lettera di trasferimento e se ne conserva copia nella cartella clinica	Sì	No
78	In caso di ricovero in situazioni di emergenza, nella cartella clinica sono acquisite le informazioni e/o i dati relativi alla fase pre-ricovero necessari a garantire la continuità dell'assistenza	Sì	No



La documentazione infermieristica (D.I.)

79	La D.I. è strutturata/formalizzata in base alle esigenze assistenziali della singola UO e contiene almeno la reportistica delle attività assistenziali e delle prestazioni eseguite	Sì	No
80	La D.I. costituisce parte integrante della cartella clinica	Sì	No
81	**La D.I. contiene sezioni relative a:**		
	a) registrazione di dati di tipo anagrafico	Sì	No
	b) registrazione, all'ingresso e in itinere, di dati di tipo anamnestico - clinico	Sì	No
	c) identificazione dei bisogni assistenziali (diagnosi infermieristica) e la relativa pianificazione degli interventi assistenziali (percorsi assistenziali)	Sì	No
	d) descrizione quotidiana degli interventi di assistenza infermieristica (diario)	Sì	No
	e) valutazione dei risultati degli interventi di assistenza infermieristica	Sì	No
	f) registrazione di dati/informazioni diversi (relativi alla terapia, alla rilevazione di parametri vitali etc.)	Sì	No
82	Le attività assistenziali sono realizzate anche attraverso procedure integrate con le altre professionalità	Sì	No

La dimissione: i bisogni del paziente e la continuità assistenziale

83	La dimissione è comunicata al paziente con sufficiente anticipo *Nota:* *almeno il giorno precedente.* *Non applicabile alle U.O. ad elevato turn-over e a ciclo breve*	Sì	No
84	E' presente una procedura condivisa con gli operatori del distretto di appartenenza o MMG/PLS che garantisca la continuità assistenziale	Sì	No
85	Per i pazienti che necessitano di dimissioni protette è garantita la continuità assistenziale concordata con gli operatori del distretto di appartenenza e di questo percorso il paziente stesso viene informato	Sì	No
86	Il paziente all'atto della dimissione viene informato sul programma assistenziale e sui controlli da eseguire	Sì	No
87	All'atto della dimissione, il paziente che non viene dimesso a domicilio riceve informazioni sulle strutture in cui proseguire il trattamento post acuto	Sì	No
88	Il Medico di Medicina Generale/PLS viene informato sugli obiettivi assistenziali raggiunti durante la degenza e sulle proposte relative agli obiettivi perseguibili dopo la dimissione, con il prosequo delle cure	Sì	No
89	L'utente viene informato alla dimissione sulle modalità per ottenere la certificazione e la documentazione clinica	Sì	No
90	Esiste una procedura/protocollo concordato per il trasferimento della salma dal locale osservazione/sosta dell'area di degenza all'obitorio	Sì	No
91	Per le U.O. di Neurologia e Neurochirurgia esiste una procedura per l'accesso preferenziale a TAC cerebrale e midollare in regime di emergenza e RM cerebrale e midollare in urgenza	Sì	No

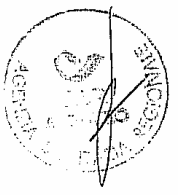
3.10 DAY-HOSPITAL

Il day-hospital 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). Il DH può essere effettuato anche all'interno delle aree di degenza ordinarie con spazi e locali chiaramente identificati (cfr art.2 comma 6 lettera d) L.R. 20/2006). Possono altresì essere utilizzate poltrone in luogo dei posti letto in relazione alla tipologia di attività.

L'attività di ospedalizzazione a ciclo diurno è condizionata dall'esistenza della relativa struttura organizzata che svolge anche attività in regime di ricovero ordinario. Nelle singole specialità di ricovero il numero dei posti letto per l'attività assistenziale a ciclo diurno non può superare quello dei posti letto a ciclo continuo.

codice paragrafo
DH

1	I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate	Sì	No
2	E' presente un'aera dedicata alle attività di accettazione, segreteria, registrazione, archivio	Sì	No
3	E' presente un'area attesa adeguatamente arredata, con numero di posti a sedere commisurato al numero di pazienti	Sì	No
4	E' presente un locale visita/trattamento	Sì	No
5	Sono presenti locali dedicati alla degenza correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate	Sì	No
6	E' presente un locale lavoro infermieri	Sì	No
7	E' presente un locale/spazio cucina	Sì	No
8	E' presente un locale/spazio per il deposito di materiale pulito	Sì	No
9	E' presente un locale per il deposito di materiale sporco	Sì	No
10	E' presente un locale/spazio per il deposito di materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni, a seconda della quantità	Si	No
11	Sono presenti servizi igienici distinti per utenti e personale	Sì	No
	REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI		
12	E' presente un impianto gas medicali	Sì	No
13	E' presente un impianto rilevazione incendi	Si	No
14	E' presente, nelle camere di degenza, un impianto chiamata sanitari con segnalazione acustica e luminosa	Sì	No
15	Nelle camere di degenza sono presenti arredi atti a garantire uguale confort alberghiero della degenza ordinaria	Sì	No
16	Sono presenti, nel locale visita/trattamento, attrezzature idonee in base alle specifiche attività	Sì	No
17	E' presente, nel locale visita/trattamento, il lettino tecnico	Sì	No





REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

18	**E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:**		
	a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) farmaci salvavita	Sì	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

19	La dotazione organica del personale medico ed infermieristico è rapportata al volume delle attività e alla tipologia delle patologie trattate	Sì	No
20	Nell'arco delle ore di attività di day hospital è garantita la presenza di almeno un medico e un infermiere professionale anche non dedicati	Sì	No
21	Sono applicate le modalità operative della Regione	Sì	No
22	Sono definiti i raccordi funzionali con servizi diagnostici per le indagini programmate	Sì	No
23	Sono definite le modalità di attribuzione delle responsabilità per il personale medico ed infermieristico	Sì	No
24	E' prevista una specifica cartella clinica per ciascun paziente	Sì	No
25	E' predisposta una relazione di dimissioni al medico curante	Sì	No
26	Sono definiti i collegamenti funzionali con i reparti di degenza ordinari ed intensivi	Sì	No
27	Esiste un elenco delle prestazioni che vengono erogate in regime di Day Hospital presso la struttura	Sì	No
28	**L'elenco delle prestazioni è:**		
	a) approvato dal direttore medico di presidio	Sì	No
	b) disponibile ai medici curanti dei pazienti	Sì	No
	c) comunicato al soggetto competente ai fini del rilascio dell'autorizzazione	Sì	No
29	Esistono procedure finalizzate a garantire in confort ed il rispetto della privacy durante le attività	Sì	No



3.11 REPARTO DI CARDIOLOGIA

Le UU.OO. di Cardiologia sono dedicate al trattamento intensivo dei soggetti affetti da una o più patologie cardiache acute, potenzialmente reversibili, tali da non comportare pericolo imminente per la vita. Le UU.OO. di Cardiologia devono avere volumi di attività tali da determinare una idonea occupazione dei posti letto, il mantenimento della competenza clinica al trattamento e l'appropriatezza dei ricoveri.

Oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente per le aree di degenza le UU.OO. di Cardiologia devono prevedere i seguenti requisiti:

codice paragrafo
RC

	REQUISITI MINIMI STRUTTURALI		
1	I locali per la degenza sono collocati preferibilmente in prossimità dell'UTIC (ove presente). In ogni caso sono previsti collegamenti preferenziali con l'UTIC	Sì	No
2	All'interno o in prossimità del reparto è presente uno studio medico e un'area/locale per i colloqui con i familiari	Sì	No
3	Le dimensioni dei locali degenza sono tali da permettere la movimentazione di apparecchiature	Sì	No
4	La camera di degenza contiene lo spazio per il letto e lo spazio di soggiorno del paziente (tavolo per pasti e poltrona) e permette la movimentazione della barella	Sì	No
5	E' presente locale per il medico di guardia anche in comune con l'UTIC	Sì	No
	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
6	Elettrocardiografo 1 a tre - sei canali + 1 di riserva	Sì	No
7	Ecocardiografo: 1 anche condiviso con l'UTIC	Sì	No
8	Defibrillatore: almeno 2	Sì	No
9	**E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:**		
	a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) farmaci salvavita	Sì	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No
10	Pace-maker temporaneo completo di accessori: 1 ogni 3 p.l. frazioni (minimo 2)	Sì	No

11	Letti di degenza telemetrati (centralina più trasmettitore) almeno 1/4 del totale dei p.l.	Sì No
12	Aspiratori per broncoaspirazione	Sì No
13	Pompe di infusione pari al 50% dei posti letto	Sì No
14	Almeno due ventilatori (per la CPAP) sono disponibili ad esclusivo utilizzo del reparto	Sì No

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

15	E' garantita la presenza continuativa nelle 24 ore di un cardiologo anche condiviso con l'UTIC (ove presente)	Sì No
16	La dotazione di personale è commisurata al volume dell'attività e alla contiguità/complanarità dell'UTIC con il reparto di degenza	Sì No
17	Sono presenti e vengono applicate procedure/linee guida per le attività diagnostiche non invasive effettuate	Sì No

3.12 PNEUMOLOGIA E UNITA' DI TERAPIA SEMINTENSIVA RESPIRATORIA

Oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente per l'area di degenza, il reparto di degenza di pneumologia deve disporre dei seguenti requisiti aggiuntivi:

codice paragrafo
PNE

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	Per le strutture di nuova costruzione le porte di accesso alle camere di degenza ed ai bagni assistiti hanno dimensioni tali da consentire il passaggio agevole del letto di degenza su ruote	Sì	No

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

2	Nelle camere di degenza sono presenti per ogni posto letto prese di vuoto ossigeno e aria compressa	Sì	No
3	In caso di utilizzo di aspiratori elettrici e di erogatori elettrici di ossigeno gassoso è disponibile almeno 1 aspiratore per ogni 4 letti di degenza ordinaria	Sì	No
4	In caso di utilizzo di aspiratori elettrici portatili è presente almeno 1 erogatore elettrico per ogni 3 posti letto di degenza ordinaria	Sì	No
5	Nelle strutture di nuova costruzione è presente 1 camera, ad uno o due posti letto, dotata di finestre tali da consentire almeno 2 ricambi/ora di aria con l'esterno, per l'isolamento di malati/sospetti potenziali contagianti a trasmissione aerogenaTB	Sì	No
6	**Sono previste attrezzature quali:**		
	a) saturimetri (di cui almeno 1 portatile per test del cannino ed 1 con possibilità di registrazione per almeno 8 ore ed in numero adeguato)	Sì	No
	b) fibrobroncoscopio a fonte luminosa per assistenza ventilatoria e/o intubazione	Sì	No
7	**Sono presenti:**		
	a) ventilatori meccanici per ventilazione non invasiva (CPAP, auto CPAP, con possibilità di registrazione per titolazione) e ventilatori pressovolumetrici	Sì	No
	b) bombola di ossigeno liquido con possibilità di utilizzo di unità portatili in numero proporzionale al numero dei pazienti	Sì	No
	c) spirometro (con misura dei volumi polmonari e DLCO	Sì	No
	d) emogasanalizzatore (anche in comune con altre UU.OO)	Sì	No
	e) lavaendoscopi (anche in comune con altre UU.OO)	Sì	No
	f) deambulatori (in numero adeguato)	Sì	No
	g) sollevatore pazienti in grado di garantire la sollevabilità di grandi obesi (eventualmente anche in comune con altre degenze)	Sì	No
8	In ogni degenza pneumologica è presente una camera adeguatamente isolata acusticamente ad 1 o 2 posti letto (in questo caso separati da barriera insonorizzata) opportunamente attrezzata per polisonnografia	Sì	No



REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

9	**Sono presenti procedure/protocolli/standard di prodotto per:**		
	a) gestione delle richieste di *prestazioni e/o consulenze* ed altre U.O	Sì	No
	b) gestione interventi in modalità assistenziale pneumologica specifica	Sì	No
	c) gestione e *precauzioni da adottare per sospetti malati contagianti* aerogeni TB	Sì	No
	d) gestione/custodia in cartella clinica del referto BK positivo e la comunicazione al paziente	Sì	No
10	**Sono presenti procedure/protocolli per la gestione del programma di follow up di pazienti che necessitano:**	Sì	No
	a) del proseguimento del percorso in strutture territoriali	Sì	No
	b) di assistenza domiciliare integrata ADI	Sì	No
	c) di prescrizione di ossigenoterapia domiciliare	Sì	No
11	E' presente una procedura condivisa con i MMG e i PDS per la gestione di ossigeno terapia e ventilo terapia in regime domiciliare	Sì	No
12	*E' presente il servizio/funzione di asmologia ed allergologia respiratoria*	Sì	No
13	E' presente il servizio/funzione di fisiopatologia respiratoria	Sì	No
14	*E' presente il servizio/funzione di broncoscopia*	Sì	No
15	Esistono procedure per l'effettuazione di broncoscopie e la gestione di eventuali complicanze (es. l'intervento dell'equipe rianimatoria)	Sì	No
16	**E' garantito il collegamento funzionale con le Unità Operative di:**		
	a) chirurgia Toracica	Sì	No
	b) rianimazione	Sì	No
	c) UTIC	Sì	No
	d) dietologia	Sì	No
	e) neurologia	Sì	No
	f) infettivologia	Sì	No
17	*E' garantita la possibilità di effettuare esami broncoscopici in urgenza*	Sì	No
18	E' garantita la possibilità di effettuare emogasanalisi in urgenza	Sì	No
19	Esistono procedure/protocolli per le modalità di raccolta dell'escreato	Sì	No
20	Esistono procedure/linee guida per la gestione del paziente in ossigenoterapia	Sì	No
21	Esistono procedure/protocolli per l'assistenza al trattamento delle emergenze respiratorie (Insufficienza Respiratoria, emoftoe massiva ecc.)	Sì	No
22	Esistono procedure per la gestione del paziente affetto da patologia pleurica con drenaggio toracico (modalità di aspirazione ecc.)	Sì	No

23	Esistono procedure per le modalità di somministrazione degli aerosol dosati (opera di informazione e di controllo sulle corrette modalità di esecuzione da parte dei pazienti)	Sì	No
24	Esistono procedure/linee guida per l'esecuzione di prove da sforzo	Sì	No
25	Esiste una procedura per la calibrazione dello spirometro	Sì	No

Se presente:

UNITA' DI TERAPIA SEMINTENSIVA RESPIRATORIA

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

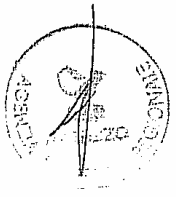
26	Gli ambienti per la degenza (il locale per la degenza può essere organizzato tipo open space o box) sono a 1 o 2 posti letto	Sì	No
27	E' presente almeno una stanza a pressione positiva e flusso laminare con sistema di filtraggio	Sì	No

REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI

28	**La terapia intensiva è dotata di un impianto di condizionamento ambientale che assicuri :**		
	a) una temperatura interna invernale e estiva compresa tra 20-24°C	Sì	No
	b) una umidità relativa estiva e invernale compresa tra 40-60 %	Sì	No
	c) un ricambio aria/ora (aria esterna senza ricircolo) da 6v/h a 10 v/h	Sì	No
	d) prevenzione di contaminazione crociata tra stanze adiacenti	Sì	No
29	E' presente un sistema di illuminazione che dia la possibilità di luce diffusa, diretta sul malato e eventuale possibilità di oscuramento	Sì	No

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

30	**E' presente per ogni posto letto:**		
	a) sistema di monitoraggio poliparametrico (con possibilità di misurazione invasiva della pressione venosa ed arteriosa e monitoraggio ETCO2) e centralina	Sì	No
	b) ventilatore presso-volumetrico	Sì	No
31	E' presente un ventilatore a pressione negativa	Sì	No
32	**E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:**		
	a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No



	f) farmaci salvavita	Sì	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No
33	E' presente un fibrobroncoscopio dedicato con fonte luminosa	Sì	No
34	E' presente un sistema pletismografico	Sì	No
35	E' presente attrezzatura completa per *prova da sforzo cardio-respiratoria*	Sì	No
36	E' presente apparecchio per *calorimetria indiretta*	Sì	No
37	E' *presente* apparecchio per bioimpedenziometria corporea	Sì	No
38	E' presente sistema per la misura delle pressioni in-espiratorie	Sì	No
39	E' presente sistema per la misura della compliance polmonare	Sì	No
40	E' presente *analizzatore di ossido nitrico*	Sì	No
41	E' presente un cicloergometro	Sì	No
42	E' presente *una pedana mobile*	Sì	No
43	E' presente un ergometro per arti superiori	Sì	No
44	E' presente un nebulizzatore ad ultrasuoni	Sì	No
45	E' presente un lettino di drenaggio	Sì	No
46	Sono presenti attrezzature strumentali per la meccanica respiratoria e la detersione delle vie aeree	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
47	Sono presenti procedure/linee guida per la gestione del paziente con apnee notturne	Sì	No
48	Sono presenti procedure/linee guida per la gestione del paziente in ventilazione meccanica	Sì	No
49	Sono presenti *procedure/linee guida per* la calibrazione dell'Emogasanalizzatore	Sì	No

3.13 SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA (SPDC) E DAY-HOSPITAL PSICHIATRICO

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) deve essere collocato all'interno dell'Ospedale, sede di Dipartimento di Emergenza o di Pronto Soccorso.

codice paragrafo
SPDC

	REQUISITI MINIMI STRUTTURALI		
1	Il reparto è progettato e costruito con norme di sicurezza e di qualità atte a garantire l'incolumità del personale, degli utenti e la prevenzione del suicidio	Si	No
2	Sono presenti ambulatori medici esterni all'area di degenza in ragione del 50% dei medici in servizio	Si	No
3	E' previsto un locale direzione dell'unità operativa	Si	No
4	L'SPDC ha una dotazione non superiore a 15 posti letto	Si	No
5	Le camere di degenza hanno al massimo 2 posti letto per stanza, per le strutture di nuova progettazione, con bagni e docce	Si	No
6	Sono previste almeno 4 stanze ad 1 posto letto	Si	No
7	E' presente un locale per consumazione di pasti e uno per attività terapeutiche di gruppo	Si	No
8	La dotazione di locali e spazi è adeguata, per dimensioni, sicurezza, decoro, e comfort, all'attività erogata e garantisce il rispetto della privacy	Si	No
9	E' presente un ambulatorio per colloqui clinici all'interno dell'area di degenza	Si	No
10	E' garantita la separazione fra uomini e donne con adeguata protezione dalla promiscuità	Si	No
	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
11	Esiste un sistema di video e tele sorveglianza remota in grado di permettere il controllo di tutti i degenti	Si	No
12	Gli arredi hanno caratteristiche di sicurezza, di decoro e di comfort	Si	No
13	Il SPDC ha in dotazione test per la valutazione psicodiagnostica e psicometrica e neuropsicologica	Si	No
14	Il SPDC ha un apparecchio telefonico dedicato, in ambiente protetto, che consenta alle persone ricoverate che non possono allontanarsi dal reparto, di comunicare con l'esterno con riservatezza	Si	No
15	E' prevista la presenza di spazi riservati opportunamente attrezzati che consentano, nel rispetto delle norme "antifumo" vigenti, di gestire adeguatamente il problema del tabagismo in persone che presentano scompensi psicopatologici in atto e che tuteli i pazienti non fumatori	Si	No



16	E' *disponibile* un locale o uno spazio attrezzato per la custodia temporanea degli effetti personali delle persone ricoverate, effetti che devono essere gestiti dal personale per motivi terapeutici, di sicurezza o salvaguardia con cassaforte o armadio *blindato*	Si	No
17	E' presente un sistema di funzionamento delle porte di accesso al reparto che risponda sia a requisiti di *sicurezza imposti dalla* L. 626/94 che alla necessità di salvaguardia e protezione delle persone ricoverate con alterazione delle funzioni psichiche	Si	No
18	E' presente un locale di isolamento per pazienti in eccitamento maniacale, violenti o etero aggressivi	Si	No
19	Sono presenti idonei ausilii per la contenzione, in locali video sorvegliati e con possibilità di monitoraggio dei parametri vitali	Si	No
20	Esiste la possibilità di trattamenti somatici: rTMS, ECT, Bright Therapy	Si	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
21	La dotazione di personale prevede la presenza sulle 24 ore di psichiatri, infermieri, OSS o, nelle more della disponibilità di questo tipo di qualifica, OTA e ADB, con la presenza programmata di psicologo	Si	No
22	*La dotazione di personale è rapportata alle attività e concordata a livello* aziendale	Si	No
23	Esistono procedure relative alla prevenzione e al controllo dei rischi specifici per il personale riguardo alle pratiche di sostegno sociale e psicologico necessarie per ridurre lo stress psicologico e il burn-out degli operatori nell'esercizio delle specifiche funzioni	Si	No
24	*Esistono procedure per la rilevazione degli eventi sentinella ed eventi avversi*	Si	No
25	Sono presenti protocolli di collegamento funzionale *con il CSM rispetto* alle dimissioni del paziente	Si	No
26	*Sono presenti protocolli di collegamento con il Pronto Soccorso*	Si	No
27	Sono presenti procedure per la valutazione degli esiti dei *trattamenti*	Si	No
28	Sono presenti procedure per la valutazione degli esiti dei trattamenti e la prevenzione del suicidio alla dimissione	Si	No
29	Sono presenti *protocolli e ausilii per la protezione* del personale da violenze e aggressioni	Si	No

DAY HOSPITAL PSICHIATRICO

Svolge le funzioni: terapeutico - riabilitative, come indicate rispettivamente per il Centro diurno e per il D.H. psichiatrico dal D.P.R. 10/11/1999.

codice paragrafo
DHP

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

30	La tipologia dei Day Hospital è adattata ed integrata in rapporto alle specifiche funzioni ed alle caratteristiche operative e strutturali di cui al D.P.R. 10/11/1999	Sì	No
31	**La struttura, che può essere ubicata in ambito ospedaliero o extraospedaliero, è dotata di:**		
	a) locale per la somministrazione di terapie farmacologiche	Sì	No
	b) ambulatorio con le caratteristiche strutturali e tecnologiche degli ambulatori medici	Sì	No
	c) locale per attività amministrative, accettazione, informazione, archivio, consegna referti	Sì	No
	d) locale attesa adeguatamente arredato, con numero posti a sedere commisurato al numero di posti letto	Sì	No
	e) servizi igienici per le persone assistite divisi per sesso	Sì	No
	f) servizi igienici per il personale	Sì	No
	g) locale spogliatoio per il personale e di superficie adeguata	Sì	No
	h) locale/spazio per deposito di materiale pulito	Sì	No
	i) locale per deposito di materiale sporco	Sì	No
	l) spazio/armadio per deposito di materiale di pulizia	Sì	No
	m) locale/spazio per deposito di materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni, a seconda della quantità	Sì	No
	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
32	Il Day Hospital dispone di attrezzature per trattamenti somatici e farmacologici, anche in regime di urgenza	Sì	No
33	La dotazione di attrezzature e strumentazioni è presente in misura adeguata alla tipologia e al volume delle attività svolte	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
34	E' individuato un dirigente medico responsabile della struttura specializzato in psichiatria	Sì	No
35	E' garantita l'apertura e la presenza del personale medico e infermieristico per 8 ore al giorno	Sì	No
36	E' garantita l'apertura per 6 giorni la settimana	Sì	No
37	**Il D.H. garantisce:**		
	a) il riconoscimento formale dei posti letto equivalenti	Sì	No
	b) l'esecuzione degli accertamenti diagnostici vari e complessi, dei trattamenti farmacologici che richiedono la presenza del paziente per almeno 4 ore e comunque in coerenza con la L.R. n° 20/2007	Sì	No
38	E' garantito il collegamento funzionale con una struttura di ricovero e con il CSM	Sì	No
39	E' garantita la presenza di personale medico e infermieristico	Sì	No
40	Il numero delle figure professionali è adeguato alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate	Sì	No



41	La presenza degli operatori nel D.H. è programmata in relazione alle attività espletate	Sì	No
42	Sono previste procedure per la valutazione degli esiti e degli interventi	Sì	No

3.14 SERVIZI DI DIALISI

Servizio di Dialisi Ospedaliero - Centri Dialisi Ospedalieri

codice paragrafo
SEDI

REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI COMUNI

A tutti i centri dialisi si richiedono particolari requisiti per la climatizzazione

CLIMATIZZAZIONE DIALISI qualità e movimento dell'aria (non è ammesso utilizzare aria di ricircolo)

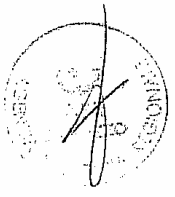
1	L'immissione di aria esterna è pari ad almeno 39,60 mc/h per persona	Sì	No
2	La filtrazione minima convenzionale dell'aria deve avvenire tramite impiego di filtri ad alta efficienza (M+A- prospetto III UNI 10339)	Sì	No
3	**La velocità dell'aria nel volume convenzionalmente occupato è pari a:**		
	a) in riscaldamento da 0,005 a 0,10 m/sec	Sì	No
	b) in raffreddamento da 0,05	Sì	No
4	Nei locali di stazionamento le griglie di estrazione, eventualmente installate sono poste il più lontano possibile dai luoghi di normale permanenza delle persone (è tollerabile una velocità massima dell'aria di 0,30 m/sec in corrispondenza della superficie luogo dei punti distanti m 0.60 dal perimetro della griglia)	Sì	No
5	Viene verificata la compatibilità fra la velocità frontale nella griglia e le condizioni di rumorosità richieste nell'ambiente	Sì	No
6	La rete di distribuzione dell'aria è realizzata con materiali incombustibili	Sì	No
7	La superficie interna dei canali è levigata e lavabile	Sì	No

CLIMATIZZAZIONE DIALISI Condizioni termiche e idrometriche:

8	Nella stagione invernale: temperatura è per il bulbo secco pari a 20-22 °C (a discrezione dei presenti) con umidità relativa pari al 34-45%	Sì	No
9	Nella stagione estiva: la temperatura bulbo secco è pari a 26 °C (a discrezione dei presenti) con umidità relativa pari al 50-60%	Sì	No

CLIMATIZZAZIONE DIALISI Livello dei rumori prodotti dal funzionamento dell'impianto

10	Durante il funzionamento dell'impianto nel locale climatizzato il livello sonoro è inferiore a 3 dB rispetto il livello di fondo esistente nel punto di misura quando l'impianto è fermo (tale requisito è verificato in più punti dell'ambiente, in particolare ove sono normalmente presenti le persone)	Sì	No
11	Nel caso in cui il livello acustico di fondo ad impianto fermo sia minore di 30 dB il livello di rumore ad impianto funzionante raggiunge massimo 33 dB	Sì	No
12	**L'impianto di climatizzazione consente:**		
	a) la regolazione della temperatura ambientale tra 17 e 26 °C	Sì	No
	b) la regolazione umidità relativa tra il 40 e il 60%	Sì	No



	c) un minimo di 4 ricambi/ora negli ambienti esterni alle degenze e di 10 per le zone dei materiali sporchi (anche a ricircolo parziale)	Sì	No
13	Sono presenti strumenti atti a rilevare le condizioni ambientali	Sì	No
14	Il trattamento dell'acqua per dialisi è attuato mediante osmosi inversa e circuito di distribuzione di tipo "biosanitario"	Sì	No
15	**La struttura è dotata in particolare di impianto idrico con:**		
	a) sala per la preparazione dell'acqua (deionizzata)	Sì	No
	b) presa per l'acqua con un minimo di 4/5 atm.	Sì	No
	c) serbatoio d'acqua di dimensioni adeguate al numero dei posti dialisi del Centro ed in grado di garantire il rifornimento d'acqua per 2 turni dialitici	Sì	No
	d) filtrazione con microfiltri		
	e) clorazione dell'acqua: contenitore da 85-100 l. in plastica + una pompa per l'iniezione del cloro	Sì	No
	f) addolcimento dell'acqua: un addolcitore della portata minima di 8 m^3 per ogni rigenerazione	Sì	No
	g) declorazione dell'acqua: un decloratore automatico	Sì	No
	h) filtrazione con microfiltri a 5 micron		
	i) un apparecchio di osmosi inversa del tipo di osmosi doppia con funzionamento di base in serie ed all'occorrenza in monosmosi	Sì	No
	l) una cella di controllo dell'acqua osmotizzata	Sì	No
16	E' presente impianto di distribuzione delle acque di materiale specifico per dialisi (PVC o meglio PEX ed acciaio) ad anello senza punti morti	Sì	No
16b	E' previsto un piano di emergenza affinchè il centro dialitico possa essere rifornito dell'acqua necessaria	Sì	No
17	E' previsto un impianto di emergenza che garantisca la continuità dell'erogazione di energia elettrica	Sì	No
18	E' presente almeno un impianto singolo, mobile, di trattamento dell'acqua per produrre acqua per dialisi in grado di alimentare una o due apparecchiature per il trattamento di pazienti fuori reparto	Sì	No

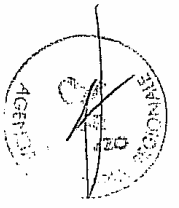
Servizio Dialisi Ospedaliero

codice paragrafo
SDO

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

19	Il numero di posti letto per sala dialisi è minore o uguale a 9 (tipo open space o box a pareti mobili)	Sì	No
20	Per ciascun posto letto di dialisi sono previsti almeno 7/9 mq per consentire un'agevole assistenza sanitaria	Sì	No
21	E' garantito il rispetto della privacy durante l'esercizio della dialisi (anche con l'utilizzo di pareti mobili)	Sì	No
22	Sono presenti 1/2 posti tecnici di emodialisi per acuti e ad elevata assistenza in spazi dedicati	Sì	No

23	E' presente un ambulatorio per le medicazioni	Sì	No
24	E' presente un magazzino per i materiali di consumo	Sì	No
25	E' presente uno spazio per deposito e manutenzione dei monitor	Sì	No
26	E' presente un ambulatorio attrezzato per la gestione dei pazienti in dialisi peritoneale sia manuale che automatizzata e il loro addestramento	Sì	No
27	E' presente una sala di attesa con posti a sedere facilmente accessibile anche ai pazienti disabili	Sì	No
28	Sono presenti spogliatoi utenti	Sì	No
29	Sono presenti servizi igienici distinti per gli utenti/personale	Sì	No
30	E' presente almeno un servizio igienico attrezzato per pazienti disabili	Sì	No
31	E' presente locale spogliatoio per il personale secondo quanto previsto dal D.Lgs 626/1994	Sì	No
32	Sono presenti locali e attrezzature dedicate al trattamento dialitico di pazienti HBSAg positivi (sale contumaciali)	Sì	No
33	Per i pazienti Hcv e Hiv positivo sono presenti apparecchiature dedicate	Sì	No
	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI E IMPIANTISTICI		
34	E' presente un sistema pesa-paziente (letto bilancia) per ogni posto letto	Sì	No
35	Ogni letto è dotato di quadro elettrico per il collegamento dell'unità dialitica, con proprio interruttore differenziale	Sì	No
36	Sono presenti 1 monitor cardio-respiratorio per ogni sala dialisi ed 1 monitor pressorio per ogni posto letto di dialisi (ed 1 monitor cardio respiratorio dedicato per la sala contumaciale)	Sì	No
37	E' presente almeno un cardiomonitor portatile	Sì	No
38	E' disponibile un apparecchio per dialisi peritoneale automatizzata per ogni paziente in tale trattamento	Sì	No
39	E' disponibile un apparecchio per dialisi peritoneale automatizzata di scorta per ogni 8 pazienti in dialisi peritoneale automatizzata	Sì	No
40	E' disponibile un apparecchio per emofiltrazione continua	Sì	No
41	E' presente saturimetro	Sì	No
42	E' presente un elettrocardiografo-defibrillatore e materiale per intubazione di cui è controllata periodicamente la funzionalità	Sì	No
43	**E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:**		
	a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) farmaci salvavita	Sì	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No



44	Sono presenti apparecchiature per esami di laboratorio semplici (emogasanalizzatore, elettroliti)	Sì	No
45	E' presente un miniecografo vascolare	Sì	No
46	E' presente un bioimpedenziometro	Sì	No
47	La dotazione di apparecchiature dialitiche di riserva è di almeno il 25% o di 1 apparecchio ogni 4 in esercizio	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
48	Il personale infermieristico è in numero adeguato al volume di attività svolta	Sì	No
49	L'attività dialitica è articolata su 2 turni giornalieri	Sì	No
50	Durante i turni di dialisi, è garantita la presenza di personale medico specialista in nefrologia o con esperienza di almeno 5 anni nella disciplina a completa copertura dei turni	Sì	No
51	E' garantita la pronta disponibilità medica e infermieristica nelle 24 ore per dialisi in urgenza	Sì	No
52	Esiste un programma di formazione ed aggiornamento continuo specifico per il personale infermieristico di dialisi	Sì	No
53	Esistono criteri formalizzati per l'ammissione alle diverse modalità di terapia sostitutiva e per l'effettuazione della terapia presso il Servizio ospedaliero, extraospedaliero, le strutture residenziali o il domicilio	Sì	No
54	E' fornito l'elenco delle prestazioni erogate	Sì	No
55	E' garantita la possibilità per i pazienti di effettuare dialisi extra-corporea e dialisi peritoneale	Sì	No
56	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	Sì	No
57	Per ciascun paziente ad ogni trattamento è redatta una scheda dialitica, con specifica delle membrane dialitiche, dei liquidi e concentrati utilizzati e dei farmaci somministrati	Sì	No
58	Esiste una cartella corredata del profilo clinico anamnestico e relativi aggiornamenti e della terapia domiciliare somministrata	Sì	No
59	In caso di dialisi domiciliare, viene consegnato al paziente un manuale informativo sulla dialisi e informazioni tecniche	Sì	No
60	Esistono protocolli formalizzati di addestramento e riaddestramento dei pazienti domiciliari/RSA	Sì	No
61	Esiste un collegamento telefonico o telematico nelle 24 ore con i pazienti in terapia domiciliare o in RSA	Sì	No
62	Vengono eseguite visite periodiche domiciliari/RSA per valutare l'idoneità sociale e igienica alla dialisi domiciliare/RSA	Sì	No
63	Esistono e vengono seguiti i 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	Sì	No
64	Esistono e vengono seguiti i protocolli dei controlli chimici e biologici dell'acqua per dialisi	Sì	No

65	E' redatto un registro di carico e scarico di tutto il materiale in uso con le relative scadenze	Sì	No
66	E' disponibile il piano per la manutenzione ordinaria e straordinaria delle attrezzature	Sì	No
67	E' disponibile per ogni apparecchiatura il manuale d'uso e la scheda macchina	Sì	No
68	E' disponibile un sistema informatico gestionale	Sì	No

Centro Dialisi EXTRAOSPEDALIERA

codice paragrafo
CDEO

	REQUISITI MINIMI STRUTTURALI		
69	Il numero di posti letto per sala dialisi è minore o uguale a 9 tipo open space o box o a pareti mobili	Sì	No
70	Per ciascun posto letto di dialisi sono previsti almeno 8 mq per consentire un'agevole assistenza sanitaria	Sì	No
71	E' garantito il rispetto della privacy durante l'esercizio della dialisi (anche con l'utilizzo di pareti mobili	Sì	No
72	E' garantito il rispetto della privacy durante l'esercizio della dialisi (anche con l'utilizzo di pareti mobili	Sì	No
73	E' presente un ambulatorio/stanza per le medicazioni	Sì	No
74	E' presente un magazzino per i materiali di consumo	Sì	No
75	E' presente uno spazio per deposito e manutenzione dei monitor	Sì	No
76	Sono presenti spogliatoi utenti	Sì	No
77	Sono presenti servizi igienici distinti per gli utenti/personale	Sì	No
78	E' presente almeno un servizio igienico attrezzato per pazienti disabili	Sì	No
79	E' presente locale spogliatoio per il personale secondo quanto previsto dal D.Lgs 626/1994	Sì	No
80	E' presente un'area per l'accettazione e le attività amministrative	Sì	No
81	E' presente un'area sosta infermieri	Sì	No
82	E' presente una sala di attesa con posti a sedere facilmente accessibile anche a pazienti disabili	Sì	No
83	Sono presenti locali ed attrezzature dedicate al trattamento dialitico dei pazienti HBSAg positivi	Sì	No
	Per i pazienti Hcv e Hiv positivi sono presenti apparecchiature dedicate	Sì	No
	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI IMPIANTISTICI		
84	E' presente un sistema pesa-paziente (letto bilancia o poltrona bilancia) per ogni posto letto	Sì	No



85	Ogni letto è dotato di quadro elettrico per il collegamento dell'unità dialitica, con proprio interruttore differenziale	Sì	No
86	E' presente 1 monitor cardiorespiratorio per ogni sala dialisi e contumaciale e 1 monitor pressorio per ogni posto letto di dialisi	Sì	No
87	E' presente 1 monitor cardiorespiratorio portatile	Sì	No
88	E' presente saturimetro	Sì	No
89	E' presente un elettrocardiografo-defibrillatore e materiale per intubazione di cui è controllata periodicamente la funzionalità	Sì	No
90	E' presente carrello per la gestione delle eventuali emergenze di cui è periodicamente controllata la funzionalità	Sì	No
91	Sono presenti apparecchiature per esami di laboratorio semplici (emocromo, emogasanalizzatore, elettroliti)	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
92	Il CDEO è aperto per almeno 3 giorni alla settimana	Sì	No
93	Il CDEO è attivo su due turni giornalieri	Sì	No
94	Sono previsti collegamenti funzionali ed organizzativi precisi (protocolli e/o linee guida) con il servizio dialisi ospedaliero di riferimento	Sì	No
95	Sono previsti collegamenti telefonici con il servizio dialisi ospedaliero di riferimento	Sì	No
96	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	Sì	No
97	Per ciascun paziente ad ogni trattamento è redatta una scheda dialitica, con specifica delle membrane dialitiche, linee per circolazione extra-corporea, liquidi e concentrati utilizzati e farmaci somministrati	Sì	No
98	Esistono e vengono seguiti i 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	Sì	No
99	Esistono e vengono seguiti i protocolli dei controlli chimici e biologici dell'acqua per dialisi	Sì	No
100	E' redatto un registro di carico e scarico di tutto il materiale in uso con le relative scadenze	Sì	No
101	E' disponibile il piano per la manutenzione ordinaria e straordinaria	Sì	No
102	E' disponibile per ogni apparecchiatura il manuale d'uso e la scheda macchina	Sì	No
103	E' disponibile un sistema informatico gestionale	Sì	No
104	**Esiste un protocollo per garantire :**		
	a) la pronta disponibilità di un nefrologo appartenente al servizio ospedaliero di riferimento durante l'orario di attività del CDEO	Sì	No
	b) la supervisione periodica di un nefrologo appartenente al servizio ospedaliero di riferimento delle attività del CDEO	Sì	No
	c) la possibilità di trasporto urgente al Centro di riferimento in caso di emergenze dialitiche non gestibili nella CDEO	Sì	No

3.15 RIABILITAZIONE INTENSIVA OSPEDALIERA

A seconda delle necessità del paziente e/o delle caratteristiche delle U.O. sono garantite le funzioni corrispondenti alle seguenti aree, all'interno della struttura o mediante rapporti di consulenza:

- valutazione delle diverse tipologie di menomazioni e disabilità;
- rieducazione delle menomazioni motorie;
- rieducazione funzionale delle disabilità motorie;
- rieducazione respiratoria;
- rieducazione cardiologica;
- rieducazione audiovestibolare;
- rieducazione vescico-sfinterica;
- rieducazione gastroenterologica;
- rieducazione vascolare;
- terapia fisica strumentale;
- rieducazione delle turbe neuropsicologiche nell'ambito della comunicazione;
- rieducazione delle funzioni cognitive;
- assistenza psicologica;
- attività protesica ed ortesica;
- terapia occupazionale;
- gestione delle problematiche internistiche;
- educazione ed addestramento del disabile e dei sui familiari;
- assistenza sociale.

Concorrono alla formazione del tempo complessivo di assistenza le seguenti figure professionali: fisioterapisti, terapisti occupazionali, logopedisti, massofisioterapisti (fino ad esaurimento di tale figura professionale), educatori preferibilmente professionali, infermieri. Questi ultimi esclusivamente per attività codificate di addestramento all'autonomia

Le dimensioni della struttura sono definite dalla programmazione regionale, i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi sotto individuati sono dimensionati in riferimento ad una articolazione organizzativa di 20 p.l

Oltre ai requisiti generali - specifici previsti dalla normativa vigente per l'area di degenza sono richiesti i seguenti requisiti aggiuntivi.

codice paragrafo
RIO

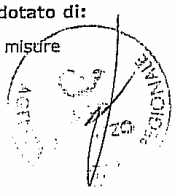
REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	La U.O. di Riabilitazione Intensiva è collocata all'interno di un presidio ospedaliero plurispecialistico o di un presidio ospedaliero di riabilitazione	Si	No
	Area destinata alla degenza		
2	E' presente un' area attrezzata per colloquio ed addestramento familiari (possono eccezionalmente essere rispettivamente sostituite dalla sala riunioni di utilizzo del reparto o dalla medicheria) *Nota:* *nei presidi ospedalieri monospecialistici di riabilitazione post-acuzie è consentito che tali spazi siano presenti anche in comune, all'interno della struttura*	Si	No
3	E' presente un bagno assistito (almeno ogni 20 p.l.) oppure bagno autonomo attrezzato per la non autosufficienza completo di docce per disabili in ogni camera di degenza	Si	No
4	E' presente uno spazio/locale per il deposito attrezzature, commisurato alle specifiche necessità del reparto (carrozzine, deambulatori, etc.) *Nota:*	Si	No

nei presidi ospedalieri monospecialistici di riabilitazione post-acuzie è consentito che tali spazi siano presenti anche in comune, all'interno della struttura

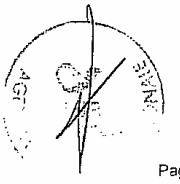
5	E' presente uno spazio attrezzato per la consumazione dei pasti, soggiorno e tempo libero (requisito obbligatorio per le nuove strutture) *Nota:* *nei presidi ospedalieri monospecialistici di riabilitazione post-acuzie è consentito che tali spazi siano presenti anche in comune, all'interno della struttura*	Si	No
6	Le dimensioni dei locali di degenza sono tali da permettere l'accesso agevole al letto mediante barella, carrozzina, deambulatore o sollevatore	Si	No
7	Sono presenti sistemi di chiamata adatti alle diverse tipologie di disabilità	Si	No
8	I tavoli hanno un'altezza tale da consentire l'inserimento della carrozzina	Si	No
9	E' presente un impianto di condizionamento con sistemi di trattamento dell'aria, tale da far si che la temperatura nelle camere di degenza non si discosti dai seguenti valori: Temperatura invernale (18°C/22°C) - Temperatura estiva (20°C/25°C)	Si	No
10	E' presente un impianto telefonico e trasmissione dati al letto del paziente per gli utenti che non fossero in grado di deambulare	Si	No
	Area destinata alla valutazione		
11	E' presente un'area complessiva (ambulatori generali e per valutazioni specifiche) non inferiore a mq 36 e comunque collocata all'interno della struttura	Si	No
	Area destinata all'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione		
12	La superficie complessiva è pari almeno a mq 100, di cui almeno mq 45 da destinare ad ambiente palestra per l'esercizio terapeutico contemporaneo di 6 pazienti; per le strutture esistenti la superficie complessiva non deve comunque essere inferiore a mq 90. Per ogni paziente contemporaneo in più la superficie della palestra dovrà presentare un incremento di mq 5	Si	No
13	Nelle strutture già esistenti l'area per le attività specifiche di gruppo è pari almeno a mq 36	Si	No
14	E' presente un ambiente/spazio per il coordinamento dei terapisti e lo svolgimento delle funzioni connesse, preferibilmente nelle vicinanze della palestra	Si	No
15	Sono presenti servizi igienici distinti per personale e utenti	Si	No
16	E' presente un deposito per materiale sporco	Si	No
17	E' presente un locale/spazio per materiale pulito	Si	No
	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
	Area destinata alla degenza		
18	Sono presenti letti di degenza elettrici a tre segmenti regolabili anche in altezza	Si	No
19	E' presente un impianto telefonico per utenti, di cui almeno uno utilizzabile anche dalle diverse tipologie di disabili presi in carico	Si	No
20	E' presente 1 sollevatore pazienti elettrico con diverse tipologie di imbragature	Si	No
21	E' presente sistema pesapersone	Si	No

22	Sono presenti materassini e cuscini antidecubito di diversa tipologia	Si	No
23	E' presente una dotazione di carrozzine (di cui due elettriche) di tipologia e qualità adeguate alle tipologie delle patologie trattate, al numero di posti letto e complete di accessori	Si	No
24	E' presente un impianto di condizionamento, con sistemi di trattamento dell'aria, tale da far sì che la temperatura nelle camere di degenza non si discosti dai seguenti valori: Temperatura invernale (18°C/22°C) - Temperatura estiva (20°C/25°C)	Si	No
25	E' presente un impianto telefonico e trasmissione dati al letto del paziente per gli utenti che non fossero in grado di deambulare	Si	No
	Area destinata alla valutazione		
26	Sono presenti attrezzature per la valutazione e l'oggettivazione del dato relativamente alle varie tipologie delle disabilità e delle menomazioni prese in carico	Si	No
27	Sono presenti criteri di valutazione (indicatori) per la valutazione degli esiti	Si	No
28	**Attrezzature per il trattamento:**		
	a) Sono presenti lettini per rieducazione motoria ad altezza variabile (cm 100 minimi x 200 x 44/85h) di cui almeno uno elettrico	Si	No
	b) sono presenti letti di grandi dimensioni per rieducazione motoria ad altezza variabile (cm 200 x 200 x 44/85h) (Bobath) di cui almeno uno elettrico	Si	No
	c) sono presenti letti di verticalizzazione ad altezza ed inclinazione variabile di cui almeno uno elettrico	Si	No
	d) è presente un sollevatore elettrico con diverse tipologie di imbragatura (fasce, amaca standard ed amaca con poggiatesta) in grado di sollevare il paziente dal piano-pavimento	Si	No
	e) Sono presenti standing elettrici ad altezza variabile	Si	No
	f) Sono presenti dispositivi per BFB (BioFeedBack) di cui almeno uno destinato alla riabilitazione del pavimento pelvico	Si	No
	g) Sono presenti presidi e ausili per la deambulazione e la mobilità del paziente	Si	No
	h) Sono presenti attrezzature per l'area destinata alla socializzazione in modo da garantire un confortevole utilizzo del tempo libero	Si	No
	i) E' presente almeno un'attrezzatura per gli esercizi isocinetici	Si	No
	l) Sono presenti apparecchi di elettrostimolazione funzionale (FES)	Si	No
	m) sono presenti apparecchi di fisioterapia (Laser, Magnetoterapia, Ultrasuoni, Correnti antalgiche (TENS, Diadinamica), Crioterapia, Pressoterapia)	Si	No
	n) E' presente un tavolo per attività di ergoterapia	Si	No
	o) Sono presenti mobilizzatori attivi e passivi per arti superiori ed inferiori	Si	No
	p) Sono presenti tappeti rotanti a velocità modulabile di cui almeno uno con supporto ascellare	Si	No
	q) broncoaspiratori	Si	No
	r) ecodoppler portatile in caso di terapia riabilitativa vascolare	Si	No
	s) uroscanner o ecografo (in caso di terapia vescico-sfinterica)	Si	No
	t) saturimetro	Si	No
	u) elettrocardiografo	Si	No
	v) kit per la gestione delle cannule tracheostomiche	Si	No
	z) kit per la gestione della PEG e SNG	Si	No
29	**E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:**		
	a) pallone (adulto/pediatrico) autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No



	b) cannule orofaringee di varie misure	Si	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Si	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Si	No
	e) materiale per medicazione	Si	No
	f) farmaci salvavita	Si	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Si	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
30	Sono presenti e vengono rispettati protocolli/procedure condivisi con le strutture invianti in riferimento all'appropriatezza dei ricoveri	Si	No
31	Sono presenti terapisti della riabilitazione in numero sufficiente rispetto alle attività espletate	Si	No
32	**E' presente un team interprofessionale composto almeno da:**		
	a) medico fisiatra	Si	No
	b) altro specialista in rapporto alle caratteristiche dell'U.O. (neurologo, cardiologo etc.)	Si	No
	c) infermiere	Si	No
	d) fisioterapista	Si	No
	e) operatore socio sanitario/OTA	Si	No
	f) psicologo	Si	No
33	Nelle U.O. che prendono in carico pazienti affetti da disabilità e menomazioni secondarie a patologie neurologiche cerebrali, è presente anche il logopedista	Si	No
34	E' garantita l'attività di terapia occupazionale con aree specifiche dedicate alla simulazione degli ambienti di vita e di lavoro	Si	No
35	**Il team interprofessionale svolge le seguenti funzioni:**		
	a) valutazione	Si	No
	b) elaborazione e stesura del progetto riabilitativo	Si	No
	c) elaborazione e stesura dei programmi riabilitativi	Si	No
	d) erogazione del trattamento riabilitativo	Si	No
	e) educazione e training	Si	No
	f) mantenere rapporti funzionali con servizi di supporto in ragione alle necessità del paziente	Si	No
	g) partecipazione attiva alle riunioni del team	Si	No
	h) pianificazione della dimissione	Si	No
	i) educazione ed assistenza agli utenti nella gestione delle risorse disponibili nel lungo periodo	Si	No
36	E' presente, adottato e monitorizzato un protocollo/linea guida per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito	Si	No
37	**L'U.O. di Medicina Fisica e Riabilitazione prevede momenti di formazione ed educazione nei confronti di:**		
	a) utenti	Si	No
	b) familiari	Si	No
	c) operatori dei servizi sociali	Si	No
38	Esistono procedure che facilitino il contatto del paziente con i propri familiari	Si	No
39	Esistono procedure di attivazione dei servizi sociali	Si	No

40	**La cartella clinica è stata strutturata tenendo conto delle indicazioni nazionali e regionali e contiene quale set minimo di dati:**		
	a) l'individuazione e la valutazione dello spettro di menomazioni e di disabilità e del relativo gradiente di modificabilità	Si	No
	b) gli obiettivi individuati e i risultati attesi	Si	No
	c) l'individuazione degli strumenti terapeutici più idonei (progetto/programma riabilitativo)	Si	No
	d) gli obiettivi e i risultati raggiunti	Si	No
41	La presa in carico viene realizzata attraverso la predisposizione di un progetto e uno o più programmi riabilitativi individuali (secondo quanto previsto dalle Linee Guida Nazionali del 7/5/98 G.U.124/98), documentati nella cartella clinica, alla cui redazione collaborano i componenti del team interprofessionale ciascuno per le proprie competenze	Si	No
42	E' prevista la misurazione dei miglioramenti dei pazienti e quindi del raggiungimento degli obiettivi funzionali, attraverso l'utilizzo di scale di valutazione validate e/o riconosciute dalle società scientifiche di riferimento	Si	No
43	Ai fini di una confrontabilità dei risultati viene usata una scala di valutazione per il monitoraggio del recupero funzionale che permetta un confronto nazionale, comunitario e/o internazionale	Si	No
44	Per ogni utente alla dimissione viene redatta una relazione scritta secondo procedure definite e condivise per la funzione di dimissione	Si	No
45	E' redatto un programma di follow up, condiviso con strutture riabilitative territoriali e comunicato al MMG e PLS	Si	No
	PERSONALE		
46	La dotazione di personale tecnico - assistenziale deve essere adeguata a garantire la realizzazione del progetto individuale e del progetto riabilitativo di struttura, secondo quanto previsto dalla definizione di riabilitazione intensiva (es.: terapista occupazionale e logopedista)	Si	No
47	Per garantire i livelli minimi di sicurezza, sono presenti nell'U.O. (commisurato ad un numero orientativo di 20 p.l.) almeno due operatori (infermieri/OSS/OTA) h 24, 7 giorni su 7	Si	No
48	La presenza del fisiatra o altra specializzazione in rapporto alle caratteristiche viene garantita nelle ore diurne dei giorni feriali per almeno 9 ore. Per le restanti ore è garantita la guardia/pronta disponibilità medica, anche condivisa con altre U.O., secondo modalità da definirsi a livello aziendale	Si	No
49	E' garantito il servizio di assistenza sociale	Si	No



3.16 UNITA' GRAVI CEREBROLESIONI ACQUISITE - RIABILITAZIONE ASSISTENZA INTENSIVA

E' un'unità deputata ad accogliere pazienti in coma (di origine traumatica e non) il più precocemente possibile da UU.OO. Ospedaliere specialistiche per acuti (Rianimazione, Neurochirurgia, Neurologia) privi di autonomia di alcuni funzioni vitali (es.assistenza respiratoria, tracheostomizzati e in nutrizione parenterale totale). In questa unità i pazienti sono sottoposti ad una stimolazione di tipo neuro-psico-sensoriale

Le Unità Operative UGCA-RAI sono dirette all'assistenza e al recupero funzionale indifferibile di:

1) menomazioni e disabilità recuperabili di natura e gravità tali da rendere necessaria una tutela medica ed interventi di nursing ad elevata specificità nonché interventi valutativi e terapeutici intensivi non erogabili in altra forma;
2) menomazioni e disabilità complesse in grado di avvalersi di competenza medica specialistica fisiatrica e di programmi di riabilitazione intensiva e/o richiedano la possibilità di interazioni con altre discipline specialistiche;
3) disabilità tale da non poter essere trattata con modalità alternative al ricovero.

AREE DI ATTIVITÀ dell'UGCA-RAI

- valutazione delle diverse tipologie di menomazioni e disabilità
- rieducazione delle menomazioni motorie
- rieducazione funzionale delle disabilità motorie
- rieducazione respiratoria
- rieducazione vescico-sfinterica
- rieducazione gastroenterologica
- rieducazione vascolare
- terapia fisica strumentale
- assistenza psicologica di supporto ai familiari
- attività protesica ed ortesica
- gestione delle problematiche internistiche
- educazione ed addestramento del disabile e dei sui familiari
- assistenza sociale
- stimolazione neuro-psico-sensoriale

codice paragrafo
UGCA-RAI

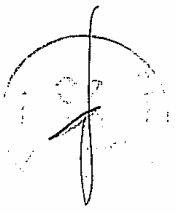
REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	La U.G.C.A.-R.A.I. è collocata all'interno di un presidio ospedaliero plurispecialistico o di un presidio ospedaliero monospecialistico di riabilitazione collegato funzionalmente con le strutture ospedaliere (Rianimazione, Neurochirurgia, Neurologia) per acuti	Si	No
2	L'U.G.C.A.-R.A.I. è disposta su un unico piano separata da U.O. contigue	Si	No
	AREA COMUNE		
3	E' presente un locale attrezzato per la consumazione dei pasti e soggiorno per gli accompagnatori adeguato al numero dei pazienti	Si	No
4	E' presente un locale di lavoro infermieri (anche ai fini della preparazione delle terapie infusionali)	Si	No
6	E' presente un locale per il deposito delle attrezzature commisurato alle specifiche necessità del reparto (carrozzine, deambulatori, etc) *Nota:* *nei presidi ospedalieri monospecialistici di riabilitazione post-acuzie è consentito che tali spazi siano presenti anche in comune, all'interno della struttura*	Si	No
7	E' presente un'area per colloquio ed addestramento familiari *Nota:* *nei presidi ospedalieri monospecialistici di riabilitazione post-acuzie è consentito che tali spazi siano presenti anche in comune, all'interno della struttura*	Si	No

9	E' presente un locale per il medico di guardia (eventualmente anche in comune con altri reparti di degenza della struttura)	Si	No
10	E' presente un deposito per materiale sporco	Si	No
11	E' presente un locale/spazio per materiale pulito	Si	No
	AREA DI DEGENZA		
12	**Camere di degenza:**		
	a) camera a un posto letto superficie utile minima adeguata di mq 12	Si	No
	b) camera a due posti letto superficie utile minima adeguata di mq 18	Si	No
	c) nei presidi ospedalieri monospecialistici di riabilitazione il 50% dei posti letto devono essere organizzati in Open Space suddiviso in Box	Si	No
13	L'area di degenza, in caso di minori, è attrezzata in modo da accogliere un accompagnatore	Si	No
14	L'area di degenza è attrezzata per accogliere i familiari dei pazienti per più ore nella giornata	Si	No
15	E' presente un bagno assistito per la non autosufficienza dotato di vasca per immersione totale del paziente in posizione supina in numero di almeno uno ogni otto posti letto	Si	No
16	Le dimensioni dei locali di degenza sono tali da consentire agevoli manovre assistenziali sui quattro lati e l'accesso agevole al letto mediante barella, carrozzina, deambulatore o sollevatore ed il passaggio di attrezzature (ad es. apparecchio per Rx e letto)	Si	No
	Area destinata alla valutazione		
17	E' presente un'area complessiva (ambulatori generali e per valutazioni specifiche) non inferiore a mq 40 e comunque collocata all'interno della struttura	Si	No
18	E' presente un locale destinato al trattamento e valutazione dei pazienti con gravi disordini della responsività ubicato in modo tale da poter avere rapida disponibilità di assistenza delle funzioni vitali di base	Si	No
	Area destinata all'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione		
19	La superficie complessiva è pari almeno a mq 100, di cui almeno mq 45 da destinare ad ambiente palestra	Si	No
20	**E' auspicabile la presenza di una vasca idroterapica opportunamente attrezzata con annesso spogliatoio e servizi dotata di: (requisito facoltativo)**		
	a) sollevatore per trasferimento in acqua	Si	No
	b) attrezzature per l'attività specifica idroterapica (braccioli tavolette)	Si	No
21	Sono presenti aree per attività individuali (motorie, respiratorie, cardiocircolatorie, terapia fisica e strumentale, manipolazioni, etc) di superficie minima di mq 15	Si	No
22	E' presente un ambiente/spazio per il coordinamento dei terapisti e lo svolgimento delle funzioni connesse, preferibilmente nelle vicinanze della palestra	Si	No
23	Sono presenti servizi igienici distinti per personale e utenti	Si	No

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

Microclima



24	E' presente un impianto di condizionamento, con sistemi di trattamento dell'aria, tale da far sì che la temperatura nelle camere di degenza non si discosti dai seguenti valori: Temperatura invernale (18°C/22°C) - Temperatura estiva (20°C/25°C)	Sì	No
	Area destinata alla degenza		
25	**Tutti i posti letto sono dotati di:**		
	I) letto elettrico tecnico poliarticolato a tre segmenti regolabili anche in altezza, con spondine e relativi "trapezi" ed archetti alzacoperte, mobile, accessibile a 360°, di cui almeno 2 a verticalizzazione a 90° destinati ai pazienti recentemente trasferiti dalle unità di cura intensive	Sì	No
	II) monitoraggio intensivo delle funzioni vitali e predisposti per l'eventuale ventilazione meccanica destinati a pazienti recentemente trasferiti dalle unità di cura intensive o per situazioni di possibile aggravamento	Sì	No
	III) trave testaletto dotata di :		
	a) bocchette per erogazione di gas medicali con ossigeno, vuoto e aria compressa	Sì	No
	Nota: *la presa di aria compressa è obbligatoria laddove non si utilizzino ventilatori con presa aria ambiente*		
	b) adeguato numero di prese elettriche collegate al generatore di emergenza del presidio	Sì	No
	c) sistemi per la rilevazione ed il monitoraggio dei parametri vitali del paziente, con lettura al posto letto e centralizzata	Sì	No
	d) una presa a norma per apparecchi RX portatili (anche a parete)	Sì	No
	e) prese di terra equipotenziali	Sì	No
	f) barra porta strumenti con lampada a braccio orientabile	Sì	No
26	Sono presenti materassi e cuscini antidecubito di differente tipologia	Sì	No
27	E' presente sistema di chiamata	Sì	No
28	Sono presenti sistemi di broncoaspirazione fissi e almeno 2 mobili	Sì	No
29	Presenza di ventilatori polmonari dotati di diversificate modalità di ventilazione sia per la ventilazione assistita che per il divezzamento e di idonei allarmi (es. allarme per deconnessione paziente) per almeno il 50 % dei posti letto	Sì	No
30	Sono presenti tavoli di altezza tale da consentire il loro l'utilizzo da parte dei pazienti in carrozzina	Sì	No
31	Sono presenti comodini bidirezionali per disabili	Sì	No
32	Sono presenti pompe per infusione farmaci e nutrizione clinica parenterale	Sì	No
33	Sono presenti pompe per nutrizione clinica enterale	Sì	No
34	Sono presenti nebulizzatori in numero adeguato al numero di posti letto	Sì	No
35	Sono presenti almeno due apparecchi per saturimetria transcutanea	Sì	No
36	E' presente apparecchio per emogasanalisi (disponibile all'interno della struttura)	Sì	No
37	E' presente un sistema pesapersone per disabili	Sì	No
38	E' presente un impianto telefonico per gli accompagnatori	Sì	No
39			

40	Sono presenti almeno sollevatori elettrici per pazienti con diverse tipologie di imbragature, di cui almeno uno con possibilità di raccolta e deposizione del paziente a livello del pavimento, in numero pari ad almeno il 25 % dei posti letto	Si	No
	E' presente il carrello per la gestione dell'emergenza (di cui è controllata periodicamente la funzionalità) con:		
	a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure	Si	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Si	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Si	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Si	No
	e) materiale per medicazione	Si	No
	f) farmaci (adrenalina, atropina, dopamina, lidocaina, naloxone, furosemide, glucosio al 33%, metilprednisolone, soluzione fisiologica e glucosata, bicarbonato di sodio)	Si	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Si	No
41	E' presente un carrello per la gestione della terapia opportunamente attrezzato	Si	No
42	E' presente un carrello per la gestione delle medicazioni con l'occorrente materiale chirurgico	Si	No
43	E' presente una dotazione di carrozzine (di cui almeno il 30 % ad alta stabilità) di tipologia e qualità adeguate alle tipologie delle patologie trattate e al numero di posti letto	Si	No
44	Sono presenti attrezzature per la movimentazione sicura del paziente negli spazi di degenza ed il trasporto nelle palestre di riabilitazione	Si	No
45	Sono presenti almeno due barelle per autonomia funzionale, ad altezza regolabile	Si	No
45	Sono presenti sistemi di postura, compreso sostegno arti superiori	Si	No
	Area destinata alla valutazione		
46	E' presente un elettrocardiografo	Si	No
47	E' presente dispositivo per acquisizione immagini (telecamera, videoregistratore, monitor, macchina fotografica)	Si	No
48	E' presente kit per la gestione delle cannule tracheostomiche	Si	No
49	E' presente kit per la gestione della PEG e SNG	Si	No
50	E' presente un ecografo (disponibile all'interno della struttura)	Si	No
51	E' presente un apparecchio per videofluoroscopia (disponibile all'interno della struttura)	Si	No
52	E' presente un sistema di monitoraggio pressorio (disponibile all'interno della struttura)	Si	No
53	E' presente un sistema di valutazione urodinamica (disponibile all'interno della struttura)	Si	No
54	Sono presenti attrezzature per la valutazione e l'oggettivazione del dato relativamente alle varie tipologie delle disabilità e delle menomazioni prese in carico	Si	No
55	E' presente apparecchiatura per la stimolazione neuro-psico-sensoriale	Si	No
	E' presente sistema per il trattamento delle paraosteoartropatie neurologiche (PDAN) ad onde d'urto	Si	No
56	**Attrezzature per le aree di soggiorno accompagnatore:**		

a) tavoli Si No
b) sedie Si No
c) poltroncine Si No
d) 1 televisore con telecomando Si No

57 **Attrezzature per le aree di generali di supporto:**
a) attrezzature varie per le funzioni di segreteria, archivio, etc Si No
b) 1 lavagna luminosa Si No
c) 1 proiettore per computer Si No
d) televisore Si No
e) videoregistratore Si No

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

L'Unità per le Gravi Cerebrolesioni Acquisite-Riabilitazione Assistenza Intensiva, inserita in un presidio monospecialistico di riabilitazione, deve essere in collegamento funzionale con un DEA di I° e II° livello dove siano presenti le seguenti aree specialistiche: rianimazione e terapia intensiva, neurochirurgia, medicina riabilitativa, neurologia (disponibilità), otorinolaringoiatria (disponibilità), endocrinologia (disponibilità), psichiatria (disponibilità), chirurgia maxillofacciale, ortopedia e traumatologia

58 **Sono presenti e vengono rispettati protocolli/procedure condivisi con le UU.OO. per acuti delle strutture ospedaliere (Terapia Intensiva-Rianimazione, Neurochirurgia, Ortopedia) con particolare riguardo a:**
a) flussi informativi relativi all'ingresso del paziente Si No
b) trattamento delle eventuali problematiche ortopediche Si No
c) trattamento farmacologico Si No
d) trattamento delle lesioni da decubito Si No
e) controllo delle infezioni ospedaliere Si No
f) nutrizione clinica Si No
g) tecniche di neurochirurgia Si No

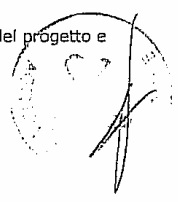
59 Sono presenti e vengono rispettati protocolli/procedure di raccordo funzionale con altre strutture per pazienti con gravi cerebrolesioni (USAP e UGCA) Si No

60 **Il team interprofessionale svolge le seguenti funzioni:**
a) valutazione, Si No
b) elaborazione e stesura del progetto clinico-assistenziale Si No
c) elaborazione e stesura del programma nutrizionale Si No
d) erogazione del trattamento riabilitativo Si No
e) educazione e nursing dei familiari Si No
f) mantenere rapporti funzionali con servizi di supporto in ragione alle necessità del paziente Si No
g) partecipazione attiva alle riunioni del team Si No
h) pianificazione della dimissione/trasferimento in altre strutture Si No
i) educazione ed assistenza agli utenti nella gestione delle risorse disponibili nel lungo periodo Si No

61 **L'U.G.C.A.-R.A.I., se necessario, provvede inoltre ad assicurare:**
a) avvio delle pratiche riguardanti l'invalidità e la fornitura degli ausili Si No
b) ricerca di organizzazioni nel territorio di residenza del paziente in grado di garantire una buona rete sociale Si No
c) contatti con i servizi sociali o socio-sanitari utili nel singolo caso Si No

Il processo assistenziale

62	Esistono procedure specifiche di accesso del paziente condivise con le UU.OO.per acuti delle strutture ospedaliere (Terapia Intensiva-Rianimazione, Neurochirurgia)	Si	No
63	Esistono procedure specifiche per il trasferimento del paziente condivise con le UU.OO. Di UGCA, U.S., Riabilitazione Intensiva Ospedaliera, USAP	Si	No
64	**La valutazione iniziale del paziente include almeno:**		
	a) diagnosi della patologia e/o delle condizioni cliniche	Si	No
	b) valutazione dei potenziali benefici attesi dall'intervento di stimolazione neuro-psico-sensoriale	Si	No
65	La presa in carico si realizza attraverso la predisposizione di un Progetto clinico-assistenziale individuale documentato nella cartella clinica, alla cui redazione collaborano i componenti del team interprofessionale ciascuno per le proprie competenze	Si	No
66	**Sono presenti protocolli/linee guida relativi a :**		
	a) prevenzione delle complicanze della terapia chirurgica del cranio	Si	No
	b) trattamento del dolore acuto e cronico nel paziente cranioleso	Si	No
	c) prevenzione delle complicanze infettive e tromboemboliche	Si	No
	d) trattamento della spasticità	Si	No
	f) aspetti legati all'area psicologica e sociale	Si	No
	g) gestione del catetere venoso centrale	Si	No
	h) gestione della PEG - SNG	Si	No
	i) gestione dei tubi/cannule per tracheostomia	Si	No
	l) prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione	Si	No
	m) stimolazione neuro-psico-sensoriale	Si	No
67	**Il Nursing infermieristico dedicato nell'arco delle 24 ore comprende:**		
	a) gestione infermieristica delle problematiche internistiche generali	Si	No
	b) gestione dei programmi di nutrizione clinica parenterale ed enterale	Si	No
	c) gestione delle tracheostomie e collaborazione ai programmi di rieducazione respiratoria	Si	No
	d) prevenzione, valutazione, gestione delle lesioni da pressione;	Si	No
	e) collaborazione ai programmi di rieducazione sfinterica e alla alimentazione per os	Si	No
	f) collaborazione ai programmi di prevenzione delle complicanze da immobilità	Si	No
	g) collaborazione ai programmi di informazione/educazione del paziente e dei familiari	Si	No
	h) gestione del catetere venoso centrale	Si	No
	i) gestione della gastrostomia	Si	No
68	**Gli interventi educativi e formativi sono documentati e comprendono:**		
	a) colloqui informativi periodici con i familiari	Si	No
	b) coinvolgimento dei familiari nella elaborazione e aggiornamento del progetto e programma di stimolazione neuro-psico-sensoriale	Si	No

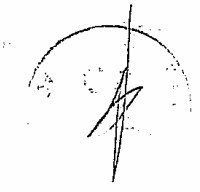


	c) addestramento dei familiari alla gestione dei problemi disabilitanti e all'uso dei presidi medici	Si	No
	d) informazione e consulenza al medico di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS) ed altri operatori sanitari che saranno coinvolti nella gestione del paziente alla dimissione	Si	No
	l) addestramento al reinserimento familiare e sociale del soggetto cranioleso	Si	No
	l) programma di sostegno volto alla promozione e alla definizione di percorsi formazione professionale del personale	Si	No
68	Sono presenti procedure che facilitino il contatto del paziente con i propri familiari	Si	No
69	Sono presenti procedure di attivazione dei servizi sociali	Si	No
70	**La cartella clinica è stata strutturata tenendo conto delle indicazioni nazionali e regionali e contiene quale set minimo di dati:**		
	a) l'individuazione e la valutazione dello stato di coscienza e dello spettro di menomazioni e di disabilità e del relativo gradiente di modificabilità	Si	No
	b) gli obiettivi individuati e i risultati attesi	Si	No
	c) l'individuazione degli strumenti terapeutici più idonei (progetto/programma riabilitativo e di stimolazione neuro-psico-sensoriale)	Si	No
	d) gli obiettivi e i risultati raggiunti	Si	No
71	E' prevista la valutazione dei miglioramenti dei pazienti e quindi il raggiungimento degli obiettivi terapeutici funzionali, attraverso l'utilizzo di scale di valutazione validate e/o riconosciute dalle società scientifiche di riferimento	Si	No
72	Ai fini di una confrontabilità dei risultati viene usata una scala di valutazione per il monitoraggio del recupero funzionale che permetta un confronto nazionale, comunitario e/o internazionale	Si	No
73	Per ogni utente alla dimissione viene redatta una relazione scritta secondo procedure definite e condivise per la funzione di dimissione	Si	No
74	E' redatto un programma di follow up, condiviso con le altre strutture riabilitative territoriali e comunicato ai MMG o PLS	Si	No
75	**Per ogni paziente alla dimissione deve essere redatta una relazione scritta che includa:**		
	a) una chiara e completa descrizione delle attività svolte e indirizzate ad un medico o ad una struttura che riceverà in carico il paziente	Si	No
	b) specifiche raccomandazioni per tutte le diverse tipologie di operatori che potranno interagire successivamente con l'utente	Si	No
	c) indicazioni di supporto alla famiglia	Si	No
76	**Sono rilevati e analizzati, almeno su base annua, i seguenti indicatori:**		
	a) numero assoluto e percentuale di trasferimenti non programmati in altre UU.OO. (appropriatezza)	Si	No
	b) numero assoluto e percentuale di pazienti che raggiungono gli obiettivi previsti alla dimissione (efficacia)	Si	No
	d) numero assoluto e percentuale di pazienti deceduti (appropriatezza/efficacia)	Si	No
	e) incremento del FIM o Barthel Index o altre scale di valutazione validate a livello internazionale, tra ingresso e dimissione, rilevato sui pazienti trattati	Si	No

PERSONALE

I pazienti di questa unità necessitano di un'assistenza media globale superiore a 400 minuti per paziente Il rapporto operatori/posti letto è uguale a 2/1

77	**E' presente un team interprofessionale composto almeno da:**		
	a) infermiere	Si	No
	b) operatore socio sanitario/OTA	Si	No
	c) psicologo (garantita la funzione)	Si	No
78	Sono presenti terapisti della riabilitazione (fisioterapisti) in numero sufficiente rispetto alle attività espletate	Si	No
79	**E' garantita la presenza delle seguenti figure professionali:**		
	a) Neurologo	Si	No
	b) Fisiatra	Si	No
	c) Internista	Si	No
	d) Anestesista-rianimatore	Si	No
	e) Cardiologo (funzione)	Si	No
	f) Urologo (funzione)	Si	No
	g) Neurochirurgo (funzione)	Si	No
80	La dotazione di personale tecnico - assistenziale deve essere adeguata a garantire la realizzazione del progetto individuale e del progetto riabilitativo di struttura, secondo quanto previsto dalla definizione di riabilitazione intensiva	Si	No
81	Per garantire i livelli minimi di sicurezza, sono presenti nell'U.O. (rapportata a 20 pp.ll.) almeno tre infermieri per i turni diurni e due per il turno di notturno 7 giorni su 7	Si	No
82	Nei turni diurni è necessaria la presenza di almeno un OSS/OTA	Si	No
83	La presenza del fisiatra (o altra specializzazione in rapporto alle condizioni dei pazienti) viene garantita nelle ore diurne dei giorni feriali per almeno 10 ore. Per le restanti ore è garantita la guardia del medico rianimatore, anche condivisa con le altre UU.OO. della struttura	Si	No
84	**I servizi di supporto necessari alla U.G.C.A.-R.A.I. sono i seguenti:**		
	a) laboratorio analisi, per la gamma degli esami di medicina internistica e microbiologia	Si	No
	b) radiologia convenzionale, comprensiva di ecografia, grande diagnostica neurologica per immagini (MNR funzionale - TAC)	Si	No
	c) neurofisiologia clinica, elettromiografia, potenziali evocati somatosensoriali e motori	Si	No
	d) urodinamica	Si	No
85	Sono presenti procedure/protocolli di collegamento funzionale con strutture dotate di PET	Si	No
86	**Devono inoltre essere disponibili consulenze/servizi secondo le specifiche necessità, in riferimento alle aree di attività; in particolare:**		
	a) gastroenterologia, alla quale poter ricorrere anche per servizi di endoscopia gastroenterologica	Si	No
	b) ORL	Si	No
	c) anestesiologia/terapia intensiva	Si	No
	d) Infettivologia	Si	No
	e) neurochirurgia	Si	No
	f) traumatologia	Si	No



	g) chirurgia plastica	Si	No
	h) andrologia/ginecologia	Si	No
	i) urologia	Si	No
	l) pneumologia	Si	No
	m) nutrizione clinica	Si	No
	n) supporto psicologico	Si	No
87	E' garantito il servizio di assistenza sociale	Si	No

3.17 UNITA' GRAVI CEREBROLESIONI ACQUISITE

E' un'unità per riabilitazione intensiva *per pazienti* con gravi cerebrolesioni acquisite, traumatiche e non (es. comi post-anossici, gravi emorragie secondarie a malformazioni vascolari) in grado di sostenere una riabilitazione intensiva altamente specialistica.I pazienti di questa Unità sono caratterizzati *nella loro* evoluzione clinica da un periodo di coma più o meno protratto e dal coesistere di gravi *menomazioni fisiche* cognitive e comportamentali che possono determinare *disabilità multiple e complesse e che necessitano di interventi valutativi e/o* terapeutici non erogabili in altre strutture di riabilitazione intensiva.

L'accesso è riservato a pazienti entro 60 giorni dall'evento acuto o dal risveglio, comunque provenienti da UU.OO. Ospedaliere specialistiche per acuti (neurologia, neurochirurgia, terapia intensiva, ortopedia)

L'Unità per le Gravi Cerebrolesioni Acquisite deve essere inserita in un presidio sede di DEA di II° livello dove siano presenti *le seguenti* aree specialistiche: rianimazione e terapia intensiva, neurochirurgia, medicina riabilitativa, neurologia (disponibilità), otorinolaringoiatria (disponibilità), endocrinologia (disponibilità), psichiatria (disponibilità), chirurgia maxillofacciale, ortopedia e traumatologia o in un presidio ospedaliero monospecialistico di riabilitazione post-acuzie

AREE DI ATTIVITÀ dell'UGCA

- *valutazione delle diverse tipologie di menomazioni e disabilità*
- rieducazione delle menomazioni motorie
- rieducazione funzionale delle disabilità motorie
- rieducazione respiratoria
- *rieducazione vescico-sfinterica*
- *rieducazione gastroenterologica*
- rieducazione vascolare
- terapia fisica strumentale
- rieducazione delle turbe afasiche del linguaggio
- rieducazione delle principali turbe neuropsicologiche
- rieducazione dei disordini comportamentali
- rieducazione dei disordini visuo-percettivi
- *assistenza psicologica;*
- *attività protesica ed ortesica*
- terapia occupazionale
- gestione delle problematiche *internistiche*
- educazione ed addestramento del disabile e dei sui familiari

codice paragrafo
UGCA

Oltre ai requisiti previsti dalla normativa vigente per l'area di degenza sono richiesti i seguenti requisiti aggiuntivi:

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	La U.G.C.A. è collocata *all'interno di un presidio ospedaliero plurispecialistico* o di un presidio ospedaliero monospecialistico di riabilitazione	Si	No
2	L'U.G.C.A. è disposta su un unico piano, separata da U.O. contigue	Si	No

AREA COMUNE

3	E' presente un locale/spazio attrezzato per la consumazione dei pasti, soggiorno e tempo libero di superficie non inferiore a mq 3 per paziente *Nota:* *nei presidi ospedalieri monospecialistici di riabilitazione post-acuzie è consentito che tali spazi siano presenti anche in comune, all'interno della struttura*	Sì	No
4	E' presente un locale di lavoro infermieri anche ai fini della preparazione delle terapie infusionali	Sì	No
5	E' presente uno locale/spazio per il deposito delle attrezzature commisurato alle specifiche necessità del reparto (carrozzine, deambulatori, etc) *Nota:* *nei presidi ospedalieri monospecialistici di riabilitazione post-acuzie è consentito che tali spazi siano presenti anche in comune, all'interno della struttura*	Sì	No
6	E' presente uno locale/spazio per colloquio ed addestramento familiari *Nota:* *nei presidi ospedalieri monospecialistici di riabilitazione post-acuzie è consentito che tali spazi siano presenti anche in comune, all'interno della struttura*	Sì	No
7	E' presente un locale per il medico di guardia (anche in comune con altri reparti di degenza)	Sì	No
8	E' presente un deposito per materiale sporco	Sì	No
9	E' presente un locale/spazio per materiale pulito	Sì	No
	AREA DI DEGENZA		
10	**Camere di degenza:**		
	a) camera a un posto letto superficie utile minima adeguata di mq 12	Sì	No
	b) camera a due posti letto superficie utile minima adeguata di mq 18	Sì	No
11	L'area di degenza, in caso di minori, è attrezzata in modo da accogliere un accompagnatore	Sì	No
12	L'area di degenza è attrezzata per accogliere i familiari dei pazienti per più ore nella giornata	Sì	No
13	E' presente un bagno assistito per la non autosufficienza in ogni camera di degenza dotato di vasca per immersione totale del paziente in posizione supina (o in alternativa doccia per disabili)	Sì	No
14	Le dimensioni dei locali di degenza sono tali da da consentire agevoli manovre assistenziali sui quattro lati e l'accesso agevole al letto mediante barella, carrozzina, deambulatore o sollevatore ed il passaggio di attrezzature (ad es. apparecchio per Rx e letto)	Sì	No
	Area destinata alla valutazione		
15	E' presente un'area complessiva (ambulatori generali e per valutazioni specifiche) non inferiore a mq 40 e comunque collocata all'interno della struttura	Sì	No

16	E' presente un locale destinato al trattamento e valutazione dei pazienti con gravi disordini della responsività ubicato in modo tale da poter avere rapida disponibilità di assistenza delle funzioni vitali di base.	Si	No
	Area destinata all'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione		
17	La superficie complessiva è pari almeno a mq 100, di cui almeno mq 60 da destinare ad ambiente palestra	Si	No
18	**E' auspicabile la presenza di una vasca idroterapica opportunamente attrezzata con annesso spogliatoio e servizi dotata di: (requisito facoltativo)**		
	a) sollevatore per trasferimento in acqua	Si	No
	b) attrezzature per l'attività specifica idroterapica (braccioli tavolette)	Si	No
19	Sono presenti aree per attività individuali (motorie, respiratorie, cardiocircolatorie, terapia fisica e strumentale, manipolazioni, etc) di superficie minima di mq 10	Si	No
20	E' presente un ambiente/spazio per il coordinamento dei terapisti e lo svolgimento delle funzioni connesse, preferibilmente nelle vicinanze della palestra	Si	No
21	Sono presenti servizi igienici distinti per personale e utenti	Si	No
	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
	Microclima		
22	E' presente un impianto di condizionamento, con sistemi di trattamento dell'aria, tale da far si che la temperatura nelle camere di degenza non si discosti dai seguenti valori: Temperatura invernale (18°C/22°C) - Temperatura estiva (20°C/25°C)	Si	No
	Area destinata alla degenza		
23	Sono presenti letti di degenza elettrici a tre segmenti regolabili anche in altezza, con spondine e relativi "trapezi" ed archetti alzacoperte	Si	No
24	**Ogni posto letto è fornito di:**		
	a) una presa per ossigeno	Sì	No
	b) una presa per la corrente elettrica	Sì	No
	c) una presa vuoto	Sì	No
	d) un faretto orientabile	Sì	No
25	**Sono presenti almeno 2 posti letto dotati di:**		
	I) letto elettrico tecnico poliarticolato mobile, accessibile a 360°, verticalizzante a 90° destinato ai pazienti recentemente trasferiti dalle unità di cure intensive	Sì	No
	II) monitoraggio intensivo delle funzioni vitali e predisposti per l'eventuale ventilazione meccanica destinati a pazienti recentemente trasferiti dalle unità di cura intensive o per situazioni di possibile aggravamento	Sì	No
	III) trave testaletto dotata di :		
	a) bocchette per erogazione di gas medicali con ossigeno, vuoto e aria compressa	Sì	No

Nota:
la presa di aria compressa è obbligatoria laddove non si utilizzino ventilatori con presa aria ambiente

	b) adeguato numero di prese elettriche collegate al generatore di emergenza del presidio	Sì	No
	c) sistemi per la rilevazione ed il monitoraggio dei parametri vitali del paziente, con lettura al posto letto e centralizzata	Sì	No
	d) ventilatore polmonare dotato di diversificate modalità di ventilazione sia per la ventilazione assistita che per il divezzamento e di idonei allarmi (es. allarme per deconnessione paziente)	Sì	No
	e) una presa a norma per apparecchi Rx portatili (anche a parete)	Sì	No
	f) prese di terra equipotenziali	Sì	No
	g) barra porta strumenti con lampada a braccio	Sì	No

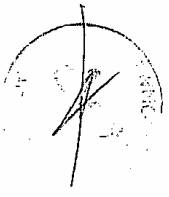
(*) *la presa di aria compressa è obbligatoria laddove non si utilizzino ventilatori con presa aria ambiente*

26	Sono presenti tavoli di altezza tale da consentire il loro utilizzo da parte dei pazienti in carrozzina	Sì	No
27	Sono presenti comodini bidirezionali per disabili	Sì	No
28	Sono presenti materassi e cuscini antidecubito di differente tipologia	Sì	No
29	Sono presenti sistemi di chiamata adatti alle diverse tipologie di disabilità	Sì	No
30	Sono presenti sistemi di broncoaspirazione fissi e almeno 2 mobili	Sì	No
31	Sono presenti pompe per infusione farmaci e nutrizione clinica parenterale	Sì	No
32	Sono presenti pompe per nutrizione clinica enterale	Sì	No
33	Sono presenti nebulizzatori in numero adeguato al numero di posti letto	Sì	No
34	Sono presenti almeno due apparecchi per saturimetria transcutanea	Sì	No
35	E' presente un sistema pesapersone per disabili	Sì	No
36	E' presente un impianto telefonico per utenti (anche di tipo cordless) , di cui almeno uno utilizzabile anche dalle diverse tipologie di disabili presi in carico	Sì	No
37	Sono presenti almeno sollevatori elettrici per pazienti con diverse tipologie di imbragature, di cui almeno uno con possibilità di raccolta e deposizione del paziente a livello del pavimento in numero pari al 25 % dei posti letto	Sì	No
38	**E' presente il carrello per la gestione dell'emergenza (di cui è controllata periodicamente la funzionalità) con:**		
	a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No

	f) farmaci (adrenalina, atropina, dopamina, lidocaina, naloxone, furosemide, glucosio al 33%, metilprednisolone, soluzione fisiologica e glucosata, bicarbonato di sodio)	Si	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Si	No
39	E' presente un carrello per la gestione della terapia opportunamente attrezzato	Si	No
40	E' presente un carrello per la gestione delle medicazioni con l'occorrente materiale chirurgico	Si	No
41	E' presente una dotazione di carrozzine (di cui almeno due elettriche e il 20% ad alta stabilità) di tipologia e qualità adeguate alle tipologie delle patologie trattate e al numero di posti letto	Si	No
42	Sono presenti attrezzature per la movimentazione sicura del paziente negli spazi di degenza ed il trasporto nelle palestre di riabilitazione	Si	No
43	Sono presenti almeno due barelle per autonomia funzionale, ad altezza regolabile	Si	No
44	Sono presenti sistemi di postura, compreso sostegno arti superiori	Si	No
	Area destinata alla valutazione		
45	E' presente un sistema di valutazione neurofisiopatologica (es.EMG, ENG, PESS, etc)	Si	No
46	E' presente un elettrocardiografo	Si	No
47	Sono presenti elettrogoniometri	Si	No
48	E' presente piattaforma di forza	Si	No
49	Sono presenti dispositivi per valutazioni dinamometriche (compresa isocinetica)	Si	No
50	Sono presenti sussidi manuali ed elettronici per la valutazione di abilità motorie	Si	No
51	Sono presenti cronometri	Si	No
52	E' presente dispositivo per acquisizione immagini (telecamera, videoregistratore, monitor, macchina fotografica)	Si	No
53	E' presente kit per la gestione delle cannule tracheostomiche	Si	No
54	E' presente kit per la gestione della PEG e SNG	Si	No
55	E' presente uno spirometro ed apparecchio per EGA (disponibile all'interno della struttura)	Si	No
56	E' presente un ecografo (disponibile all'interno della struttura)	Si	No
57	E' presente un apparecchio per videofluoroscopia (disponibile all'interno della struttura)	Si	No
58	E' presente un sistema di monitoraggio pressorio (disponibile all'interno della struttura)	Si	No

59	E' presente un sistema di valutazione urodinamica (disponibile all'interno della struttura)	Si	No
60	Sono presenti attrezzature per la valutazione e l'oggettivazione del dato relativamente alle varie tipologie delle disabilità e delle menomazioni prese in carico	Si	No
61	**Attrezzature per il trattamento:**		
	a) sono presenti lettini per rieducazione motoria a diversa altezza (cm 100 minimi x 200 x 44/85h), di cui almeno uno elettrico	Si	No
	b) sono presenti letti di grandi dimensioni (almeno 2) per rieducazione motoria ad altezza variabile (cm 200 x 200 x 44/85h) (Bobath) di cui almeno uno elettrico	Si	No
	c) sono presenti standing elettrici ad altezza variabile	Si	No
	d) sono presenti dinamometri di cui uno isocinetico (utilizzabile anche per la valutazione)	Si	No
	e) dispositivi per BioFeedBack elettrogoniometrico	Si	No
	f) dispositivi per BFB EMG	Si	No
	f) materassi per cinesiterapia a pavimento delle dimensioni minime di 100x200cm	Si	No
	g) parallele ad altezza variabile	Si	No
	h) specchi a muro per cinesiterapia (non quadrettati);	Si	No
	i) specchi per cinesiterapia montati su carrellino dotato di ruote piroettanti	Si	No
	l) scale modulare per rieducazione motoria	Si	No
	m) apparecchi vari per terapia fisica strumentale compresa SEF	Si	No
	n) deambulatori ad altezza regolabile tipo "walker";	Si	No
	o) deambulatori ad altezza regolabile tipo "rollator";	Si	No
	p) ausili vari per la deambulazione (bastoni, tripodi, etc.);	Si	No
	q) piani oscillanti e sussidi per la rieducazione propriocettiva	Si	No
	r) serie di sussidi per l'esercizio terapeutico manipolativo funzionale	Si	No
	s) serie di ausili per il rinforzo muscolare	Si	No
	t) spalliere svedesi	Si	No
	u) serie di bastoni per cinesiterapia	Si	No
	v) cuscini in gommapiuma a densità graduata e rivestiti in similpelle e di diverse dimensioni e forme	Si	No
	z) maxicilindro (cm 100x85 dim)	Si	No
	aa) cronometri	Si	No
	ab) tavolo ergoterapico ad altezza ed inclinazione variabile ad uno o più segmenti e a diverse forme	Si	No
	ac) sgabelli ad altezza regolabile e sedie	Si	No
	ad) carrelli portausili per cinesiterapia a più ripiani	Si	No
	ae) sussidi vari per l'addestramento alle Activity Day Living primarie in terapia occupazionale	Si	No
	af) è presente un sollevatore elettrico con diverse tipologie di imbragatura (fasce, amaca standard ed amaca con poggiatesta) in grado di sollevare il paziente dal piano-pavimento (anche con funzione di scorta)	Si	No
	ag) sono presenti attrezzature per l'area destinata alla socializzazione in modo da garantire un confortevole utilizzo del tempo libero	Si	No
	ah) Sono presenti apparecchi di elettrostimolazione funzionale (FES)	Si	No

	ai) sono presenti apparecchi di fisioterapia (Laser, Magnetoterapia, Ultrasuoni, Correnti antalgiche (TENS, Diadinamica), Crioterapia, Pressoterapia)	Si	No
	al) sono presenti presidi e ausili per la deambulazione e la mobilità del paziente	Si	No
62	E' presente sistema per il trattamento delle paraosteoartropatie neurologiche (POAN) ad onde d'urto	Si	No
63	**Attrezzature per le aree di socializzazione:**		
	a) Sono presenti attrezzature per l'area destinata alla socializzazione in modo da garantire un confortevole utilizzo del tempo libero	Si	No
	b) tavoli e sedie	Si	No
	c) poltroncine ergonomiche	Si	No
	d) 1 televisore con telecomando adattato	Si	No
64	**Attrezzature per le aree di generali di supporto:**		
	a) attrezzature varie per le funzioni di segreteria, archivio, etc	Si	No
	b) 1 lavagna luminosa	Si	No
	c) 1 proiettore per computer	Si	No
	d) televisore	Si	No
	e) videoregistratore	Si	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
65	**Sono presenti e vengono rispettati protocolli/procedure condivisi con le UU.OO. per acuti delle strutture ospedaliere (Terapia Intensiva-Rianimazione, Neurochirurgia, Ortopedia) con particolare riguardo a:**		
	a) flussi informativi relativi all'ingresso del paziente	Si	No
	b) tecniche di neurochirurgia	Si	No
	c) trattamento delle eventuali problematiche ortopediche	Si	No
	d) trattamento farmacologico	Si	No
	e) trattamento delle lesioni da decubito	Si	No
	f) controllo delle infezioni ospedaliere	Si	No
	g) nutrizione clinica	Si	No
66	**E' presente un team interprofessionale composto almeno da:**		
	a) medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione (fisiatra) con documentata esperienza nel settore	Si	No
	b) altro medico specialista in rapporto alle caratteristiche dell'U.O. (es. neurologo, urologo, pneumologo, etc)	Si	No
	c) infermiere	Si	No
	d) operatore socio sanitario/OTA	Si	No
	e) psicologo	Si	No
	f) assistente sociale (garantita la funzione)	Si	No
	g) logopedista (garantita la funzione)	Si	No
	h) terapista occupazionale	Si	No



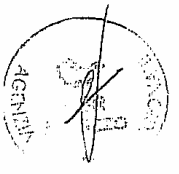
67	Sono presenti terapisti della riabilitazione (fisioterapisti) in numero sufficiente rispetto alle attività espletate	Si	No
68	E' garantita l'attività di terapia occupazionale in aree specifiche dedicate alla simulazione degli ambienti di vita e di lavoro	Si	No
69	**Il team interprofessionale svolge le seguenti funzioni:**		
	a) valutazione,	Si	No
	b) elaborazione e stesura del progetto riabilitativo	Si	No
	c) elaborazione e stesura dei programmi riabilitativi	Si	No
	d) erogazione del trattamento riabilitativo	Si	No
	e) educazione e training	Si	No
	f) mantenere rapporti funzionali con servizi di supporto in ragione alle necessità del paziente	Si	No
	g) partecipazione attiva alle riunioni del team	Si	No
	h) pianificazione della dimissione	Si	No
	i) educazione ed assistenza agli utenti nella gestione delle risorse disponibili nel lungo periodo	Si	No
70	**L'U.G.C.A., se necessario, provvede inoltre ad assicurare:**		
	a) avvio delle pratiche riguardanti l'invalidità e la fornitura degli ausili	Si	No
	b) un operativo rapporto con il servizio di assistenza domiciliare integrato (ADI)	Si	No
	c) ricerca di organizzazioni nel territorio di residenza del paziente in grado di garantire una buona rete sociale e di evitare l'isolamento	Si	No
	d) contatti con i servizi sociali o socio-sanitari utili nel singolo caso	Si	No
	Il processo assistenziale		
71	Esistono procedure specifiche di accesso del paziente condivise con le UU.OO.per acuti delle strutture ospedaliere (Terapia Intensiva-Rianimazione, Neurochirurgia, Ortopedia)	Si	No
72	Esistono procedure specifiche per il trasferimento del paziente condivise con le UU.OO. UGCA-RAI, U.S., Riabilitazione Intensiva Ospedaliera	Si	No
73	**La valutazione iniziale del paziente include almeno:**		
	a) diagnosi della patologia e/o delle condizioni che richiedono l'intervento riabilitativo	Si	No
	b) valutazione delle menomazioni	Si	No
	c) valutazione delle abilità residue e delle limitazioni funzionali	Si	No
	d) valutazione dei potenziali benefici attesi dall'intervento riabilitativo	Si	No
74	La presa in carico si realizza attraverso la predisposizione di un Progetto Assistenziale Individuale (PAI) e uno o più programmi riabilitativi (secondo quanto previsto dalle Linee Guida Nazionali del 7/5/98 G.U.124/98), documentati nella cartella clinica, alla cui redazione collaborano i componenti del team interprofessionale ciascuno per le proprie competenze	Si	No
75	**Il progetto riabilitativo, in relazione alle condizioni del paziente, deve comprendere almeno i seguenti interventi:**		
	a) fisioterapia e rieducazione della funzione neuro-motoria	Si	No

	b) rieducazione della funzione respiratoria	Si	No
	c) rieducazione delle funzioni cognitive e dei disordini comportamentali	Si	No
	d) rieducazione funzionale e addestramento alla autonomia	Si	No
	e) prescrizione, collaudo e addestramento all'uso di ausili	Si	No
	f) trattamenti farmacologici per problemi internistici o menomazioni neurologiche e muscoloscheletriche	Si	No
76	**Sono presenti protocolli/linee guida relativi a :**		
	a) prevenzione delle complicanze della terapia chirurgica del cranio	Si	No
	b) trattamento del dolore acuto e cronico nel paziente cranioleso	Si	No
	c) prevenzione delle complicanze infettive e tromboemboliche	Si	No
	d) trattamento della spasticità	Si	No
	f) aspetti legati all'area psicologica e sociale	Si	No
	g) terapia occupazionale	Si	No
	h) prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione	Si	No
77	**Il Nursing infermieristico dedicato nell'arco delle 24 ore comprende:**		
	a) gestione infermieristica delle problematiche internistiche generali:	Si	No
	b) gestione dei programmi di nutrizione clinica parenterale ed enterale	Si	No
	c) gestione delle tracheostomie e collaborazione ai programmi di rieducazione respiratoria;	Si	No
	d) prevenzione, valutazione, gestione delle lesioni da pressione;	Si	No
	e) collaborazione ai programmi di rieducazione sfinterica e alla alimentazione per os	Si	No
	f) collaborazione ai programmi di prevenzione delle complicanze da immobilità	Si	No
	g) collaborazione ai programmi di informazione/educazione del paziente e dei familiari	Si	No
	h) gestione del catetere venoso centrale	Si	No
	i) gestione della gastrostomia	Si	No
78	**Gli interventi educativi e formativi sono documentati e comprendono:**		
	a) colloqui informativi periodici con il paziente e/o i familiari;	Si	No
	b) coinvolgimento del paziente e/o dei familiari nella elaborazione e aggiornamento del progetto e programma riabilitativo;	Si	No
	c) addestramento del paziente e/o dei familiari alla gestione dei problemi disabilitanti e all'uso di protesi, ortesi ed ausili tecnici	Si	No
	d) informazione e consulenza al medico di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS) ed altri operatori sanitari che saranno coinvolti nella gestione del paziente alla dimissione	Si	No
	e) informazione e consulenza a operatori sociali, insegnanti, colleghi di lavoro e a chiunque possa essere coinvolto nella gestione delle problematiche disabilitanti e dell'handicap del paziente	Si	No
	f) partecipazione ai programmi di prevenzione degli incidenti stradali e sul lavoro	Si	No
	g) programma scuola per il proseguimento degli studi dei giovani ricoverati	Si	No
	h) addestramento al reinserimento familiare e sociale del soggetto cranioleso	Si	No

	i) programma di sostegno volto alla promozione e alla definizione di percorsi formazione professionale	Si	No
79	Sono presenti procedure che facilitino il contatto del paziente con i propri familiari	Si	No
80	Sono presenti procedure di attivazione dei servizi sociali	Si	No
81	**La cartella clinica è stata strutturata tenendo conto delle indicazioni nazionali e regionali e contiene quale set minimo di dati:**		
	a) l'individuazione e la valutazione dello spettro di menomazioni e di disabilità e del relativo gradiente di modificabilità	Si	No
	b) gli obiettivi individuati e i risultati attesi	Si	No
	c) l'individuazione degli strumenti terapeutici più idonei (progetto/programma riabilitativo)	Si	No
	d) gli obiettivi e i risultati raggiunti	Si	No
82	E' prevista la valutazione dei miglioramenti dei pazienti e quindi il raggiungimento degli obiettivi terapeutici funzionali, attraverso l'utilizzo di scale di valutazione validate e/o riconosciute dalle società scientifiche di riferimento	Si	No
83	Ai fini di una confrontabilità dei risultati viene usata una scala di valutazione per il monitoraggio del recupero funzionale che permetta un confronto nazionale, comunitario e/o internazionale	Si	No
84	Per ogni utente alla dimissione viene redatta una relazione scritta secondo procedure definite e condivise per la funzione di dimissione	Si	No
85	E' redatto un programma di follow up, condiviso con strutture riabilitative territoriali e comunicato ai MMG o PLS	Si	No
86	**Per ogni paziente alla dimissione deve essere redatta una relazione scritta che includa:**		
	a) una chiara e completa descrizione delle attività svolte e indirizzate ad un medico o ad un servizio che riceverà in carico il paziente	Si	No
	b) specifiche raccomandazioni per tutte le diverse tipologie di operatori che potranno interagire successivamente con l'utente	Si	No
	c) indicazioni di supporto alla famiglia	Si	No
87	**Sono rilevati e analizzati, almeno su base annua, i seguenti indicatori:**		
	a) numero assoluto e percentuale di trasferimenti non programmati in un reparto per acuti (appropriatezza)	Si	No
	b) numero assoluto e percentuale di pazienti che raggiungono gli obiettivi previsti alla dimissione (efficacia)	Si	No
	c) numero assoluto e percentuale di pazienti deceduti (appropriatezza/efficacia)	Si	No
	d) incremento del FIM o Barthel Index o altre scale di valutazione validate a livello internazionale, tra ingresso e dimissione, rilevato sui pazienti trattati	Si	No
	e) percentuale dei pazienti che riprendono l'attività lavorativa o scolastica a 12 mesi dalla dimissione, rispetto ai pazienti che all'ingresso già svolgevano attività lavorativa (o scolastico)	Si	No

PERSONALE

88	La dotazione di personale tecnico - assistenziale è adeguata a garantire la realizzazione del progetto individuale e del progetto riabilitativo di struttura, secondo quanto previsto dalla definizione di riabilitazione intensiva	Si	No
89	Per garantire i livelli minimi di sicurezza, sono presenti nell'U.O. (rapportata a 20 pp.ll.) almeno 3 operatori (2 infermieri e 1 OSS/OTA) per turno diurno e due per il turno di notte 7 giorni su 7	Si	No
90	La presenza del fisiatra (o altra specializzazione in rapporto alle condizioni dei pazienti) viene garantita nelle ore diurne dei giorni feriali per almeno 10 ore. Per le restanti ore è garantita la guardia medica, anche condivisa con le altre UU.OO. della struttura	Si	No
91	**I servizi di supporto necessari alla U.G.C.A. sono i seguenti:**		
	a) laboratorio analisi, per la gamma degli esami di medicina internistica	Si	No
	b) radiologia convenzionale, comprensiva di ecografia, grande diagnostica neurologica per immagini (MNR - TAC)	Si	No
	c) neurofisiologia clinica, elettromiografia, potenziali evocati somatosensoriali e motori	Si	No
	d) urodinamica	Si	No
92	**Devono inoltre essere disponibili consulenze/servizi secondo le specifiche necessità, in riferimento alle aree di attività; in particolare:**		
	a) gastroenterologia, alla quale poter ricorrere anche per servizi di endoscopia gastroenterologica	Si	No
	b) ORL	Si	No
	c) anestesiologia/terapia intensiva	Si	No
	d) infettivologia	Si	No
	e) neurochirurgia	Si	No
	f) traumatologia	Si	No
	g) chirurgia plastica	Si	No
	h) andrologia/ginecologia	Si	No
	i) urologia	Si	No
	l) pneumologia	Si	No
	m) nutrizione clinica	Si	No
93	E' garantito il servizio di assistenza sociale	Si	No



3.18 UNITA' SPINALE

Questa Unità è destinata all'assistenza di soggetti con lesione del midollo spinale sia di origine traumatica che non. L'accesso, come primo ricovero, è riservato a pazienti entro 60 giorni dall'evento acuto o dall'intervento chirurgico, comunque provenienti da UU.OO. ospedaliere specialistiche per acuti

E' garantita la possibilità di ulteriori ricoveri per le diverse necessità che dovessero intervenire in relazione alle condizioni del paziente come previsto dalle linee guida ministeriali del 29704/2004

L'Unità Spinale garantisce la riabilitazione intensiva nella fase post-acuta, assicurando l'unitarietà dell'intervento riabilitativo rispetto alle esigenze del soggetto mieloleso nella globalità fisica, psichica, affettiva, emozionale, relazionale e sociale della persona; l'U.S. segue l'evoluzione del paziente attraverso la predisposizione e la realizzazione di un adeguato progetto riabilitativo individuale e la predisposizione di programmi terapeutici diversificati, garantendone la continuità nei diversi momenti nei quali si realizzano le azioni previste, mantenendo tale responsabilità anche nella post-dimissione.

Le UU.SS. costituiscono centri a valenza sovraziendale e/o regionali e sono strettamente integrati funzionalmente con la rete complessiva dei servizi sanitari di riabilitazione con i quali dovranno raccordarsi per seguire il paziente disabile nel proprio territorio di vita garantendo il completamento del percorso riabilitativo secondo programmi ben definiti e vincolanti ed integrati funzionalmente con le UU.OO. specialistiche che gestiscono la fase acuta.

Le UU.SS. garantiscono quindi l'intervento delle competenze riabilitative fin dalle prime ore dall'insorgenza dell'evento lesivo attraverso una corretta impostazione del progetto riabilitativo individuale condiviso da tutti gli operatori del percorso assistenziale ed assicurano un intervento tempestivo multiprofessionale e multidisciplinare durante la degenza presso le UU.OO. ospedaliere specialistiche

codice paragrafo
US

AREE DI ATTIVITÀ dell'UNITA' SPINALE

- valutazione delle diverse tipologie di menomazioni e disabilità
- rieducazione delle menomazioni motorie
- rieducazione funzionale delle disabilità motorie
- trattamento della spasticità
- rieducazione respiratoria
- rieducazione vescico-sfinterica
- rieducazione gastroenterologica
- rieducazione vascolare
- trattamento del dolore
- aspetti legati alla sessualità ed alla riproduzione
- terapia fisica strumentale
- assistenza psicologica;
- attività protesica ed ortesica
- terapia occupazionale
- gestione delle problematiche internistiche
- educazione ed addestramento del disabile e dei suoi familiari
- assistenza sociale
- rientri o fase di post-dimissione (per la prevenzione e la cura delle innumerevoli complicanze che possono insorgere)

codice paragrafo
US

Oltre ai requisiti previsti dalla normativa vigente per l'area di degenza sono richiesti i seguenti requisiti aggiuntivi:

	REQUISITI MINIMI STRUTTURALI		
1	La U.S. è collocata all'interno di un presidio ospedaliero plurispecialistico o di un presidio ospedaliero di riabilitazione	Si	No
2	L'U.S. è disposta su un unico piano separata da U.O. contigue	Sì	No
	AREA COMUNE		
3	E' presente uno locale/spazio attrezzato per la consumazione dei pasti, soggiorno e tempo libero (requisito obbligatorio per le nuove strutture) di superficie non inferiore a mq 3 per paziente *Nota:* *nei presidi ospedalieri monospecialistici di riabilitazione post-acuzie è consentito che tali spazi siano presenti anche in comune, all'interno della struttura*	Si	No
4	E' presente un locale di lavoro infermieri anche ai fini della preparazione delle terapie infusionali	Sì	No
5	E' presente uno locale/spazio per il deposito delle attrezzature commisurato alle specifiche necessità del reparto (carrozzine, deambulatori, etc) *Nota:* *nei presidi ospedalieri monospecialistici di riabilitazione post-acuzie è consentito che tali spazi siano presenti anche in comune, all'interno della struttura*	Sì	No
6	E' presente un deposito per materiale sporco	Si	No
7	E' presente un locale/spazio per materiale pulito	Si	No
	AREA DI DEGENZA		
8	**Camere di degenza:**		
	a) camera a un posto letto superficie utile minima adeguata di mq 12	Sì	No
	b) camera a due posti letto superficie utile minima adeguata di mq 18	Sì	No
9	E' presente un bagno assistito per la non autosufficienza in ogni camera di degenza dotato di vasca per immersione totale del paziente in posizione supina (o in alternativa doccia per disabili)	Sì	No
10	Le dimensioni dei locali di degenza sono tali da da consentire agevoli manovre assistenziali sui quattro lati e l'accesso agevole al letto mediante barella, carrozzina, deambulatore o sollevatore ed il passaggio di attrezzature (ad es. apparecchio per Rx a letto)	Si	No
	Area destinata alla valutazione		
11	E' presente un'area complessiva (ambulatori generali e per valutazioni specifiche) non inferiore a mq 40 e comunque collocata all'interno della struttura	Si	No
	Area destinata all'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione		

12	La superficie complessiva è pari almeno a mq 200, di cui almeno mq 100 da destinare ad ambiente palestra	Si	No
13	E' presente vasca idroterapica opportunamente attrezzata con annesso spogliatoio e servizi	Si	No
14	E' presente un ambiente/spazio per il coordinamento dei terapisti e lo svolgimento delle funzioni connesse, preferibilmente nelle vicinanze della palestra	Si	No
15	Sono presenti servizi igienici distinti per personale e utenti	Si	No

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

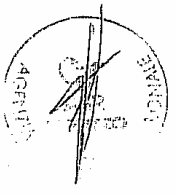
Microclima

16	E' presente un impianto di condizionamento, con sistemi di trattamento dell'aria, tale da far si che la temperatura nelle camere di degenza non si discosti dai seguenti valori: Temperatura invernale (18°C/22°C) - Temperatura estiva (20°C/25°C)	Si	No

Area destinata alla degenza

17	Sono presenti letti di degenza elettrici a tre segmenti regolabili anche in altezza, con spondine e relativi "trapezi" ed archetti alzacoperte	Si	No
18	**Ogni posto letto è fornito di:**		
	a) una presa per ossigeno	Si	No
	b) una presa per la corrente elettrica	Si	No
	c) una presa vuoto	Si	No
19	**Sono presenti almeno 2 posti letto dotati di:**		
	I) letto elettrico tecnico poliarticolato mobile, accessibile a 360°, verticalizzante a 90° destinato ai pazienti recentemente trasferiti dalle unità di cure intensive	Si	No
	II) monitoraggio intensivo delle funzioni vitali e predisposti per l'eventuale ventilazione meccanica destinati a pazienti recentemente trasferiti dalle unità di cura intensive o per situazioni di possibile aggravamento	Si	No
	III) trave testaletto dotata di :		
	a) bocchette per erogazione di gas medicali con ossigeno, vuoto e aria compressa	Si	No
	Nota: *la presa di aria compressa è obbligatoria laddove non si utilizzino ventilatori con presa aria ambiente*		
	b) adeguato numero di prese elettriche collegate al generatore di emergenza del presidio	Si	No
	c) sistemi per la rilevazione ed il monitoraggio dei parametri vitali del paziente, con lettura al posto letto e centralizzata	Si	No

	d) ventilatore polmonare dotato di diversificate modalità di ventilazione sia per la ventilazione assistita che per il divezzamento e di idonei allarmi (es. allarme per deconnessione paziente)	Sì	No
	f) una presa a norma per apparecchi RX portatili (anche a parete)	Sì	No
	g) prese di terra equipotenziali	Sì	No
	h) barra porta strumenti con lampada a braccio	Sì	No
20	Sono presenti tavoli di altezza tale da consentire il loro l'utilizzo da parte dei pazienti in carrozzina	Sì	No
21	Sono presenti comodini bidirezionali per disabili	Sì	No
22	Sono presenti materassi e cuscini antidecubito di differente tipologia	Sì	No
23	Sono presenti sistemi di chiamata adatti alle diverse tipologie di disabilità	Sì	No
24	Sono presenti sistemi di broncoaspirazione fissi e almeno due mobili	Sì	No
25	Sono presenti pompe per infusione farmaci e nutrizione clinica parenterale	Sì	No
26	Sono presenti pompe per nutrizione clinica enterale	Sì	No
27	Sono presenti nebulizzatori in numero adeguato al numero di posti letto	Sì	No
28	E' presente un sistema pesapersone per disabili	Sì	No
29	E' presente un impianto telefonico per utenti (anche di tipo cordless) , di cui almeno uno utilizzabile anche dalle diverse tipologie di disabili presi in carico	Sì	No
30	Sono presenti almeno un sollevatore elettrico per pazienti con diverse tipologie di imbragature, con possibilità di raccolta e deposizione del paziente a livello del pavimento	Sì	No
31	**E' presente il carrello per la gestione dell'emergenza (di cui è controllata periodicamente la funzionalità) con:**		
	a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) farmaci (adrenalina, atropina, dopamina, lidocaina, naloxone, furosemide, glucosio al 33%, metilprednisolone, soluzione fisiologica e glucosata, bicarbonato di sodio)	Sì	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No
32	E' presente un carrello per la gestione della terapia opportunamente attrezzato	Sì	No
33	E' presente un carrello per la gestione delle medicazioni con l'occorrente materiale chirurgico	Sì	No



34	E' presente una dotazione di carrozzine (di cui almeno due elettriche e due ad alta stabilità) di tipologia e qualità adeguate alle tipologie delle patologie trattate e al numero di posti letto	Si	No
35	Sono presenti attrezzature per la movimentazione sicura del paziente negli spazi di degenza ed il trasporto nelle palestre di riabilitazione	Si	No
36	Sono presenti almeno due barelle per autonomia funzionale, ad altezza regolabile	Si	No
37	Sono presenti sistemi di postura, compreso sostegno arti superiori, almeno per il 50% dei pazienti	Si	No
	Area destinata alla valutazione		
38	E' presente una U.O. di diagnostica per immagini con RMN e TAC	Si	No
39	E' presente un sistema di valutazione neurofisiopatologica per elettroencefalografie	Si	No
40	E' presente un elettrocardiografo	Si	No
41	E' disponibile un sistema di valutazione neurofisiopatologica per elettromiografia, potenziali evocati somatosensoriali, potenziali evocati motori	Si	No
42	Sono presenti elettrogoniometri	Si	No
43	Sono presenti dispositivi per valutazioni dinamometriche (compresa isocinetica)	Si	No
44	Sono presenti sussidi manuali ed elettronici per la valutazione di abilità motorie	Si	No
45	Sono presenti almeno due apparecchi per saturimetria transcutanea	Si	No
46	Sono presenti cronometri	Si	No
47	E' presente dispositivo per acquisizione immagini (telecamera, videoregistratore, monitor, macchina fotografica)	Si	No
48	E' presente kit per la gestione delle cannule tracheostomiche	Si	No
49	E' presente kit per la gestione della PEG e SNG	Si	No
50	E' presente uno spirometro ed apparecchio per EGA	Si	No
51	E' presente un ecografo	Si	No
52	E' presente un sistema di monitoraggio pressorio	Si	No
53	E' presente un sistema di valutazione urodinamica	Si	No
54	Sono presenti attrezzature per la valutazione e l'oggettivazione del dato relativamente alle varie tipologie delle disabilità e delle menomazioni prese in carico	Si	No
55	Sono presenti criteri di valutazione (indicatori) per la valutazione degli esiti	Si	No

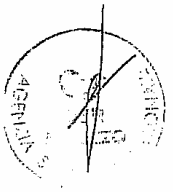
56 Attrezzature per il trattamento:

a) sono presenti lettini per rieducazione motoria a diversa altezza (cm 100 minimi x 200 x 44/85h), di cui almeno uno elettrico	Si	No
b) sono presenti letti di grandi dimensioni (almeno 2) per rieducazione motoria ad altezza variabile (cm 200 x 200 x 44/85h) (Bobath) di cui almeno uno elettrico	Si	No
c) sono presenti standing elettrici ad altezza variabile	Si	No
d) sono presenti dinamometri di cui uno isocinetico (utilizzabile anche per la valutazione)	Si	No
e) dispositivi per BioFeedBack elettrogoniometrico di cui almeno uno destinato alla riabilitazione del pavimento pelvico	Si	No
f) materassi per cinesiterapia a pavimento delle dimensioni minime di 100x200cm	Si	No
g) parallele ad altezza variabile	Si	No
h) specchi a muro per cinesiterapia (non quadrettati)	Si	No
i) specchi per cinesiterapia montati su carrellino dotato di ruote piroettanti	Si	No
l) scale modulare per rieducazione motoria	Si	No
m) apparecchi vari per terapia fisica strumentale compresa FES	Si	No
n) deambulatori ad altezza regolabile tipo "walker"	Si	No
o) deambulatori ad altezza regolabile tipo "rollator"	Si	No
p) ausili vari per la deambulazione (bastoni, tripodi, etc.)	Si	No
q) piani oscillanti e sussidi per la rieducazione propriocettiva	Si	No
r) serie di sussidi per l'esercizio terapeutico manipolativo funzionale	Si	No
s) serie di ausili per il rinforzo muscolare	Si	No
t) spalliere svedesi	Si	No
u) serie di bastoni per cinesiterapia	Si	No
v) cuscini in gommapiuma a densità graduata e rivestiti in similpelle e di diverse dimensioni e forme	Si	No
z) maxicilindro (cm 100x85 dim)	Si	No
aa) cronometri	Si	No
ab) tavolo ergoterapico ad altezza ed inclinazione variabile ad uno o più segmenti e a diverse forme	Si	No
ac) sgabelli ad altezza regolabile e sedie	Si	No

	ad) carrelli portausili per cinesiterapia a più ripiani	Si	No
	ae) sussidi vari per l'addestramento alle Activity Day Living primarie in terapia occupazionale	Si	No
	af) è presente un sollevatore elettrico con diverse tipologie di imbragatura (fasce, amaca standard ed amaca con poggiatesta) in grado di sollevare il paziente dal piano-pavimento (anche con funzione di scorta)	Si	No
	al) sono presenti apparecchi di fisioterapia (Laser, Magnetoterapia, Ultrasuoni, Correnti antalgiche (TENS, Diadinamica), Crioterapia, Pressoterapia)	Si	No
	am) Sono presenti tappeti rotanti a velocità modulabile di cui almeno uno con supporto ascellare	Si	No
	an) sono presenti presidi e ausili per la deambulazione e la mobilità del paziente	Si	No
57	E' presente sistema per il trattamento delle paraosteoartropatie neurologiche (POAN) ad onde d'urto	Si	No
58	**La piscina idroterapica è dotata di :**		
	a) sollevatore per trasferimento in acqua	Si	No
	b) attrezzature per l'attività specifica idroterapica (braccioli, tavolette, etc)	Si	No
59	**Attrezzature per le aree di socializzazione:**		
	a) Sono presenti attrezzature per l'area destinata alla socializzazione in modo da garantire un confortevole utilizzo del tempo libero	Si	No
	b) tavoli e sedie	Si	No
	c) poltroncine ergonomiche	Si	No
	d) 1 televisore con telecomando adattato	Si	No
60	**Attrezzature per le aree di generali di supporto:**		
	a) attrezzature varie per le funzioni di segreteria, archivio, etc	Si	No
	b) 1 lavagna luminosa	Si	No
	c) 1 proiettore per computer	Si	No
	d) televisore	Si	No
	e) videoregistratore	Si	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
61	**Sono presenti e vengono rispettati protocolli/procedure condivisi con le UU.OO. di neurochirurgia (o altre UU.OO. invianti) con particolare riguardo a:**		
	a) flussi informativi relativi all'ingresso del paziente	Si	No
	b) tecniche di stabilizzazione vertebrale	Si	No
	c) trattamento delle eventuali problematiche ortopediche	Si	No
	d) trattamento farmacologico	Si	No
	e) trattamento delle lesioni da pressione	Si	No

	f) controllo delle infezioni ospedaliere	Si	No
62	**E' presente un team interprofessionale composto almeno da:**		
	a) medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione (fisiatra) con documentata esperienza nel settore	Si	No
	b) altro medico specialista in rapporto alle caratteristiche dell'U.O. (es. neurologo, urologo, pneumologo, etc)	Si	No
	c) infermiere	Si	No
	d) operatore socio sanitario/OTA	Si	No
	e) psicologo	Si	No
	f) assistente sociale (garantita la funzione)	Si	No
	g) logopedista (garantita la funzione)	Si	No
	h) terapista occupazionale	Si	No
63	Sono presenti terapisti della riabilitazione (fisioterapisti) in numero sufficiente rispetto alle attività espletate	Si	No
64	E' garantita l'attività di terapia occupazionale in aree specifiche dedicate alla simulazione degli ambienti di vita e di lavoro	Si	No
65	**Il team interprofessionale svolge le seguenti funzioni:**		
	a) valutazione,	Si	No
	b) elaborazione e stesura del progetto riabilitativo	Si	No
	c) elaborazione e stesura dei programmi riabilitativi	Si	No
	d) erogazione del trattamento riabilitativo	Si	No
	e) educazione e training	Si	No
	f) mantenere rapporti funzionali con servizi di supporto in ragione alle necessità del paziente	Si	No
	g) partecipazione attiva alle riunioni del team	Si	No
	h) pianificazione della dimissione	Si	No
	i) educazione ed assistenza agli utenti nella gestione delle risorse disponibili nel lungo periodo	Si	No
66	**L'U.S., se necessario, provvede inoltre ad assicurare:**		
	a) avvio delle pratiche riguardanti l'invalidità e la fornitura degli ausili	Si	No
	b) un operativo rapporto con il servizio di assistenza domiciliare integrato (ADI)	Si	No
	c) ricerca di organizzazioni nel territorio di residenza del paziente in grado di garantire una buona rete sociale e di evitare l'isolamento	Si	No
	d) contatti con i servizi sociali o socio-sanitari utili nel singolo caso	Si	No

Il processo assistenziale



67	Esistono procedure specifiche di accesso del paziente condivise con le UU.OO. per acuti delle strutture ospedaliere (Terapia Intensiva-Rianimazione, Neurochirurgia, Ortopedia)	Sì	No
68	**La valutazione iniziale del paziente include almeno:**		
	a) diagnosi della patologia e/o delle condizioni che richiedono l'intervento riabilitativo;	Sì	No
	b) valutazione delle menomazioni;	Sì	No
	c) valutazione delle abilità residue e delle limitazioni funzionali;	Sì	No
	d) valutazione dei potenziali benefici attesi dall'intervento riabilitativo.	Sì	No
69	La presa in carico si realizza attraverso la predisposizione di un Progetto Assistenziale Individuale (PAI) e uno o più programmi riabilitativi (secondo quanto previsto dalle Linee Guida Nazionali del 7/5/98 G.U.124/98), documentati nella cartella clinica, alla cui redazione collaborano i componenti del team interprofessionale ciascuno per le propie competenze	Sì	No
70	**Il progetto riabilitativo, in relazione alle condizioni del paziente, deve comprendere almeno i seguenti interventi:**		
	a) fisioterapia e rieducazione della funzione neuromotoria	Sì	No
	b) rieducazione della funzione respiratoria	Sì	No
	c) rieducazione delle funzioni autonomiche	Sì	No
	d) rieducazione della funzione intestinale	Sì	No
	e) rieducazione della funzione vescico-sfinterica	Sì	No
	f) rieducazione funzionale e addestramento alla autonomia	Sì	No
	g) prescrizione, collaudo e addestramento all'uso di ausili	Sì	No
	h) trattamenti farmacologici per problemi internistici o menomazioni neurologiche e muscoloscheletriche	Sì	No
71	**Sono presenti protocolli/linee guida relativi a :**		
	a) prevenzione delle complicanze della terapia chirurgica del rachide e del midollo spinale	Sì	No
	b) trattamento del dolore acuto e cronico nel paziente mieloleso	Sì	No
	c) prevenzione delle complicanze infettive e tromboemboliche	Sì	No
	d) trattamento della spasticità	Sì	No
	e) aspetti legati alla funzione sessuale ed alla riproduzione	Sì	No
	f) aspetti legati all'area psicologica e sociale	Sì	No
	g) terapia occupazionale	Sì	No
	h) prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione	Sì	No
72	**Il Nursing infermieristico dedicato nell'arco delle 24 ore comprende:**		
	a) gestione infermieristica delle problematiche internistiche generali:	Sì	No

	b) gestione delle disfunzioni autonomiche	Si	No
	c) gestione dei programmi di nutrizione parenterale ed enterale	Si	No
	d) gestione delle tracheostomie e collaborazione ai programmi di rieducazione *respiratoria*;	Si	No
	e) prevenzione, valutazione, gestione delle piaghe da decubito;	Si	No
	f) *collaborazione ai programmi di prevenzione delle complicanze da* immobilità	Si	No
	g) collaborazione ai programmi di informazione/*educazione del paziente* e dei familiari	*Si*	*No*
73	**Gli interventi educativi e formativi sono documentati e comprendono:**		
	a) colloqui informativi periodici con il paziente e/o i familiari;	Si	No
	b) coinvolgimento del paziente e/o dei familiari nella elaborazione e aggiornamento del progetto e programma riabilitativo;	Si	No
	c) addestramento del paziente e/o dei familiari alla gestione dei problemi disabilitanti e all'uso di protesi, ortesi ed ausili tecnici	Si	No
	d) informazione e consulenza al medico di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS) ed altri operatori sanitari che saranno coinvolti nella gestione del paziente alla dimissione	Si	No
	e) informazione e consulenza a operatori sociali, insegnanti, colleghi di lavoro e a chiunque possa essere coinvolto nella gestione delle problematiche disabilitanti e dell'handicap del paziente	*Si*	*No*
	f) programma scuola per il proseguimento degli studi dei giovani ricoverati	*Si*	*No*
	g) informazioni sull'attività sportiva per mielolesi	Si	No
	h) addestramento al reinserimento familiare e sociale del soggetto mieloleso	Si	No
	i) programma di sostegno volto alla promozione e alla definizione di percorsi formazione professionale	Si	No
	l) partecipazione ai programmi di prevenzione degli incidenti stradali e sul lavoro	Si	No
74	Sono presenti procedure che facilitino il contatto del paziente con i propri familiari	Si	No
75	Sono presenti procedure di attivazione dei servizi sociali	Si	No
76	**La cartella clinica è stata strutturata tenendo conto delle indicazioni nazionali e regionali e contiene quale set minimo di dati:**		
	a) l'individuazione e la valutazione dello spettro di menomazioni e di disabilità e del relativo gradiente di modificabilità	Si	No
	b) gli obiettivi individuati e i risultati attesi	Si	No
	c) l'individuazione degli strumenti terapeutici più idonei (progetto/programma riabilitativo)	Si	No
	d) gli obiettivi e i risultati raggiunti	Si	No



77	E' prevista la valutazione dei miglioramenti dei pazienti e quindi il raggiungimento degli obiettivi terapeutici funzionali, attraverso l'utilizzo di scale di valutazione validate e/o riconosciute dalle società scientifiche di riferimento	Si	No
78	Ai fini di una confrontabilità dei risultati viene usata una scala di valutazione per il monitoraggio del recupero funzionale che permetta un confronto nazionale, comunitario e/o internazionale	Si	No
79	Per ogni utente alla dimissione viene redatta una relazione scritta secondo procedure definite e condivise per la funzione di dimissione	Si	No
80	E' redatto un programma di follow up, condiviso con strutture riabilitative territoriali e comunicato ai MMG e PLS	Si	No
81	**Per ogni paziente alla dimissione deve essere redatta una relazione scritta che includa:**		
	a) una chiara e completa descrizione delle attività svolte e indirizzate ad un medico o ad un servizio che riceverà in carico il paziente;	Si	No
	b) specifiche raccomandazioni per tutte le diverse tipologie di operatori che potranno interagire successivamente con l'utente	Si	No
	c) indicazioni di supporto alla famiglia.	Si	No
82	**Sono rilevati e analizzati, almeno su base annua, i seguenti indicatori:**		
	a) numero assoluto e percentuale di trasferimenti non programmati in un reparto per acuti (appropriatezza);	Si	No
	b) numero assoluto e percentuale di pazienti che raggiungono gli obiettivi previsti alla dimissione (efficacia);	Si	No
	d) numero assoluto e percentuale di pazienti deceduti (appropriatezza/efficacia);	Si	No
	e) incremento del FIM o Barthel Index o altre scale di valutazione validate a livello internazionale, tra ingresso e dimissione, rilevato sui pazienti trattati;	Si	No
	f) percentuale dei pazienti che riprendono l'attività lavorativa o scolastica a 12 mesi dalla dimissione, rispetto ai pazienti che all'ingresso già svolgevano attività lavorativa (o scolastico).	Si	No
	PERSONALE		
83	La dotazione di personale tecnico - assistenziale deve essere adeguata a garantire la realizzazione del progetto individuale e del progetto riabilitativo di struttura	Si	No
84	Per garantire i livelli minimi di sicurezza, sono presenti nell'U.O. almeno tre operatori (2 infermieri e 1 OSS/OTA) per il turno di mattina, due per il pomeriggio e 2 per la sera 7 giorni su 7	Si	No
85	La presenza del fisiatra o altra specializzazione in rapporto alle caratteristiche dei pazienti viene garantita nelle ore diurne dei giorni feriali per almeno 9 ore. Per le restanti ore è garantita la guardia medica, anche condivisa con altre UU.O.O., della struttura	Si	No
86	**I servizi di supporto necessari alla Unità Spinale sono le seguenti:**		
	a) laboratorio analisi, per la gamma degli esami di medicina internistica	Si	No

	b) radiologia convenzionale, comprensiva di ecografia, grande diagnostica neurologica per immagini (MNR - TAC)	Si	No
	c) neurofisiologia clinica, elettromiografia, potenziali evocati somatosensoriali e motori	Si	No
	d) urodinamica	Si	No

Tali prestazioni, tranne la radiologia convenzionale, se non presenti nell'U.O. possono essere acquisiti anche da strutture esterne al Presidio in cui è collocata la Unità operativa.

87	**Devono inoltre essere disponibili consulenze/servizi secondo le specifiche necessità, in riferimento alle aree di attività; in particolare:**		
	a) gastroenterologia, alla quale poter ricorrere anche per servizi di endoscopia gastroenterologica	Si	No
	b) ORL	Si	No
	c) anestesiologia/terapia intensiva	Si	No
	d) Infettivologia	Si	No
	e) neurochirurgia	Si	No
	f) traumatologia	Si	No
	g) chirurgia plastica	Si	No
	h) andrologia/ginecologia	Si	No
	i) urologia	Si	No
	l) pneumologia	Si	No
	m) nutrizione clinica	Si	No
	n) supporto psicologico	Si	No
88	E' garantito il servizio di assistenza sociale	Si	No

3.19 LUNGODEGENZA POST-ACUZIE

E' un'area finalizzata a:

1) accelerare il turn-over dei reparti per acuti migliorandone l'efficienza operativa ed aumentandone la disponibilità di posti letto finalizzati ad accogliere, con modalità appropriate, pazienti affetti da patologie acute bisognevoli di tempestiva assistenza ospedaliera;

2) offrire, con minor dispendio di risorse, in stretta integrazione funzionale con le unità operative per acuti di provenienza, con le strutture di riabilitazione ed i servizi territoriali un'assistenza qualificata a pazienti non dimissibili, con quadro clinico stabilizzato o in via di stabilizzazione, con iter diagnostico concluso e con terapia impostata.

Codice paragrafo
LPA

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia ed al volume delle attività erogate	Sì	No
2	L'area di degenza è strutturata in modo da garantire il rispetto del diritto alla riservatezza dell'utente ed un adeguato comfort di tipo alberghiero	Sì	No
3	E' garantita la presenza di spazi comuni di raccordo tra le degenze e/o i servizi sanitari nei quali prevedere servizi ed attrezzature destinati all'accoglienza degli accompagnatori e dei visitatori	Sì	No
4	Nelle camere di degenza è garantita una superficie minima per posto letto di 9 mq (camera singola); o 7 mq (camera multipla)	Sì	No
5	Se struttura di nuova realizzazione è presente un servizio igienico in ogni camera di degenza	Sì	No
6	Sono presenti servizi igienici attrezzati in numero di almeno 1 ogni 4 posti letto	Sì	No
7	Ogni servizio igienico dispone di lavabo, vaso, bidet, piatto doccia o vasca da bagno e, comunque, almeno un servizio igienico dispone di vasca da bagno	Sì	No
8	E' presente un bagno per portatori di handicap	Sì	No
9	Le camere di degenza sono con due posti letto e, comunque, non più di quattro posti letto per camera	Sì	No
10	Se strutture di nuova realizzazione le camere sono con non più di 2 posti letto	Sì	No
11	E' presente un locale per visita e medicazioni	Sì	No
12	E' presente un locale di lavoro, presente in ogni piano di degenza, per il personale di assistenza diretta	Sì	No
13	E' presente un locale/spazio per il coordinatore dei servizi infermieristici	Sì	No
14	E' presente un locale per medici	Sì	No
15	E' presente un locale per soggiorno	Sì	No
16	E' presente un locale/spazio per il deposito delle attrezzature	Sì	No
17	E' presente un locale/ spazio per il deposito del materiale pulito	Sì	No
18	E' presente un locale per in ogni piano di degenza, per il materiale sporco dotato di vuotatoio e lavapadelle automatico	Sì	No
19	E' presente un locale cucina/distribuzione dei pasti	Sì	No
20	E' presente un'area attesa visitatori dotata di bagno separato	Sì	No

21	E' garantito il collegamento funzionale con la palestra	Sì	No
	REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI		
22	E' presente un impianto di generatore di energia elettrica d'emergenza	Sì	No
23	E' presente impianto forza motrice nelle camere con almeno una presa per alimentazione normale	Sì	No
24	E' presente impianto chiamata con segnalazione acustica e luminosa	Sì	No
25	E' presente impianto centralizzato di gas medicali con prese vuoto e ossigeno	Sì	No
	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
26	**E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:**		
	a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) farmaci salvavita	Sì	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No
27	E' presente almeno un carrello per la gestione della terapia	Sì	No
28	E' presente un carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico	Sì	No
29	Sono presenti presidi atti a facilitare il sollevamento ed il trasporto dei pazienti	Sì	No
30	Sono presenti materassi antidecubito	Sì	No
31	Sono presenti deambulatori con appoggio ascellare	Sì	No
32	Sono presenti saturimetri	Sì	No
33	Sono presenti pompe da infusione	Sì	No
34	Sono presenti pompe per l'alimentazione enterale/parenterale	Sì	No
35	Sono presenti letti articolati	Sì	No
36	E' presente barella doccia per pazienti disabili	Sì	No
37	E' presente pesapersone per disabili	Sì	No
38	L'attrezzatura per la rianimazione adulti/bambini è facilmente accessibile nel servizio da parte di tutto il personale	Sì	No
	Attrezzature per la terapia riabilitativa (dotazione minima)		
39	E' presente lettino per rieducazione motoria, elettrico, ad altezza variabile: cm. 100 X 200 X 44/85 h	Sì	No
40	E' presente piano da statica (o lettino di verticalizzazione), elettrico, inclinazione variabile	Sì	No
41	E' presente standing specchio per kinesiterapia su ruote;	Sì	No
42	E' presente spalliera svedese	Sì	No

43	E' presente cicloergometro	Sì	No
44	Sono presenti deambulatori (o girelli), ad altezza regolabile, con appoggi sottoascellari, regolabili in altezza e sedile mobile	Sì	No
45	Sono presenti parallele per la deambulazione	Sì	No
46	E' presente scaletta a quattro gradini (sia in salita che in discesa) con passamano	Sì	No
47	Sono presenti cuscini antidecubito	Sì	No
48	E' presente quadro per ergoterapia	Sì	No
49	Sono presenti presidi e sussidi per terapia occupazionale	Sì	No
50	Sono presenti materassini per fisiokinesiterapia	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
51	Sono presenti fisioterapisti in numero adeguato ai pazienti	Sì	No
52	E' garantita ai pazienti assistenza medica continuativa nelle 24 ore	Sì	No
53	E' garantita ai pazienti assistenza infermieristica continuativa nelle 24 ore	Sì	No
54	E' presente servizio di radiodiagnostica	Sì	No
55	E' presente funzione di patologia clinica	Sì	No
56	Sono presenti procedure operative condivise con le U.O. di riabilitazione territoriale	Sì	No
57	Sono presenti procedure di dimissione protetta in stretta integrazione funzionale con il Distretto (dimissione protetta in assistenza domiciliare, residenziale o semiresidenziale)	Sì	No
58	La procedura è condivisa e validata con i professionisti del Distretto e delle strutture a valenza sovradistrettuale	Sì	No
59	In caso di riesacerbazione della patologia di base e/o di insorgenza di complicanze è garantito il tempestivo trasferimento nell'unità operativa per acuti	Sì	No

3.20 SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO (LABORATORIO ANALISI E ANATOMIA PATOLOGICA) E PUNTO PRELIEVO ESTERNO

Il capitolo è costituito da: Laboratorio Analisi, Anatomia Patologica.

L'attività di medicina di laboratorio fornisce informazioni ottenute con metodi chimici, fisici o biologici su tessuti o liquidi di origine umana o su materiali connessi alla patologia umana, al fini della prevenzione, della diagnosi, del monitoraggio della terapia e del decorso della malattia e ai fini della ricerca.La tipologia di prestazioni eseguite nei diversi laboratori e la dotazione strumentale hanno un diverso grado di complessità commisurato alla realtà sanitaria ed alla tipologia dei quesiti diagnostici posti al laboratorio.

1. Laboratorio a valenza territoriale: nel caso in cui nell'ambito dell'Azienda Sanitaria sussistano Presidi Ospedalieri di territorio con attività di ricovero e che i tempi di trasporto verso la struttura di riferimento siano incompatibili con le necessità assistenziali, deve essere garantita un'attività di laboratorio d'urgenza, nella quale siano svolte attività diagnostiche per pannelli di esami definiti e condivisi. Questi nodi periferici dei "Laboratori in rete", necessitano di tecnologie leggere e integrata, su cui venga consolidato ilò maggior numero dei test effettuati e di personale tecnico, con collegamento telematico all'interno di un "Laboratorio Unico Logico" aziendale. Tali laboratori svolgono il lavoro nel turno antimeridiano 8.00 - 14.00 facendo riferimento ai laboratori di base e/o generali per il turno pomeridiano, notturno e festivo. Per particolari necessità cliniche, sulla scorta di valutazioni di efficacia e di efficienza, nei reparti di degenza degli ospedali di territorio possono essere utilizzati sistemi decentrati di analisi (POCT).

2. **Laboratori generali di base:** sono laboratori ad organizzazione semplice e unitaria che possono svolgere indagini nell'ambito della biochimica clinica e tossicologica, dell'ematologia ed emocoagulazione, dell'immunoematologia, della microbiologia, sieroimmunologia. Possono essere a gestione pubblica o privata ed operare isolatamente o nell'ambito di strutture territoriali poliambulatoriali, di case di cura private e di presidi ospedalieri di minore complessità. (erogano prestazioni di I livello).

3. **Laboratori specializzati:** esplicano indagini diagnostiche monospecialistiche ad elevato livello tecnologico e professionale nell'ambito della biochimica clinica e tossicologica, dell'ematologia ed emocoagulazione, dell'immunoematologia, della microbiologia, della virologia, della citoistopatologia, della biologia molecolare e della genetica di laboratorio. Possono essere a gestione pubblica o privata ed operare nell'ambito di Aziende USL, di Aziende Ospedaliere, di Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e di Ospedali clinicizzati. (erogano prestazioni di III livello).

4. **Laboratori generali di base con settori specializzati:** sono laboratori ad organizzazione complessa che comprendono Unità Operative o moduli specializzati (giustificati dalla varietà di tipologia analitica, complessità dei quesiti diagnostici proposti, carico di lavoro) ed utilizzano tecnologie di livello superiore. Tali laboratori possono svolgere indagini diagnostiche nell'ambito degli specifici settori di cui ai punti 1 e 2 . Possono essere a gestione pubblica o privata ed operare nell'ambito di Aziende USL, di Aziende Ospedaliere, di Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e di Ospedali clinicizzati.I requisiti strutturali, organizzativi e di valutazione e miglioramento della qualità devono essere posseduti da tutte le tipologie di laboratorio di cui sopra.I requisiti tecnologici invece si differenziano per tipologia di Laboratorio, quindi per quanto riguarda i Laboratori Specializzati, questi devono fare riferimento esclusivamente alle normative vigenti (erogano prestazioni di I e II livello).

5. POCT in reparti di degenza e/o servizi: è possibile che i POCT (Point of Care Testing) vengano utilizzati nei reparti e/o servizi per erogazione di prestazioni totalmente automatizzate da operatori che non hanno le specifiche professionalità richieste agli operatori del laboratorio (quale sussidio diagnostico, non alternativo).

I requisiti strutturali, organizzativi e di valutazione e miglioramento della qualità devono essere posseduti da tutte le tipologie di laboratorio di cui sopra.

I requisiti tecnologici invece si differenziano per tipologia di Laboratorio, quindi per quanto riguarda i Laboratori Specializzati, questi devono fare riferimento esclusivamente alla parte specifica di ogni settore specializzato che la caratterizza.



Per le strutture private i requisiti minimi tecnologici sono quelli previsti:

A) dei LABORATORI GENERALI DI BASE per le indagini nell'ambito della biochimica clinica e tossicologica, dell'ematologia ed emocoagulazione, della sieroimmunologia per la SPECIALISTICA DI MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE.

B) dei LABORATORI GENERALI DI BASE per le indagini nell'ambito della biochimica clinica e tossicologica, dell'ematologia ed emocoagulazione, dell'immunoematologia, della microbiologia e sieroimmunologia per i Servizi di MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA.

codice paragrafo
LAN

REQUISITI COMUNI A TUTTI I LABORATORI

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI GENERALI

1	I locali e gli spazi sono riferiti alla tipologia e al volume delle attività erogate	Sì	No
2	E' facilmente accessibile anche ad utenti disabili	Sì	No
3	E' presente locale/spazio per accettazione	Sì	No
4	L'area di attesa è dotata di un adeguato numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza degli accessi	Sì	No
5	Servizi igienici secondo la normativa vigente	Sì	No
6	Sono presenti servizi igienici distinti per utenti e personale	Sì	No
7	Sono presenti servizi igienici attrezzati di ausili per la non autosufficienza	Sì	No
8	E' presente spazio/locale adibito a deposito di materiale pulito	Sì	No
9	E' presente spazio/locale adibito a deposito di materiale sporco	Sì	No
10	Il locale per il prelievo è di almeno 6 mq	Sì	No
11	Il locale per il prelievo consente il rispetto della privacy dell'utente	Sì	No
12	Sono presenti per lo svolgimento delle attività diagnostiche almeno due locali di superficie complessiva non inferiore a 40 mq. od uno divisibile con pareti mobili	Sì	No
13	E' presente almeno un locale per l'esecuzione delle analisi di base e un locale per ogni settore specializzato	Sì	No
14	E' presente un locale per le attività amministrative e di archivio	Sì	No
15	Le superfici di lavoro, pavimenti e scarichi sono impermeabili e lavabili fino a due metri dal pavimento	Sì	No
16	Le superfici di lavoro, pavimenti e scarichi sono resistenti all'azione di acidi, alcali, solventi organici e sorgenti di calore	Sì	No
17	I locali sono dotati di porte a superficie lavabile	Sì	No
18	Gli arredi sono a superficie facilmente lavabile e disinfettabile	Sì	No

19	E' presente un locale per il trattamento del materiale d'uso (qualora non si utilizzi esclusivamente materiale monouso)	Si	No
20	E' presente un locale/spazio per lo stoccaggio dei materiali d'uso	Si	No
21	Se presente, la microbiologia è in un locale separato di almeno 12 mq	Si	No
22	Per ogni settore specializzato la superficie totale aumenta di altri 20 mq	Si	No
23	La superficie totale non è inferiore ai 100 mq	Si	No

REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI

Caratteristiche microclimatiche

24	Temperatura invernale/estiva: 20°C - 28°C	Si	No
25	Umidità relativa: 40% - 60%	Si	No
26	Numero ricambi aria/ora: 5 v/h. Sono ammessi 2 v/h di aria esterna a condizione che le cappe nei locali dove si effettuano le analisi siano in numero e di tipo tale a garantire l'estrazione completa degli inquinanti o le operazioni siano effettuate in ciclo chiuso e comunque con l'esclusione dei laboratori dove si prevede la presenza di agenti biologici dei gruppi 3 o 4	Si	No
27	In presenza di agenti biologici dei gruppi 3 e 4, gli ambienti in cui si opera sono con pressione negativa	Si	No
28	Classe di purezza: filtrazione ad alta efficienza con filtri aventi campo di efficienza 60-95%. In caso si preveda la presenza di agenti biologici dei gruppi 3 o 4 si applica quanto previsto dalla normativa vigente in materia di "Esposizione ad agenti biologici" finalizzata alla salute e sicurezza dei lavoratori	Si	No
29	Il valore del ricambio di aria è compatibile con l'aria espulsa attraverso le cappe	Si	No

Caratteristiche illuminotecniche

30	Illuminazione di esercizio: 300 lx illuminazione generale e servizi, 500-750 lx illuminazione laboratori	Si	No

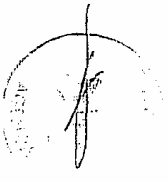
Impianto idrico sanitario

31	Gli scarichi di laboratorio fanno capo a opportune vasche per eventuali pretrattamenti o periodi di decantazione prima dell'immissione nella fognatura esterna con pozzetto di prelievo campione (allorché lo smaltimento dei rifiuti speciali solidi e liquidi, in quantità proporzionale al volume di attività, non avvenga tramite ditta esterna specializzata e autorizzata)	Si	No

Impianti speciali e vari

32	Impianto rilevazione incendi	Si	No
33	Impianto rilevazione fughe di gas	Si	No
34	Impianto gas tecnici	Si	No

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI



35	Le tecnologie utilizzate sono adeguate (in relazione alla tipologia del laboratorio) rispetto a quanto indicato nel piano delle attività relativamente a: case mix, carico di lavoro, tempi indicati di risposta	Sì	No

REQUISITI SPECIFICI PER I LABORATORI GENERALI DI BASE

36	E' presente un analizzatore automatico per esami emocromocitometrici ad almeno 8 parametri	Sì	No
37	E' presente un analizzatore automatico per chimica-clinica ed eventuale sistema distinto per l'esecuzione degli elettroliti (se non compreso in altra strumentazione)	Sì	No
38	E' presente uno strumento, almeno semiautomatico, per elettroforesi	Sì	No
39	E' presente un analizzatore almeno semiautomatico per coagulazione	Sì	No
40	E' presente un analizzatore per immunometria	Sì	No
41	E' presente un analizzatore, almeno semiautomatico, per esame urine	Sì	No
42	Sono presenti delle centrifughe in numero adeguato	Sì	No
43	E' presente un microscopio bioculare con contrasto di fase	Sì	No
44	E' presente un agitatore	Sì	No
45	E' presente un termostato	Sì	No
46	E' presente un incubatore	Sì	No
47	E' presente un frigorifero con congelatore a -25°C	Sì	No
48	E' presente un fotometro	Sì	No
49	**Qualora vengano eseguiti esami microbiologici colturali sono presenti anche:**		
	a) una cappa a flusso laminare verticale (classe I) allorché si eseguano esami di "batteriologia di base" (agenti biologici di gruppo 1 e 2 non invasivi)	Sì	No
	b) una cappa a flusso laminare verticale (classe II) nei laboratori con settore specializzato di microbiologia (agenti biologici di gruppo 3 e 4 o amplificazione PCR)	Sì	No
	c) un dispositivo per la coltivazione dei germi in microaerofilia (qualora il laboratorio effetui ricerche di batteri anaerobi)	Sì	No
	d) un microscopio a fluorescenza (qualora si eseguano esami in fluorescenza)	Sì	No
	e) una autoclave	Sì	No
	f) un incubatore a 37C°	Sì	No
50	Sono presenti attrezzature generali di base per effettuare misure di volume e di peso	Sì	No
51	**E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:**		
	a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No

	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) farmaci salvavita	Sì	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No

PER I LABORATORI GENERALI DI BASE CON SETTORI SPECIALIZZATI E LABORATORI SPECIALIZZATI:

Oltre alla dotazione prevista per i laboratori generali di base, per ogni settore specializzato sono previsti i seguenti requisiti tecnologici/strutturali:

Settore Biochimica clinica e tossicologica

52	Qualora vengano effettuate analisi immunometriche con isotopi marcati sono presenti contatori gamma o beta manuali o automatici	Sì	No
53	Qualora vengano effettuate analisi immunometriche, i locali possiedono i sistemi di protezione previsti dalla vigente legislazione, così come adeguati sistemi di raccolta e smaltimento di materiale radioattivo	Sì	No
54	E' presente uno spettrofotometro UV-visibile	Sì	No
55	E' presente una cappa chimica	Sì	No
56	E' presente un gas-cromatografo o HPLC (qualora si eseguano esami tossicologici)	Sì	No
57	E' presente una bilancia analitica di precisione (sensibilità 0,1mg)	Sì	No
58	E' presente uno spettrofotometro ad assorbimento atomico (qualora si eseguano determinazioni di metalli pesanti)	Sì	No

Settore Ematologia e Coagulazione

59	E' presente un analizzatore ematologico automatico multiparametrico con possibilità di esecuzione della formula leucocitaria a 5 popolazioni	Sì	No
60	E' presente un coagulometro almeno semiautomatico che esegue anche tecniche cromogeniche	Sì	No
61	E' presente un citofluorimetro (qualora si esegua la determinazione delle sottopopolazioni linfocitarie)	Sì	No

Settore Microbiologia, Virologia e Sieroimmunologia

62	E' presente un termostato a CO_2 (o idoneo sistema per la produzione di ambiente a CO_2)	Sì	No
63	E' presente un microscopio bioculare con accessori per fluorescenza e contrasto di fase	Sì	No
64	E' presente un sistema, almeno semiautomatico, per identificazione germi ed antibiogrammi	Sì	No
65	E' presente un sistema, almeno semiautomatico, per micropiastre per gli esami che richiedono una espressione quantitativa dei risultati	Sì	No
66	E' presente un incubatore	Sì	No

67	Qualora vengano effettuati esami colturali per micobatteri, utilizzanti C14, i locali a ciò destinati sono in possesso dei sistemi di protezione previsti dalla vigente legislazione	Sì	No
68	Qualora vengano effettuati esami colturali per micobatteri, utilizzanti C14, i locali a ciò destinati sono in possesso di sistemi di raccolta e smaltimento del materiale radioattivo secondo quanto previsto dalla legge	Sì	No
69	Qualora si eseguano test che prevedono l'amplificazione genica è presente un sistema per l'esecuzione di reazioni di amplificazione genica (termociclatore, cappa per estrazione, gel elettroforesi)	Sì	No
70	E' presente un sistema, almeno semiautomatico, per l'esecuzione di indagini di sierologia batteriologica, virologica e parassitologica	Sì	No

SETTORE GENETICA

71	Tutte le attrezzature e gli equipaggiamenti per Citogenetica, Genetica Molecolare e Immunogenetica sono adeguati al volume e alla tipologia delle analisi eseguite e rispondono agli standard della Comunità Europea (approvazione CE)	Sì	No
72	Tutti gli strumenti considerati "critici" sono presenti almeno in doppio, con collegamenti elettrici e allarmi indipendenti	Sì	No
73	Laboratori di tipizzazione tissutale soddisfano i requisiti previsti per l'accreditamento EFI (European Federation of Immunogenetics)	Sì	No
74	Nel laboratorio di Citogenetica è presente almeno un locale/spazio per ogni settore specializzato, con caratteristiche igrotermiche controllabili e costanti tali da consentire una standardizzazione e riproducibilità dei protocolli impiegati e un ottimale	Sì	No
75	E' presente un locale attiguo ma separato dal precedente, dove sono eseguite le analisi microscopiche	Sì	No

Laboratorio di Genetica molecolare e laboratorio di Immunogenetica

76	Esiste un locale "zona pulita" per la preparazione dei reagenti, la separazione del DNA dei campioni in arrivo e la messa a punto della reazione di amplificazione	Sì	No
77	Esiste un locale "zona sporca" in cui vengono effettuati la reazione di amplificazione, l'esecuzione del test e la valutazione dei dati ottenuti	Sì	No

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

78	Il direttore responsabile è presente nel laboratorio durante il normale orario di lavoro per almeno 30 ore settimanali (per le strutture private)	Sì	No
79	Nel caso in cui il Direttore responsabile sia un chimico è presente un laureato in medicina	Sì	No
80	Nel caso in cui il Direttore responsabile sia un biologo è presente un biologo autorizzato ad effettuare prelievi venosi nel rispetto della normativa regionale vigente	Sì	No

Nota:
Il direttore responsabile può anche ricoprire il ruolo di biologo autorizzato ad effettuare prelievi venosi

81	Il biologo autorizzato ad effettuare prelievi venosi ripete a cadenza annuale il corso B.L.S.D. per il pronto soccorso e la rianimazione	Sì	No
82	Il personale laureato e/o tecnico è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate	Sì	No

83	I Laboratori delle strutture dove operano reparti intensivi o semintensivi e/o Dipartimenti di Emergenza assicurano l'attività analitica e regolamentano la consulenza diagnostico-specialistica 24 ore su 24	Sì	No
84	Esiste una procedura scritta per l'organizzazione del lavoro nei giorni festivi e nelle ore notturne, sia come pannello di esami disponibili, che come modalità di erogazione del servizio, in cui viene indicato il personale addetto (numero, qualifica, funzioni e responsabilità delle varie figure professionali)	Sì	No

Accesso al prelievo

85	Il laboratorio dispone di un opuscolo informativo sul Servizio per gli utenti che contiene almeno le modalità di accesso (sedi e orari, modalità di prenotazione ed accettazione, sedi e modalità per il ritiro referti)	Sì	No
86	Esistono procedure di servizio (protocolli o linee guida) concordati con i servizi competenti per l'identificazione degli utenti (che garantisca la tracciabilità del campione)	Sì	No

Elenco delle prestazioni

87	Esiste un documento che descrive tutti i servizi/prestazioni offerti dal laboratorio in cui sono esplicitati gli esami che vengono eseguiti direttamente (metodologia) e quelli che vengono inviati ad altre strutture	Sì	No
88	**Nella documentazione informativa per i pazienti e per gli operatori sanitari sono riportati almeno:**		
	a) elenco di tutte le prestazioni eseguite	Sì	No
	b) definizione degli esami urgenti (per interni ed esterni)	Sì	No
	c) elenco prestazioni eseguite in service	Sì	No
	d) elenco prestazioni eseguite in sedi decentrate POCT	Sì	No
	e) costo della prestazione	Sì	No

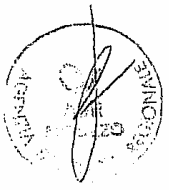
Richiesta degli esami

89	**Nella documentazione informativa per gli operatori che descrive le modalità di richiesta degli esami sono riportati almeno:**		
	a) istruzioni per la compilazione della richiesta conforme alla normativa vigente	Sì	No
	b) modalità di identificazione dei campioni	Sì	No
	c) modalità di accettazione in laboratorio	Sì	No
	d) criteri di accettabilità delle richieste e modalità da adottare in caso di richieste non conformi	Sì	No

Preparazione all'esame e raccolta del campione

90	**Nella documentazione informativa per gli operatori che descrive le modalità per la preparazione del paziente, la raccolta e il trattamento dei campioni primari sono riportati almeno:**		
	a) elenco provette e contenitori per le diverse tipologie di test	Sì	No
	b) istruzioni per le modalità di preparazione del paziente	Sì	No
	c) istruzioni per le modalità di prelievo	Sì	No

Tracciabilità del campione



91 Esistono procedure (protocolli o linee guida) concordati con i servizi competenti per l'identificazione e la rintracciabilità dei campioni (con riferimento anche ai campioni con richieste di esami con valenza medico-legale) Sì No

Trasporto e conservazione dei materiali biologici

92 **Esistono istruzioni scritte, concordate con i servizi competenti, relative a:**

a) modalità di raccolta Sì No

b) trasporto e conservazione del campione (anche in relazione alle misure di sicurezza) Sì No

Approvvigionamento delle attrezzature e dei reagenti

93 Esistono procedure per il ricevimento (verifica modalità di trasporto), immagazzinamento (temperatura, umidità, ecc.), registrazione e controllo della data di scadenza Sì No

94 **Reagenti, materiale di controllo, materiale di calibrazione presentano le etichette originali che indichino chiaramente:**

a) identità Sì No

b) titolo o concentrazione Sì No

c) condizioni di conservazione raccomandate Sì No

d) data di preparazione e di scadenza ed ogni altra informazione necessaria per l'uso corretto Sì No

95 E' riportata chiaramente su ogni etichetta la data di apertura o primo utilizzo dei reagenti (ove previsto) Sì No

96 **E' presente un sistema informatico gestionale di Laboratorio (LIS) che:**

a) consente l'archiviazione degli esami per almeno un anno Sì No

b) consente la visualizzazione dei costi per prestazione ed il calcolo del ticket Sì No

c) fornisce dati relativi agli esami effettuati e alla loro provenienza (reparti, punti prelievo, ecc.), alla tipologia, ai costi Sì No

d) garantisce la sicurezza dei dati (password, backup, restor dei dati) Sì No

97 Per le Microbiologie delle UU.OO. esiste un sistema di gestione dei dati utili al controllo delle infezioni ospedaliere, con invio periodico di report ai reparti Sì No

Idoneità dei campioni

98 Nella documentazione informativa agli operatori che descrive la procedura per valutare l'idoneità dei campioni sono riportati: i criteri di idoneità e di non idoneità, la registrazione dei campioni non idonei, le modalità di comunicazione della non idonei Sì No

Procedure analitiche

99 **Nella documentazione informativa per gli operatori, che descrive le procedure operative in uso, sono riportati:**

a) lo scopo e il principio dell'esame Sì No

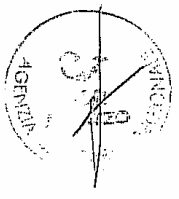
b) le istruzioni per l'esecuzione Sì No

c) le procedure di assicurazione della qualità Sì No

d) le modalità di compilazione dei referti Sì No

e) la trasmissione e consegna dei referti Sì No

100	La metodologia utilizzata nell'esecuzione di esami espletati in urgenza, garantisce uniformità del dato analitico rispetto allo stesso esame effettuato in attività di routine	Sì	No
	Manutenzione		
101	Esistono procedure (protocolli o linee guida) per i processi di sanificazione (pulizia ambiente, procedure di disinfezione e di sterilizzazione, decontaminazione, ecc.)	Sì	No
102	Esistono procedure (protocolli o linee guida) per lo smaltimento dei rifiuti sanitari speciali (secondo la normativa vigente)	Sì	No
103	Esistono procedure per lo stoccaggio e smaltimento dei reagenti chimici (secondo la normativa vigente)	Sì	No
104	**Esistono schede per ogni singolo strumento da cui si evidenzi:**	Sì	No
	a) data e modalità di acquisizione	Sì	No
	b) azienda fornitrice	Sì	No
	c) numero di matricola	Sì	No
	d) responsabile addetto e suo sostituto	Sì	No
	e) manutenzione ordinaria e programmata (tipo di operazioni, cadenza, operatore abilitato)	Sì	No
	f) manutenzione straordinaria per riparazione guasti e verifica periodica della funzionalità (effettuata dall'azienda fornitrice o da tecnico qualificato)	Sì	No
	g) documentazione di tutte le operazioni eseguite (data, firma, rapporti del servizio di assistenza)	Sì	No
	Nota: *almeno per gli strumenti acquistati dopo il 1998*		
105	Esiste una procedura per la manutenzione periodica delle cappe a flusso laminare effettuata da tecnico abilitato	Sì	No
	Controllo di qualità interno		
106	Il laboratorio svolge programmi di Controllo Interno di Qualità promossi dalla Regione	Sì	No
107	**Nella documentazione informativa agli operatori, che descrive il sistema di controllo per tutte le analisi, sono riportati :**	Sì	No
	a) i criteri di applicazione e le modalità di esecuzione	Sì	No
	b) l'impiego delle procedure statistiche	Sì	No
	c) i criteri di validazione dei risultati	Sì	No
	d) le modalità di archiviazione	Sì	No
108	I risultati del Controllo Interno di Qualità sono validati al momento della determinazione dal personale incaricato	Sì	No
	Verifica esterna di qualità (VEQ)		
109	Il laboratorio partecipa a programmi di Valutazione Esterna di Qualità validati a livello nazionale, comunitario e internazionale	Sì	No
	Rintracciabilità		
110	**Nella documentazione informativa per gli operatori, che descrive la rintracciabilità dei campioni e dei materiali di consumo per diagnostica in vitro, sono riportati:**		



	a) la procedura di identificazione univoca del campione (e dei campioni secondari dove applicabile) che garantisca la sua rintracciabilità durante l'intero processo di analisi e minimizzi il rischio di scambio	Sì	No
	b) la metodologia di identificazione univoca dei materiali di consumo per diagnostica in vitro, comprendente numero di lotto e l'indicazione della scadenza o del limite di utilizzo	Sì	No
	c) la procedura di acquisto, ricevimento, verifica dell'idoneità, registrazione e stoccaggio del materiale e le modalità di controllo delle condizioni di conservazione secondo le specifiche del produttore	Sì	No

Validazione

111	**Nella documentazione informativa per gli operatori, che descrive le procedure per la validazione dei risultati strumentali, sono riportati:**		
	a) la procedura di validazione tecnica e clinica dei risultati strumentali	Sì	No
	b) le figure professionali del laboratorio coinvolte nella procedura di validazione	Sì	No
	c) dove applicabile, la procedura di validazione dei risultati ottenuti con strumentazione per analisi decentrate (POCT)	Sì	No

Analisi decentrate

112	Il laboratorio che ricorre a service esterno mantiene documentazione delle analisi inviate per almeno un anno e un'aliquota del materiale biologico inviato fino al ricevimento del referto	Sì	No
113	Esiste l'elenco delle prestazioni erogate con l'indicazione di quelle effettuate all'interno del Laboratorio e di quelle demandate ad altri Laboratori	Sì	No
114	In caso di utilizzo dei POCT sono state concordate tra il direttore del laboratorio e della U.O. clinica la necessità e la scelta dei dispositivi e dei kit diagnostici da utilizzare	Sì	No
115	La direzione del laboratorio ha pianificato ed attuato la formazione degli operatori che utilizzano i POCT	Sì	No
116	La Direzione del laboratorio verifica la manutenzione, il controllo di qualità, e la correlazione tra i dati in uscita dal POCT e quelli in uscita dagli strumenti presenti nel laboratorio	Sì	No

IL REFERTO

117	**La documentazione che descrive le modalità con cui il referto viene prodotto e trasferito al richiedente/paziente contiene almeno i requisiti relativamente a:**		
	a) nome del Laboratorio	Sì	No
	b) identificazione univoca del paziente	Sì	No
	c) medico o reparto richiedente	Sì	No
	d) data della raccolta del campione	Sì	No
	e) data e (ora-quando appropriato) di produzione del referto	Sì	No
	f) natura del materiale analizzato	Sì	No
	g) metodo utilizzato	Sì	No
	h) risultato	Sì	No
	i) eventuale causa di non esecuzione dell'esame	Sì	No
	l) intervalli di riferimento	Sì	No
	m) segnalazione dei risultati anomali	Sì	No

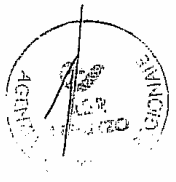
	n) eventuali commenti interpretativi	Si	No
	o) tipo di referto (completo, parziale, copia)	Si	No
	p) firma di chi autorizza la produzione del referto	Si	No
118	La comunicazione orale dei risultati è prevista solo nei casi di estrema emergenza seguita dall'invio repentino del referto definitivo	Si	No
119	E' stata definita una tabella di valori critici dei risultati oltre ai quali essi sono trasmessi tempestivamente a chi ha richiesto gli esami	Si	No
120	In caso di esami inviati in service il laboratorio allega il referto originale o indica la sede in cui l'esame è stato eseguito in service	Si	No
121	E' garantita la possibilità del ritiro di referti in tutti i giorni feriali e in alcuni pomeriggi della settimana	Si	No
	Interpretazione e consulenza		
122	E' assicurata l'attività di consulenza per l'interpretazione dei risultati delle analisi al fine di rispondere alle necessità ed alle richieste degli utenti	Si	No
123	Il tecnico di laboratorio può trasmettere direttamente i risultati degli esami richiesti in urgenza (validazione tecnica), purchè vengano rispettati i criteri sopra stabiliti (validazione tecnica) *Nota :* *Requisito valido per i Laboratori Pubblici.* *L'elenco degli esami andrà definito in sede locale fra il Responsabile del Laboratorio ed i reparti clinici in sintonia con quanto previsto negli obiettivi programmatici delle rispettive Direzioni Aziendali*	Si	No
124	**Esiste un sistema di archiviazione che contiene :**		
	a) i risultati degli esami sugli utenti (conservati per almeno un anno sul LIS) e per TRE ANNI su supporti (CD, floppy, DVD)	Si	No
	b) i risultati dei controlli di qualità interni (conservati per almeno un anno) e quelli esterni conservati per almeno tre anni	Si	No
	c) la documentazione delle analisi inviate ad altri laboratori per un anno	Si	No
125	E' presente una procedura/protocollo per la gestione dei dati personali sensibili	Si	No
126	E' presente una procedura/protocollo per la gestione delle eventuali emergenze condivisa con le strutture territoriali di emergenza-urgenza	Si	No

ANATOMIA PATOLOGICA

codice paragrafo
AP

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

127	E' presente uno spazio/locale per le attività amministrative e di archivio	Si	No
128	E' presente uno spazio/locale per accettazione	Si	No
129	Il servizio dispone di una struttura idonea allo svolgimento delle varie attività diagnostiche	Si	No



130	Il servizio dispone di locali adeguati alle attività assistenziali della struttura ospedaliera in cui è collocato e ai volumi di attività	Sì	No
131	E' presente un locale per il lavaggio ed il trattamento del materiale d'uso	Sì	No
132	Sono presenti servizi igienici per il personale	Sì	No
133	E' presente locale spogliatoio per il personale	Sì	No

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI IMPIANTISTICI

134	E' presente un banco con sistema di aspirazione e filtrazione per valutazione macroscopica e allestimento prelievi	Sì	No
135	E' presente un microscopio binoculare con ottica adeguata (almeno planare) per ciascun operatore	Sì	No
136	Sono presenti dotazioni tecnologiche essenziali per l'espletamento dell'attività diagnostica isto/citopatologica	Sì	No
137	Sono presenti dotazioni tecnologiche per l'eventuale espletamento dell'attività diagnostica autoptica	Sì	No

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

138	Il Direttore responsabile è in possesso dei requisiti di legge necessari allo svolgimento della funzione	Sì	No
139	Esistono procedure (protocolli o linee guida) concordati con i servizi competenti per l'identificazione dei campioni	Sì	No
140	Esistono procedure (protocolli o linee guida) concordati con i servizi competenti per il trasferimento del materiale biologico dalle zone di prelievo al servizio	Sì	No
141	Esistono procedure (protocolli o linee guida) concordati con i servizi competenti per i processi di sanificazione (pulizia ambiente, procedure di disinfezione e di sterilizzazione, decontaminazione, ecc.)	Sì	No
142	Esistono procedure (protocolli o linee guida) circa lo smaltimento dei rifiuti sanitari speciali (secondo la normativa vigente)	Sì	No
143	E' stato attivato un sistema di controllo di qualità dei processi e procedure	Sì	No
144	**Reagenti, materiale di controllo, materiale di calibrazione presentano etichette originali che indichino chiaramente:**		
	a) identità	Sì	No
	b) titolo o concentrazione	Sì	No
	c) condizioni di conservazione raccomandate	Sì	No
	d) data di preparazione e di scadenza ed ogni altra informazione necessaria per l'uso corretto	Sì	No
145	Esistono procedure per il collegamento funzionale del Servizio con i blocchi operatori per la diagnostica estemporanea intraoperatoria	Sì	No
146	Il Servizio è collegato funzionalmente con l'area mortuaria per l'attività autoptica, qualora la sala non sia all'interno del servizio	Sì	No
147	Esiste un sistema di archiviazione che consente un agevole reperimento del paziente, del materiale biologico, dei referti	Sì	No

148 **Esiste un sistema di archiviazione che contiene :**

a) i risultati degli esami sugli utenti (conservati per almeno un anno)	Sì	No
b) i risultati dei controlli di qualità interni (conservati per almeno un anno) e quelli esterni su processi e procedure	Sì	No

149 **Il sistema di archiviazione contiene anche:**

a) registro numerico di accettazione	Sì	No
b) archivio dei quesiti diagnostici e tipologie di indagine eseguita *(le richieste possono essere eliminate dopo 6 mesi)*	Sì	No
c) archivio dei residui dei frammenti bioptici mantenuti in fissativo *(i tessuti in formalina possono essere eliminati dopo 3 mesi dalla redazione e consegna del referto)*	Sì	No
d) archivio delle inclusioni e dei preparati isto/citologici da conservare per un periodo di tempo definito dalle normative vigenti	Sì	No
e) archivio cartaceo dei referti isto/citologici e protocolli autoptici aggiornato con le richieste di revisione e consulenza con relative risposte *(è opportuna la documentazione annuale di: n. di inclusioni, n. di preparati istologici, n. di preparati citologici cervico vaginali, n.di preparati immunoistochimici, n. di preparati citologici non cervicovaginali, n.di autopsie)*	Sì	No

150 **Esiste una procedura che comprenda:**

a) l'identificazione del paziente e del medico che ha richiesto l'esame	Sì	No
b) l'acquisizione delle informazioni cliniche rilevanti	Sì	No

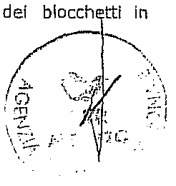
151 **Esiste un manuale delle procedure diagnostiche ove per ogni procedura diagnostica è definita:**

a) preparazione dell'utente agli esami (qualora previsto)	Sì	No
b) modalità di raccolta, trasporto e conservazione del campione	Sì	No
c) caratteristiche e descrizione della tecnica impiegata	Sì	No
d) modalità di preparazione/campionamento/esame	Sì	No

152 **Esiste una procedura *di esecuzione* della fase analitica sul materiale biologico che definisce:**

a) la corretta e completa identificazione dei campioni biologici	Sì	No
b) la completezza della descrizione macroscopica ove utile per una migliore definizione diagnostica e prognostica	Sì	No
c) la completezza della descrizione microscopica	Sì	No
d) la completezza delle informazioni sulle tecniche ancillari eventualmente impiegate	Sì	No
e) l'utilizzazione nella diagnosi della terminologia standardizzata e codificabile	Sì	No
f) la chiara identificazione del medico anatomo/patologo che ha eseguito l'analisi	Sì	No
g) la chiara rintracciabilità dell'operatore responsabile di ogni fase del processo	Sì	No

153	Qualora venga effettuata attività autoptica, esistono protocolli operativi dedicati	Sì	No
154	Esistono protocolli operativi per le attività di citologia	Sì	No
155	Esistono protocolli operativi per l'archiviazione delle istocitoteche e dei blocchetti in paraffina	Sì	No



156	Esistono protocolli operativi per la conservazione temporanea/indefinita del materiale bioptico chirurgico (anche in funzione medico/legale)	Sì	No
157	Esistono protocolli/procedure operative per l'esecuzione di prelievi e agoaspirati	Sì	No

PUNTO PRELIEVO ESTERNO

codice paragrafo
PPE

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

158	Il punto prelievo è collocato in zona facilmente accessibile, dotata di adeguata segnaletica e rispondente alle normative vigenti in materia di abbattimento delle barriere architettoniche, tale da favorire un agevole afflusso di pazienti	Sì	No
159	E' presente un area di attesa dotata di un numero di posti a sedere adeguato al numero di pazienti che usufruiscono del servizio	Sì	No
160	Sono presenti servizi igienici distinti per utenti e personale	Sì	No
161	Il locale per il prelievo (almeno 6 mq) consente il rispetto della privacy dell'utente	Sì	No
162	I locali sono dotati di pareti lavabili fino all'altezza minima di due metri, di pavimentazione idonea ad una efficace decontaminazione da inquinanti biologici	Sì	No
163	I locali sono dotati di porte a superficie lavabile	Sì	No
164	In tutti i locali sono assicurate efficaci condizioni di illuminazione e di ventilazione	Sì	No

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

165	E' presente un lettino o una poltrona prelievo	Sì	No
166	E' disponibile materiale monouso per i prelievi	Sì	No
167	E' presente un frigorifero per la conservazione dei materiali biologici	Sì	No
168	E' presente un frigorifero per la conservazione del materiale diagnostico	Sì	No
169	Sono presenti armadi per il contenimento dei materiali di consumo	Sì	No
170	Sono presenti attrezzature e materiale idoneo alla preparazione, conservazione e trasporto dei campioni biologici	Sì	No
171	E' presente l'attrezzatura essenziale per la gestione delle emergenze (rianimazione cardio polmonare di base) di cui è controllata periodicamente la funzionalità	Sì	No

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

172	Sono presenti procedure per la raccolta, il trasporto e la conservazione dei campioni	Sì	No
173	Sono presenti protocolli/procedure per i principali collegamenti funzionali ed organizzativi	Sì	No

174	Esistono procedure (regolamenti interni) concordate con i servizi competenti per i processi di sanificazione (pulizia ambiente, procedure di disinfezione e di sterilizzazione, decontaminazione, ecc.)	Sì	No
175	Esistono procedure (regolamenti interni) concordate con i servizi competenti circa lo smaltimento dei rifiuti sanitari speciali	Sì	No

3.21 MEDICINA NUCLEARE

La Medicina Nucleare consiste in attività diagnostica e/o terapeutica mediante l'impiego delle proprietà fisiche del nucleo atomico ed in particolare di radionuclidi artificiali. Questi ultimi sono impiegati per scopo diagnostico sia in vivo che in vitro.

codice paragrafo
MN

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate, in conformità al decreto 230/1995 e successivi aggiornamenti	Sì	No
2	E' presente un'area dedicata all'accettazione ed attività amministrative, archivio e consegna referti	Sì	No
4	E' presente un locale destinato all'attesa prima della somministrazione, adeguato al numero di pazienti che fruiscono del servizio	Sì	No
5	E' presente un locale per la somministrazione all'utente di radiofarmaci	Sì	No
6	E' presente una sala di attesa "calda", locale dotato di schermature di piombo per isolare per i pazienti iniettati	Sì	No
7	E' presente una zona filtro con locali spogliatoio differenziati e doccia per la decontaminazione	Sì	No
8	Sono presenti servizi igienici per pazienti "caldi" con scarichi controllati in numero proporzionato adeguata all'utenza, per il monitoraggio di rifiuti caldi radioattivi	Sì	No
9	E' presente un locale destinato ad ospitare la gamma camera	Sì	No
10	E' presente una camera calda (locale a pressione negativa), per stoccaggio e manipolazione radio farmaci e altri prodotti radioattivi	Sì	No
11	In caso di attività diagnostica in vitro, questa è svolta in locali chiaramente separati dall'attività in vivo	Sì	No
13	Sono presenti servizi igienici dedicati ai pazienti "freddi"	Sì	No
14	Sono presenti servizi igienici dedicati al personale	Sì	No
15	E' presente un locale, adeguatamente arredato, dedicato al personale	Sì	No
16	E' presente un locale per deposito materiale sporco	Sì	No
17	E' presente un locale/spazio per deposito materiale pulito	Sì	No
18	E' presente un locale/spazio per deposito materiale d'uso, attrezzature e strumentazioni	Sì	No
19	Le superfici murarie sono resistenti al lavaggio e alla disinfezione, lisce, con raccordo arrotondato al pavimento	Sì	No
20	Il pavimento è realizzato in materiale non inquinante, del tipo monolitico, resistente agli agenti chimici e fisici, antisdrucciolo	Sì	No

REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI

21	E' presente un sistema di raccolta e monitoraggio degli effluenti per lo scarico dei rifiuti liquidi radioattivi collegato con il servizio igienico destinato agli utenti iniettati con radiofarmaci	Si	No
22	Nell'ambito del sistema di scarico liquido sono presenti sistemi di monitoraggio dei radioisotopi eliminati	Si	No
23	E' presente un impianto di condizionamento con adeguato ricambio aria (almeno 6 v/h) e con gradienti di pressioni progressivamente decrescenti verso la camera calda dove si dovrà avere il valore più basso, in ossequio alle direttive sulla protezione della radiazioni ionizzanti	Si	No
24	Sono presenti filtri assoluti che sono in grado si trattenere tutte le particelle radioattive in uscita per le aree classificate come "zona controllata"	Sì	No
	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
25	Sono presenti adeguati sistemi di monitoraggio ed apparecchiature per il controllo personale ed ambientale della radioattività	Sì	No
26	La sezione diagnostica in vivo ha un numero minimo di 2 gamma camere	Sì	No
27	E' presente un carrello di emergenza per la gestione delle emergenze connesse con le specifiche attività svolte, comprendente farmaci salvavita e relativa lista di controllo, cannule di Mayo o Guedel, ventilatore manuale tipo Ambu o pocket mask, materiale per infusioni	Si	No
28	In caso di attività diagnostica in vitro, il laboratorio è dotato della strumentazione di base di un laboratorio di analisi chimico-cliniche	Si	No
29	**Nel caso della PET è presente:**		
	a) un tomografo	Sì	No
	b) un laboratorio controllo qualità	Sì	No
	c) una cella di manipolazione per il frazionamento delle dosi	Sì	No
30	**Nel caso di ciclotrone è presente:**		
	a) laboratorio controllo qualità	Sì	No
	b) laboratorio di farmacosintesi	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
31	E' presente un documento che descriva tutti i servizi e le prestazioni offerte, le procedure e le attrezzature, secondo il decreto 187/2000: Manuale di garanzia della qualità	Sì	No
32	**Esistono procedure/protocolli per:**		
	a) corretta identificazione di pazienti prima della somministrazione del radiofarmaco	Sì	No
	b) processi di sanificazione ambientale, pulizia ambientale, disinfezione, disinfestazione e decontaminazione.	Sì	No
	c) smaltimento dei rifiuti sanitari speciali	Sì	No
	d) manipolazione dei materiali radioattivi	Sì	No
	e) smaltimento rifiuti radioattivi	Sì	No
	f) approvvigionamento e gestione del materiale diagnostico e dei farmaci	Sì	No
33	Esiste un manuale delle procedure diagnostiche e terapeutiche secondo la normativa vigente,decreto 187/2000	Sì	No

34	E' stato attivato un Programma di Garanzia della Qualità ai sensi dell'articolo 8 del D.Lgs. 187/00	Sì	No
35	Sono documentati l'attivazione e il mantenimento di un sistema di controllo della qualità sulle strumentazioni	Sì	No
36	Il personale sanitario laureato e/o tecnico è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate	Sì	No
37	Il rapporto numero Tecnici/numero mix prestazioni è rispondente ai criteri dell'Associazione Italiana di Medicina Nucleare ed Imaging Molecolare (AIMN)	Sì	No
38	Il rapporto numero Medici/numero mix prestazioni è rispondente ai criteri dell'Associazione Italiana di Medicina Nucleare ed Imaging Molecolare (AIMN)	Sì	No
39	Il tempo medio per prestazione è rispondente ai criteri dell'Associazione Italiana di Medicina Nucleare ed Imaging Molecolare (AIMN)	Sì	No
40	E' presente un documento ufficiale che dichiari il responsabile della struttura e il personale a tempo pieno equivalente, commisurato alle attività oggetto di autorizzazione, comprensivo delle qualifiche professionali e del rapporto di impiego	Sì	No
41	È formalizzato un protocollo di collaborazione che garantisca la continuità terapeutica in caso di guasto alle apparecchiature, anche in collaborazione con un'altra unità di medicina nucleare	Sì	No
42	Sono presenti procedure/protocolli sulle modalità inerenti il monitoraggio del personale esposto alle radiazioni	Sì	No
43	La struttura è in regola con quanto previsto dal D.Lgs. 230/1995 e s.m.i.	Sì	No
44	E' prevista la comunicazione all'utente, al momento della prenotazione dell'indagine diagnostica, dei tempi di consegna dei referti	Sì	No
45	Sono date specifiche istruzioni sul comportamento che i pazienti devono tenere a domicilio fino alla completa eliminazione dei radioisotopi	Sì	No
46	Esiste una procedura che regolamenti l'erogazione delle prestazioni routinarie e quelle in regime di emergenza/urgenza	Sì	No
47	E' stato nominato un esperto in Fisica Medica ai sensi dell'articolo 2 del D.Lgs 187/00	Sì	No
48	E' stato nominato l'Esperto Qualificato ai sensi dell'articolo 77 del D.Lgs 230/1995 e s.m.i.	Sì	No
49	E' stato nominato Il Medico Autorizzato ai sensi dell'articolo 83 del D.Lgs 230/1995 e s.m.i.	Sì	No
50	La struttura è in regola con quanto previsto dal D.Lgs 187/2000 e delle Linee Guida della Regione Abruzzo (delibera n. 29 del 12/03/04) per l'attuazione del D.Lgs. 187/2000	Sì	No
51	E' stato nominato il responsabile dell'impianto radiologico ai sensi dell'articolo 2 del D.Lgs. 187/00	Sì	No
52	Il rapporto numero Esperti in fisicamedica/numero dotazioni tecnologiche è rispondente ai criteri dell'Associazione Italiana di Fisica in Medicina (AIFM)	Sì	No

3.22 ATTIVITA' DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Le strutture di diagnostica per immagini svolgono indagini strumentali a fini diagnostici e/o di indirizzo terapeutico, utilizzando sorgenti esterne di radiazioni ionizzanti e altre tecniche di formazione dell'immagine.
Le attività di diagnostica per immagini sono assicurate sia dalle strutture, pubbliche e private, di ricovero e cura a ciclo continuativo e/o diurno, sia da strutture extraospedaliere pubbliche e private.
Poiché le strutture di ricovero e cura, come sopra identificate, assicurano lo svolgimento di attività in regime di elezione programmata oppure in regime di emergenza-urgenza, i relativi requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi devono rispondere alle funzioni proprie di tali strutture.
Le attività di diagnostica per immagini sono classificabili in primo, secondo, terzo e quarto livello a seconda delle funzioni cui sono chiamate a rispondere e di seguito evidenziate.
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI DI 1° LIVELLO: La UO di diagnostica per immagini di primo livello è situata nei Distretti e deve essere in grado di eseguire tutte le procedure diagnostiche con le tecnologie di base.
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI DI 2° LIVELLO:La UO diagnostica di secondo livello è situata negli Ospedali del Territorio e deve essere in grado di eseguire tutte le procedure diagnostiche con le tecnologie di base ed avanzate e può svolgere attività di radiologia interventistica di tipo diagnostico o terapeutico.
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI DI 3° LIVELLO: La UO diagnostica di terzo livello è situata negli Ospedali di medie dimensioni ed eroga prestazioni di alta specialità eseguendo tutte le procedure diagnostiche nell'ambito delle proprie competenze, oltre ad assicurare tutte le procedure previste dal 1° e 2° livello.
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI DI 4° LIVELLO: La UO diagnostica di quarto livello è situata nei Grandi Ospedali. Deve essere quindi attrezzata appropriatamente ad un Ospedale ad alta intensità di cure. Eroga prestazioni di altissima specialità eseguendo tutte le procedure diagnostiche ed interventistiche nell'ambito delle proprie competenze, oltre ad assicurare tutte le procedure previste dal 1°, 2° e 3° livello.

Per le strutture private i requisiti minimi tecnologici sono quelli previsti:

A) del livello 1 per la SPECIALISTICA RADIOLOGICA AMBULATORIALE

B) del livello 2 per I SERVIZI DI RADIOLOGIA OSPEDALIERA senza UU.OO. per acuti

C) del livello 3 per I SERVIZI DI RADIOLOGIA OSPEDALIERA con UU.OO. per acuti

codice paragrafo
DI

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	I locali e gli spazi delle strutture di diagnostica di 1° 2° 3° e 4° livello, devono essere correlati alla tipologia ed al volume delle attività erogate	Sì	No
2	**Le strutture che erogano prestazioni di diagnostica per immagini di 1° livello devono possedere i seguenti requisiti strutturali:**	Sì	No
	a) area di attesa dotata di un adeguato numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza degli accessi	Sì	No
	b) spazi adeguati per accettazione, attività amministrative ed archivio	Sì	No

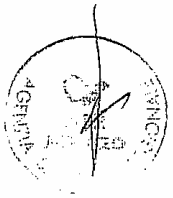
	c) servizi igienici distinti per gli operatori e per gli utenti	Sì	No
	d) una sala di radiodiagnostica con annessi spazi/spogliatoi per gli utenti	Sì	No
	e) un locale per l'esecuzione degli esami ecografici	Sì	No
	f) un locale per la conservazione ed il trattamento del materiale sensibile	Sì	No
	g) un locale per la refertazione	Sì	No
	h) un'area tecnica, di stretta pertinenza degli operatori medici e tecnici	Sì	No
	i) locale/spazio per deposito materiale pulito	Sì	No
	l) locale/spazio per deposito materiale sporco	Sì	No
	m) spazio armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni	Sì	No
	n) un'area dedicata alla archiviazione tradizionale e/o con sistemi avanzati, proporzionale ai volumi del materiale da archivio, con dimensioni e contenitori che assicurino un archivio vivo per lo meno degli ultimi 5 anni	Sì	No
3	In relazione alla disponibilità di spazio è prevista una sala visita	Sì	No
4	Ogni sala di radiodiagnostica dedicata a singola funzione deve avere una superficie non inferiore a mq 25 e ciascuna unità ecografica non inferiore a mq 12	Sì	No
5	I locali sono strutturati in modo tale che risultino in zona controllata solo la sala o le sale dove sono installate le unità di radiodiagnostica	Sì	No
6	La superficie complessiva dei locali di strutture sanitarie che svolgono esclusivamente attività di diagnostica per immagini non è inferiore a mq 100	Sì	No
7	Qualora l'attività di diagnostica per immagini sia inserita in una struttura ove vengono esercitate anche altre attività sanitarie, l'area di attesa, nonché gli spazi per l'accettazione, l'amministrazione e l'archivio possono essere comuni, purché opportunamente dimensionati	Sì	No
8	Le strutture che erogano prestazioni di diagnostica per immagini di 2°, 3° e 4° livello, oltre ai requisiti minimi previsti per il 1° livello, possiedono requisiti strutturali adeguati alla complessità delle prestazioni erogate	Sì	No

REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI

Caratteristiche microclimatiche

9	E' presente un condizionamento ambientale che garantisca:		
	a) una temperatura estiva ed invernale compresa tra 20-24 °C	Sì	No
	b) nel corso del semestre estivo un delta di temperatura che non può essere superiore a 6°C rispetto alla T° esterna dell'ambiente	Sì	No
	c) una umidità relativa estiva ed invernale del 40/60%.	Sì	No
	d) numero ricambi aria/ora 5 v/h (sono ammessi 2 v/h di aria esterna a condizione che nei locali dove si effettuano attività di diagnostica per immagini vi sia la completa estrazione di eventuali inquinanti, in tempi tali da escludere eventuali danni alla salute degli operatori e pazienti)	Sì	No
	e) velocità dell'aria 0,05 - 0,15 m/s	Sì	No

	f) classe di purezza filtrazione con filtri a media efficienza	Sì	No
	Caratteristiche illuminotecniche:		
10	Illuminamento di esercizio: 200-300-500 lx illuminazione generale 30-150 lx locali area controllo comandi	Sì	No
	Impianti speciali e vari :		
11	impianto di rilevazione incendi	Sì	No
12	impianto idrico sanitario con sistema indipendente di raccolta scarichi provenienti dal locale sviluppo pellicole (serbatoi esterni o contenitori interni)	Sì	No
13	impianto controllo accessi con segnalazione di allarme	Sì	No
14	impianti di rilevazione radiazioni	Sì	No
	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
15	La dotazione strumentale è correlata alla tipologia,al volume e alla complessità delle prestazioni erogate	Sì	No
16	La strumentazione del servizio è sottoposta a corretta e regolare manutenzione preventiva, ordinaria e straordinaria	Sì	No
17	Sono disponibili i manuali e i registri di manutenzione	Sì	No
18	**La dotazione strumentale minima delle strutture che erogano prestazioni di diagnostica per immagini di 1° livello comprende almeno:**		
	a) la radiologia tradizionale diretta	*Sì*	*No*
	e		
	b) l'ecografia	*Sì*	*No*
	e/o		
	c) l'ortopantomografia	*Sì*	*No*
	e/o		
	d) la MOC DEXA	*Sì*	*No*
	e/o		
	e) un mammografo	*Sì*	*No*
19	E' presente un ecografo dotato di almeno due sonde,una per uso internistico ed una per le parti superficiali	Sì	No
20	La mammografia clinica è eseguita solo in presenza di un medico radiologo con competenza specifica nel settore	Sì	No
21	E' presente un generatore trifase di potenza non inferiore a 30 KW e tavolo di comando	*Sì*	*No*
22	E' presente un corredo di cassette radiografiche con schermi ad alto potere di rinforzo o di cassette con i fosfori a memoria	*Sì*	*No*
23	E' presente un tubo radiogeno a doppio fuoco con anodo rotante	Sì	No



24	E' presente uno stativo a pavimento o pensile con tubo radiogeno a doppio fuoco e anodo rotante	Sì	No
25	E' presente l'attrezzatura per lo sviluppo e il fissaggio delle pellicole o il sistema CR/DR (radiologia digitale)	Sì	No
26	Nella struttura è presente l'attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardiopolmonare di base di cui è controllata la funzionalità e sono controllati i relativi farmaci	Sì	No
27	**La dotazione strumentale delle strutture che erogano prestazioni di diagnostica per immagini di 2° livello prevede:**		
	a) la radiologia tradizionale diretta	Sì	No
	b) l'ecografia	Sì	No
	c) radiologia contrastografica telecomandata	Sì	No
28	E' presente un tavolo ribaltabile telecomandato, con serigrafo, Potter Bucky, intensificatore di brillanza	Sì	No
29	Sono presenti uno o più ecografi con le caratteristiche indicate per le strutture di 1° livello, dei quali almeno uno dotato di modulo color-doppler	Sì	No
30	**La dotazione strumentale delle strutture che erogano prestazioni di diagnostica per immagini di 3° livello comprende**		
	a) la radiologia tradizionale diretta	Sì	No
	b) l'ecografia contrastografica	Sì	No
	c) l'amplificatore di brillanza	Sì	No
	d) un mammografo	Sì	No
	e) radiologia contrastografica, telecomandata	Sì	No
	f) TC spirale multistrato	Sì	No
31	**La dotazione strumentale delle strutture che erogano prestazioni di diagnostica per immagini di 4° livello comprende**		
	a) la radiologia tradizionale diretta e l'ortopantomografia	Sì	No
	b) l'ecografia contrastografica ed interventistica (biopsie, drenaggi, termoablazioni)	Sì	No
	c) la MOC	Sì	No
	d) un mammografo con stereotassi	Sì	No
	e) radiologia contrastografica, telecomandata	Sì	No
	f) RM ad alto campo fornita di software avanzati per la funzionale, il cardiaco il vascolare ed il total body	Sì	No
	g) TC spirale multistrato di alto profilo, adatta allo studio delle coronarie	Sì	No
	h) angiografia ed interventistica vascolare, neurologica, biliare ed urinaria	Sì	No
32	Per apparecchiature total body fisse di campo magnetico non superiore a 2 Tesla, il provvedimento autorizzativo è stato preceduto dalla valutazione tecnica della competente Commissione Consultiva per la Radioprotezione		

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

33	Le strutture che erogano prestazioni di diagnostica per immagini di 1° livello sono dotate di personale sanitario laureato, tecnico, infermieristico ed amministrativo adeguato alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate	Sì	No
	Tale personale, comunque, non può essere inferiore a:		
34	*Il direttore medico radiologo, o altro radiologo specialista operante nella struttura, è presente nella struttura di radiologia durante l'orario lavorativo*	Sì	No
35	*Solo per strutture monospecialistiche di riabilitazione post-acuzie:* Nelle strutture monospecialistiche di riabilitazione post-acuzie è presente un radiologo	Sì	No
36	Negli studi provvisti di impianti radiologici con più sale di diagnostica generale, che si intendono sempre potenzialmente in funzione, è garantita la presenza continuativa di un medico radiologo ogni tre generatori	Sì	No
37	E' stato attivato un programma di Garanzia della Qualità ai sensi dell'articolo 8 del D.Lgs 187/00	Sì	No
38	**Sono presenti, oltre al radiologo, almeno le seguenti figure professionali:**		
	a) un tecnico di radiologia in possesso dei titoli previsti dalla vigente normativa	Sì	No
	b) un ausiliario o appalto del servizio di sanificazione	Sì	No
	c) un amministrativo	Sì	No
	d) un infermiere	Sì	No
39	Il direttore responsabile ha il compito di garantire l'organizzazione tecnico-sanitaria, l'applicazione del regolamento sull'ordinamento e sul funzionamento della struttura	Sì	No
40	Le suddette strutture garantiscono le funzioni di segreteria, di accoglienza dell'utenza, di raccolta ed elaborazione di dati statistici richiesti dalle Amministrazioni competenti, nonché le condizioni igienico-sanitarie necessarie per un buon funzionamento della struttura stessa	Sì	No
41	La struttura è in regola con quanto previsto dal D.Lgs 230/1995 e s.m.i.	Sì	No
42	**I referti sono validati prima della consegna ed includono almeno:**		
	a) i dati anagrafici	Sì	No
	b) la data dell'esame e del referto	Sì	No
	c) il medico richiedente	Sì	No
	d) quesito clinico	Sì	No
	e) la tipologia di esame	Sì	No
	f) nome e firma dello specialista radiologo	Sì	No
43	I referti sono archiviati per un periodo non inferiore ai cinque anni	Sì	No
44	**Esistono procedure scritte, datate e regolarmente aggiornate relative a:**	Sì	No
	a) esecuzione di ogni indagine	Sì	No
	b) ogni aspetto della refertazione	Sì	No
	c) eventuale comunicazione verbale dell' esame radiologico	Sì	No
	d) regolare manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature	Sì	No

45	Esistono procedure scritte per la regolare manutenzione delle apparecchiature	Sì	No
46	E' disponibile la organizzazione funzionale della equipe diagnostica dalla quale sia possibile dedurre la catena di competenze e responsabilità	Sì	No
47	**Esistono e vengono seguiti protocolli dettagliati (secondo linee guida aggiornate e basate sui risultati della ricerca scientifica) per:**	Sì	No
	a) la sanificazione degli ambienti	Sì	No
	b) le modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori	Sì	No
48	Le strutture che erogano prestazioni di diagnostica per immagini di 2°,3° e 4° livello, oltre a possedere i requisiti organizzativi identificati per il 1° livello, prevedono personale sanitario laureato e tecnici di radiologia in numero adeguato, in rapporto alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate	Sì	No
49	**In caso di effettuazione di prestazioni di Radiologia interventistica è prevista:**		
	a) la disponibilità di un anestesista rianimatore	Sì	No
	b) la disponibilità di un chirurgo, nel caso di interventi specifici su organi ed apparati, ed in particolare del chirurgo vascolare nelle applicazioni di Radiologia interventistica dell'apparato vascolare	Sì	No
	c) la presenza di personale infermieristico	Sì	No
50	Per le strutture di 3° e 4° livello deve prevedersi una guardia attiva o una pronta disponibilità che garantisca l'attività di diagnostica per immagini e di radiologia interventistica e che copra l'arco delle 24 ore	Sì	No
51	Il personale delle strutture di diagnostica per immagini di 2°,3° e 4° livello partecipa, almeno una volta all'anno, ad un corso di formazione sulla gestione delle emergenze, in particolare l'arresto cardio-respiratorio e le reazioni allergiche	Sì	No
52	Le strutture di diagnostica per immagini di 2° 3° e 4° livello che eseguono procedure invasive e/o cruente formalizzano adeguate modalità di approvvigionamento, disinfezione e/o sterilizzazione degli strumenti impiegati, in relazione alle attività svolte	Sì	No
53	E' stato nominato un esperto in Fisica Medica ai sensi dell'articolo 2 del D.Lgs 187/00	Sì	No
54	La struttura è in regola con quanto previsto dal D.Lgs 230/1995 e s.m.i.	Sì	No
55	E' stato nominato l'Esperto Qualificato ai sensi dell'articolo 77 del D.Lgs 230/1995 e s.m.i.	Sì	No
56	E' stato nominato il Medico Autorizzato ai sensi dell'articolo 83 del D.Lgs 230/1995 e s.m.i.	Sì	No
57	La struttura è in regola con quanto previsto dal D.Lgs 187/2000 e delle Linee Guida della Regione Abruzzo (delibera n. 29 del 12/03/04) per l'attuazione del D.Lgs. 187/2000	Sì	No
58	E' stato nominato il responsabile dell'impianto radiologico ai sensi dell'articolo 2 del D.Lgs. 187/00	Sì	No
59	Il rapporto numero Esperti in fisica medica/numero dotazioni tecnologiche è rispondente ai criteri dell'Associazione Italiana di Fisica in Medicina (AIFM)	Sì	No

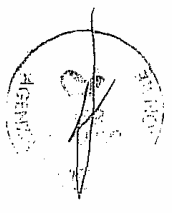
3.23 RADIOTERAPIA

Qualora l'Unità Operativa disponga di posti letto propri, deve essere compilata anche la parte contenente i requisiti per l'Area di Degenza in generale (Paragrafo Area di Degenza).

codice paragrafo
RADI

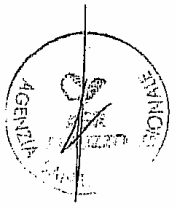
REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate	Sì	No
2	Sono presenti aree di attesa per i pazienti (dotati di un numero di posti a sedere adeguato al numero di pazienti che usufruiscono del servizio	Sì	No
3	Sono presenti spazi adeguati per accettazione, attività amministrative ed archivio e consegna referti	Sì	No
4	E' presente una sala di simulazione	Sì	No
5	E' presente un bunker di terapia	Sì	No
6	E' presente un locale per la conformazione dei campi di irradiazione, per la contenzione e la protezione dell'utente in corso di terapia e per la verifica dosimetrica	Sì	No
7	E' presente un locale visita	Sì	No
8	E' presente un locale per trattamenti farmacologici brevi	Sì	No
9	E' presente un locale per la conservazione, manipolazione e preparazione delle sostanze radioattive sigillate	Sì	No
10	Le stanze di degenza sono perimetralmente schermate in conformità della vigente normativa in tema di radio protezione	Sì	No
11	Sono presenti stanze somministrazione	Sì	No
12	E' presente sala d'attesa "calda" dotata di schermatura in conformità alle vigenti normative	Sì	No
13	Sono presenti servizi igienici con scarichi controllati per il monitoraggio dei rifiuti liquidi radioattivi	Sì	No
14	Sono presenti servizi igienici distinti per gli operatori e per gli utenti	Sì	No
15	Sono presenti uno o più spogliatoi per gli utenti in relazione alle sale di terapia e alle sale visita presenti e comunicanti con le stesse	Sì	No
16	E' presente un locale/spazio dedicato per i processi di decontaminazione, pulizia, disinfezione e sterilizzazione dei dispositivi medici riutilizzabili	Sì	No
17	La struttura è in regola con quanto previsto dal D.Lgs 230/1995 e s.m.i.	Sì	No
18	E' stato nominato l'Esperto Qualificato ai sensi dell'articolo 77 del D.Lgs. 230/1995 e s.m.i.	Sì	No
19	Il dispositivo di comando è posizionato all'esterno del locale d'irradiazione	Sì	No



	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
20	E' presente un simulatore per radioterapia ovvero la piena disponibilità di una diagnostica radiologica (convenzionale o computerizzata) dedicata alla definizione tecnica e alla pianificazione dei trattamenti	Sì	No
21	E' presente una apparecchiatura per il controllo dosimetrico clinico	Sì	No
22	E' presente una unità di terapia a fasci collimati (telecobalto terapia, acceleratore lineare)	Sì	No
23	E' presente una attrezzatura per la valutazione della dose singola e dei relativi tempi di trattamento	Sì	No
24	E' presente un sistema per il disegno del profilo corporeo, da utilizzare in mancanza di immagini TAC	Sì	No
25	Sono presenti dispositivi di immobilizzazione e di sagomatura degli schermi di protezione	Sì	No
26	Le porte di accesso al locale sono dotate di un dispositivo che interrompa la irradiazione quando le stesse vengono aperte	Sì	No
27	Il caricamento delle sorgenti può avvenire solo a partire dal tavolo di comando	Sì	No
28	Lo stato di esercizio dell'impianto è indicato mediante un segnale ben visibile all'interno del locale e sul dispositivo di comando	Sì	No
29	Il paziente è osservato ininterrottamente durante la irradiazione e può comunicare a voce con il personale	Sì	No
30	Il locale d'irradiazione e il locale di comando sono dotati di un dispositivo di emergenza mediante il quale sia possibile interrompere in qualsiasi momento l'irradiazione	Sì	No
31	I locali d'irradiazione rispondono almeno ai requisiti corrispondenti alla classe di resistenza al fuoco F603 (rispettivamente T30)	Sì	No
32	Il locale d'irradiazione è dotato di un sistema di sorveglianza dell'intensità di dose ambientale, indipendente dall'impianto	Sì	No
33	All'interno del locale d'irradiazione si trova un contenitore di piombo appropriato in grado di accogliere, in caso di guasto al sistema di trasporto, la sorgente e il relativo applicatore	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
34	Il personale sanitario laureato e/o tecnico è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate	Sì	No
35	E' stato attivato un Programma di Garanzia della Qualità ai sensi dell'articolo 8 del D.Lgs. 187/00	Sì	No
36	E' prevista presso ogni struttura di radioterapia la comunicazione all'utente, al momento della prenotazione dell'indagine diagnostica, dei tempi di consegna dei referti	Sì	No
37	E' stato nominato il responsabile dell'impianto radiologico ai sensi dell'articolo 2 del D.Lgs 187/00	Sì	No
38	E' garantita, in caso di necessità, l'accesso ad un settore di degenza ove sia possibile l'assistenza dei pazienti trattati	Si	No
39	Qualora vi fosse disponibilità di una sola unità di terapia, è formalizzato un protocollo di collaborazione con un'altra unità operativa di radioterapia in modo da garantire la continuità terapeutica in caso di guasto delle apparecchiature	Sì	No

40	La struttura è in regola con quanto previsto dal D.Lgs. 187/2000 e dalle Linee Guida della Regione Abruzzo (delibera n. 29 del 12/03/04) per l'attuazione del D.Lgs. 187/2000	Sì	No
41	Esistono le procedure relative alle principali attività cliniche svolte	Sì	No
42	Sono presenti procedure per la gestione delle attività di routine ed in emergenza/urgenza	Sì	No
43	Sono presenti procedure specifiche per la conservazione e manipolazione delle sostanze radioattive	Sì	No
44	Esistono procedure che definiscono le modalità di accesso alla struttura dei pazienti degenti presso altre UO ed esterni	Sì	No
45	Sono stati definiti i criteri per la formulazione dei piani di trattamento dei pazienti	Sì	No
46	Esiste documentazione relativa alle verifiche periodiche di valutazione dell'intensità di dose ambientale effettiva effettuate da un esperto qualificato	Sì	No
47	E' stato nominato l'Esperto in Fisica Medica ai sensi dell'articolo 2 del D.Lgs. 187/00	Sì	No
48	E' stato nominato il medico Autorizzato ai sensi dell'articolo 83 del D.Lgs. 230/1995 e s.m.i.	Sì	No
49	Il rapporto numero Esperti in fisica medica/numero dotazioni tecnologiche è rispondente ai criteri indicati nel documento ISTISAN n. 02/20 dell'Istituto Superiore di Sanità	Sì	No



SERVIZIO TRASFUSIONALE

codice paragrafo

STR

Vedi Manuale specifico

3.25 GESTIONE FARMACI E MATERIALE SANITARIO (FARMACIA)

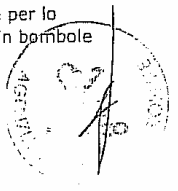
Obbligatoria anche per le strutture private

Il servizio di gestione farmaci e materiale sanitario costituisce il centro raccolta, gestione e distribuzione del materiale sanitario utilizzato dalle unità operative. A seconda della dimensione e/o delle caratteristiche operative delle strutture sanitarie **pubbliche e private**, il servizio può o meno costituire una vera e propria entità operativa dotata di autonomia tecnico-gestionale.

codice paragrafo
GFMS

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	**Sono presenti spazi separati per il deposito:**		
	a) dei medicinali	Sì	No
	b) dei presidi medico chirurgici e sanitari	Sì	No
	c) del materiale di medicazione e degli specifici materiali di competenza	Sì	No
2	L'articolazione interna consente percorsi distinti del materiale in entrata e in uscita, con accessibilità dall'esterno autonoma rispetto al sistema dei percorsi generali del presidio	Sì	No
3	E' presente un locale/spazio adibito alla ricezione/ registrazione materiale	Sì	No
4	E' presente un vano blindato o un armadio anti-scasso per la conservazione degli stupefacenti (TABELLA 7 FU)	Sì	No
5	E' presente un locale/spazio per preparazioni chimico farmaceutiche	Sì	No
6	Laddove necessario è presente un locale dedicato alle preparazioni nutrizionali	Sì	No
7	E' presente lo studio del farmacista	Sì	No
8	E' presente adeguata cappa di aspirazione forzata nel locale per preparazioni chimiche	Sì	No
9	I pavimenti hanno superficie lavabile facilmente e disinfettabile	Sì	No
10	Le pareti hanno rivestimento impermeabile e lavabile fino all'altezza minima di mt. 2 relativamente ai locali adibiti a laboratorio	Sì	No
11	Sono presenti frigoriferi atti alla conservazione dei medicinali da custodire a temperatura determinata, dotati di registratori di temperatura, di sistema di allarme acustico/visivo e collegati a gruppi di continuità o ad una linea di alimentazione preferenziale	Sì	No
12	E' presente un armadio per la custodia dei veleni e delle sostanze (TABELLA 3 FU) per le quali è previsto un accesso controllato	Sì	No
13	Sono presenti attrezzature ed utensili di laboratorio obbligatori (TABELLA 6 FU) e ogni altra dotazione di strumenti atti ad una corretta preparazione galenica	Sì	No
14	Sono disponibili locali idonei, distinti e conformi alla normativa vigente per lo stoccaggio di soluzioni perfusionali, tossici, corrosivi e gas terapeutici in bombole	Sì	No



15 Sono presenti locali idonei al deposito di prodotti infiammabili debitamente autorizzati nel rispetto della normativa vigente Sì No

16 Sono presenti le sostanze obbligatorie (TABELLA 2 FU) Sì No

17 Sono presenti spazi adeguati per il movimento in uscita dei farmaci e di altro materiale sanitario Sì No

18 **Ove non esista il servizio di farmacia dotato di autonomia tecnico-gestionale:**

a) nella struttura è presente uno spazio adibito alla ricezione/registrazione materiale Sì No

b) nella struttura è presente un deposito per farmaci e presidi medico-chirurgici Sì No

c) nella struttura è presente un vano blindato o armadio anti scasso per la conservazione degli stupefacenti Sì No

d) nella struttura sono presenti arredi e attrezzature per il deposito e la conservazione dei medicinali, dei presidi medico chirurgici, dei materiali di medicazione e degli altri materiali di competenza Sì No

e) nell'area destinata al deposito e conservazione dei medicinali, dei presidi medico chirurgici, dei materiali di medicazione e degli altri materiali di competenza, i pavimenti hanno una superficie facilmente lavabile e disinfettabile Sì No

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

19 **Esiste un impianto di condizionamento ambientale che assicuri:**

a) una temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20-26 °C Sì No

b) una umidità relativa estiva ed invernale del 50% +/- 5% Sì No

c) un ricambio aria esterna/ora di 2 v/h Sì No

d) classe di purezza filtrazione dell'aria relativa a filtri a media efficienza Sì No

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

20 **Esiste documentazione formalizzata con la quale la direzione della struttura esplicita l'organizzazione interna del servizio farmaceutico, con particolare riferimento a:**

a) organigramma Sì No

b) livelli di responsabilità Sì No

c) organizzazione del servizio Sì No

21 Sono presenti e rispettate procedure condivise con le UU.OO per la gestione delle modalità di richiesta e consegna dei farmaci Sì No

22 **Sono presenti procedure/protocolli relativi a:**

a) operazioni che possono avere influenza sulla qualità dei prodotti (es. preparazioni galeniche) Sì No

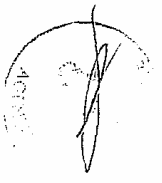
b) ricevimento e controllo forniture Sì No

c) modalità e condizioni di deposito e stoccaggio Sì No

d) pulizia e manutenzione dei locali Sì No

e) consegna dei farmaci e dei dispositivi medici, anche in urgenza Sì No

23	Esiste la documentazione formalizzata relativa alle modalità con le quali viene garantita la funzione di gestione dei farmaci e del materiale sanitario, in rapporto alle specifiche esigenze delle attività svolte nella struttura	Sì	No
24	Sono presenti procedure/linee guida per la preparazione e conservazione di farmaci sterili e mescolanze infusionali, qualora effettuate	Sì	No
25	Sono presenti procedure/linee guida per la preparazione, conservazione ed assegnazione e relativi controlli di qualità (di cui rimane traccia documentale) delle "sacche" per la nutrizione artificiale, qualora effettuate	Sì	No
26	E' presente cappa di manipolazione a flusso laminare orizzontale per la preparazione delle sacche nutrizionali	Sì	No
27	**Sono presenti procedure/linee guida per il trasporto, lo stoccaggio e la movimentazione dei farmaci e del materiale sanitario:**		
	a) sterile	Sì	No
	b) non sterile	Sì	No
28	E' presente sistema informativo di registrazione delle attività relative alla preparazione delle sacche nutrizionali	Sì	No
29	Sono presenti procedure riferite alle attività di approvvigionamento e conservazione (temperatura, umidità) di farmaci e del materiale sanitario di competenza	Sì	No
30	Sono presenti procedure riferite alle attività di dispensazione dei farmaci e del restante materiale sanitario	Sì	No
31	Sono presenti procedure riferite alle attività culturali d'informazione ed educazione sul farmaco (gestione del Prontuario Terapeutico e del Repertorio dei materiali sanitari)	Sì	No
32	Sono presenti procedure riferite alle attività di Farmacovigilanza (raccolta delle segnalazioni di effetti indesiderati da farmaci e incidenti legati a dispositivi medici)	Sì	No
33	Sono presenti procedure riferite alle attività di analisi della prescrizione farmaceutica (indagini statistiche dei consumi ed epidemiologiche)	Sì	No
34	Sono presenti procedure riferite alle attività di ispezione agli armadi farmaceutici di reparto	Sì	No
35	Sono presenti procedure riferite alle attività per la gestione di prestazioni farmaceutiche d'urgenza	Sì	No
36	Sono presenti procedure riferite alle attività per la gestione di farmaci non in commercio in Italia (D.L. 11/12/97)	Sì	No
37	Esiste l'elenco dei prodotti gestiti, coerente con le esigenze terapeutiche e diagnostiche della struttura	Sì	No
38	Esistono procedure condivise relative ai tempi e alle modalità di accesso alle prestazioni da parte delle varie UU.OO della struttura	Sì	No
39	Esistono procedure relative all'intervallo di tempo tra l'inoltro della richiesta e l'erogazione della prestazione per le varie UU.OO della struttura	Sì	No
40	**Esiste una procedura per le preparazioni galeniche particolari contenente:**		
	a) l'identificazione quali/quantitativa del prodotto	Sì	No
	b) l'identificazione del richiedente	Sì	No



c) l'identificazione del paziente (richieste personalizzate)		Sì	No
d) la motivazione clinica per i prodotti per i quali è richiesta la procedura		Sì	No
e) l'eventuale sussistenza di criteri d'urgenza e priorità		Sì	No
f) la data di esecuzione della prestazione		Sì	No
g) l'identificazione dell'operatore preparatore		Sì	No
h) l'identificazione del farmacista responsabile della prestazione		Sì	No

41 **Sono disponibili procedure per la gestione di:**

a) movimenti di magazzino in entrata ed in uscita anche ai fini dell'attività di controllo e vigilanza sui farmaci e materiali sanitari	Sì	No
b) gestione anagrafica dei centri di costo, dei fornitori e dei listini	Sì	No
d) emissione di ordini	Sì	No
e) attività di controllo (giacenza, scorta minima, scadenze, lotti di produzione)	Sì	No
f) reports mensili di consumo per centri di costo	Sì	No

42 Sono disponibili procedure per la manipolazione di sostanze tossiche-nocive Sì No

3.25.1 UNITA' FARMACI ANTIBLASTICI

Unità Operativa centralizzata preposta alla manipolazione (preparazione e distribuzione) dei farmaci antiblastici

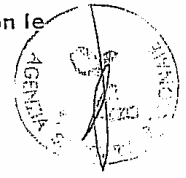
codice paragrafo
UOCFA

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	L'UFA è centralizzata	Sì	No
2	L'UFA è segnalata con appositi segnali di rischio	Sì	No
3	L'UFA è protetta con accesso limitato al solo personale autorizzato	Sì	No
4	**E' presente una zona ufficio a contaminazione controllata con:**		
	a) scrivania	Sì	No
	b) computer	Sì	No
	c) archivio dati	Sì	No
5	**E' presente una zona filtro con:**		
	a) armadietti per il cambio del personale	Sì	No
	b) mezzi di protezione individuale	Sì	No
	c) zona lavamani	Sì	No
6	E' presente un locale sterile, ben definito, separato dagli ambienti circostanti	Sì	No
7	**Il locale sterile è dotato di:**		
	a) cappa di manipolazione a flusso laminare verticale	Sì	No
	b) frigorifero adeguato alle sostanze da conservare	Sì	No
	c) carrello di preparazione vaschette pazienti	Sì	No
8	**Sono presenti i seguenti dispositivi di sicurezza:**		
	a) doccia di emergenza	Sì	No
	b) lava occhi	Sì	No
	c) kit di sicurezza per lo spandimento	Sì	No
	d) armadio a norma per le sostanze pericolose	Sì	No

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

9	**Sono presenti cappe, per la preparazione dei farmaci, con le caratteristiche individuate dalle seguenti norme:**		



	a) normativa vigente in materia di *"Protezione da agenti cancerogeni e mutageni"* per la salute e la sicurezza dei lavoratori	Sì	No
	b) Gazzetta Ufficiale 236 del 07/10/1999 *"Linee guida chemioterapici antiblastici"*	Sì	No
	c) Indicazione per l'applicazione delle linee guida sui chemioterapici antiblastici ISPESL (Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro) e AIMPLS (Associazione Italiana di Medicina Preventiva dei Lavoratori della Sanità)	Sì	No
	d) "Good Manufactoring Practices Europee" (Vol. 4)	Sì	No

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

10	**Esiste documentazione formalizzata con la quale la direzione della struttura esplicita l'organizzazione interna del servizio farmaceutico con particolare riferimento a:**		
	a) organigramma	Sì	No
	b) livelli di responsabilità	Sì	No
	c) organizzazione del servizio	Sì	No
11	**Sono presenti procedure per:**		
	a) operazioni che possono avere influenza sulla qualità dei prodotti (es. preparazioni galeniche)	Sì	No
	b) ricevimento e controllo forniture	Sì	No
	c) modalità e condizioni di immagazzinamento	Sì	No
	d) pulizia e manutenzione dei locali	Sì	No
	e) consegna dei farmaci e dei dispositivi medici, anche in urgenza	Sì	No
12	Sono presenti procedure per la preparazione di farmaci sterili e mescolanze infusionali	Sì	No
13	Sono presenti procedure per la conservazione di farmaci sterili e mescolanze infusionali	Sì	No
14	E' presente foglio clinico di attività giornaliera	Sì	No
15	Sono presenti procedure per il trasporto dei farmaci e del materiale sanitario, sterile e non sterile	Sì	No
16	Sono presenti procedure per lo stoccaggio dei farmaci e del materiale sanitario, sterile e non sterile	Sì	No
17	Sono presenti procedure la movimentazione dei farmaci e del materiale sanitario, sterile e non sterile	Sì	No
18	Sono presenti procedure riferite alle attività di approvvigionamento e conservazione (temperatura, umidità) di farmaci e del materiale sanitario di competenza	Sì	No

19	Sono presenti procedure riferite alle attività di dispensazione dei farmaci	Sì	No
20	Sono presenti procedure riferite alle attività culturali d'informazione ed educazione sul farmaco	Sì	No
21	Sono presenti procedure riferite alle attività di Farmacovigilanza (raccolta delle segnalazioni di effetti indesiderati da farmaci e incidenti legati a dispositivi medici)	Sì	No
22	Sono presenti procedure riferite alle attività di analisi della prescrizione farmaceutica (indagini statistiche dei consumi ed epidemiologiche)	Sì	No
23	Sono presenti procedure riferite alle attività per la gestione di prestazioni farmaceutiche d'urgenza	Sì	No
24	Esiste l'elenco dei prodotti gestiti, coerente con le esigenze terapeutiche e diagnostiche della struttura	Sì	No
25	Esistono procedure relative ai tempi e alle modalità di accesso alle prestazioni da parte delle altre UO della struttura	Sì	No
26	Esistono procedure relative all'intervallo di tempo tra l'inoltro della richiesta e l'erogazione della prestazione per le altre UO della struttura	Sì	No
27	**Esiste una procedura per le preparazioni galeniche particolari contenente:**		
	a) l'identificazione quali/quantitativa del prodotto	Sì	No
	b) l'identificazione del richiedente	Sì	No
	c) l'identificazione del paziente (richieste personalizzate)	Sì	No
	d) la motivazione clinica per i prodotti per i quali è richiesta la procedura	Sì	No
	e) l'eventuale sussistenza di criteri d'urgenza e priorità	Sì	No
	f) la data di esecuzione della prestazione	Sì	No
	g) l'identificazione dell'operatore preparatore	Sì	No
	h) l'identificazione del farmacista responsabile della prestazione	Sì	No
28	**Sono disponibili procedure per la gestione di:**		
	a) movimenti di magazzino in entrata ed in uscita anche ai fini dell'attività di controllo e vigilanza sui farmaci e materiali sanitari	Sì	No
	b) gestione anagrafica dei centri di costo, dei fornitori e dei listini	Sì	No
	d) emissione di ordini	Sì	No
	e) attività di controllo (giacenza, scorta minima, scadenze, lotti di produzione)	Sì	No
	f) reports mensili di consumo per centri di costo	Sì	No
29	Sono disponibili procedure per la manipolazione di sostanze tossiche-nocive	Sì	No

30	Esiste programma informativo dei flussi informativi	Sì	No
31	Sono definiti protocolli terapeutici più frequenti	Sì	No
32	Sono rispettate, nella preparazione dei farmaci antiblastici, le linee guida della SIFO	Sì	No

3.26 SERVIZIO DI DISINFEZIONE

Il servizio di disinfezione deve garantire spazi per il trattamento degli effetti personali, letterecci, della biancheria, e in genere dei materiali infetti.

L'articolazione interna degli spazi deve consentire la netta separazione tra le zone sporche e pulite.

Il percorso deve essere progressivo dalla zona sporca alla zona pulita.

codice paragrafo
SD

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	L'articolazione interna degli spazi garantisce la netta separazione tra le zone sporche e pulite	Sì	No
2	E' presente un locale filtro del personale	Si	No
3	E' presente nell'area filtro locale spogliatoio per il personale	Si	No
4	Sono presenti nell'area filtro servizi igienici per il personale	Si	No
5	E' presente un locale di pre-trattamento e disinfezione	Si	No
6	E' presente un deposito materiale da trattare	Si	No
7	E' presente un deposito pulito	Si	No
8	Sono garantiti percorsi progressivi dalla zona sporca a quella pulita	Sì	No
9	In particolare nelle zone sporche sono presenti pavimenti impermeabili, facilmente lavabili, antisdrucciolo e con pendenze adeguate che garantiscano gli scarichi	Sì	No

REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI

10	**Il Servizio di Disinfezione è dotato di un impianto di condizionamento ambientale che assicuri:**		
	a) una temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20-27°C	Si	No
	b) una umidità relativa estiva ed invernale del 40-60%	Si	No
	c) un ricambio aria/ora esterna di 15 v/h	Si	No
11	E' presente l'impianto illuminazione di emergenza	Si	No

12	E' presente l'impianto di aria compressa	Si	No

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

13	Sono presenti apparecchiature idonee al trattamento del materiale	Si	No

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

14	La dotazione organica del personale addetto è rapportata al volume delle attività e, comunque, prevede all'interno dell'equipe almeno un infermiere	Si	No
15	Esistono e sono seguite procedure/linee guida sulle fasi del processo di sterilizzazione	Si	No
16	Esiste un sistema di tracciabilità del prodotto	Si	No

3.27 SERVIZIO MORTUARIO

Il servizio mortuario può essere espletato attraverso due distinte soluzioni organizzative internamente o esternamente al presidio con le istituzioni di appositi obitori. Deve disporre di spazi per la sosta e la preparazione delle salme e di una camera ardente.

In termini di accessibilità devono essere consentite l'entrata e l'uscita autonoma senza interferenze rispetto al sistema generale dei percorsi interni alla struttura.

Deve essere previsto un accesso dall'esterno alla struttura.

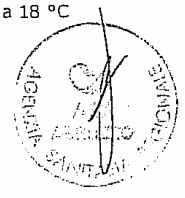
codice paragrafo
SM

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	E' presente un locale osservazione/sosta salme	Sì	No
2	Sono presenti celle frigorifere o locali climatizzati per le salme in numero adeguato	Sì	No
3	Sono presenti locali per lo svolgimento delle operazioni di anatomia patologica (nei casi in cui tali funzioni non siano affidate all'esterno)	Sì	No
4	Se presente la sala autoptica risponde ai requisiti previsti dal DPR 285/90	Sì	No
5	E' presente un locale deposito e un locale/area dedicato al trattamento/riduzione e conservazione temporanea dei prelievi anatomici (se presente sala settoria)	Sì	No
6	E' presente un locale preparazione personale che prevedono una separazione di percorsi "pulito/sporco"	Sì	No
7	Sono presenti i servizi igienici per il personale	Sì	No
8	Sono presenti i servizi igienici per i parenti	Sì	No
9	Sono presenti sale esposizione salme in numero adeguato e rispondenti ai requisiti previsti dal DPR 285/90	Sì	No
10	La/e sala/e di esposizione dispone di entrate ed uscite autonome che non prevedano interferenze rispetto al sistema generale dei percorsi interni alla struttura	Sì	No
11	E' presente un locale per il deposito di materiale di consumo	Sì	No

REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI

12	**Il Servizio Mortuario è dotato di un impianto di condizionamento ambientale che assicuri le seguenti caratteristiche termo igrometriche:**		
	a) una temperatura interna invernale ed estiva non superiore a 18 °C	Sì	No
	b) una umidità relativa del 60% + - 5%	Sì	No



	c) un ricambio aria/ora esterna di 15 v/h	Sì	No
13	E' presente l'impianto illuminazione di emergenza	Sì	No
14	Nel caso in cui la struttura disponga di un servizio di anatomia patologica sono presenti celle frigorifere collegate al gruppo di continuità della struttura	Sì	No

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

15	In caso la struttura sanitaria non disponga di Servizio di Anatomia Patologica viene garantita la funzione descritta	Sì	No
16	La dotazione di personale consente l'apertura delle camere di esposizione salme per un periodo di 12 ore nei giorni feriali e di 8 ore nei giorni prefestivi e festivi	Sì	No
17	Sono previste e regolamentate le procedure di vestizione, chiusura e consegna salme	Sì	No
18	Sono previste e regolamentate le procedure per consentire ai congiunti dei defunti la libera scelta dell'impresa di pompe funebri	Sì	No
19	Se presente sala autoptica sono presenti procedure inerenti il prelievo, la registrazione, l'identificazione e la conservazione di organi o parti di essi	Sì	No
20	Se presente sala autoptica, sono presenti protocolli/procedure che regolamentano l'esecuzione di riscontri diagnostici, autopsie o di altri provvedimenti disposti dall'autorità giudiziaria, ivi compreso, la conservazione di tessuti, liquidi biologici, organi o parti di essi	Sì	No
21	E' presente una procedura che regolamenta la custodia delle salme messe a dispozione dell'autorità giudiziaria	Sì	No

4.1.1 RESIDENZE DI RIABILITAZIONE INTENSIVA

Strutture deputate all'erogazione di prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative in regime residenziale nella fase di post-acuzie a persone disabili che necessitano di riabilitazione intensiva.
Il centro è articolato in nuclei, ciascuno composto da 15 a 20 posti letto.
E' consentito l'accesso alla struttura secondo quanto previsto dalla normativa regionale vigente.

Codice paragrafo
RRI

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	Il centro è localizzato in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano	Sì	No
2	E' rispettata la Legge 9.01.1989 n. 13 "Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati" s.m.i.	Sì	No
3	I locali e gli spazi della struttura sono correlati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate	Sì	No
4	Le dimensioni dei locali, gli arredi e le attrezzature sono adeguati e coerenti rispetto al tipo di interventi effettuati	Sì	No
5	E' presente uno spazio all'aperto di almeno 2 mq per paziente	Sì	No
	AMBIENTI COMUNI		
6	*E' presente locale ingresso con servizi di portineria, posta e con linea telefonica a* disposizione degli ospiti	Sì	No
7	E' presente corrimano a parete nei percorsi principali	Sì	No
8	*E' presente area di attesa con un adeguato numero di posti a sedere*	*Sì*	*No*
9	**Sono presenti locali per attività:**		
	a) amministrativa	Sì	No
	b) accettazione	Sì	No
	d) archivio	Sì	No
10	**Sono presenti aree per attività individuali in luoghi condivisi e per attività di gruppo con:**		
	a) superficie minima di 4 mq a paziente	Sì	No
	Nota: *Per le strutture già operanti è ammessa una deroga in difetto pari al 20% dello standard*		
	b) locali/spogliatoio distinti per sesso, all'interno dell'area o adiacenti (se utilizzati anche da utenze esterne)	Sì	No
11	**Sono presenti ambienti per le attività riabilitative individuali su singolo paziente svolte nella struttura:**		
	a) di superficie minima di 12 mq (riducibile a 10 mq se la stanza non richiede arredi diversi dal tavolo di lavoro e da aumentarsi a 15 mq se si svolgono attività di psicomotricità)	Sì	No

b) rapportati al numero alle degli operatori contemporaneamente presenti Sì No

12 Sono presenti ambulatori medici per visite specialistiche e valutazioni diagnostiche attinenti alle patologie trattate in numero adeguato a consentire le attività mediche previste Sì No

13 Sono presenti servizi igienici per gli operatori Sì No

14 E' presente locale/spogliatoio per gli operatori Sì No

15 Sono presenti servizi igienici per i pazienti, attrezzati in relazione alle disabilità trattate Sì No

16 E' presente locale/spogliatoio per i pazienti Sì No

17 E' presente locale/spazio per il deposito delle attrezzature Sì No

18 E' presente un locale infermeria e spazio per armadio farmaceutico Sì No

19 Sono presenti locale/cucina, dispensa, lavanderia o, in alternativa spazi per accettazione carrelli e depositi per pulito nel caso di esternalizzazione Sì No

Nota Bene:
le funzioni di cucina, lavanderia, pulizie possono essere esternalizzati o forniti da personale della struttura in numero adeguato alle mansioni e in aggiunta agli standard indicati.

20 E' presente locale per il deposito del materiale sporco Sì No

21 E' presente locale/spazio per il deposito del materiale pulito Sì No

22 E' presente locale per lavapadelle - vuotatoio Sì No

23 E' presente locale di soggiorno/pranzo Sì No

24 Sono presenti spazi per la socializzazione e l'attività creativa per l'utenza di dimensione adeguata al numero dei pazienti Sì No

25 E' presente locale per le attività pedagogico-educative, di addestramento professionale e di tempo libero Sì No

AREA DI DEGENZA

26 **Il centro, per ogni nucleo di posti letto, è dotato di:**

a) camere di degenza, dotate di servizi igienici conformi ai requisiti di legge in materia di abbattimento delle barriere architettoniche Sì No

b) un locale di lavoro, destinato al personale di assistenza diretta Sì No

c) un locale per deposito del materiale sporco Sì No

d) un locale/spazio per deposito del materiale pulito Sì No

e) un locale per il deposito delle attrezzature Sì No

f) un locale cucinetta adeguatamente dimensionato Sì No

g) un bagno assistito per ogni nucleo Sì No

h) locale/spazio per materiale sanitario Sì No

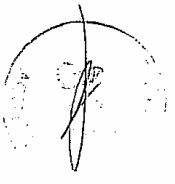
i) locale di soggiorno/pranzo Sì No

Camere di degenza

27	**Per i soggetti di età superiore a 14 anni sono disponibili camere di degenza a 1 o 2 posti letto (camere a 3 e 4 posti letto sono consentite solo per strutture preesistenti), con possibilità di agevole movimentazione delle carrozzine per le camere adibite a soggetti non deambulanti, con superficie minima:**		
	a) 12 mq per le camere ad un posto letto	Sì	No
	b) 18 mq per le camere a due posti letto	Sì	No
	c) 26 mq per le camere a tre posti letto	Sì	No
	d) 32 mq per le camere a quattro posti letti	Sì	No
	Note: *a) Nel caso di strutture già operanti sono accettabili misure in difetto, entro il 20% dagli standard di riferimento* *b) Per gli ospiti di età compresa fra i 14 ed i 18 anni deve essere prevista l'opportunità di ospitare un accompagnatore. In tal caso si applica il requisito seguente*		
28	Per i soggetti di età non superiore a 14 anni è prevista la presenza dell'accompagnatore	Sì	No
29	Per i soggetti di età non superiore a 14 anni sono presenti camere di degenza con massimo 4 posti letto (inclusi accompagnatori), con possibilità di agevole movimentazione delle carrozzine per le camere adibite a soggetti non deambulanti, con superficie minima di 7 mq per posto *Nota:* *Nel caso di strutture già operanti sono accettabili misure in difetto, entro il 20% dagli standard di riferimento*	Sì	No
30	Sono presenti servizi igienici completi di vasca e/o doccia attrezzati per la non autosufficienza collegati alle camere in numero di 1 ogni camera a due posti e 1 ogni due camere ad un posto, di dimensioni tali da permettere l'ingresso e la movimentazione delle carrozzine. Nel caso di strutture già operanti è ammessa la presenza di un servizio igienico attrezzato per la non autosufficienza ogni 2 camere e, in ogni caso, almeno 1 ogni 4 ospiti ancorchè i servizi igienici non siano collegati in camera	Sì	No
31	All'interno di ogni camera a più letti è garantita la privacy di ciascun paziente	Sì	No
32	E' presente un armadietto/guardaroba adeguato per ogni paziente	Sì	No
33	E' garantita per i pazienti la possibilità di effettuare comunicazioni telefoniche dal letto di degenza (anche con cordless)	Sì	No
34	Tutti i servizi igienici ed ogni posto letto sono dotati di impianto di chiamata	Sì	No
35	E' presente un impianto di riscaldamento o di climatizzazione che assicuri una temperatura degli ambienti di 20°/22° centigradi nel semestre invernale (ora solare) e possibilmente non inferiore a quella esterna per più di 6° gradi centigradi (e comunque non inferiore a 20° centigradi) nel semestre estivo (ora legale)	Sì	No

REQUISITI TECNOLOGICI

36	**I locali di trattamento sono dotati di attrezzature e presidi medico-chirurgici, diagnostico-terapeutici e riabilitativi correlati alla specificità della riabilitazione svolta e della tipologia della struttura ed al volume di attività. In particolare sono presenti:**		



1) attrezzature e dispositivi per la valutazione delle menomazioni e delle disabilità trattate (dispositivi per valutazioni dinamometriche, sussidi per la valutazione delle abilità motorie, sussidi per la valutazione del linguaggio e delle turbe neuropsicologiche etc.) Si No

2) attrezzature, risorse tecnologiche e presidi necessari per lo svolgimento delle prestazioni da parte di medici specialisti e dei tecnici della riabilitazione in relazione alle singole tipologie di attività terapeutica e di rieducazione funzionale Si No

In particolare:

a) sono presenti lettini per rieducazione motoria ad altezza variabile (cm 100 minimi x 200 x 44/85h) di cui almeno uno elettrico Si No

b) sono presenti letti di grandi dimensioni per rieducazione motoria ad altezza variabile (cm 200 x 200 x 44/85h) (Bobath) di cui almeno uno elettrico Si No

c) sono presenti letti di verticalizzazione ad altezza ed inclinazione variabile di cui almeno uno elettrico Si No

d) è presente un sollevatore elettrico con diverse tipologie di imbragatura (fasce, amaca standard ed amaca con poggiatesta) in grado di sollevare il paziente dal piano-pavimento Si No

e) Sono presenti standing elettrici ad altezza variabile Si No

f) Sono presenti dispositivi per BFB (BioFeedBack) di cui almeno uno destinato alla riabilitazione del pavimento pelvico Si No

g) Sono presenti presidi e ausili per la deambulazione e la mobilità del paziente Si No

h) Sono presenti attrezzature per l'area destinata alla socializzazione in modo da garantire un confortevole utilizzo del tempo libero Si No

i) E' presente almeno un'attrezzatura per gli esercizi isocinetici Si No

l) Sono presenti apparecchi di elettrostimolazione funzionale (FES) Si No

m) sono presenti apparecchi di fisioterapia (Laser, Magnetoterapia, Ultrasuoni; Correnti antalgiche (TENS, Diadinamica), Crioterapia, Pressoterapia) Si No

n) E' presente un tavolo per attività di ergoterapia Si No

o) Sono presenti mobilizzatori attivi e passivi per arti superiori ed inferiori Si No

p) Sono presenti tappeti rotanti a velocità modulabile di cui almeno uno con supporto ascellare Si No

q) broncoaspiratori Si No

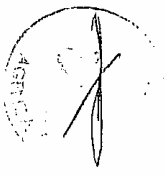
r) uroscanner in caso di terapia riabilitativa vescico-sfinterica Si No

s) sussidi manuali e/o elettronici per il trattamento del linguaggio e delle turbe neuropsicologiche in caso di turbe neuropsicologiche nell'ambito della comunicazione

t) ecodoppler portatile in caso di terapia riabilitativa vascolare Si No

u) saturimetro Si No

	v) elettrocardiografo	Si	No
	w) kit per la gestione delle cannule tracheostomiche	Si	No
	x) kit per la gestione della PEG e SNG	Si	No
	3) attrezzature e presidi necessari per la terapia occupazionale	Si	No
37	**E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:**		
	a) pallone (adulto/pediatrico) autoespansibile con maschere di varie misure	Si	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Si	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Si	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Si	No
	e) materiale per medicazione	Si	No
	f) farmaci salvavita	Si	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Si	No
38	E' presente uno strumentario minimo di primo soccorso chirurgico e traumatologico	Si	No
39	La dotazione strumentale è correlata alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate	Si	No
40	**In ciascun nucleo di degenza sono presenti:**		
	a) almeno il 30% di letti articolati a tre snodi, regolabili in altezza, dotati di sponde a scomparsa, dei quali almeno il 10% che consenta la verticalizzazione del paziente	Si	No
	b) materassi antidecubito di diverse tipologie	Si	No
	c) broncoaspiratore	Si	No
	d) sollevatore paziente	Si	No
	e) 1 carrozzina ogni 5 posti letto	Si	No
	f) 1 barella per autonomia funzionale, ad altezza regolabile	Si	No
	g) cuscini antidecubito di diverse tipologie	Si	No
	i) tavole avvolgenti per carrozzina	Si	No
	l) reggibraccio-postura per carrozzina	Si	No
	m) poltroncine doccia	Si	No
	n) barelle per trasporto pazienti	Si	No
	o) barelle-doccia	Si	No
	p) sistema pesapersone per disabili	Si	No
	q) sistemi di postura per arti superiori per pazienti affetti da tetraplegia	Si	No
	s) un comodino bidirezionale per disabili con vassoio servitore per posto letto	Si	No
	t) armadio/guardaroba per posto letto	Si	No
	u) un tavolo per camera di degenza	Si	No



v) una sedia per posto letto Sì No

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

41 La dotazione quali-quantitativa di personale laureato e/o tecnico e infermieristico è adeguata alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate Sì No

42 Il responsabile sanitario del Centro è un medico specializzato cui sono attribuite funzioni cliniche ed igienico-organizzative. Di norma, per l'età evolutiva un neuropsichiatra infantile, per l'età adulta è un medico fisiatra Sì No

43 **L'organigramma del personale prevede le professionalità necessarie per lo svolgimento delle seguenti funzioni:**

a) assistenza socio-sanitaria (O.S.S.) Sì No

b) assistenza infermieristica Sì No

c) professionista sanitario della riabilitazione Sì No

d) terapia occupazionale Sì No

d) servizi generali amministrativi e igienico/alberghiero Sì No

44 E' prevista la presenza di consulenza specialistica in rapporto alla tipologia dell'attività riabilitativa della struttura (es.Neurologo, Cardiologo, etc)

45 La dotazione di personale tecnico - assistenziale è adeguata a garantire la realizzazione del progetto individuale e del progetto riabilitativo di struttura, secondo quanto previsto dalla definizione di riabilitazione intensiva (es: terapista occupazionale e logopedista) Sì No

46 Esistono procedure di attivazione dei servizi sociali Sì No

47 I familiari possono accedere alla struttura durante il giorno e la notte in caso di necessità, compatibilmente con le esigenze di assistenza e cura degli ospiti Sì No

48 E' presente una procedura per la modalità di custodia di valori e beni personali Sì No

IL PERCORSO ASSISTENZIALE

49 Sono presenti procedure/linee guida che regolamentano le modalità di erogazione dell'assistenza nel rispetto delle logiche dell'equipe multidisciplinare-multiprofessionale Sì No

50 Per ogni singolo paziente è redatto un Progetto Riabilitativo Individuale dall'équipe multidisciplinare-multiprofessionale, comprendente uno o più programmi terapeutici Sì No

51 E' effettuato il monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni delle disabilità del singolo paziente per ogni programma terapeutico Sì No

52 E' garantita una adeguata informazione ai pazienti ed ai loro familiari con l'illustrazione del progetto riabilitativo Sì No

53 E' previsto l'utilizzo di scale di valutazione validate e/o riconosciute dalle società scientifiche di riferimento adeguate alla tipologia di menomazioni e disabilità importanti Sì No

54 **Sono presenti procedure che regolamentano i criteri di accesso ed il trasferimento dei pazienti nel rispetto della normativa regionale vigente, condivise fra i seguenti soggetti :**

	a) Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)	Sì	No
	b) Medici di Medicina Generale (MMG) o Pediatri di Libera Scelta (PLS)	Sì	No
	c) strutture di ricovero per acuti	Sì	No
	d) altre strutture residenziali	Sì	No
55	Sono presenti procedure relative all'accoglienza, registrazione e informazione di pazienti e familiari	Sì	No
56	**E' presente una cartella clinica individuale sulla quale risultano:**		
	a) i dati anagrafici	Sì	No
	b) la diagnosi di ingresso	Sì	No
	c) l'anamnesi familiare e personale	Sì	No
	d) l'esame obiettivo	Sì	No
	e) gli eventuali esami strumentali e di laboratorio	Sì	No
	f) i risultati raggiunti e gli eventuali esiti ed i postumi	Sì	No
	g) il progetto-programma con i periodici agglornamenti	Sì	No
	h) informazioni sui problemi sociali del paziente e della famiglia	Sì	No
	i) problemi di comunicazione e sensoriali del paziente	Sì	No
57	La cartella clinica contiene come parte integrante la documentazione infermieristica	Sì	No
58	E' chiaramente formalizzata la procedura che consente al paziente (o ai familiari aventi diritto) di ottenere informazioni sulle sue condizioni	Sì	No
59	In caso di trasferimento in ospedale per acuti, viene redatta una sintesi clinica di accompagnamento	Sì	No
60	Per ogni paziente alla dimissione è redatta una relazione che includa una chiara e completa descrizione delle attività svolte e indirizzata al MMG/PLS o ad un servizio territoriale che prenderà in carico il paziente	Sì	No
61	E' garantito uno specifico addestramento prima del rientro del paziente al proprio ambiente di vita	Sì	No
	L'ASSISTENZA SANITARIA		
62	E' presente una procedura di raccordo funzionale con i Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta nel rispetto delle norme previste dall'Accordo Integrativo Regionale vigente	Sì	No
63	E' presente una procedura per l'accesso alle prestazioni specialistiche erogate all'interno o all'esterno della struttura	Sì	No
64	E' prevista la consulenza protesica	Sì	No
65	E' garantita la funzione di assistenza sociale	Sì	No
66	E' garantita l'attività di podologia	Sì	No
67	**Sono presenti procedure:**		
	a) finalizzate a garantire il comfort e il rispetto della privacy del paziente durante le attività di visita e medicazione	Sì	No

b) per le attività riabilitative di base Sì No

c) relative alla corretta conservazione/gestione/utilizzo dei dispositivi medici nell'ambito delle attività di visita e medicazione Sì No

d) per la gestione delle emergenze Sì No

e) per le richieste di visite specialistiche Sì No

f) per il bagno e la doccia Sì No

g) per l'igiene orale Sì No

h) per l'igiene a letto Sì No

i) per la somministrazione di farmaci Sì No

l) per la prevenzione e il trattamento dell'incontinenza urinaria e fecale Sì No

m) finalizzate a ridurre il rischio di infezione da operatore a paziente e da paziente a paziente Sì No

68. Esiste una regolamentazione in caso di dipendenza tabagica Sì No

4.1.2 RESIDENZE DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA

4.1.2.1 STRUTTURA DECENTRATA DELLE RESIDENZE DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA

Strutture deputate all'erogazione di prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative in regime residenziale a persone disabili che necessitano di riabilitazione estensiva.

Il centro è articolato in nuclei, ciascuno composto da 15 a 20 posti letto.

E' consentito l'accesso alla struttura previa valutazione da parte dell' Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

Le residenze già operanti e le strutture in corso di realizzazione per le quali è stata presentata domanda di autorizzazione alla Regione in data antecedente all'entrata in vigore del presente manuale ed articolate in strutture decentrate possono mantenere tale assetto organizzativo. La struttura decentrata deve rispettare i requisiti specifici elencati al capitolo 4.1.2.1

Codice paragrafo
RRE

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	Il centro è localizzato in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano	Sì	No
2	E' rispettata la Legge 9.01.1989 n. 13 "Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati" s.m.i.	Sì	No
3	I locali e gli spazi della struttura sono correlati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate	Sì	No
4	Le dimensioni dei locali, gli arredi e le attrezzature sono adeguati e coerenti rispetto al tipo di interventi effettuati	Sì	No
5	E' presente uno spazio all'aperto di almeno 2 mq. per paziente	Sì	No

AMBIENTI COMUNI

6	E' presente locale ingresso con servizi di portineria, posta e con linea telefonica a disposizione degli ospiti	Sì	No
7	E' presente corrimano a parete nei percorsi principali	Sì	No
8	E' presente area di attesa con un adeguato numero di posti a sedere	Sì	No
9	*Sono presenti locali per attività:*		
	a) amministrativa	Sì	No
	b) accettazione	Sì	No
	d) archivio	Sì	No
10	**Sono presenti aree per attività individuali in luoghi condivisi e per attività di gruppo con:**		
	a) *superficie minima di 4 mq a paziente*	Sì	No
	Nota:		
	Per le strutture già operanti è ammessa una deroga in difetto pari al 20% dello standard		
	b) locali/spogliatoio distinti per sesso, all'interno dell'area o adiacenti (se utilizzati anche da utenze esterne)	Sì	No
11	**Sono presenti ambienti per le attività riabilitative individuali su singolo paziente svolte nella struttura:**		



a) di superficie minima di 12 mq (riducibile a 10 mq se la stanza non richiede arredi diversi dal tavolo di lavoro e da aumentarsi a 15 mq se si svolgono attività di psicomotricità) Sì No

b) rapportati al numero alle degli operatori contemporaneamente presenti Sì No

12 Sono presenti ambulatori medici per visite specialistiche e valutazioni diagnostiche attinenti alle patologie trattate in numero adeguato a consentire le attività mediche previste Sì No

13 Sono presenti servizi igienici per gli operatori Sì No

14 E' presente locale/spogliatoio per gli operatori Sì No

15 Sono presenti servizi igienici per i pazienti, attrezzati in relazione alle disabilità trattate Sì No

16 E' presente locale/spogliatoio per i pazienti Sì No

17 E' presente locale/spazio per il deposito delle attrezzature Sì No

18 E' presente un locale infermeria e spazio per armadio farmaceutico Sì No

19 Sono presenti locale/cucina, dispensa, lavanderia o, in alternativa spazi per accettazione carrelli e depositi per pulito nel caso di esternalizzazione Sì No

N.B.: le funzioni di cucina, lavanderia, pulizie possono essere esternalizzati o forniti da personale della struttura in numero adeguato alle mansioni e in aggiunta agli standard indicati.

20 E' presente locale per il deposito del materiale sporco Sì No

21 E' presente locale/spazio per il deposito del materiale pulito Sì No

22 E' presente locale per lavapadelle - vuotatoio Sì No

23 E' presente locale di soggiorno/pranzo Sì No

24 Sono presenti spazi per la socializzazione e l'attività creativa per l'utenza di dimensione adeguata al numero dei pazienti Sì No

25 E' presente locale per le attività pedagogico-educative, di addestramento professionale e di tempo libero Sì No

AREA DI DEGENZA

26 **Il centro, per ogni nucleo di posti letto, è dotato di:**

a) camere di degenza, dotate di servizi igienici conformi ai requisiti di legge in materia di abbattimento delle barriere architettoniche Sì No

b) un locale di lavoro, destinato al personale di assistenza diretta Sì No

c) un locale per deposito del materiale sporco Sì No

d) un locale/spazio per deposito del materiale pulito Sì No

e) un locale per il deposito delle attrezzature Sì No

f) un locale cucinetta adeguatamente dimensionato Sì No

g) un bagno assistito per ogni nucleo Sì No

h) locale/spazio per materiale sanitario Sì No

	c) locale di soggiorno/pranzo	Sì	No
	Camere di degenza		
27	Per i soggetti di età superiore a 14 anni sono disponibili camere di degenza a 1 o 2 posti letto (camere a 3 e 4 posti letto sono consentite solo per strutture preesistenti), con possibilità di agevole movimentazione delle carrozzine per le camere adibite a soggetti non deambulanti, con superficie minima:		
	a) 12 mq per le camere ad un posto letto	Sì	No
	b) 18 mq per le camere a due posti letto		
	c) 26 mq per le camere a tre posti letto		
	d) 32 mq per le camere a quattro posti letti		
	Note: *a) Nel caso di strutture già operanti sono accettabili misure in difetto, entro il 20% dagli standard di riferimento* *b) Per gli ospiti di età compresa fra i 14 ed i 18 anni deve essere prevista l'opportunità di ospitare un accompagnatore. In tal caso si applica il requisito seguente*		
28	Per i soggetti di età non superiore a 14 anni è prevista la presenza dell'accompagnatore	Sì	No
29	Per i soggetti di età non superiore a 14 anni sono presenti camere di degenza con massimo 4 posti letto (inclusi accompagnatori), con possibilità di agevole movimentazione delle carrozzine per le camere adibite a soggetti non deambulanti, con superficie minima di 7 mq per posto *Nota:* *Nel caso di strutture già operanti sono accettabili misure in difetto, entro il 20% dagli standard di riferimento*	Sì	No
30	Sono presenti servizi igienici completi di vasca e/o doccia attrezzati per la non autosufficienza collegati alle camere in numero di 1 ogni camera a due posti e 1 ogni due camere ad un posto, di dimensioni tali da permettere l'ingresso e la movimentazione delle carrozzine. Nel caso di strutture già operanti è ammessa la presenza di un servizio igienico attrezzato per la non autosufficienza ogni 2 camere e, in ogni caso, almeno 1 ogni 4 ospiti ancorchè i servizi igienici non siano collegati in camera	Sì	No
31	All'interno di ogni camera a più letti è garantita la privacy di ciascun paziente	Sì	No
32	E' presente un armadietto/guardaroba adeguato per ogni paziente	Sì	No
33	E' garantita per i pazienti la possibilità di effettuare comunicazioni telefoniche dal letto di degenza (anche con cordless)	Sì	No
34	Tutti i servizi igienici ed ogni posto letto sono dotati di impianto di chiamata	Sì	No
35	E' presente un impianto di riscaldamento o di climatizzazione che assicuri una temperatura degli ambienti di 20°/22° centigradi nel semestre invernale (ora solare) e possibilmente non inferiore a quella esterna per più di 6° gradi centigradi (e comunque non inferiore a 20° centigradi) nel semestre estivo (ora legale)	Sì	No
	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
36	**I locali di trattamento sono dotati di attrezzature e presidi medico-chirurgici, diagnostico-terapeutici e riabilitativi correlati alla specificità della riabilitazione svolta e della tipologia della struttura ed al volume di attività. In particolare sono presenti:**		

	a) attrezzature e dispositivi per la valutazione delle menomazioni e delle disabilità trattate (dispositivi per valutazioni dinamometriche, sussidi per la valutazione delle abilità motorie, sussidi per la valutazione del linguaggio e delle turbe neuropsicologiche ecc.)	Sì	No
	b) attrezzature, risorse tecnologiche e presidi necessari per lo svolgimento delle prestazioni da parte di medici specialisti e dei tecnici della riabilitazione (lettini per rieducazione motoria ad altezza variabile, letto di grandi dimensioni (Bobath) per rieducazione motoria ad altezza variabile, sussidi manuali e/o elettronici per il trattamento del linguaggio e delle turbe neuropsicologiche ecc.)	Sì	No
	c) attrezzature e presidi necessari in relazione alle singole tipologie di esercizio terapeutico e di rieducazione funzionale	Sì	No
	d) attrezzature e presidi necessari per la terapia occupazionale	Sì	No
37	**E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:**		
	a) pallone (adulto/pediatrico) autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) farmaci salvavita	Sì	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No
38	E' presente uno strumentario minimo di primo soccorso chirurgico e traumatologico	Sì	No
39	La dotazione strumentale è correlata alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate	Sì	No
40	**In ciascun nucleo di degenza sono presenti:**		
	a) almeno il 30% di letti articolati a tre snodi, regolabili in altezza, dotati di sponde a scomparsa, dei quali almeno il 10% che consenta la verticalizzazione del paziente	Sì	No
	b) materassi antidecubito di diverse tipologie	Sì	No
	c) broncoaspiratore	Sì	No
	d) sollevatore paziente	Sì	No
	e) 1 carrozzina ogni 5 posti letto	Sì	No
	f) 1 barella per autonomia funzionale, ad altezza regolabile	Sì	No
	g) cuscini antidecubito di diverse tipologie	Sì	No
	l) tavole avvolgenti per carrozzina	Sì	No
	l) reggibraccio-postura per carrozzina	Sì	No
	m) poltroncine doccia	Sì	No
	n) barelle per trasporto pazienti	Sì	No
	o) barelle-doccia	Sì	No

	p) sistema pesapersone per disabili	Sì	No
	q) sistemi di postura per arti superiori per pazienti affetti da tetraplegia	Sì	No
	s) un comodino bidirezionale per disabili con vassoio servitore per posto letto	Sì	No
	t) armadio/guardaroba per posto letto	Sì	No
	u) un tavolo per camera di degenza	Sì	No
	v) una sedia per posto letto	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
41	La dotazione quali-quantitativa di personale laureato e/o tecnico e infermieristico è adeguata alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate	Sì	No
42	Il responsabile sanitario del Centro è un medico specializzato cui sono attribuite funzioni cliniche ed igienico-organizzative. Di norma, per l'età evolutiva un neuropsichiatra infantile, per l'età adulta è un medico fisiatra	Sì	No
43	**L'organigramma del personale prevede le professionalità necessarie per lo svolgimento delle seguenti funzioni:**		
	a) assistenza socio-sanitaria (O.S.S.)	Sì	No
	b) assistenza infermieristica	Sì	No
	c) professionista sanitario della riabilitazione	Sì	No
	d) servizi generali amministrativi e igienico/alberghiero	Sì	No
44	E' prevista la presenza di consulenza specialistica in rapporto alla tipologia dell'attività riabilitativa della struttura (es. Neurologo, Cardiologo, etc)		
45	La dotazione di personale tecnico - assistenziale è adeguata a garantire la realizzazione del progetto individuale e del progetto riabilitativo di struttura, secondo quanto previsto dalla definizione di riabilitazione estensiva	Sì	No
46	Esistono procedure di attivazione dei servizi sociali	Sì	No
47	I familiari possono accedere alla struttura durante il giorno e la notte in caso di necessità, compatibilmente con le esigenze di assistenza e cura degli ospiti	Sì	No
48	E' presente una procedura per la modalità di custodia di valori e beni personali	Sì	No
	IL PERCORSO ASSISTENZIALE		
49	Sono presenti procedure/linee guida che regolamentano le modalità di erogazione dell'assistenza nel rispetto delle logiche dell'equipe multidisciplinare-multiprofessionale	Sì	No
50	Per ogni singolo paziente è redatto un Progetto Riabilitativo Individuale dall'équipe multidisciplinare-multiprofessionale, comprendente uno o più programmi terapeutici	Sì	No
51	E' effettuato il monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni delle disabilità del singolo paziente per ogni programma terapeutico	Sì	No
52	E' garantita una adeguata informazione ai pazienti ed ai loro familiari con l'illustrazione del progetto riabilitativo	Sì	No
53	E' previsto l'utilizzo di scale di valutazione validate e/o riconosciute dalle società scientifiche di riferimento adeguate alla tipologia di menomazioni e disabilità importanti	Sì	No

54	**Sono presenti procedure che regolamentano i criteri di accesso ed il trasferimento dei pazienti, condivise fra i seguenti soggetti:**		
	a) Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)	Sì	No
	b) Medici di Medicina Generale (MMG) o Pediatri di Libera Scelta (PLS)	Sì	No
	c) strutture di ricovero per acuti	Sì	No
	d) altre strutture residenziali	Sì	No
55	Sono presenti procedure relative all'accoglienza, registrazione e informazione di pazienti e familiari	Sì	No
56	**E' presente una cartella clinica individuale sulla quale risultano:**		
	a) i dati anagrafici	Sì	No
	b) la diagnosi di ingresso	Sì	No
	c) l'anamnesi familiare e personale	Sì	No
	d) l'esame obiettivo	Sì	No
	e) gli eventuali esami strumentali e di laboratorio	Sì	No
	f) i risultati raggiunti e gli eventuali esiti ed i postumi	Sì	No
	g) il progetto-programma con i periodici aggiornamenti	Sì	No
	h) informazioni sui problemi sociali del paziente e della famiglia	Sì	No
	i) problemi di comunicazione e sensoriali del paziente	Sì	No
57	La cartella clinica contiene come parte integrante la documentazione infermieristica	Sì	No
58	E' chiaramente formalizzata la procedura che consente al paziente (o ai familiari aventi diritto) di ottenere informazioni sulle sue condizioni	Sì	No
59	In caso di trasferimento in ospedale per acuti, viene redatta una sintesi clinica di accompagnamento	Sì	No
60	Per ogni utente alla dimissione è redatta una relazione che includa una chiara e completa descrizione delle attività svolte e indirizzata al MMG/PLS o ad un servizio territoriale che prenderà in carico il paziente	Sì	No
61	E' garantito uno specifico addestramento prima del rientro del paziente al proprio ambiente di vita	Sì	No
	L'ASSISTENZA SANITARIA		
62	E' presente una procedura di raccordo funzionale con i Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta nel rispetto delle norme previste dall'Accordo Integrativo Regionale vigente	Sì	No
63	E' presente una procedura per l'accesso alle prestazioni specialistiche erogate all'interno o all'esterno della struttura	Sì	No
64	E' prevista la consulenza protesica	Sì	No
65	E' garantita la funzione di assistenza sociale	Sì	No
66	E' garantita l'attività di podologia	Sì	No
67	**Sono presenti procedure:**		

	a) finalizzate a garantire il comfort e il rispetto della privacy del paziente durante le attività di visita e medicazione	Sì	No
	b) per le attività riabilitative di base	Sì	No
	c) relative alla corretta conservazione/gestione/utilizzo dei dispositivi medici nell'ambito delle attività di visita e medicazione	Sì	No
	d) per la gestione delle emergenze	Sì	No
	e) per le richieste di visite specialistiche	Sì	No
	f) per il bagno e la doccia	Sì	No
	g) per l'igiene orale	Sì	No
	h) per l'igiene a letto	Sì	No
	i) per la somministrazione di farmaci	Sì	No
	l) per la prevenzione e il trattamento dell'incontinenza urinaria e fecale	Sì	No
	m) finalizzate a ridurre il rischio di infezione da operatore a paziente e da paziente a paziente	Sì	No
68	Esiste una regolamentazione in caso di dipendenza tabagica	Sì	No

4.1.2.1 STRUTTURA DECENTRATA DELLE RESIDENZE DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA

Ricettività della struttura: massimo 20 posti letto.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	Il numero complessivo di locali e spazi è in relazione alla popolazione servita	Sì	No
2	La struttura é collocata in un normale contesto residenziale urbano in modo da agevolare i processi di socializzazione	Sì	No
3	E' facilmente raggiungibile con mezzi pubblici	Sì	No
4	La struttura è priva di barriere architettoniche, secondo quanto previsto dalla normativa vigente (L.13/89, dal D.M. 236/89 e dal DPR 503/96)	Sì	No
5	E' presente un ingresso-area di accoglienza, telefono ad uso per gli ospiti e servizi igienici per i visitatori	Sì	No
6	Per strutture fino a dieci posti letto caratteristiche delle civili abitazioni secondo i requisiti previsti dalla vigente normativa in materia di salute e sicurezza sul lavoro coerenti con il tipo di struttura	Sì	No
7	La struttura è collocata in edifici in regola con le norme igienico-sanitarie relative alle civili abitazioni	Sì	No

AREA DI DEGENZA

8	**Esiste un locale per:**		
	a) infermeria/ambulatorio con armadio idoneo alla conservazione dei farmaci ed alla conservazione della documentazione clinica nel rispetto della vigente normativa sulla privacy e sulla tutela dei dati sensibili	Sì	No

	b) lavanderia e stireria adeguato alle modalità organizzative adottate per la gestione dei relativi servizi	Sì	No
	c) cucina e dispensa adeguato alle modalità organizzative adottate per la gestione dei relativi servizi	Sì	No
	d) soggiorno/pranzo	Sì	No
	e) spogliatoio e deposito effetti personali	Sì	No
	f) servizi igienici per il personale divisi	Sì	No
	g) locale per le attività riabilitative	Sì	No
	h) locale per riunioni ed attività di gruppo	Sì	No
9	E' presente locale deposito biancheria sporca	Sì	No
10	E' presente locale deposito biancheria pulita	Sì	No
	CAMERE DI DEGENZA		
11	L'area residenziale è articolata in camere destinate a 1 o 2 pazienti nel rispetto della separazione per sesso	Sì	No
12	Le camere sono personalizzate con arredi confortevoli ed accoglienti	Sì	No
13	Esiste un numero di camere ad un posto letto pari ad almeno il 10% dei posti letto totali	Sì	No
14	E' presente almeno un bagno ogni quattro pazienti di cui almeno uno attrezzato garantendo comunque la divisione per sesso	Sì	No
15	E' presente impianto di allarme/chiamata per ogni posto letto ed in ogni servizio igienico	Sì	No
16	**La superficie utile minima adeguata (sono accettabili per le strutture preesistenti misure in difetto entro il 20% rispetto agli standards di riferimento) per le camere è:**		
	a) camera ad un posto almeno 12/15 mq.	Sì	No
	b) camera a due posti almeno 18/20 mq.	Sì	No
	Nota: *Per le strutture già operanti, se presenti camere a 3 o 4 posti letto, la superficie netta delle camere deve garantire almeno 8 mq. per ciascun ospite.*		
17	Le camere hanno illuminazione ed aerazione naturale	Sì	No
18	E' presente un impianto di riscaldamento o di climatizzazione che assicuri una temperatura degli ambienti di 20°/22° centigradi nel semestre invernale (ora solare) e possibilmente non inferiore a quella esterna per più di 6° gradi centigradi (e comunque non inferiore a 20° centigradi) nel semestre estivo (ora legale)	Sì	No
	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
19	La dotazione di attrezzature e strumentazioni è presente in misura adeguata alla tipologia e al volume delle attività svolte	Sì	No
20	**E' presente il carrello per la gestione dell'emergenza (di cui è controllata periodicamente la funzionalità) con:**		
	a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No

	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Si	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Si	No
	e) materiale per medicazione	Si	No
	f) farmaci (adrenalina, atropina, dopamina, lidocaina, naloxone, furosemide, glucosio al 33%, metilprednisolone, soluzione fisiologica e glucosata, bicarbonato di sodio)	Si	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Si	No
21	E' presente uno strumentario minimo di primo soccorso chirurgico e traumatologico	Si	No

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

22	E' garantita la presenza di personale di assistenza nelle 24 ore	Si	No
23	E' presente un foglio terapeutico assistenziale che risponda ai requisiti di completezza del percorso terapeutico assistenziale ed integrazione delle attività medico-infermieristiche, custodita nel rispetto delle vigenti normative sulla tutela della privacy e sul trattamento dei dati sensibili		

Si applicano i medesimi requisiti organizzativi previsti per la struttura centrale

4.1.3 RSA DISABILI ADULTI

La RSA è un presidio che offre a soggetti non autosufficienti, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, portatori di patologie geriatriche, neurologiche e neuropsichiatriche stabilizzate, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello "alto" di assistenza tutelare ed alberghiera.

Capacità ricettiva massima dell'intera struttura RSA non superiore, in via eccezionale, a 120 posti. La struttura è articolata in nuclei, omogenei per tipologia di ospite, ciascuno composto da un massimo di 20 posti letto.

RSA Disabili Adulti: Strutture che erogano prestazioni di assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria erogate in nuclei dedicati a persone ad alto grado di intensità assistenziale (disabili gravi) che necessitano di assistenza continuativa per lo svolgimento delle attività quotidiane (DPCM 29/11/2001, allegato 1.C. punto 9, disabili, livello c) / gravi), totalmente non autosufficienti in almeno 3 ADL e con disturbi del comportamento non assistibili a domicilio.

La RSA Disabili Adulti non può ospitare più di due nuclei da 20 posti letto

Codice paragrafo
RSADA

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	La struttura è localizzata in zona già urbanizzata e integrata con il preesistente contesto oppure in zona collegata mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano	Sì	No
2	E' presente uno spazio all'aperto di almeno 2 mq per utente (giardino, terrazzo, ecc.)	Sì	No
3	**Sono presenti le seguenti aree funzionali:**		
	a) area destinata alla residenzialità (nucleo)	Sì	No
	b) area destinata alla valutazione e alle terapie	Sì	No
	c) area destinata alla socializzazione e alle attività comuni (centro dei servizi di vita collettiva)	Sì	No
	d) area di supporto dei servizi generali	Sì	No
4	E' rispettata la Legge 9.01.1989 n. 13 "Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati" s.m.i.	Sì	No
5	**Sono presenti le seguenti aree funzionali:**		
	a) area destinata alla residenzialità (nucleo)	Sì	No
	b) area destinata alla valutazione e alle terapie	Sì	No
	c) area destinata alla socializzazione e alle attività comuni (centro dei servizi di vita collettiva)	Sì	No
	d) area di supporto dei servizi generali	Sì	No

AMBIENTI COMUNI

"Area generale di supporto"

6	E' presente un ingresso con portineria, area di accoglienza con linea telefonica a disposizione degli ospiti e servizi igienici per i visitatori e per il personale	Sì	No
7	Sono presenti servizi igienici, collegati agli spazi comuni, attrezzati per la non autosufficienza in numero di almeno uno per nucleo distinti per sesso	Sì	No
8	E' presente un locale per esercizio di culto e camera mortuaria con relativo servizio igienico	Sì	No

9	La struttura, se disposta su più piani, è dotata di impianto montalettighe e almeno di un ascensore di dimensioni tali da consentire l'accesso alle carrozzine	Sì	No
10	E' presente area di attesa con un adeguato numero di posti a sedere rispetto al numero degli ospiti della struttura	Sì	No
11	**Sono presenti locali per attività:**		
	a) amministrativa	Sì	No
	b) accettazione	Sì	No
	d) archivio	Sì	No
12	**Sono presenti aree per attività dinamiche e di gruppo con:**		
	a) superficie minima di 4 mq a paziente	Sì	No
	b) locali per attività aggregative, ricreativo-culturali e di socializzazione con superficie non inferiore a mq 4 per ospite	Sì	No
	Nota: *Per le strutture già operanti è ammessa una deroga in difetto pari al 20% dello standard*		
13	**Sono presenti ambienti per le attività riabilitative individuali su singolo paziente:**		
	a) almeno 1 ogni 5 pazienti	Sì	No
	b) di superficie minima di 12 mq (*riducibile a 10 mq* se la stanza non richiede arredi diversi dal tavolo di lavoro e da aumentarsi a 15 mq se si svolgono attività di psicomotricità)	Sì	No
14	Sono presenti ambulatori medici per visite specialistiche e valutazioni diagnostiche attinenti alle patologie trattate *in numero adeguato* a consentire le attività mediche previste	Sì	No
	Aree comuni		
15	Sono presenti servizi igienici per gli operatori	Sì	No
16	E' presente locale spogliatoio per gli operatori	Sì	No
17	Sono presenti servizi igienici attrezzati *per la non* autosufficienza in numero di almeno uno per nucleo, distinti per sesso	Sì	No
18	E' presente locale/spazio per il deposito delle attrezzature	Sì	No
19	E' *presente un locale* infermeria e spazio per armadio farmaceutico	Sì	No
20	E' presente una cucina, dispensa e locali accessori (se il servizio non è appaltato all'esterno)	Sì	No
21	Se il servizio cucina è esternalizzato è presente locale per accettazione carrelli e distribuzione pasti	Sì	No
22	E' presente locale lavanderia e stireria (se il servizio non è appaltato all'esterno)	Sì	No
23	E' presente locale per il deposito del materiale sporco	Sì	No
24	E' presente locale/spazio per il deposito del materiale pulito	Sì	No
25	E' presente locale per vuotatoio-lavapadelle	Sì	No
26	E' presente locale di soggiorno/pranzo	Sì	No
27	E' presente locale per le attività pedagogico-educative, di addestramento professionale e di tempo libero	Sì	No

28	La struttura garantisce la completa accessibilità degli spazi in relazione alle varie tipologie di disabilità trattate	Sì	No

AREA DI DEGENZA

29	**Il centro, per ogni nucleo di posti letto, è dotato di:**		
	a) camere di degenza, dotate di servizi igienici conformi ai requisiti di legge in materia di abbattimento delle barriere architettoniche	Sì	No
	b) un locale di lavoro, destinato al personale di assistenza diretta	Sì	No
	c) un locale per deposito del materiale sporco	Sì	No
	d) un locale/spazio per deposito del materiale pulito	Sì	No
	e) un locale per il deposito delle attrezzature	Sì	No
	f) un locale cucinetta adeguatamente dimensionato	Sì	No
	g) un locale per il bagno assistito ogni 20 pazienti	Sì	No
	h) locale/spazio per materiale sanitario	Sì	No
	i) locale di soggiorno/pranzo	Sì	No

Camere di degenza

30	Sono disponibili camere di degenza con 1 o 2 posti letto e annesso bagno dotato di vasca e/o doccia. Camere con 3 e 4 posti letto sono ammesse solo per strutture già operanti e, comunque, in proporzione non superiore al 50 % del totale. Deve essere, in ogni caso, garantita l'agevole movimentazione delle carrozzine	Sì	No
31	**Gli standard dimensionali minimi delle camere di degenza sono :**		
	a) mq 12 per camere ad un letto	Sì	No
	b) mq 18 per camere a due letti	Sì	No
	c) mq 26 per camere a tre letti	Sì	No
	d) mq 32 per camere a quattro letti	Sì	No

Nota:
nel caso di strutture già operanti sono accettabili misure in difetto, entro il 20% degli standard di riferimento, limitatamente alle camere a uno o due letti

32	Sono presenti servizi igienici attrezzati per la non autosufficienza collegati alle camere in numero di 1 ogni camera a due posti e 1 ogni due camere ad un posto, di dimensioni tali da permettere l'ingresso e la movimentazione delle carrozzine. Nel caso di strutture già operanti è ammessa la presenza di un servizio igienico attrezzato per la non autosufficienza ogni 2 camere e, in ogni caso, almeno 1 ogni 4 ospiti ancorché i servizi igienici non siano collegati in camera	Sì	No
33	La struttura, per ogni nucleo, è dotata di un il bagno assistito	Sì	No
34	E' presente impianto di allarme/chiamata per ogni posto letto e in ogni servizio igienico	Sì	No
35	All'interno di ogni camera a più letti è garantita la riservatezza di ciascun paziente	Sì	No
36	**L'arredo della stanza comprende:**		
	a) letto articolato a due snodi (regolabile in altezza, con materasso e cuscino antidecubito e sponde)	Sì	No
	b) almeno il 30 % dei letti articolati a tre snodi, regolabili in altezza, dotati di sponde a scomparsa, dei quali almeno il 10 % che consenta la verticalizzazione del paziente	Sì	No
	c) comodino bidirezionale per disabili con vassoio servitore	Sì	No

	d) armadio/guardaroba singolo con chiave	Sì	No
	e) tavolo e sedia	Sì	No
	f) luce personale	Sì	No
37	Ogni stanza è dotata di luce notturna	Sì	No
38	E' garantita per i pazienti la possibilità di effettuare comunicazioni telefoniche dal letto di degenza (anche con cordless)	Sì	No
39	Tutti i servizi igienici ed ogni posto letto sono dotati di impianto di chiamata	Sì	No
40	E' presente un locale per il personale	Sì	No
41	Sono presenti servizi igienici per il personale	Sì	No
42	E' presente uno spazio cucinetta attrezzata	Sì	No
43	E' presente un locale soggiorno/pranzo	Sì	No
44	Sono presenti spazi soggiorno/gioco/TV/spazio collettivo	Sì	No
45	E' presente un impianto di riscaldamento o di climatizzazione che assicuri una temperatura degli ambienti di 20°/22° centigradi nel semestre invernale (ora solare) e possibilmente non inferiore a quella esterna per più di 6° gradi centigradi (e comunque non inferiore a 20° centigradi) nel semestre estivo (ora legale)	Sì	No
46	Sono presenti spazi/armadi per deposito biancheria pulita	Sì	No
47	E' presente un locale deposito biancheria sporca	Sì	No
48	E' presente un locale deposito per attrezzature, carrozzine e materiale di consumo, ecc.	Sì	No
49	Sono presenti attrezzature specifiche ad uso di ospiti non deambulanti e non autosufficienti (letti, materassi e cuscini antidecubito, ecc.)	Sì	No
50	Sono presenti carrozzine e ausili individuali	Sì	No
51	E' presente almeno un sollevatore pazienti per nucleo e per piano se il nucleo è disposto su più piani	Sì	No
52	Sono adottate misure per facilitare l'orientamento degli ospiti e dei visitatori (es. codici colore)	Sì	No
53	E' garantita per l'utenza la possibilità di effettuare comunicazioni telefoniche dal letto di degenza (anche con cordless)	Sì	No

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

54	**I locali di trattamento sono dotati di attrezzature e presidi medico-chirurgici, diagnostico-terapeutici e riabilitativi correlati alla specificità della riabilitazione svolta e della tipologia della struttura ed al volume di attività. In particolare sono presenti:**		
	a) attrezzature, risorse tecnologiche e presidi necessari per lo svolgimento delle prestazioni da parte di medici specialisti e dei tecnici della riabilitazione (lettini per rieducazione motoria ad altezza variabile, letto di grandi dimensioni (Bobath) per rieducazione motoria ad altezza variabile, sussidi manuali e/o elettronici per il trattamento del linguaggio e delle turbe neuropsicologiche ecc.)	Sì	No

	b) attrezzature e presidi necessari alle singole tipologie di esercizio terapeutico e di rieducazione funzionale	Sì	No
	c) attrezzature e presidi necessari per la terapia occupazionale	Sì	No
55	**E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:**		
	a) pallone (adulto/pediatrico) autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) farmaci salvavita	Sì	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No
56	La dotazione strumentale è correlata alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate	Sì	No
57	**Per ciascun nucleo di degenza è presente:**		
	a) broncoaspiratore	Sì	No
	b) sollevatore paziente	Sì	No
	c) 1 carrozzina ogni 10 posti letto	Sì	No
	d) barella per autonomia funzionale, ad altezza regolabile	Sì	No
	e) tavole avvolgenti per carrozzina	Sì	No
	f) reggibraccio-postura per carrozzina	Sì	No
	g) poltroncine doccia	Sì	No
	h) barelle per trasporto pazienti	Sì	No
	i) barelle-doccia	Sì	No
	l) sistema pesapersone per disabili	Sì	No
	m) sistemi di postura per arti superiori per pazienti affetti da tetraplegia	Sì	No
	n) comodino per posto letto (comodini bidirezionali per disabili)	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
58	Il numero del personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale è dimensionato al numero degli ospiti ed alla tipologia delle prestazioni erogate	Sì	No
59	Il responsabile sanitario della struttura è un medico specializzato in Fisiatria cui sono anche attribuite funzioni di Direttore Medico di struttura	Sì	No
60	Sono chiaramente indicate le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza	Sì	No
61	**L'organigramma del personale prevede le professionalità necessarie per lo svolgimento delle seguenti funzioni:**		
	a) assistenza socio-sanitaria	Sì	No
	b) assistenza infermieristica	Sì	No

	c) riabilitazione	Sì	No
	d) servizi generali amministrativi e igienico/alberghiero	Sì	No
62	I familiari possono accedere alla struttura durante il giorno e la notte in caso di necessità, compatibilmente con le esigenze di assistenza e cura degli ospiti	Sì	No
63	E' presente una procedura per la modalità di custodia di valori e beni personali	Sì	No
	IL PERCORSO ASSISTENZIALE		
64	Sono presenti procedure/linee guida che regolamentano le modalità di erogazione dell'assistenza nel rispetto delle logiche dell'equipe multidisciplinare-multiprofessionale	Sì	No
65	Per ogni singolo paziente è redatto un Progetto Riabilitativo formulato dall'équipe multidisciplinare-multiprofessionale, comprendente uno o più programmi terapeutici	Sì	No
66	E' effettuato il monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni delle disabilità del singolo paziente per ogni programma terapeutico	Sì	No
67	E' garantita una adeguata informazione ai pazienti ed ai loro familiari con l'illustrazione del progetto riabilitativo	Sì	No
68	E' previsto l'utilizzo di scale di valutazione adeguate alla tipologia di menomazioni e disabilità importanti	Sì	No
69	**Sono presenti procedure che regolamentano i criteri di accesso ed il trasferimento dei pazienti, condivise fra i seguenti soggetti:**		
	a) Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)	Sì	No
	b) medici di Medicina Generale	Sì	No
	c) strutture di ricovero per acuti	Sì	No
	d) altre strutture residenziali	Sì	No
70	Sono presenti procedure relative all'accoglienza, registrazione e informazione di pazienti e familiari	Sì	No
71	**E' presente una cartella clinica individuale sulla quale risultano:**		
	a) i dati anagrafici	Sì	No
	b) la diagnosi di ingresso	Sì	No
	c) l'anamnesi familiare e personale	Sì	No
	d) l'esame obiettivo	Sì	No
	e) gli eventuali esami strumentali e di laboratorio	Sì	No
	f) i risultati raggiunti e gli eventuali esiti ed i postumi	Sì	No
	g) il progetto-programma con i periodici aggiornamenti	Sì	No
	h) informazioni sui problemi sociali del paziente e della famiglia	Sì	No
	i) problemi di comunicazione e sensoriali del paziente	Sì	No
72	La cartella clinica contiene come parte integrante la documentazione infermieristica ed è custodita nel rispetto delle normative vigenti sulla tutela della privacy ed il trattamento dei dati sensibili	Sì	No
73	E' chiaramente formalizzata la procedura che consente all'utente (o ai familiari aventi diritto) di ottenere informazioni sulle sue condizioni	Sì	No
74	In caso di trasferimento in ospedale per acuti, viene redatta una sintesi clinica di accompagnamento	Sì	No



75	Per ogni utente alla dimissione è redatta una relazione che includa una chiara e completa descrizione delle attività svolte e indirizzata al MMG o ad un servizio territoriale o altra residenza che prenderà in carico il paziente	Sì	No
76	E' garantito uno specifico addestramento prima del rientro del paziente al proprio ambiente di vita	Sì	No
	L'ASSISTENZA SANITARIA		
77	I Medici di Medicina Generale garantiscono la presenza coordinata all'interno della struttura con le modalità previste dall'Accordo Integrativo Regionale	Sì	No
78	E' presente una procedura per l'accesso alle prestazioni specialistiche erogate all'interno o all'esterno della struttura	Sì	No
79	E' prevista la consulenza protesica	Sì	No
80	E' garantita l'attività di podologia	Sì	No
81	**Sono presenti procedure:**		
	a) finalizzate a garantire il comfort e il rispetto della privacy dell'utente durante le attività di visita e medicazione	Sì	No
	b) per le attività riabilitative di base	Sì	No
	c) relative alla corretta conservazione/gestione/utilizzo dei dispositivi medici nell'ambito delle attività di visita e medicazione	Sì	No
	d) per la gestione delle emergenze	Sì	No
	e) per le richieste di visite specialistiche	Sì	No
	f) per l'igiene personale	Sì	No
	g) per il bagno e la doccia	Sì	No
	h) per l'igiene orale	Sì	No
	i) per l'igiene a letto	Sì	No
	l) per la somministrazione di farmaci	Sì	No
	m) per la prevenzione e il trattamento dell'incontinenza urinaria e fecale	Sì	No
	n) finalizzate a ridurre il rischio di infezione da operatore a paziente e da paziente a paziente e da paziente ad operatore	Sì	No
82	Esiste una regolamentazione in caso di dipendenza tabagica	Sì	No

4.1.4 UNITA' SPECIALI DI ACCOGLIENZA PROLUNGATA (USAP)

Strutture deputate all'erogazione di prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative, socio-riabilitative in regime residenziale, dedicate a persone in stato vegetativo, con responsività minimale o con gravissime insufficienze respiratorie che necessitano di cure complesse per il supporto a funzioni vitali
Il centro è articolato in nuclei assistenziali da 10-20 posti letto
Almeno il 10% dei posti letto del nucleo è riservato ai ricoveri di "sollievo" programmati

Codice paragrafo
USAP

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	Il centro è localizzato in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano	Sì	No
2	Sono presenti spazi all'aperto di almeno 3 mq per ospite	Sì	No

AREA DI DEGENZA

3	**Se organizzato in camere di degenza :**		
	a) le camere sono tutte a 1 o 2 p.l.	Sì	No
	b) ogni camera a un posto letto ha una superficie utile minima adeguata di mq 12	Sì	No
	c) ogni camera a 2 posti letto ha una superficie utile minima adeguata di mq 18	Sì	No
4	**Se organizzato in ambienti con monitoraggio a vista:**		
	a) ogni ambiente è dotato al massimo di 6 p.l.	Sì	No
	b) ogni ambiente ha una superficie utile minima adeguata di 5 mq per p.l.	Sì	No
5	**Ogni posto letto è fornito di:**		
	a) letto orientabile con sponde	Sì	No
	b) materasso antidecubito	Sì	No
	c) 1 presa per ossigeno	Sì	No
	d) prese per la corrente elettrica in numero adeguato al numero di posti letto	Sì	No
	e) 1 faro orientabile per ogni posto letto	Sì	No
	f) 1 aspiratore chirurgico per ogni posto letto	Sì	No
6	Sono presenti nebulizzatori in numero adeguato al numero di posti letto	Sì	No
7	Sono presenti due bagni assistiti di cui almeno uno dotato di ampia vasca per immersione totale del paziente in posizione supina	Sì	No

AMBIENTI COMUNI

8	Esiste un locale di accoglienza (atrio - attesa) con linea telefonica a disposizione degli accompagnatori	Sì	No
9	Esiste un locale per infermieri e O.S.S.	Sì	No
10	Sono presenti servizi igienici per il personale	Sì	No
11	E' presente locale/spogliatoio per il personale	Sì	No



12	E' presente un locale per deposito Medicinali e Presidi Medico-Chirurgici	Sì	No
13	E' presente un locale per deposito biancheria sporca	Sì	No
14	E' presente uno spazio/locale per deposito biancheria pulita	Sì	No
15	E' presente un locale per vuotatoio e lavapadelle	Sì	No

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

16	I locali di trattamento sono dotati di attrezzature e presidi medico-chirurgici, diagnostico-terapeutici e riabilitativi in relazione agli specifici bisogni dei pazienti ed al numero degli stessi	Sì	No
17	Sono presenti dispositivi appositi per l'alzata (elevatori, carrozzine adatte, ecc.)	Sì	No
18	**E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:**		
	a) pallone (adulto/pediatrico) autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) farmaci salvavita	Sì	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No
	h) cannule tracheotomiche	Sì	No
	i) sondini per broncoaspirazione	Sì	No
	l) cateteri tracheali di vario calibro	Sì	No
19	**Ogni nucleo è dotato di:**		
	a) 1 aspiratore elettrico	Sì	No
	b) 1 pompa per alimentazione parenterale/enterale	Sì	No
	c) 1 saturimetro	Sì	No

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

20	Il responsabile sanitario del Centro è un medico specializzato cui sono attribuite funzioni cliniche ed igienico-organizzative	Sì	No
21	E' presente per ogni paziente un piano di assistenza individualizzato	Sì	No
22	Sono garantiti controlli medici di monitoraggio cadenzato e reperibilità medica al bisogno	Sì	No
23	E' garantita la funzione di assistenza sociale al bisogno	Sì	No
24	Sono garantiti programmi di stimolazione generica anche con il coinvolgimento dei familiari	Sì	No
25	E' garantito il libero accesso dei familiari alla struttura	Sì	No
26	**La dotazione organica è composta dalle seguenti figure professionali:**		

	a) medico	Si	No
	b) medico fisiatra	Si	No
	c) psicologo	Si	No
	d) infermiere	Si	No
	e) O.S.S.	Si	No
	f) professionista sanitario della riabilitazione	Si	No
27	La dotazione organica del personale è rapportata alla tipologia e al volume dell'attività svolta	Si	No
28	Le figure previste sono dotate di formazione (anche in RCP-Rianimazione Cardio Polmonare) ed esperienza specifica	Si	No
29	E' prevista cartella clinica che risponde ai requisiti di completezza del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale ad integrazione delle attività medico-infermieristiche	Si	No
30	E' previsto un percorso formativo per l'acquisizione di competenze nel campo delle scienze umane e sociali (SHS)	Si	No

4.1.5 STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI DI RIABILITAZIONE

Strutture che erogano prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative a pazienti disabili che non necessitano di assistenza residenziale estensiva nelle 24 ore

E' consentito l'accesso alla struttura secondo quanto previsto dalla normativa regionale vigente.

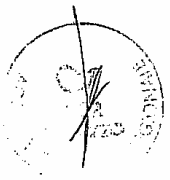
codice paragrafo

SSR

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	La struttura è ubicata in insediamento abitativo o in area rurale, comunque in zona non insalubre	Sì	No
2	I locali e gli spazi della struttura sono correlati alla tipologia, al volume delle prestazioni erogate ed al numero degli utenti	Sì	No
3	Le dimensioni dei locali, gli arredi e le attrezzature sono adeguati e coerenti rispetto al tipo di interventi effettuati	Sì	No
4	E' presente area di attesa con un adeguato numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza degli accessi	Sì	No
5	**Sono presenti locali per attività:**		
	a) amministrativa	Sì	No
	b) accettazione	Sì	No
	d) archivio	Sì	No
6	**Sono presenti aree per attività dinamiche e di gruppo con:**		
	a) superficie minima di 4 mq a paziente	Sì	No
	b) locali spogliatoio distinti per sesso, all'interno dell'area o adiacenti (se utilizzati anche da utenze esterne)	Sì	No
7	Aree attrezzate per attività individuali in luoghi condivisi con una superficie minima di 3 mq per utente presente	Sì	No
8	**Sono presenti ambienti per le attività riabilitative individuali su singolo paziente svolte nella struttura:**		
	a) di superficie minima di 12 mq (riducibile a 10 mq se la stanza non richiede arredi diversi dal tavolo di lavoro e da aumentarsi a 15 mq se si svolgono attività di psicomotricità)	Sì	No
	b) rapportati al numero degli operatori contemporaneamente presenti	Sì	No
9	Sono presenti ambulatori medici per visite specialistiche e valutazioni diagnostiche attinenti alle patologie trattate in numero adeguato a consentire le attività mediche previste	Sì	No
10	E' presente locale per le attività pedagogico-educative, di addestramento professionale e di tempo libero	Sì	No

11	E' presente locale/spazio per il deposito delle attrezzature	Sì	No
12	Sono presenti servizi igienici per gli operatori	Sì	No
13	E' presente locale spogliatoio per gli operatori	Sì	No
14	Sono presenti servizi igienici per gli utenti, attrezzati in relazione alle disabilità trattate	Sì	No
15	E' presente locale spogliatoio per gli utenti	Sì	No
16	E' presente locale per il deposito del materiale sporco	Sì	No
17	E' presente locale/spazio per il deposito del materiale pulito	Sì	No
18	E' presente locale di soggiorno/pranzo	Sì	No
19	Sono presenti cucina e dispensa adeguate alle modalità organizzative adottate per la gestione dei relativi servizi	Sì	No
20	La struttura garantisce la completa accessibilità degli spazi in relazione alle varie tipologie di disabilità trattate	Sì	No
	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
21	La dotazione strumentale è correlata alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate	Sì	No
22	**I locali di trattamento sono dotati di attrezzature e presidi medico-chirurgici, diagnostico-terapeutici e riabilitativi correlati alla specificità della riabilitazione svolta e della tipologia della struttura ed al volume di attività. In particolare sono presenti:**		
	a) attrezzature e dispositivi per la valutazione delle menomazioni e delle disabilità trattate (dispositivi per valutazioni dinamometriche, sussidi per la valutazione delle abilità motorie, sussidi per la valutazione del linguaggio e delle turbe neuropsicologiche ecc.)	Sì	No
	b) attrezzature, risorse tecnologiche e presidi necessari per lo svolgimento delle prestazioni da parte di medici specialisti e dei tecnici della riabilitazione (lettini per rieducazione motoria ad altezza variabile, letto di grandi dimensioni (Bobath) per rieducazione motoria ad altezza variabile, sussidi manuali e/o elettronici per il trattamento del linguaggio e delle turbe neuropsicologiche ecc.)	Sì	No
	c) attrezzature e presidi necessari alle singole tipologie di esercizio terapeutico e di rieducazione funzionale	Sì	No
	d) attrezzature e presidi necessari per la terapia occupazionale	Sì	No
23	**E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:**		
	a) pallone (adulto/pediatrico) autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No



	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) farmaci salvavita	Sì	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No
24	E' garantito un servizio di trasporto attrezzato per persone con disabilità che garantisca la disponibilità di un accompagnatore in relazione alla gravità dell'handicap	Sì	No

Nota:

da considerare qualora il servizio fosse incluso nelle tariffe/rette giornaliere

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

25	La dotazione quali-quantitativa di personale laureato e/o tecnico e infermieristico è adeguata alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate	Sì	No
26	Il Direttore Medico Responsabile del Centro è un medico specializzato cui sono attribuite funzioni cliniche ed igienico-organizzative. Di norma, per l'età evolutiva un neuropsichiatra infantile, per l'età adulta è un medico fisiatra	Sì	No
27	Sono presenti procedure/linee guida che regolamentano le modalità di erogazione dell'assistenza nel rispetto delle logiche dell'equipe multidisciplinare-multiprofessionale	Sì	No
28	Per ogni singolo paziente è redatto un Progetto Riabilitativo dall'équipe multidisciplinare-multiprofessionale, comprendente uno o più programmi terapeutici	Sì	No
29	E' effettuato il monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni delle disabilità del singolo paziente per ogni programma terapeutico	Sì	No
30	E' presente una procedura che regolamenta l'accesso al Servizio	Sì	No
31	E' adottato un registro degli ospiti presenti nella struttura quotidianamente aggiornato	Sì	No
32	L'orario di apertura del servizio è di 6/7 ore giornaliere, per almeno 5 giorni alla settimana	Sì	No
33	E' presente una cartella clinica per ogni assistito	Sì	No
34	**Ai familiari del paziente sono garantiti:**		
	a) l'accesso alla struttura	Sì	No
	b) l'adeguata informazione e lo specifico addestramento rispetto alla gestione del paziente nel proprio ambiente di vita	Sì	No

4.1.6 RESIDENZE ASSISTENZIALI DISABILI ADULTI (RADA)

Strutture residenziali finalizzate all'accoglienza, all'assistenza, al mantenimento e/o recupero dell'autonomia residua di persone disabili non autosufficienti, anche temporaneamente privi del sostegno familiare, caratterizzate da media intensità assistenziale e media/alta complessità organizzativa.

Le strutture RADA hanno una capacità ricettiva massima di 20 posti letto.

Sono equiparate alle RADA le strutture residenziali per disabili finanziate ai sensi del D.M. 470/2001, "dopo di noi". Le strutture "dopo di noi" hanno una capacità ricettiva compresa tra 7 e 20 posti letto, più 2 posti letto per le emergenze.
Le strutture per disabili, già operanti alla data di entrata in vigore del presente manuale, con capacità ricettiva superiore a quella prevista, possono continuare ad operare in deroga fino a 60 ospiti, organizzando la propria attività in nuclei fino a 20, con obbligo di non accogliere nuovi ospiti fino al raggiungimento dello standard ammesso.

L'accesso alla struttura avviene previa valutazione da parte dell'U.V.M. (Unità di Valutazione Multidimensionale).

Per le strutture già operanti e per le strutture ricettive esistenti in fase di riconversione ed adeguamento in RADA, nonchè per le strutture finanziate ai sensi del D.M. 470/2001, "dopo di noi", e per quelle in corso di realizzazione, con effettivo inizio dei lavori, per le quali è stata presentata alla Regione domanda di autorizzazione per l'esercizio ai sensi della DGR n 361 del 16 maggio 2003, con regolare permesso a costruire, rilasciato dal Comune competente in data antecedente all'entrata in vigore del presente manuale, e, inoltre, per le strutture già operanti nei centri storici sottoposti a vincoli urbanistici e/o dei Beni Ambientali e per le strutture già operanti in aree comprese nelle Comunità Montane è ammessa una deroga in difetto del 30% rispetto agli standard relativi alle superfici di riferimento del punto 3 (lettera F e lettera G) e del 20 % relativamente al punto 9 (lettera B) e al punto 11. In tali strutture deve essere prevista la possibilità di turnazione per la somministrazione dei pasti.

codice paragrafo
RADA

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

1	La struttura è localizzata in zona urbana, oppure in zona collegata ad un agglomerato urbano facilmente raggiungibile con mezzi pubblici. La RADA non può essere collocata all'interno di un edificio condominiale destinato a civile abitazione	Sì	No
2	E' presente uno spazio comune all'aperto di almeno 2 mq per ospite (giardino, terrazzo, ecc.)	Sì	No

AMBIENTI COMUNI

3	**Gli spazi per i servizi generali comprendono:**		
	a) spogliatoio per il personale con servizi igienici e doccia secondo la normativa vigente	Sì	No
	b) cucina, dispensa e lavanderia adeguati alle modalità organizzative adottate per la gestione dei relativi servizi	Sì	No
	c) deposito/locale biancheria sporca	Sì	No
	d) deposito/locale biancheria pulita	Sì	No
	e) locali per le attività amministrative	Sì	No
	f) locali pranzo di dimensione complessiva non inferiore a mq.3 per ospite	Sì	No

	g) locali per attività aggregative, ricreativo-culturali e di socializzazione con superficie non inferiore a mq.4 per ospite	Sì	No
4	E' presente un ingresso con portineria, area di accoglienza con linea telefonica a disposizione degli ospiti e servizi igienici per i visitatori	Sì	No
5	Sono presenti servizi igienici, collegati agli spazi comuni, attrezzati per la non autosufficienza in numero di almeno uno per nucleo distinti per sesso	Sì	No
6	E' presente un locale per esercizio di culto e camera mortuaria con relativo servizio igienico	Sì	No
7	Sono presenti un impianto montalettighe e un ascensore di dimensioni tali da permettere l'accesso delle carrozzine *Nota:* *Per le strutture già operanti alla data di entrata in vigore del presente manuale e per quelle finanziate ai sensi del D.M. 470/2001, "dopo di noi", è richiesto un ascensore di dimensioni tali da permettere l'accesso delle carrozzine o, in alternativa, un impianto montalettighe.*	Sì	No
8	E' presente una procedura per modalità di custodia di valori e beni personali	Sì	No
9	**Per l'erogazione di prestazioni sanitarie sono presenti:**		
	a) locale ambulatorio con servizio igienico	Sì	No
	b) palestra di superficie non inferiore a 45 mq, dotata di attrezzature ed ausili con relativo deposito	Sì	No
	c) servizi igienici in prossimità di palestre ed ambulatori fruibili anche da utenti in carrozzina	Sì	No
	d) spazio per deposito di attrezzature, ausili, presidi e materiali di consumo	Sì	No
	e) armadi idonei alla conservazione dei farmaci	Sì	No
	AREA DI DEGENZA		
10	**Ogni nucleo RADA è dotato di:**		
	a) camere di degenza, dotate di servizi igienici conformi ai requisiti di legge in materia di abbattimento delle barriere architettoniche	Sì	No
	b) spazio cucina/pranzo/soggiorno	Sì	No
	c) bagno assistito	Sì	No
	d) locale per il personale	Sì	No
	Nota: *Le suddette dotazioni possono essere collocate su un piano o su più piani. In tal caso deve essere prevista la presenza di un ascensore. Le strutture finanziate ai sensi del D.M. 470/2001, "dopo di noi", possono derogare alla dotazione di cui al punto c), assicurando, in alternativa, modalità e procedure similari.*		
11	**La superficie utile minima per le camere è:**		
	a) camera ad un posto letto non inferiore a 12 mq	Sì	No
	b) camera a due posti letto non inferiore a 18 mq	Sì	No
	Nota: *Per le strutture già operanti alla data della D.G.R. n.1230 del 12/12/2001, la superficie netta delle camere, anche a 3 o 4 posti letto, deve garantire almeno 8 mq. per ciascun ospite, fermo restando quanto previsto dal D.M. 308/2001 in termini di adeguamento, da conseguire nell'arco temporale massimo di cinque anni dalla data di efficacia del presente manuale.*		

12	Sono presenti servizi igienici attrezzati per la non autosufficienza collegati alle camere in numero di 1 ogni camera a due posti e 1 ogni due camere ad un posto, di dimensioni tali da permettere l'ingresso e la movimentazione delle carrozzine. Nel caso di strutture operanti è ammessa la presenza di un servizio igienico attrezzato per la non autosufficienza ogni 2 camere e, in ogni caso, almeno 1 ogni 4 ospiti ancorché i servizi igienici non siano collegati in camera	Sì	No
13	E' presente impianto di allarme/chiamata per ogni posto letto e in ogni servizio igienico	Sì	No
14	Per ogni camera è garantita l'agevole movimentazione delle carrozzine	Sì	No
15	**L'arredo della stanza comprende:**		
	a) letto articolato (preferibilmente a due snodi) regolabile in altezza con materasso e cuscino antidecubito	Sì	No
	b) comodino con vassoio servitore	Sì	No
	c) armadio/guardaroba singolo con chiave	Sì	No
	d) tavolo e sedia	Sì	No
	e) luce personale	Sì	No
16	**Sono presenti:**		
	a) luci di emergenza notturne	Sì	No
	b) linea telefonica a disposizione degli ospiti	Sì	No
17	E' presente un impianto di riscaldamento o di climatizzazione che assicuri una temperatura degli ambienti di 20°/22° centigradi nel semestre invernale (ora solare) e possibilmente non inferiore a quella esterna per più di 6° gradi centigradi (e comunque non inferiore a 20° centigradi) nel semestre estivo (ora legale)	Sì	No
18	**E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:**		
	a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) farmaci salvavita	Sì	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
19	Nella RADA è prevista la funzione del Direttore Medico di Struttura	Sì	No
20	**L'organigramma del personale prevede le professionalità necessarie per lo svolgimento delle seguenti funzioni:**		
	a) coordinamento del servizio sanitario affidato ad un Medico Specializzato in Fisiatria o altra specializzazione equipollente	Sì	No
	b) assistenza socio-sanitaria	Sì	No
	c) assistenza infermieristica	Sì	No
	d) riabilitazione	Sì	No
	e) servizi generali amministrativi e igienico/alberghiero	Sì	No

Nota:

Per le strutture già operanti alla data di entrata in vigore del presente manuale, provvisoriamente accreditate ai sensi della DGR n.361 del 16 maggio 2003, le figure professionali degli "addetti all'assistenza" continuano ad operare, con obbligo di riqualificazione nei tempi e modi stabiliti dalla Regione e comunque nell'arco temporale massimo di cinque anni dalla data di efficacia del presente manuale.

Per le strutture finanziate ai sensi del D.M. 470/2001, "dopo di noi", i requisiti minimi e l'organigramma del personale prevedono le professionalità necessarie per lo svolgimento delle seguenti funzioni:

	f) coordinamento della struttura affidato ad un esperto munito di specifici titoli di studio in scienze sociali e/o equipollenti e di documentata esperienza nel settore, con adeguata capacità professionale nella gestione di strutture per disabili	Sì	No
	g) assistenza socio-sanitaria	Sì	No
	h) assistenza medica e infermieristica	Sì	No
	i) assistenza alle attività occupazionali, di socializzazione e di laboratorio	Sì	No
	l) servizi generali amministrativi e igienico/alberghieri	Sì	No
21	E' presente una procedura che regolamenti le collaborazioni con le associazioni di volontariato per attività integrative di supporto, socializzazione e di interazione con le risorse del territorio (volontari, obiettori ecc.)	Sì	No
22	E' garantita la valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente aggiornati	Sì	No
23	Per ogni paziente è redatto un Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) corrispondente ai problemi/bisogni identificati	Sì	No
24	Sono presenti procedure e linee guida che regolamentano le modalità di erogazione dell'assistenza nel rispetto delle logiche dell'équipe interdisciplinare	Sì	No
25	E' garantita la raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività della struttura	Sì	No
26	Sono previsti i collegamenti funzionali ed organizzativi (protocolli/procedure) con la più vicina struttura ospedaliera dotata di pronto soccorso e rianimazione	Sì	No
27	E' redatto un registro di carico e scarico di tutto il materiale in uso con le relative scadenze	Sì	No
28	Viene effettuata una raccolta e trasmissione delle schede di classificazione del case-mix secondo il sistema RUG	Sì	No
29	E' prevista la cura dell'aspetto dell'ospite come servizio offerto o a pagamento	Sì	No
30	E' presente un foglio clinico-terapeutico assistenziale per ciascun paziente che documenti l'attività svolta, custodita nel rispetto delle vigenti normative sulla tutela della privacy e sul trattamento dei dati sensibili	Sì	No
31	**Sono presenti procedure per:**		
	a) la gestione delle emergenze	Sì	No
	b) il bagno e la doccia	Sì	No
	c) l'igiene orale	Sì	No
	d) l'igiene a letto	Sì	No
	e) per la somministrazione di farmaci	Sì	No
	f) la prevenzione e il trattamento dell'incontinenza urinaria e fecale	Sì	No
	g) per la regolamentazione dell'accesso dei Medici di Medicina Generale (MMG)	Sì	No

4.1.7 RESIDENZE DISTURBI DEL COMPORTAMENTO E PATOLOGIE NEUROPSICHIATRICHE ETA' EVOLUTIVA

Sono strutture che ospitano soggetti in età evolutiva affetti da patologie neuropsichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza con gravi disturbi comportamentali.
La durata della degenza non deve superare i 180 giorni con possibilità di un solo rinnovo. La ricettività della struttura deve essere compresa da un minimo di 10 ad un massimo di 15 posti letto.

Codice paragrafo
RDCPNE

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	Il centro è localizzato in zone urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano	Sì	No
2	I locali e gli spazi della struttura sono correlati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate	Sì	No
3	Le dimensioni dei locali, gli arredi e le attrezzature sono adeguati e coerenti rispetto al tipo di interventi effettuati	Sì	No
4	E' rispettata la Legge n. 13 del 9/01/1989 n. 13 "Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati" s.m.i.	Sì	No
5	E' presente uno spazio all'aperto di almeno 10 mq *per utente*	Sì	No

AMBIENTI COMUNI

6	E' presente un ingresso con portineria, area di accoglienza con linea telefonica a disposizione degli ospiti e servizi igienici separati per i visitatori e per il personale	Sì	No
7	E' presente area di attesa con un adeguato numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza degli accessi	Sì	No
8	*Sono presenti almeno due locali ambulatorio per le visite e le valutazioni specialistiche*	*Sì*	*No*
9	Sono presenti almeno due locali ambulatorio per la terapia riabilitativa e psicoterapica	Sì	No
10	E' presente almeno un'aula didattica opportunamente arredata con cattedra, lavagna e numero di banchi in numero adeguato agli ospiti della struttura	Sì	No
11	**Sono presenti locali per attività:**		
	a) amministrativa	Sì	No
	b) accettazione	Sì	No
	d) archivio	Sì	No
12	*Sono presenti le seguenti aree per attività di gruppo:*		
	a) area destinata ad attività psico-educative e alla socializzazione con superficie minima di 4 mq a paziente	Sì	No
	b) *locale di almeno 45 mq destinato a palestra in maniera tale da permettere* contemporaneamente l'esercizio terapeutico (o le attività dinamiche) di 6 pazienti	Sì	No
	c) locali spogliatoio distinti per sesso, all'interno dell'area o adiacenti	Sì	No
13	Sono presenti aree attrezzate (ludoteca, musicoteca, etc) per attività individuali in luoghi condivisi con una superficie minima di 3 mq per utente	Sì	No
14	Sono presenti ambulatori medici per visite specialistiche e valutazioni diagnostiche attinenti alle patologie trattate in numero adeguato a consentire le attività mediche previste	Sì	No
15	Sono presenti locali spogliatoio per gli operatori distinti per sesso	Sì	No
16	Sono presenti almeno 2 servizi igienici *per i pazienti, distinti per sesso* di cui almeno uno attrezzato per i disabili	*Sì*	*No*

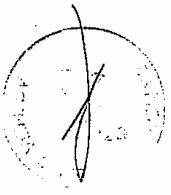
17	E' presente locale/spogliatoio per i pazienti	Sì	No
18	E' presente uno spazio per deposito di materiale d'uso, attrezzature e strumentazioni	Sì	No
19	E' presente un locale infermeria e spazio per armadio farmaceutico	Sì	No
20	Sono presenti locale/cucina, dispensa, lavanderia o, in alternativa spazi per accettazione carrelli e depositi per pulito (nel caso di esternalizzazione di questi servizi)	Sì	No
	Nota Bene: *Le funzioni di cucina, lavanderia, pulizie possono essere esternalizzati o forniti da personale della struttura in numero adeguato alle mansioni e in aggiunta agli standard indicati.*		
21	E' presente locale per il deposito del materiale sporco	Sì	No
22	E' presente locale/spazio per il deposito del materiale pulito	Sì	No
23	E' presente locale di soggiorno/pranzo di superficie minima pari a mq 3 per ospite	Sì	No
	AREA DI DEGENZA		
24	**Gli standards dimensionali minimi delle camere di degenza sono:**		
	a) mq 12 per camere ad un letto	Sì	No
	b) mq 18 per camere a due letti	Sì	No
	Nota: *E' prevista la possibilità di un letto aggiuntivo per l'accompagnatore (familiare) ed in questo caso la superficie del locale di degenza deve essere pari ad almeno mq. 26*		
25	Sono presenti servizi igienici attrezzati per la non autosufficienza collegati alle camere in numero di 1 ogni camera a due posti e 1 ogni due camere ad un posto, di dimensioni tali da permettere l'ingresso e la movimentazione delle carrozzine. Nel caso di strutture già operanti è ammessa la presenza di un servizio igienico attrezzato per la non autosufficienza ogni 2 camere e, in ogni caso, almeno 1 ogni 4 ospiti ancorchè i servizi igienici non siano collegati in camera	Sì	No
26	E' presente impianto di allarme/chiamata per ogni posto letto e in ogni servizio igienico	Sì	No
27	**L'arredo della stanza comprende:**		
	a) letto	Sì	No
	b) comodino	Sì	No
	c) armadio/guardaroba singolo con chiave	Sì	No
	d) tavolo e sedia	Sì	No
	e) luce personale	Sì	No
28	All'interno di ogni camera a più letti è garantita la riservatezza di ciascun paziente	Sì	No
29	E' garantita per i pazienti la possibilità di effettuare comunicazioni telefoniche dal letto di degenza (anche con cordless)	Sì	No
30	E' presente un impianto di riscaldamento o di climatizzazione che assicuri una temperatura degli ambienti di 20°/22° centigradi nel semestre invernale (ora solare) e possibilmente non inferiore a quella esterna per più di 6° gradi centigradi (e comunque non inferiore a 20 °C) nel mese estivo (ora legale)	Sì	No
	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
31	I locali di trattamento sono dotati di attrezzature e presidi medico-chirurgici, diagnostico-terapeutici e riabilitativi correlati alla specificità delle patologie trattate. In particolare sono presenti :		
	a) attrezzature e strumentazioni cliniche tipiche dell'ambulatorio di neuropsichiatria infantile	Sì	No
	b) attrezzature e materiale ludico ed altro materiale per lo svolgimento delle attività espressive nelle diverse fasce d'età	Sì	No

32	E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:		
	a) pallone (adulto/pediatrico) autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) farmaci salvavita	Sì	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No
	h) elettrocardiografo diagnostico	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
33	La dotazione quali-quantitativa di personale laureato e/o tecnico e infermieristico è adeguata alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate che garantiscano l'esercizio delle loro funzioni distribuendo in maniera differenziata la loro attività nell'ambito delle 24 ore	Sì	No
34	Il responsabile sanitario del Centro è un medico specializzato in Neuropsichiatria Infantile cui sono attribuite funzioni cliniche ed igienico-organizzative.	Sì	No
35	Sono chiaramente indicate le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza	Sì	No
36	I familiari possono accedere alla struttura durante il giorno e la notte in caso di necessità, compatibilmente con le esigenze di assistenza e cura degli ospiti	Sì	No
37	E' presente una procedura per la modalità di custodia di valori e beni personali	Sì	No
38	E' prevista la pronta disponibilità (reperibilità) del medico specialista in NPI e/o medico con specializzazione equipollente o affine nelle fasce orarie in cui non è presente nella struttura	Sì	No
	IL PERCORSO ASSISTENZIALE		
39	Sono presenti procedure e/o linee guida che regolamentano le modalità di erogazione dell'assistenza nel rispetto delle logiche dell'equipe multidisciplinare-multiprofessionale (Neuropsichiatra Infantile, Psicologo, Psicoterapeuta, Terapista della neuro-psicomotricità dell'età evolutiva, Logopedista, Terapista della riabilitazione psichiatrica, Fisiochinesiterapista, Assistente Sociale, ecc.)	Sì	No
40	La presenza delle seguenti figure professionali: Neuropsichiatra Infantile, Psicologo, Psicoterapeuta, Terapista della neuro-psicomotricità dell'età evolutiva, Logopedista, Terapista della riabilitazione psichiatrica, Fisiochinesiterapista, Assistente Sociale, Musico è tale da garantire lo svolgimento delle seguenti funzioni: assistenza socio-sanitaria, riabilitazione, psicoterapia, assistenza didattica ed educativa, attività ludiche	Sì	No
41	Per ogni singolo paziente è redatto dall'équipe multidisciplinare-multiprofessionale un Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato comprendente uno o più programmi terapeutici e riabilitativi	Sì	No
42	E' effettuato il monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni delle condizioni del singolo paziente per ogni programma terapeutico-riabilitativo	Sì	No
43	E' garantita una adeguata informazione ai pazienti ed ai loro familiari con l'illustrazione del progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato	Sì	No
44	E' previsto l'utilizzo di scale di valutazione adeguate alla tipologia delle patologie trattate somministrate al momento dell'ammissione e periodicamente aggiornate	Sì	No
45	**Sono presenti procedure che regolamentano i criteri di accesso ed il trasferimento dei pazienti, condivise fra i seguenti soggetti:**		
	a) Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)	Sì	No
	b) Pediatri di Libera Scelta (PLS) o Medico di Medicina Generale (MMG)	Sì	No
	c) strutture di ricovero per acuti	Sì	No



	d) altre strutture residenziali	Sì	No
	e) familiari	Sì	No
46	Sono presenti procedure relative all'accoglienza, registrazione e informazione di pazienti e familiari	Sì	No
47	**E' presente una cartella clinica individuale sulla quale risultano:**		
	a) i dati anagrafici	Sì	No
	b) la diagnosi di ingresso	Sì	No
	c) l'anamnesi familiare e personale	Sì	No
	d) l'esame obiettivo generale e neuropsichiatrico	Sì	No
	e) gli eventuali esami strumentali e di laboratorio	Sì	No
	f) i risultati raggiunti e gli eventuali esiti ed i postumi	Sì	No
	g) il progetto-programma con i periodici aggiornamenti	Sì	No
	h) informazioni sui problemi sociali del paziente e della famiglia	Sì	No
	i) problemi di comunicazione e sensoriali del paziente	Sì	No
	l) una scheda di allarme clinico (patologie somatiche croniche con comorbilità, allergie, intolleranze, celiachia, etc.)	Sì	No
48	La cartella clinica contiene come parte integrante la documentazione infermieristica	Sì	No
49	La cartella clinica risponde ai requisiti di completezza del percorso diagnostico terapeutico assistenziale ed integrazione delle attività medico-infermieristiche ed è custodita nel rispetto delle vigenti normative sulla tutela della privacy e sul trattamento dei dati sensibili	Sì	No
50	E' chiaramente formalizzata la procedura che consente all'utente (o ai familiari aventi diritto) di ottenere informazioni sulle sue condizioni	Sì	No
51	In caso di trasferimento in ospedale per acuti, viene redatta una sintesi clinica di accompagnamento	Sì	No
52	Per ogni utente alla dimissione è redatta una relazione che includa una chiara e completa descrizione delle attività svolte e indirizzata al PLS (MMG) o all'Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza territorialmente competente	Sì	No
53	E' garantito uno specifico programma psicoeducazionale informativo prima del rientro del paziente al proprio ambiente di vita	Sì	No
54	E' previsto un registro per gli eventi sentinella (tentativi di suicidio, fuga utente, atti di violenza, etc)	Sì	No
	L'ASSISTENZA SANITARIA		
55	I Pediatri di Libera Scelta (Medici di Medicina Generale) garantiscono la presenza coordinata all'interno della struttura con le modalità previste dall'Accordo Integrativo Regionale	Sì	No
56	E' presente una procedura per l'accesso alle prestazioni specialistiche erogate all'interno o all'esterno della struttura	Sì	No
57	**Sono presenti procedure:**		
	a) per la gestione delle emergenze	Sì	No
	b) per le richieste di visite specialistiche	Sì	No
	c) per l'igiene personale	Sì	No
	d) per la somministrazione di farmaci	Sì	No
	e) per i collegamenti funzionali con i servizi di supporto ospedaliero	Sì	No

f) per i collegamenti funzionali ed organizzativi (protocolli/procedure) con la più vicina struttura ospedaliera dotata di Pronto Soccorso e Rianimazione	Sì	No
g) per la dipendenza tabagica	Sì	No



4.1.8 RESIDENZE MINORAZIONI PLURISENSORIALI ETA' EVOLUTIVA

Strutture deputate all'erogazione di prestazioni di assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria, con terapia riabilitativa, attività psico-educative e socio-relazionali erogate in nuclei specializzati a persone non autosufficienti in età evolutiva affette da minorazioni plurisensoriali.

Tali prestazioni sono connotate da una stretta integrazione tra le attività assistenziali e riabilitative e quelle psico-educative e didattiche.

La durata della degenza è condizionata dal Progetto Educativo Riabilitativo Individuale e personalizzato.

E' consentito l'accesso alla struttura previa valutazione da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

La ricettività della struttura è di 15 posti letto.

Codice paragrafo
RMPE

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	Il centro è localizzato in zone urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano	Sì	No
2	I locali e gli spazi della struttura sono correlati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate	Sì	No
3	Le dimensioni dei locali, gli arredi e le attrezzature sono adeguati e coerenti rispetto al tipo di interventi effettuati	Sì	No
4	E' rispettata la Legge 9.01.1989 n. 13 "Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati" s.m.i.	Sì	No
5	E' presente uno spazio all'aperto di almeno 10 mq per ospite	Sì	No
6	Nello spazio all'aperto sono previsti percorsi attrezzati (percorso degli odori, percorso dell'acqua etc) per consentire agli ospiti di muoversi secondo le proprie capacità motorie, sensoriali residue (visive, uditive, tattili ed olfattive) e cognitive	Sì	No
7	Gli ambienti sono stati progettati garantendo l'illuminazione naturale e una illuminazione artificiale del tipo indiretta e diffusa in modo da facilitare l'uso di eventuali residui visivi degli ospiti	Sì	No
8	Gli ambienti sono stati progettati ponendo cura della sonorità per facilitare la comprensione della parola parlata da parte degli ospiti con residui visivi e per ridurre i rumori che possono dare disturbo	Sì	No
9	Gli spazi interni adottano accorgimenti per assicurare agli ospiti caratteristiche di abitabilità e fruibilità senza impedimenti o pericoli (tipologia e disposizione dei mobili, dislocazione dei corrimani, strisce antiscivolo o direzionali, forme e colori adeguati etc.)	Sì	No
10	**I percorsi ed i collegamenti sono organizzati al fine di incrementare le possibiltà e capacità di movimento attraverso l'utilizzo di:**		
	a) materiali diversi per scabrosità e colore (contrasti cromatici) nella realizzazione della pavimentazione per evidenziare la larghezza, la direzione, la pendenza, la prossimità di incroci ed altre indicazioni	Sì	No
	b) indizi acustici (percorso rumore) ed indizi olfattivi (percorso degli odori) per favorire l'orientamento e la mobilità	Sì	No

AMBIENTI COMUNI

11	E' presente un ingresso con portineria, area di accoglienza con linea telefonica a disposizione degli ospiti e servizi igienici separati per i visitatori e per il personale	Sì	No
12	E' presente area di attesa con un adeguato numero di posti a sedere	Sì	No
13	Sono presenti almeno due locali ambulatorio per le visite e le valutazioni specialistiche	Sì	No
14	Sono presenti almeno due locali ambulatorio per la terapia riabilitativa	Sì	No
15	E' presente almeno un'aula didattica opportunamente arredata in relazione alla specifica disabilità con numero di banchi in numero adeguato agli ospiti della struttura	Sì	No
16	**Sono presenti locali per attività:**		
	a) amministrativa	Sì	No
	b) accettazione	Sì	No
	d) archivio	Sì	No
17	E' presente un servizio di Documentazione che raccoglie, classifica ed organizza tutta la produzione scientifica ed audiovisiva, inerente la sordociecità e le psico-pluriminorazioni sensoriali, la disabilità, la psicologia, la pedagogia, il settore del Non Profit	Sì	No
18	Il servizio di Documentazione è fruibile da personale interno, familiari e da quanti hanno interesse specifico sui temi della riabilitazione ed autonomia delle persone con deficit sensoriali e pluriminorazioni, favorendone la formazione e l'aggiornamento	Sì	No
19	Sono presenti aree attrezzate destinate ad attività educativo-riabilitative	Sì	No
20	E' presente un locale di almeno 45 mq destinato a palestra in maniera tale da permettere contemporaneamente l'esercizio terapeutico (o le attività dinamiche) di 6 ospiti con annessi locali spogliatoio adeguatamente attrezzati per la specifica disabilità, all'interno dell'area o adiacenti	Sì	No
21	Sono presenti laboratori per attività individuali o di piccoli gruppi (terapia occupazionale, lavori manuali e artigianali, didattica etc)	Sì	No
22	E' presente un'area destinata alla socializzazione	Sì	No
23	E' presente un'aula per musicoterapia	Sì	No
24	Sono presenti locali spogliatoio per gli operatori distinti per sesso	Sì	No
25	Sono presenti almeno 2 servizi igienici per gli ospiti, distinti per sesso di cui almeno uno attrezzato per i disabili e progettati ergonomicamente per la specifica disabilità	Sì	No
26	E' presente uno spazio per deposito di materiale d'uso, attrezzature e strumentazioni	Sì	No
27	E' presente un locale infermeria e spazio per armadio farmaceutico	Sì	No
28	Sono presenti locale/cucina, dispensa, lavanderia o, in alternativa spazi per accettazione carrelli e depositi per pulito adeguati alle modalità organizzative della struttura	Sì	No

NB:
Le funzioni di cucina, lavanderia, pulizie possono essere esternalizzati o forniti da personale della struttura in numero adeguato alle mansioni e in aggiunta agli standard indicati.

29 E' presente locale per il deposito del materiale sporco Sì No

30 E' presente locale/spazio per il deposito del materiale pulito Sì No

31 E' presente locale di soggiorno/pranzo di superficie minima pari a mq 3 per ospite progettati ergonomicamente per la specifica disabilità Sì No

AREA DI DEGENZA

32 **Gli standards dimensionali minimi delle camere di degenza sono:**

a) mq 12 per camere ad un letto Sì No

b) mq 18 per camere a due letti Sì No

Nota:
E' prevista la possibilità di letti per l'accompagnatore (familiare) ed in questo caso la superficie del locale di degenza deve essere di 18-20 mq per le camere ad un letto e di 30-32 mq per le camere a due posti letto

33 Sono presenti servizi igienici attrezzati per la specifica disabilità collegati alle camere in numero di 1 ogni camera a due posti e 1 ogni due camere ad un posto, di dimensioni tali da permettere l'ingresso e la movimentazione delle carrozzine Sì No

34 E' presente impianto di allarme/chiamata per ogni posto letto e in ogni servizio igienico adeguato alla specifica disabilità Sì No

35 **L'arredo della stanza comprende:**

a) letto Sì No

b) comodino Sì No

c) armadio/guardaroba singolo con chiave Sì No

d) tavolo e sedia Sì No

e) luce personale Sì No

36 L'arredo della stanza è disposto e progettato ergonomicamente per la specifica disabilità Sì No

37 All'interno di ogni camera a più letti è garantita la riservatezza di ciascun ospite Sì No

38 E' presente un impianto di riscaldamento o di climatizzazione che assicuri una temperatura degli ambienti di 20°/22° centigradi nel semestre invernale (ora solare) e possibilmente non inferiore a quella esterna per più di 6° gradi centigradi (e comunque non inferiore a 20 °C) nel mese estivo (ora legale) Sì No

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

39 I locali di trattamento sono dotati di attrezzature e presidi medico-chirurgici, diagnostico-terapeutici e riabilitativi correlati alla specificità delle patologie trattate Sì No

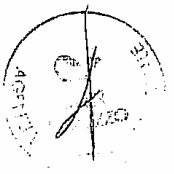
40 Sono adottati ausili tecnologici per la comunicazione, l'autonomia e la mobilità Sì No

41	**E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:**		
	a) pallone (adulto/pediatrico) autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) farmaci salvavita	Sì	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No
	h) elettrocardiografo diagnostico	Sì	No
42	E' presente uno strumentario minimo di primo soccorso chirurgico e traumatologico	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
43	La dotazione quali-quantitativa di personale laureato e/o tecnico e infermieristico è adeguata alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate	Sì	No
44	Il responsabile sanitario del Centro è un medico specializzato in Neuropsichiatria Infantile cui sono attribuite funzioni cliniche ed igienico-organizzative	Sì	No
45	Sono chiaramente indicate le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza	Sì	No
46	I familiari possono accedere alla struttura durante il giorno e la notte in caso di necessità, compatibilmente con le esigenze di assistenza e cura degli ospiti	Sì	No
47	E' presente una procedura per la modalità di custodia di valori e beni personali	Sì	No
48	E' presente una procedura che regolamenti le collaborazioni con le associazioni di volontariato per attività integrative di supporto, socializzazione e di interazione con le risorse del territorio (volontari, obiettori ecc.)	Sì	No
	IL PERCORSO ASSISTENZIALE		
49	Sono presenti procedure e/o linee guida che regolamentano le modalità di erogazione dell'assistenza nel rispetto delle logiche dell'équipe multidisciplinare-multiprofessionale	Sì	No
50	Per ogni singolo ospite è redatto dall'équipe multidisciplinare-multiprofessionale un Progetto Educativo Riabilitativo Individuale e personalizzato	Sì	No
51	E' effettuato il monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni delle condizioni del singolo ospite per ogni programma terapeutico	Sì	No
52	**La dotazione organica è composta dalle seguenti figure professionali:**		
	a) medico	Sì	No
	b) pedagogista	Sì	No
	c) psicologo	Sì	No



	d) assistente sociale	Sì	No
	e) educatori professionali	Sì	No
	f) infermieri	Sì	No
	e) O.S.S.	Sì	No
	f) professionista sanitario della riabilitazione	Sì	No
53	E' prevista la presenza di consulenza specialistica in rapporto alla tipologia di prestazioni erogate (es. fisiatra, etc)	Sì	No
54	E' previsto l'intervento di figure professionali e tecniche adeguate alla tipologia di prestazioni erogate (musicoterapista, istruttore di orientamento e mobilità etc.)	Sì	No
55	La dotazione di personale tecnico - assistenziale deve essere adeguata a garantire la realizzazione del Progetto Educativo Riabilitativo Individuale e personalizzato e del progetto riabilitativo di struttura	Sì	No
56	E' garantita una adeguata informazione agli ospiti ed ai loro familiari con l'illustrazione del Progetto Educativo Riabilitativo Individuale e personalizzato	Sì	No
57	E' previsto l'utilizzo di scale di valutazione adeguate alla tipologia delle patologie trattate somministrate al momento dell'ammissione e periodicamente aggiornate	Sì	No
58	**Sono presenti procedure che regolamentano i criteri di accesso ed il trasferimento degli ospiti, condivise fra i seguenti soggetti:**		
	a) Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)	Sì	No
	b) Pediatri di Libera Scelta (PLS) o Medici di Medicina Generale (MMG)	Sì	No
	c) strutture di ricovero per acuti	Sì	No
	d) altre strutture residenziali	Sì	No
	e) familiari		
59	Sono presenti procedure relative all'accoglienza, registrazione e informazione di ospiti e familiari	Sì	No
60	**E' presente una cartella clinica sulla quale risultano:**		
	a) i dati anagrafici	Sì	No
	b) la diagnosi di ingresso	Sì	No
	c) l'anamnesi familiare e personale con riguardo ad elementi di allarme clinico (allergie, intolleranze, celiachia etc)	Sì	No
	d) l'esame obiettivo generale con particolare riferimento ai problemi sensoriali	Sì	No
	e) gli eventuali esami strumentali e di laboratorio	Sì	No
	f) i risultati raggiunti e gli eventuali esiti ed i postumi	Sì	No
	g) il progetto-programma con i periodici aggiornamenti	Sì	No
	h) informazioni sui problemi sociali dell'ospite e della famiglia	Sì	No
	i) problemi di comunicazione dell'ospite	Sì	No
	l) la documentazione infermieristica	Sì	No

61	La cartella clinica risponde ai requisiti di completezza del percorso clinico-educativo-riabilitativo-assistenziale con integrazione delle attività medico-infermieristiche ed è custodita nel rispetto delle vigenti normative sulla tutela della privacy e sul trattamento dei dati sensibili	Sì	No
62	E' chiaramente formalizzata la procedura che consente all'ospite (o ai familiari aventi diritto) di ottenere informazioni sulle sue condizioni	Sì	No
63	In caso di trasferimento in ospedale per acuti, viene redatta una sintesi clinica di accompagnamento	Sì	No
64	Per ogni ospite alla dimissione è redatta una relazione che includa una chiara e completa descrizione delle attività svolte e indirizzata al Pediatra di libera scelta/ Medico di medicina generale	Sì	No
65	E' garantito uno specifico programma educativo-riabilitativo prima del rientro dell'ospite al proprio ambiente di vita	Sì	No
	L'ASSISTENZA SANITARIA		
66	E' presente una procedura di raccordo funzionale con i Pediatri di Libera Scelta/ Medici di Medicina Generale nel rispetto delle norme previste dall'Accordo Integrativo Regionale vigente	Sì	No
67	E' presente una procedura per l'accesso alle prestazioni specialistiche erogate all'interno o all'esterno della struttura	Sì	No
68	**Sono presenti procedure:**		
	a) per la gestione delle emergenze	Sì	No
	b) per le richieste di visite specialistiche	Sì	No
	c) per l'igiene personale	Sì	No
	d) per la somministrazione di farmaci	Sì	No
	e) per i collegamenti funzionali con i servizi di supporto ospedaliero	Sì	No
	f) per i collegamenti funzionali ed organizzativi (protocolli/procedure) con la più vicina struttura ospedaliera dotata di Pronto Soccorso e Rianimazione	Sì	No
	g) per la uscite dalla struttura	Sì	No



4.1.9 COMUNITA' SOCIO-RIABILITATIVE

IN CORSO DI DEFINIZIONE CON L'ASSESSORATO ALLE POLITICHE SOCIALI

4.2.1 CENTRO DIURNO PSICHIATRICO

La struttura svolge le funzioni: terapeutico - riabilitative, come indicate rispettivamente per il Centro diurno ai sensi del D.P.R. 10/11/1999.

Il Centro Diurno è un'articolazione organizzativa del D.S.M. e dipende funzionalmente dal C.S.M. di competenza territoriale, con facoltà di affidamento per la gestione con Cooperative sociali di tipo A e B secondo le modalità previste per le rispettive tipologie di Cooperative.

La struttura può ospitare fino ad un massimo di 30 utenti.

codice paragrafo
CDP

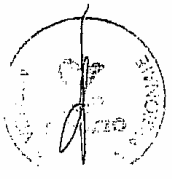
REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	Sono presenti locali per attività prevalentemente di gruppo, dimensionati in relazione alle attività specifiche previste nel Centro Diurno	Sì	No
2	Il centro diurno è funzionalmente e strutturalmente separato da altre strutture residenziali psichiatriche, con organico proprio, spazi operativi non condivisi con quelle di altre strutture residenziali psichiatriche e con accessi distinti e separati	Sì	No
3	E' presente un locale per colloqui clinici	Sì	No
4	I locali sono collocati in un contesto residenziale urbano per favorire i processi di socializzazione, oppure in zone collegate ad un agglomerato urbano con mezzi pubblici o con mezzi privati garantiti dalla struttura	Sì	No
5	Gli edifici che accolgono le strutture sono in regola con le norme igienico-sanitarie relative alle civili abitazioni e con le disposizioni in materia di accessibilità ed eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati (Legge 13 del 9 Gennaio 1989) ed adeguati alle norme vigenti in materia di salute e sicurezza sul lavoro	Sì	No
6	Il numero complessivo di locali e spazi e la loro dimensione è in relazione al numero degli utenti	Sì	No
7	**E' presente la seguente dotazione minima degli ambienti :**		
	a) locali per attività di gruppo (di superficie minima pari a 3 mq per persona) dotati di tavolo riunione per 8/10 persone	Sì	No
	b) locali per attività socio-riabilitative e attività collettive commisurati al numero di utenti (di superficie minima pari a mq 3 per persona)	Sì	No
	c) locale di soggiorno/pranzo per i pazienti (di superficie minima pari a mq 3 per persona)	Sì	No
	d) servizi igienici per pazienti distinti per sesso in misura di 1 ogni 15 ospiti	Sì	No
	e) un servizio igienico attrezzato per la non autosufficienza	Sì	No
	f) un locale spogliatoio con annesso servizio igienico per il personale, distinto per sesso	Sì	No
	g) un locale per attività amministrativa, accettazione, archivio	Sì	No
8	E' presente un locale destinato a deposito di materiale d'uso, attrezzature e strumentazioni	Sì	No
9	E' presente spazio/armadio per materiale pulito	Sì	No



10	E' presente spazio/contenitore per materiale sporco	Sì	No
	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
11	E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:		
	a) pallone Ambu autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) farmaci salvavita	Sì	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No
12	E' presente impianto di allarme/chiamata in ogni servizio igienico	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
13	Il Responsabile della struttura è un Dirigente Medico Psichiatra o un Dirigente Psicologo nominato dal D.S.M. territorialmente competente se la struttura è a gestione pubblica. Allorchè affidata ad una Cooperativa, il ruolo di Responsabile è svolto da un Medico Psichiatra o da uno Psicologo specializzato in psicoterapia del personale della Cooperativa affidataria. Il controllo e la supervisione sull'attività riabilitativa sono svolti dal responsabile del C.S.M. territorialmente competente	Sì	No
14	E' garantita l'apertura fino ad un massimo di 8 ore al giorno	Sì	No
15	E' garantita l'apertura per almeno 6 giorni la settimana	Sì	No
16	E' garantito il collegamento funzionale con le altre strutture del D.S.M.	Sì	No
17	**E' garantita la presenza, in relazione alle attività previste, di:**		
	a) terapista della riabilitazione psichiatrica	Sì	No
	b) psicologo	Sì	No
	c) educatori professionali	Sì	No
	d) maestri d'arte	Sì	No
18	Esiste una cartella socio-sanitaria per ciascun utente ove sia definito il Progetto Terapeutico Individuale (P.T.I.) e il programma riabilitativo (obiettivi, interventi, modalità di verifica), custodita nel rispetto della vigenti normative sulla tutela della privacy e sul trattamento dei dati sensibili	Sì	No
19	Il P.T.I. è formulato dall'equipe del C.S.M. territorialmente competente in collaborazione con i Servizi Sociali Territoriali	Sì	No
20	Sono indicate le modalità con cui vengono garantite la continuità terapeutica ed i collegamenti con le altre strutture del D.S.M.	Sì	No

21	Oltre alle attività interne alla struttura, il Responsabile promuove incontri di sostegno alle famiglie	Si	No
22	Viene effettuata periodicamente la verifica del P.T.I. da parte dell'equipe che ha formulato il progetto stesso	Si	No
23	E' presente una procedura che regolamenti le collaborazioni con le associazioni di volontariato per attività integrative di supporto, socializzazione e di interazione con le risorse del territorio (volontari, obiettori ecc.)	Si	No
24	Esiste una regolamentazione in caso di dipendenza tabagica	Si	No
25	E' adottato un registro degli ospiti presenti nella struttura quotidianamente aggiornato	Si	No



4.2.2 UNITA' TERRITORIALE DI NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

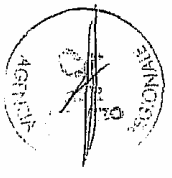
Espleta le funzioni indicate per il CSM dal D.P.R. 10/11/1999 "Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale"

codice paragrafo
CNPI

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

1	Il centro dispone di un numero adeguato di locali e spazi in relazione alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate	Sì	No
2	E' presente un locale per accoglienza utenti ed i loro familiari	Sì	No
3	E' presente un locale per attività diagnostiche e terapeutiche	Sì	No
4	E' presente un locale per visita medica (ambulatorio medico)	Sì	No
5	E' presente un locale per riunioni (anche in comune con altri servizi)	Sì	No
6	E' presente un locale di segreteria per le attività amministrative e per l'archivio della documentazione sanitaria	Sì	No
7	E' presente uno spazio per attesa adeguatamente arredato, con numero di posti a sedere commisurato al volume di attività	Sì	No
8	Sono presenti servizi igienici per le persone assistite (anche in comune con altri servizi limitrofi)	Sì	No
9	Sono presenti servizi igienici per il personale (anche in comune con altri servizi limitrofi)	Sì	No
10	E' presente un locale adibito a spogliatoio per il personale (anche in comune con altri servizi limitroffi)	Sì	No
11	E' presente un locale/spazio per il deposito di materiale pulito	Sì	No
12	E' presente un locale per il deposito di materiale sporco	Sì	No
13	E' presente un locale/spazio per il deposito di materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni	Sì	No
14	Gli arredi hanno caratteristiche di sicurezza, di decoro, e di comfort	Sì	No
15	E' presente un locale dedicato ad attività di tipo psicologico	Sì	No
16	E' presente un locale per attività riabilitative ad indirizzo fisioterapico e psicomotorio	Sì	No
17	E' presente un locale per osservazione del bambino in attività ludica	Sì	No
18	E' garantita la presenza di scale di valutazione e materiale testistico per le valutazioni psicodiagnostiche e neuropsicologiche	Sì	No
19	E' presente un locale per attività riabilitative neuropsicologiche, cognitive e logopedistiche	Sì	No
20	E' presente locale per l'assistente sociale	Sì	No
21	E' previsto l'accesso alla rete internet/intranet	Sì	No

22	La dotazione di attrezzature e strumenti è presente in misura adeguata alla tipologia ed al volume delle attività svolte	Sì	No
23	**E' presente il carrello per la gestione delle eventuali emergenze con:**		
	a) pallone autoespansibile pediatrico con maschere di varia misura	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) defibrillatore con pacing esterno		
	f) farmaci (adrenalina, atropina, dopamina, lidocaina, glucosio al 33%, metilprednisolone, soluzione fisiologica e glucosata, bicarbonato di sodio)	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
24	E' individuato un medico responsabile della struttura specializzato in neuropsichiatria infantile	Sì	No
25	**E' presente la seguente tipologia di personale:**		
	a) medico	Sì	No
	b) infermiere	Sì	No
	c) assistente sociale	Sì	No
	d) psicologo	Sì	No
26	La dotazione del personale è adeguata alla tipologia ed al volume delle prestazioni ed al numero degli utenti	Sì	No
27	E' programmata la presenza del terapista della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, del logopedista di cui al D.P.R. 10/11/1999 in relazione alla popolazione del territorio servito e/o figure equivalenti dell'area della riabilitazione	Sì	No
28	E' garantita l'attività per 6 ore al giorno	Sì	No
29	E' garantita l'apertura per 6 giorni la settimana	Sì	No
30	E' garantita l'apertura pomeridiana per almeno 3 volte alla settimana	Sì	No
31	Sono presenti protocolli operativi per i collegamenti con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al D.P.R. 10/11/1999	Sì	No
32	**Sono definite le procedure per:**		
	a) le modalità di accesso, accoglienza e la presa in carico dei pazienti	Sì	No
	b) la formulazione e l'attivazione di un piano terapeutico-riabilitativo individualizzato	Sì	No
	c) i rapporti con i Pediatri di Libera Scelta (P.L.S.) ed MMG	Sì	No
	d) la continuità terapeutica in caso di presa in carico da altre strutture psichiatriche	Sì	No
33	Vengono realizzati programmi rivolti ai singoli, ai gruppi e alle comunità, con il coinvolgimento di altri soggetti, pubblici e privati	Sì	No



34	Sono previsti, ove necessario, interventi di tipo psicologico, psicoterapeutico e di sostegno socio-educativo alla famiglia dei pazienti in carico	Sì	No
35	Sono presenti protocolli operativi e/o procedure condivise con i servizi sociali territoriali ed altri enti (Scuola, Tribunali dei Minori ecc.)	Sì	No
36	E' presente un sistema informativo sui dati di attività, secondo le procedure definite a livello regionale	Sì	No
37	Sono realizzate iniziative di prevenzione, diagnosi ed intervento precoce con evidenze di prova di efficacia (in particolare rivolte alle scuole)	Sì	No
38	Sono verificate con appositi indicatori di esito validati secondo i criteri dell' EBM, le iniziative di prevenzione, diagnosi ed intervento precoce	Sì	No

4.2.3 RESIDENZE RIABILITATIVE PSICHIATRICHE PER LA POST-ACUZIE

Strutture dedicate al trattamento riabilitativo successivo alla ospedalizzazione o riacutizzazione dei sintomi.

Ricettività della struttura: massimo 20 posti letto.

E' consentito l'accesso alla struttura previa valutazione da parte dell' Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

codice paragrafo
RRPPA

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	Il numero complessivo di *locali e spazi è in relazione* alla popolazione servita	Sì	No
2	La struttura è collocata in un normale contesto residenziale urbano in modo da agevolare i processi di socializzazione	Sì	No
3	La struttura è priva di barriere architettoniche, secondo quanto previsto dalla normativa *vigente* (L. 13/89, dal D.M. 236/89 e dal DPR 503/96)	Sì	No
4	E' presente un ingresso con portineria, area di accoglienza con linea telefonica a disposizione degli ospiti e servizi igienici per i visitatori	Sì	No

AMBIENTI COMUNI

5	*Esiste un locale per:*		
	a) infermeria/ambulatorio con armadio idoneo alla conservazione dei farmaci	Sì	No
	b) lavanderia e stireria adeguato alle modalità organizzative adottate per la gestione dei relativi servizi	Sì	No
	c) cucina e dispensa adeguato alle modalità organizzative adottate per la gestione dei relativi servizi	Sì	No
	d) soggiorno	Sì	No
	e) spogliatoio e deposito *effetti personali*	Sì	No
	f) servizi igienici per il personale divisi per sesso	Sì	No
	g) segreteria amministrativa	Sì	No
	h) pranzo	Sì	No
6	*Sono presenti almeno due stanze in grado di ospitare 6/8 persone dove svolgere attività riabilitativa e dotate di attrezzature adeguate alla tipologia di attività riabilitativa*	Sì	No
7	Sono presenti *locali adibiti a laboratorio adeguati* alla tipologia di attività svolta	Sì	No
8	E' presente almeno una stanza per colloqui e psicoterapia individuale	Sì	No
9	E' presente un locale per attività fisica	Sì	No
10	E' presente locale deposito *biancheria sporca*	Sì	No
11	E' presente locale deposito biancheria pulita	Sì	No



AREA DI DEGENZA

12 L'area residenziale è articolata in camere destinate a 1 o 2 pazienti (massimo 3) nel rispetto della separazione per sesso — Sì

Nota:

Per le strutture già operanti, sono ammesse in via eccezionale camere a massimo 4 posti letto.

13 Le camere sono personalizzate con arredi confortevoli ed accoglienti — Sì No

14 Esiste un numero di camere ad un posto letto pari ad almeno il 10% dei posti letto totali — Sì No

15 E' presente almeno un bagno attrezzato ogni quattro utenti garantendo comunque la divisione per sesso — Sì No

16 E' presente impianto di allarme/chiamata per ogni posto letto ed in ogni servizio igienico — Sì No

17 **La superficie utile minima adeguata (sono accettabili per le strutture preesistenti misure in difetto entro il 20% rispetto agli standards di riferimento) per le camere è:**

a) camera ad un posto almeno 12/15 mq. — Sì No

b) camera a due posti almeno 18/20 mq. — Sì No

c) camera a tre posti almeno 26 mq.

Nota:

Per le strutture già operanti, se presenti camere a 4 posti letto, la superficie netta delle camere deve garantire almeno 8 mq. per ciascun ospite.

18 Le camere hanno illuminazione ed aerazione naturale — Sì No

19 E' presente un impianto di riscaldamento o di climatizzazione che assicuri una temperatura degli ambienti di 20°/22° centigradi nel semestre invernale (ora solare) e possibilmente non inferiore a quella esterna per più di 6° gradi centigradi (e comunque non inferiore a 20° centigradi) nel semestre estivo (ora legale) — Sì No

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

20 La struttura dispone di attrezzature per trattamenti psicoterapeutici e farmacologici, anche in regime di urgenza — Sì No

21 La dotazione di attrezzature e strumentazioni è presente in misura adeguata alla tipologia e al volume delle attività svolte — Sì No

22 **E' presente il carrello per la gestione dell'emergenza (di cui è controllata periodicamente la funzionalità) con:**

a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure — Sì No

b) cannule orofaringee di varie misure — Sì No

c) sfigmomanometro con fonendoscopio — Sì No

d) laccio, siringhe e agocannule — Sì No

e) materiale per medicazione — Sì No

	f) farmaci (adrenalina, atropina, dopamina, lidocaina, naloxone, furosemide, glucosio al 33%, metilprednisolone, soluzione fisiologica e glucosata, bicarbonato di sodio)	Sì	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No
23	E' presente uno strumentario minimo di primo soccorso chirurgico e traumatologico	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
24	E' garantita la presenza di personale di assistenza nelle 24 ore	Sì	No
25	Il Responsabile della struttura è un medico specialista in psichiatria o disciplina equipollente	Sì	No
26	E' garantito un adeguato rapporto numerico tra il personale e gli utenti	Sì	No
27	**E' garantita la presenza delle seguenti figure professionali:**		
	a) psichiatra	Sì	No
	b) psicologo specialista in psicoterapia	Sì	No
	c) tecnico della riabilitazione psichiatrica	Sì	No
	d) educatore professionale	Sì	No
	e) infermiere	Sì	No
	f) assistenti sociali	Sì	No
	g) OTA / OSS	Sì	No
	h) operatori e maestri d'arte in relazione alla tipologia di attività prevista	Sì	No
28	E' garantito il collegamento funzionale con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 10/11/1999	Sì	No
29	E' garantita la reperibilità di uno psichiatra nelle ore notturne e nei giorni festivi	Sì	No
30	E' istituito e tenuto aggiornato un registro delle presenze giornaliere del personale in organico e degli utenti psichiatrici ospiti della struttura	Sì	No
31	E' garantito il collegamento funzionale con le altre strutture del DSM	Sì	No
32	Ogni paziente è dotato di un Progetto Riabilitativo Individualizzato (PRI) soggetto a verifiche periodiche da parte de personale responsabile sanitario territoriale del CSM con appropriati indicatori di efficacia degli interventi	Sì	No
33	Il servizio utilizza strumenti standard validati per la valutazione del funzionamento sociale e dello stato psicopatologico	Sì	No
34	Sono presenti procedure/protocolli operativi interni per la negoziazione del PRI con l'utente ed i familiari	Sì	No
35	E' presente una cartella clinica che risponda ai requisiti di completezza del percorso diagnostico terapeutico assistenziale ed integrazione delle attività medico-infermieristiche, custodita nel rispetto delle vigenti normative sulla tutela della privacy e sul trattamento dei dati sensibili	Sì	No



36	E' presente una procedura che regolamenti le collaborazioni con le associazioni di volontariato per attività integrative di supporto, socializzazione di interazione con le risorse del territorio (volontari, obiettori etc.)	Sì	No
37	**Sono presenti procedure:**		
	a) la gestione delle emergenze	Sì	No
	b) il bagno e la doccia	Sì	No
	c) l'igiene orale	Sì	No
	d) per la somministrazione di farmaci	Sì	No
	e) per la regolamentazione dell'accesso dei Medici di Medicina Generale (MMG)	Sì	No
	f) per i collegamenti funzionali ed organizzativi con la più vicina struttura ospedaliera dotata di pronto soccorso e rianimazione	Sì	No
	g) per la dipendenza tabagica	Sì	No

4.2.4 CASA FAMIGLIA

Struttura rivolta a pazienti che richiedono trattamento riabilitativo di media intensità.

Ricettività della struttura: massimo 12 posti letto.

E' consentito l'accesso alla struttura previa valutazione da parte dell' Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

codice paragrafo
CF

	REQUISITI MINIMI STRUTTURALI		
1	Il numero complessivo di locali e spazi è in relazione alla popolazione servita	Sì	No
2	La struttura è collocata in un normale contesto residenziale urbano in modo da agevolare i processi di socializzazione	Sì	No
4	E' facilmente raggiungibile con mezzi pubblici	Sì	No
3	La struttura è priva di barriere architettoniche, secondo quanto previsto dalla normativa vigente (L.13/89, dal D.M. 236/89 e dal DPR 503/96)	Sì	No
4	E' presente un ingresso-area di accoglienza con linea telefonica a disposizione degli ospiti e servizi igienici per i visitatori	Sì	No
5	Per strutture fino a dieci posti letto caratteristiche delle civili abitazioni secondo i requisiti previsti dalla normativa vigente in materia di salute e sicurezza sul lavoro coerenti con il tipo di struttura	Sì	No
6	La struttura è collocata in edifici in regola con le norme igienico-sanitarie relative alle civili abitazioni	Sì	No
	AMBIENTI COMUNI		
7	**Esiste un locale per:**		
	a) infermeria/ambulatorio con armadio idoneo alla conservazione dei farmaci	Sì	No
	b) lavanderia e stireria adeguato alle modalità organizzative adottate per la gestione dei relativi servizi	Sì	No
	c) cucina e dispensa adeguato alle modalità organizzative adottate per la gestione dei relativi servizi	Sì	No
	d) soggiorno/ pranzo	Sì	No
	e) spogliatoio e deposito effetti personali	Sì	No
	f) servizi igienici per il personale divisi per sesso	Sì	No
	g) locale per le attività riabilitative	Sì	No
	h) locale per riunioni ed attività di gruppo	Sì	No
	i) segreteria amministrativa	Sì	No
8	E' presente locale deposito biancheria sporca	Sì	No
9	E' presente spazio deposito biancheria pulita	Sì	No
	AREA DI DEGENZA		



10	L'area residenziale è articolata in camere destinate a 1 o 2 pazienti nel rispetto della separazione per sesso	Sì	No
11	Le camere sono personalizzate con arredi confortevoli ed accoglienti	Sì	No
12	Esiste un numero di camere ad un posto letto pari ad almeno il 10% dei posti letto totali	Sì	No
13	E' presente almeno un bagno ogni quattro utenti di cui almeno uno attrezzato garantendo comunque la divisione per sesso	Sì	No
14	E' presente impianto di allarme/chiamata per ogni posto letto ed in ogni servizio igienico	Sì	No
15	**La superficie utile minima adeguata (sono accettabili per le strutture preesistenti misure in difetto entro il 20% rispetto agli standards di riferimento) per le camere è:**		
	a) camera ad un posto almeno 12/15 mq.	Sì	No
	b) camera a due posti almeno 18/20 mq.	Sì	No
	Nota: *Per le strutture già operanti, se presenti camere a 3 o 4 posti letto, la superficie netta delle camere deve garantire almeno 8 mq. per ciascun ospite.*		
16	Le camere hanno illuminazione ed aerazione naturale	Sì	No
17	E' presente un impianto di riscaldamento o di climatizzazione che assicuri una temperatura degli ambienti di 20°/22° centigradi nel semestre invernale (ora solare) e possibilmente non inferiore a quella esterna per più di 6° gradi centigradi (e comunque non inferiore a 20° centigradi) nel semestre estivo (ora legale)	Sì	No
	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
18	La struttura dispone di attrezzature per trattamenti psicoterapeutici e farmacologici	Sì	No
19	La dotazione di attrezzature e strumentazioni è presente in misura adeguata alla tipologia e al volume delle attività svolte	Sì	No
20	**E' presente il carrello per la gestione dell'emergenza (di cui è controllata periodicamente la funzionalità) con:**		
	a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) farmaci (adrenalina, atropina, dopamina, lidocaina, naloxone, furosemide, glucosio al 33%, metilprednisolone, soluzione fisiologica e glucosata, bicarbonato di sodio)	Sì	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No
21	E' presente uno strumentario minimo di primo soccorso chirurgico e traumatologico	Sì	No

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

22	E' garantita la presenza di personale di assistenza nelle 24 ore	Sì	No
23	Il Responsabile della struttura è un medico specialista in psichiatria o disciplina equipollente	Sì	No
24	E' garantito un adeguato rapporto numerico tra il personale e gli utenti	Sì	No
25	**E' garantita la presenza delle seguenti figure professionali:**		
	a) psichiatra	Sì	No
	b) psicologo specialista in psicoterapia	Sì	No
	c) tecnico della riabilitazione psichiatrica	Sì	No
	d) educatore professionale	Sì	No
	e) infermiere	Sì	No
	f) assistente sociale	Sì	No
	g) OTA / OSS	Sì	No
	h) operatori e maestri d'arte in relazione alla tipologia di attività prevista	Sì	No
26	E' garantito il collegamento funzionale con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 10/11/1999	Sì	No
27	E' garantita la reperibilità di uno psichiatra nelle ore notturne e nei giorni festivi	Sì	No
28	E' istituito e tenuto aggiornato un registro delle presenze giornaliere del personale in organico e degli utenti psichiatrici ospiti della struttura	Sì	No
29	E' garantito il collegamento funzionale con le altre strutture del DSM	Sì	No
30	Ogni paziente è dotato di un Progetto Riabilitativo Individualizzato (PRI) soggetto a verifiche periodiche da parte de personale responsabile sanitario territoriale del CSM con appropriati indicatori di efficacia degli interventi	Sì	No
31	Il servizio utilizza strumenti standard validati per la valutazione del funzionamento sociale e dello stato psicopatologico	Sì	No
32	Sono presenti procedure/protocolli operativi interni per la negoziazione del PRI con l'utente ed i familiari	Sì	No
33	E' presente una scheda clinico-terapeutico-assistenziale che risponda ai requisiti di completezza del percorso diagnostico terapeutico assistenziale ed integrazione delle attività medico-infermieristiche, custodita nel rispetto delle vigenti normative sulla tutela della privacy e sul trattamento dei dati sensibili	Sì	No
34	E' presente una procedura che regolamenti le collaborazioni con le associazioni di volontariato per attività integrative di supporto, socializzazione di interazione con le risorse del territorio (volontari, obiettori etc.)	Sì	No
35	**Sono presenti procedure:**		
	a) la gestione delle emergenze	Sì	No
	b) il bagno e la doccia	Sì	No
	c) l'igiene orale	Sì	No
	d) per la somministrazione di farmaci	Sì	No
	e) per la regolamentazione dell'accesso dei Medici di Medicina Generale (MMG)	Sì	No

f) per i collegamenti funzionali ed organizzativi con la più vicina struttura ospedaliera dotata di pronto soccorso e rianimazione Sì

g) per la dipendenza tabagica Sì No

4.2.5 GRUPPI APPARTAMENTO DI CONVIVENZA

Struttura rivolta ad ospiti con bassa necessità di trattamento sanitario.

E' consentita l'accoglienza di un numero massimo di 6 utenti adulti dello stesso sesso e fasce d'età omogenee.

E' consentita l'attivazione di un solo Gruppo Appartamento in ogni edificio.

E' consentito l'accesso alla struttura previa valutazione del Centro di Salute Mentale e dell'Ambito Territoriale Sociale, territorialmente competenti, su predisposizione di un progetto personalizzato da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

codice paragrafo
GAC

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	Il numero complessivo di locali e spazi a disposizione sono dimensionati all'utenza servita	Sì	No
2	La struttura è collocata in un normale contesto residenziale urbano, in modo da agevolare i processi di socializzazione	Sì	No
3	E' facilmente raggiungibile con mezzi pubblici	Sì	No
4	La struttura è articolata in camere destinate a 1 o 2 persone	Sì	No
5	E' presente 1 bagno ogni camera e, comunque, almeno 1 bagno ogni 2 camere di cui 1 attrezzato ai sensi della L. 13/89	Sì	No
6	Le camere sono personalizzate con arredi confortevoli ed accoglienti	Sì	No
7	Sono presenti almeno 2 camere ad 1 posto letto	Sì	No
8	**La superficie utile minima per le camere è:**		
	a) camera ad un posto non inferiore a 12 mq.	Sì	No
	b) camera a due posti non inferiore a 18 mq.	Sì	No
	Nota: *per le strutture operanti è ammessa una deroga in difetto entro il 20% rispetto agli standards di riferimento*		
9	Le camere hanno illuminazione ed aerazione naturale	Sì	No
10	***Esiste un locale per:***		
	a) stanza colloqui	Sì	No
	b) lavanderia e guardaroba	Sì	No
	c) cucina/dispensa	Sì	No
	d) soggiorno/ pranzo	Sì	No
	e) *locale ad uso collettivo di dimensioni adeguate al numero degli ospiti*	Sì	No
11	La struttura è priva di barriere architettoniche, secondo quanto previsto dalla normativa vigente (L. 13/89, dal D.M. 236/89 e dal DPR 503/96)	Sì	No
12	La struttura presenta le caratteristiche delle civili abitazioni secondo i requisiti previsti dalla normativa vigente in materia di salute e sicurezza sul lavoro coerenti con il tipo di struttura	Sì	No



13	La struttura è collocata in edifici in regola con le norme igienico-sanitarie relative alle civili abitazioni	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
14	E' garantita la presenza di personale di assistenza per fascia oraria (DPR 14/01/97)	Sì	No
15	**E' garantita la presenza delle seguenti figure professionali:**		
	a) psicologo	Sì	No
	b) tecnico della riabilitazione psichiatrica o educatore professionale	Sì	No
	c) assistente sociale	Sì	No
	d) OSS/OTA	Sì	No
16	Il coordinatore è individuato tra le figure presenti nella struttura dotate di specifica professionalità e iscrizione al relativo ordine (assistente sociale o psicologo)	Sì	No
17	E' garantito un adeguato rapporto numerico tra il personale e gli utenti	Sì	No
18	E' garantito il collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 10/11/1999, in particolare con CSM	Sì	No
19	E' istituito e tenuto aggiornato un registro delle presenze giornaliere del personale in organico	Sì	No
20	E' istituito e tenuto aggiornato un registro degli ospiti della struttura	Sì	No
21	Ogni ospite è dotato di un Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI) soggetto a verifiche periodiche da parte del personale referente del Servizi Sociale e da parte del CSM territorialmente competente	Sì	No
22	Il servizio usa strumenti standard validati per la valutazione del funzionamento sociale e dello stato psicopatologico	Sì	No
23	Sono presenti protocolli operativi interni per la condivisione del PAI con l'utente ed i familiari	Sì	No
24	La documentazione relativa all'attuazione del PAI risponde ai requisiti di completezza del percorso terapeutico-socio-assistenziale	Sì	No
25	E' presente una scheda terapeutico-socio-assistenziale che documenti l'attività svolta, custodita nel rispetto delle vigenti normative sulla tutela della privacy e sul trattamento dei dati sensibili	Sì	No
26	E' presente procedura per la regolamentazione dell'accesso dei MMG	Sì	No

4.2.6 RESIDENZE PROTETTE

Strutture rivolte a pazienti con bassi livelli stabilizzati di autonomia, non totalmente in grado di provvedere a se stessi e temporaneamente impossibilitati a rientrare in famiglia, che necessitano di semplici programmi riabilitativi di mantenimento ad alta intensità, anche in conseguenza a precedenti lunghi periodi di istituzionalizzazione e/o precedenti internamenti in Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

Ricettività della struttura: massimo 20 posti letto.

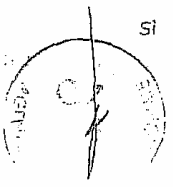
E' consentito l'accesso alla struttura previa valutazione da parte dell' Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

codice paragrafo
REP

	REQUISITI MINIMI STRUTTURALI		
1	Il numero complessivo di locali e spazi è in relazione alla popolazione servita	Sì	No
2	La struttura è collocata in un normale contesto residenziale urbano in modo da agevolare i processi di socializzazione	Sì	No
3	E' facilmente raggiungibile con mezzi pubblici	Sì	No
4	La struttura è priva di barriere architettoniche, secondo quanto previsto dalla normativa vigente (L.13/89, dal D.M. 236/89 e dal DPR 503/96)	Sì	No
5	E' presente un ingresso con portineria, area di accoglienza, telefono pubblico e servizi igienici per i visitatori	Sì	No
	AMBIENTI COMUNI		
6	**Esiste un locale per:**		
	a) infermeria/ambulatorio con armadio idoneo alla conservazione dei farmaci	Sì	No
	b) lavanderia e stireria adeguato alle modalità organizzative adottate per la gestione dei relativi servizi	Sì	No
	c) cucina e dispensa adeguato alle modalità organizzative adottate per la gestione dei relativi servizi	Sì	No
	d) soggiorno	Sì	No
	e) spogliatoio e deposito effetti personali	Sì	No
	f) servizi igienici per il personale divisi per sesso	Sì	No
	g) 2 sale per attività riabilitativa dotate di attrezzature adeguate alla tipologia di attività svolte	Sì	No
	h) studio per colloqui e psicoterapia	Sì	No
	i) segreteria amministrativa	Sì	No
	h) pranzo	Sì	No
7	E' presente locale deposito biancheria sporca	Sì	No
8	E' presente locale/spazio biancheria pulita	Sì	No
	AREA DI DEGENZA		

9	L'area residenziale è articolata in camere destinate a 1 o 2 (massimo 3) pazienti nel rispetto della separazione per sesso	Sì	No
	Nota: *Per le strutture già operanti, sono ammesse in via eccezionale camere a 4 posti letto.*		
10	Le camere sono personalizzate con arredi confortevoli ed accoglienti	Sì	No
11	Esiste un numero di camere ad un posto letto pari ad almeno il 10% dei posti letto totali	Sì	No
12	E' presente almeno un bagno ogni 4 utenti di cui almeno uno attrezzato garantendo comunque la divisione per sesso	Sì	No
13	E' presente impianto di allarme/chiamata per ogni posto letto ed in ogni servizio igienico	Sì	No
14	**La superficie utile minima adeguata (sono accettabili per le strutture preesistenti misure in difetto entro il 20% rispetto agli standards di riferimento) per le camere è:**		
	b) camera a un posto almeno 12/15 mq	Sì	No
	c) camera a due posti almeno 18/20 mq	Sì	No
	c) camera a tre posti almeno 26 mq	Sì	No
	Nota: *Per le strutture già operanti, se presenti camere a 4 posti letto, la superficie netta delle camere deve garantire almeno 8 mq. per ciascun ospite.*		
15	Le camere hanno illuminazione ed aerazione naturale	Sì	No
16	E' presente un impianto di riscaldamento o di climatizzazione che assicuri una temperatura degli ambienti di 20°/22° centigradi nel semestre invernale (ora solare) e possibilmente non inferiore a quella esterna per più di 6° gradi centigradi (e comunque non inferiore a 20° centigradi) nel semestre estivo (ora legale)	Sì	No
	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
17	La struttura dispone di attrezzature per trattamenti psicoterapeutici e farmacologici	Sì	No
18	La dotazione di attrezzature e strumentazioni è presente in misura adeguata alla tipologia e al volume delle attività svolte	Sì	No
19	**E' presente il carrello per la gestione dell'emergenza (di cui è controllata periodicamente la funzionalità) con:**		
	a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) farmaci (adrenalina, atropina, dopamina, lidocaina, naloxone, furosemide, glucosio al 33%, metilprednisolone, soluzione fisiologica e glucosata, bicarbonato di sodio)	Sì	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No
20	E' presente uno strumentario minimo di primo soccorso chirurgico e traumatologico	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		

21	E' garantita la presenza di personale di assistenza nelle 24 ore	Sì	No
22	Il Responsabile della struttura è un medico specialista in psichiatria o disciplina equipollente	Sì	No
23	E' garantito un adeguato rapporto numerico tra il personale e gli utenti	Sì	No
24	**E' garantita la presenza delle seguenti figure professionali:**		
	a) medico psichiatra	Sì	No
	b) psicologo psicoterapeuta	Sì	No
	c) tecnico della riabilitazione psichiatrica	Sì	No
	d) educatore professionale	Sì	No
	e) infermiere	Sì	No
	f) assistente sociale	Sì	No
	g) OTA/OSS	Sì	No
	h) operatore e maestro d'arte in relazione alla tipologia di attività prevista	Sì	No
25	E' garantito il collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 10/11/1999	Sì	No
26	E' istituito e tenuto aggiornato un registro delle presenze giornaliere del personale in organico e degli utenti psichiatrici ospiti della struttura	Sì	No
27	E' garantita la reperibilità medica psichiatrica nelle ore notturne e nei giorni festivi	Sì	No
28	Ogni paziente è dotato di un PRI (Progetto Riabilitativo Individualizzato) soggetto a verifiche periodiche da parte de personale responsabile sanitario territoriale del CSM	Sì	No
29	Il servizio usa strumenti standard validati per la valutazione del funzionamento sociale e dello stato psicopatologico	Sì	No
30	Sono presenti protocolli operativi interni per la negoziazione del PRI con l'utente, i familiari e gli altri enti invianti /OPG, carceri, etc.)	Sì	No
31	E' presente una procedura che regolamenti le collaborazioni con le associazioni di volontariato per attività integrative di supporto, socializzazione di interazione con le risorse del territorio (volontari, obiettori etc.)	Sì	No
32	E' presente una scheda clinico-terapeutico-assistenziale che risponda ai requisiti di completezza del percorso diagnostico terapeutico assistenziale ed integrazione delle attività medico-infermieristiche, custodita nel rispetto delle vigenti normative sulla tutela della privacy e sul trattamento dei dati sensibili	Sì	No
33	**Sono presenti procedure:**		
	a) la gestione delle emergenze	Sì	No
	b) il bagno e la doccia	Sì	No
	c) l'igiene orale	Sì	No
	d) per la somministrazione di farmaci	Sì	No
	e) per la regolamentazione dell'accesso dei Medici di Medicina Generale (MMG)	Sì	No
	f) per i collegamenti funzionali ed organizzativi con la più vicina struttura ospedaliera dotata di pronto soccorso e rianimazione	Sì	No
	g) per la dipendenza tabagica	Sì	No



4.2.7 CENTRO DIURNO DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

I Centri Diurni erogano prestazioni di prevenzione, cure e trattamento educativo a persone affette da disturbi dello spettro autistico.

L'attività dei Centri Diurni è coordinata dal Centro Regionale di Riferimento per l'Autismo (C.R.R.A.).

I Centri Diurni sono in collegamento funzionale con i Servizi territoriali competenti per fascia di età.

I Centri Diurni sono gestiti in collaborazione e convenzione fra le Aziende ASL territorialmente competenti e le Fondazioni del privato sociale della Regione Abruzzo costituite, prioritariamente, dai familiari delle persone con autismo.

L'accesso alle strutture avviene attraverso le U.V.M. su proposta del C.R.R.A.

Se collocate in un edificio a più piani, devono occupare esclusivamente il piano terra con accesso autonomo. La struttura già operante che non sia collocata al piano terra, deve essere dotata almeno di un ascensore ai sensi della legge 13 del 9 Gennaio 1989.

La struttura può ospitare fino ad un massimo di 22 utenti.

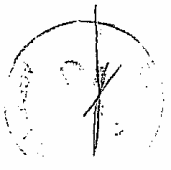
codice paragrafo

CDDSA

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	La struttura è ubicata in zone urbanizzate integrate con il preesistente contesto, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici o con mezzi privati garantiti dalla struttura, con un agglomerato urbano	Sì	No
2	I locali e gli spazi della struttura sono correlati alla tipologia, al volume delle prestazioni erogate ed al numero degli utenti	Sì	No
3	Le dimensioni dei locali, gli arredi e le attrezzature sono adeguati e coerenti in relazione agli interventi effettuati	Sì	No
4	Gli edifici che accolgono le strutture sono in regola con le norme igienico-sanitarie relative alle civili abitazioni e con le disposizioni in materia di accessibilità ed eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati (Legge 13 del 9 Gennaio 1989) ed adeguati alla normativa vigente in materia di salute e sicurezza sul lavoro	Sì	No
5	**E' presente la seguente dotazione minima degli ambienti:**		
	a) locali per attività individualizzate sebbene in piccolo gruppo max 3/4 utenti (di superficie minima pari a 3 mq per persona) dotati anche di tavolo per attività di socializzazione	Sì	No
	b) locale per attività di logopedia	Sì	No
	c) locale per attività dei laboratori (manipolativi e corporei)	Sì	No
	d) locale per colloqui clinici e di equipe	Sì	No
	e) locale per attività psico-motoria	Sì	No
	f) locale di soggiorno/pranzo per ospiti a cui sono erogate prestazioni di 6 ore al giorno (di superficie minima pari a mq 3 per persona)	Sì	No
	g) servizi igienici per pazienti distinti per sesso in misura di 1 ogni 11 ospiti	Sì	No
	h) un servizio igienico attrezzato per la non autosufficienza	Sì	No
	i) un locale spogliatoio con annesso servizio igienico per il personale, distinto per sesso	Sì	No
	l) un locale per attività amministrativa, accettazione, archivio	Sì	No

	m) un locale destinato a deposito di materiale d'uso, attrezzature e strumentazioni	Si	No
	n) uno spazio/armadio per materiale pulito	Si	No
	o) uno spazio/contenitore per materiale sporco	Si	No
	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
6	**E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:**		
	a) pallone Ambu autoespansibile con maschere di varie misure	Si	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Si	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Si	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Si	No
	e) materiale per medicazione	Si	No
	f) farmaci salvavita	Si	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Si	No
7	**Sono presenti, in relazione alle attività svolte nella struttura:**		
	a) attrezzature e/o materiali per le valutazioni testologiche delle varie aree specifiche del disturbo (comunicazione, autonomia, socializzazione, motricità, cognitiva)	Si	No
	b) materiale didattico- educativo e abilitativo ivi compreso quello per attività occupazionali	Si	No
	c) attrezzature e materiali per attività psico-motoria	Si	No
	d) attrezzature e materiali per i laboratori per attività occupazionali	Si	No
	e) attrezzature e presidi per realizzare le varie tipologie di esercizio terapeutico e di rieducazione negli ambienti dedicati per attività individuali e/o di gruppo	Si	No
8	E' presente impianto di allarme/chiamata in ogni servizio igienico	Si	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
9	La direzione sanitaria è affidata ad uno medico specialista in neuropsichiatria infantile o disciplina affine, presente nell'organico nella struttura	Si	No
10	Sono presenti procedure e protocolli derivati da linee guida nazionali e internazionali (EBM) per l'autismo	Si	No
11	E' garantita l'apertura di 6 ore al giorno per i ragazzi non scolarizzati e giovani adulti e 3 ore per i bambini e ragazzi scolarizzati per un totale, rispettivamente, di 36 e 15 ore di trattamento settimanale	Si	No
12	E' garantita l'apertura per 6 giorni la settimana ai ragazzi non scolarizzati e giovani adulti e di 5 giorni per i bambini e ragazzi scolarizzati	Si	No
13	E' garantito un collegamento con le strutture sanitarie e sociali presenti sul territorio e con le scuole	Si	No
14	E' garantita la valutazione multidimensionale attraverso strumenti validati	Si	No
15	**Le prestazioni contengono le seguenti attività:**		
	a) educativa, per il miglioramento della relazione dell'attenzione e della comunicazione	Si	No



	b) logopedia	Sì	No
	c) psicomotricità	Sì	No
	d) di colloqui psicologici	Sì	No
	e) di laboratori manipolativi e corporei	Sì	No
	f) psico-motoria	Sì	No
16	**Sono garantite attività tese a creare delle alleanze terapeutiche con i genitori che permettano di :**		
	a) fornire una formazione coordinata e continuativa con moduli intensivi ai genitori di ospiti presi in carico che hanno ricevuto una diagnosi recente, questo anche avvalendosi delle associazioni riconosciute di genitori (parent-training);	Sì	No
	b) fornire informazioni sul percorso riabilitativo ed educativo e le nozioni necessarie alla gestione quotidiana del proprio figlio con cadenza almeno bimestrale;	Sì	No
	c) strutturare una partnership tra i professionisti dell'èquipe ed i familiari degli ospiti, soprattutto nella definizione degli obiettivi del progetto terapeutico	Sì	No
17	**E' garantita la presenza, in relazione alle attività previste, di equipe multidisciplinare composta da:**		
	a) Neuropsichiatra infantile e/o Psichiatra	Sì	No
	b) Psicologo	Sì	No
	c) Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva o figure equivalenti	Sì	No
	d) Educatore professionale	Sì	No
	e) Logopedista	Sì	No
	f) Maestro d'arte	Sì	No
	g) Assistente Sociale	Sì	No
18	E' presente documentazione clinica (cartella clinica) per ciascun utente ove sia definito il Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.) e il programma riabilitativo (obiettivi, interventi, modalità di verifica), custodita nel rispetto della vigenti normative sulla tutela della privacy e sul trattamento dei dati sensibili	Sì	No
19	Nella cartella clinica vi è evidenza delle modalità con cui vengono garantite la continuità terapeutica ed i collegamenti con le altre strutture territoriali	Sì	No
20	Il P.R.I. è formulato dall'equipe multidisciplinare	Sì	No
21	La struttura deve dotarsi di carta dei servizi	Sì	No
22	Sono previsti incontri di sostegno alle famiglie e attività socializzanti con il contesto territoriale esterno	Sì	No
23	Ogni ospite è dotato di un Progetto Riabilitativo Individualizzato (PRI) soggetto a verifiche periodiche da parte del personale responsabile sanitario territoriale dell'UVM e del CRRA	Sì	No
24	E' presente una procedura che regolamenti le collaborazioni con le associazioni di volontariato per attività integrative di supporto, socializzazione e di interazione con le risorse del territorio (volontari, obiettori ecc.)	Sì	No
25	E' adottato un registro degli ospiti presenti nella struttura quotidianamente aggiornato	Sì	No

4.3.1 STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI E RESIDENZIALI PER DIPENDENZE PATOLOGICHE

4.3.1.1 STRUTTURE RESIDENZIALI PER MINORI

Sono strutture dedicate all'attività di prevenzione, cura e riabilitazione, sia a valenza socio-sanitaria che socio-assistenziale per soggetti affetti da dipendenze patologiche. I requisiti minimi sono definiti dalla Legge 45/99.

Per le strutture già operanti alla data in vigore del presente manuale è ammessa una deroga in difetto entro il 30% rispetto agli standard delle superfici di riferimento dei punti 8, 9, 43a, 50a.

Per le strutture operanti alla data in vigore del presente manuale è ammessa una deroga in difetto entro il 25% rispetto agli standard delle superfici di riferimento del punto 57 a), b), c), d).

La Struttura è autorizzata ad operare esclusivamente per una singola tipologia di pazienti ricompresi nelle categorie sottoelencate:
a) dipendenza da sostanze
b) dipendenza da sostanze e patologia psichiatrica
c) dipendenza da sostanze e malattia HIV
d) dipendenza da sostanze per donne in stato di gravidanza e/o con figli minori.
e) dipendenze non farmacologiche.

L'accesso alle strutture è regolamentato dal Ser.T.

codice paragrafo
STDP

STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI

Le strutture semiresidenziali per le dipendenze patologiche hanno una capacità ricettiva massima di 30 ospiti.

Sono organizzate in moduli con un massimo di 15 ospiti.

E' garantita l'apertura della struttura da un minimo di 3 ad un massimo di 12 ore al giorno, in relazione alla tipologia delle attività svolte.

E' garantita l'apertura della struttura per almeno 5 giorni la settimana.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	La struttura è localizzata in zona già urbanizzata e integrata con il preesistente contesto, oppure in zona collegata mediante mezzi pubblici e/o messi a disposizione dal soggetto gestore	Sì	No
2	Il centro non può essere collocato all'interno di unità immobiliari che ospitano altre strutture semiresidenziali e residenziali sanitarie, socio-sanitarie e socio-educative *Nota:* *per le strutture già operanti alla data di entrata in vigore del presente manuale il centro può essere collocato all'interno di unità immobiliari in cui sono presenti altre strutturesemiresidenziali e/o residenziali con ospiti della medesima tipologia a condizione che vi sia una netta separazione strutturale e funzionale.*	Sì	No
3	Sono presenti locali, adeguatamente dimensionati, per svolgere le attività di counseling e di trattamento psicologico, assistenziale ed educativo di gruppo e/o individuale	Sì	No

4	L' edificio che accoglie la struttura semiresidenziale è in regola con le norme igienico-sanitarie relative alle civili abitazioni e con le disposizioni in materia di accessibilità ed eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati (Legge 13/89 e D.M. 236/89) e s.m.i.	Sì	No
5	L' edificio che accoglie la struttura semiresidenziale rispetta la normativa vigente in materia di salute e sicurezza sul lavoro	Sì	No
6	Qualora la struttura semiresidenziale effettui un orario di apertura quotidiana superiore a 6 ore continuative, sono presenti locali per cucina, dispensa e servizi igienici adeguati, conformi alle normative igienico-sanitarie vigenti	Sì	No
7	Se il servizio cucina è esternalizzato è presente locale per accettazione carrelli e distribuzione pasti	Sì	No
8	E' presente locale per pranzo commisurato al numero degli ospiti della struttura con superficie minima di 3 mq per ospite	Sì	No
9	Sono presenti locali per attività aggregative e ricreativo-culturali con superficie minima di 4 mq per ospite	Sì	No
10	**Sono presenti locali per attività:**		
	a) amministrativa	Sì	No
	b) accettazione	Sì	No
	c) archivio	Sì	No
11	E' garantita la presenza di servizi igienici e spogliatoi per il personale	Sì	No
12	Sono presenti servizi igienici in rapporto di 1 ogni 10 ospiti dei quali almeno 1 attrezzato per la non autosufficienza	Sì	No
13	E' assicurata la conservazione dei farmaci con caratteristiche atte a garantire la sicurezza secondo le norme vigenti in armadio blindato ignifugo	Sì	No
14	Sono presenti locali per attività terapeutiche adeguati al numero di ospiti ed alle tipologie di intervento previste nel progetto riabilitativo	Sì	No
15	I locali sono adeguatamente arredati, favorendo anche la personalizzazione dello spazio fisico, compatibilmente con il progetto riabilitativo	Sì	No
	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
16	**E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:**		
	a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No

	e) materiale per medicazione	Si	No
	f) farmaci salvavita	Si	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Si	No
	c) stecche di mobilizzazione	Si	No
17	Sono presenti tutti i farmaci necessari per il trattamento degli stati di dipendenza e delle patologie connesse all'uso di sostanze	Si	No
18	E' presente strumentazione necessaria per le attività diagnostiche e terapeutiche specifiche (mediche, psicologiche e sociali)	Si	No
19	E' presente dotazione di tipo informatico per la raccolta e la trasmissione dei dati epidemiologici, per la gestione delle attività e per la valutazione degli interventi	Si	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
20	E' individuato il responsabile della struttura con con documentata esperienza nel settore specifico	Si	No
21	E' presente un responsabile dei *Programmi Terapeutici Individualizzati* (PTI) psicologo o medico, iscritto al relativo albo professionale, in possesso di una documentata esperienza nel settore specifico per un periodo non inferiore ad un anno, svolta in un servizio pubblico o privato autorizzato	Si	No
22	**L'organigramma del personale prevede le seguenti professionalità:**		
	a) assistente sociale	Si	No
	b) educatore professionale	Si	No
	c) psicologo (qualora non sia presente quale responsabile della struttura)	Si	No
	d) medico (qualora non sia presente quale responsabile della struttura)	Si	No
23	*Il personale è in possesso di documentata esperienza nel settore di attività svolta* nella struttura	Si	No
24	E' adottato un registro degli ospiti presenti nella struttura quotidianamente aggiornato	Si	No
25	E' assicurata all'utente chiarezza e trasparenza nella trasmissione delle informazioni	Si	No
26	E' garantita la privacy all'interno della struttura	Si	No
27	Sono presenti procedure/linee guida che regolamentano le modalità di erogazione dell'assistenza nel rispetto delle logiche dell'equipe multidisciplinare-multiprofessionale	Si	No
28	Per ogni singolo paziente è redatto un Programma Terapeutico Individualizzato (PTI) dall'équipe multidisciplinare-multiprofessionale, comprendente uno o più progetti terapeutici	Si	No



29	E' garantita una adeguata informazione ai pazienti ed ai loro familiari con l'illustrazione del programma terapeutico individualizzato	Sì	
30	E' effettuato il monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni delle condizioni del singolo paziente per ogni programma terapeutico	Sì	No
31	E' garantita la presenza continuativa di almeno due operatori per tutta la durata di svolgimento delle attività, di cui almeno uno in possesso dei requisiti previsti dall'Atto d'Intesa Stato-Regioni del 5/8/1999 e nel rispetto per quanto attiene alla dotazione organica della prescrizione del medesimo atto	Sì	No
32	E' acquisito il consenso informato al trattamento	Sì	No
33	E' garantita la volontarietà di accesso e della permanenza dell'utente	Sì	No
34	E' prevista una copertura assicurativa dei rischi da infortuni o danni subiti o provocati dagli ospiti, dal personale, dai volontari	Sì	No
35	Sono previsti corsi di formazione per il personale che includono corsi di BLS a cadenza periodica	Sì	No
36	**E' presente una cartella clinica individuale sulla quale risultano:**		
	a) i dati anagrafici	Sì	No
	b) la diagnosi di ingresso	Sì	No
	c) l'anamnesi familiare e personale	Sì	No
	d) l'esame obiettivo	Sì	No
	e) gli eventuali esami strumentali e di laboratorio	Sì	No
	f) i risultati raggiunti e gli eventuali esiti ed i postumi	Sì	No
	g) il programma ed i progetti con gli eventuali e periodici aggiornamenti	Sì	No
	h) informazioni sui problemi sociali del paziente e della famiglia	Sì	No
	i) una scheda di allarme clinico (patologie somatiche croniche con comorbilità, allergie, celiachia, etc)	Sì	No
37	La cartella è custodita nel rispetto della vigenti normative sulla tutela della privacy e sul trattamento dei dati sensibili	Sì	No
38	Ogni paziente è dotato di un Programma Terapeutico Individualizzato (PTI) soggetto a verifiche periodiche, opportunamente documentate, da parte degli operatori del Dipartimento delle Dipendenze, con verifiche cliniche e di laboratorio ed appropriati indicatori di efficacia degli interventi	Sì	No

STRUTTURE RESIDENZIALI

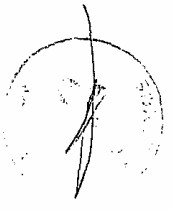
Capacità ricettiva massima di 40 ospiti, articolati in moduli da 20 ospiti ciascuno.

Nota:

le strutture già operanti alla data di entrata in vigore del presente manuale e provvisoriamente accreditate aventi a tale data capacità ricettiva superiore a quella fissata dal presente manuale non possono in nessun caso aumentare tale capacità ricettiva fermo restando l'obbligo di articolare la stessa in moduli da 20 ospiti nonchè di adeguare il numero di ospiti presenti allo standard previsto nell'arco di cinque anni.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

39	La struttura è ubicata in insediamento abitativo o in area rurale, comunque, in zona non insalubre	Sì	No
40	Le strutture con capacità ricettiva non superiore a 8 posti letto soddisfano i requisiti previsti per le civili abitazioni con adeguamento ai requisiti previsti dalla normativa vigente in materia di salute e sicurezza sul lavoro	Sì	No
41	E' presente un ingresso con portineria, area di accoglienza e servizi igienici separati per i visitatori e per il personale	Sì	No
42	**Sono presenti locali per:**		
	a) responsabile della struttura	Sì	No
	b) attività di segreteria	Sì	No
	c) accettazione	Sì	No
	d) archivio	Sì	No
43	**Le strutture con capacità ricettiva superiore a otto posti letto garantiscono la presenza di:**		
	a) locale per pranzo commisurato al numero degli ospiti della struttura, con superficie minima di 3 mq per ospite	Sì	No
	b) locali per cucina e dispensa e servizi igienici per il personale	Sì	No
44	Sono presenti servizi igienici in rapporto di 1 ogni 5 ospiti di cui almeno 1 attrezzato per la non autosufficienza	Sì	No
45	E' garantita la presenza di servizi igienici e spogliatoi per il personale nonché di idoneo locale per sosta	Sì	No
46	E' presente un locale soggiorno operatori	Sì	No
47	E' presente un locale per il responsabile della struttura con annesso spogliatoio	Sì	No
48	E' assicurata la conservazione dei farmaci con armadio blindato ignifugo con caratteristiche atte a garantire la sicurezza secondo le norme vigenti in armadio blindato ignifugo	Sì	No
49	Sono presenti locali, adeguatamente dimensionati, per svolgere le attività di counseling e di trattamento psicologico, assistenziale ed educativo di gruppo e/o individuale	Sì	No
50	**Sono presenti le seguenti aree per attività di gruppo:**		

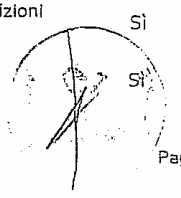


	a) area destinata ad attività psico-educative e alla socializzazione con superficie minima di 4 mq per ospite	Sì	No
	b) locali per attività aggregative e ricreativo-culturali con superficie minima di 4 mq per ospite		
51	Sono presenti locali per attività terapeutiche adeguati al numero di ospiti ed alle tipologie di intervento previste nel progetto riabilitativo	Sì	No
52	I locali sono adeguatamente arredati, favorendo anche la personalizzazione dello spazio fisico, compatibilmente con il programma terapeutico	Sì	No
53	E' presente locale per lavanderia e guardaroba adeguato al numero degli ospiti	Sì	No
54	E' presente locale deputato ad uso magazzino	Sì	No
55	E' presente spazio/locale per materiale pulito	Sì	No
56	E' presente locale per materiale sporco	Sì	No
57	**Le camere da letto hanno un numero di letti non superiore a quattro e assicurano una superficie utile funzionale di:**		
	a) minimo mq 12 per camere ad un letto	Sì	No
	b) minimo mq 16 per camere a due letti	Sì	No
	c) minimo mq 24 per camere a tre letti	Sì	No
	d) minimo mq 32 per camere a quattro letti	Sì	No
58	Sono presenti servizi igienici dotati di vasca/doccia, in rapporto di 1 ogni 5 ospiti e di cui almeno 1 per modulo, attrezzato per la non autosufficienza	Sì	No

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

59	**E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare), di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:**		
	a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) farmaci salvavita	Sì	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No
	c) stecche di mobilizzazione	Sì	No

60	Sono presenti tutti i farmaci necessari per il trattamento degli stati di dipendenza e delle patologie connesse all'uso di sostanze	Si	No
61	E' presente strumentazione necessaria per le attività diagnostiche e terapeutiche specifiche (mediche, psicologiche e sociali)	Si	No
62	E' presente dotazione di tipo informatico per la raccolta e la trasmissione dei dati epidemiologici, per la gestione delle attività e per la valutazione degli interventi	Si	No
63	Sono presenti procedure che regolamentano le modalità di comunicazione con gli ospiti	Si	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
64	E' individuato il responsabile della struttura con documentata esperienza nel settore specifico	Si	No
65	E' presente un responsabile dei Programmi Terapeutici Individualizzati (PTI) psicologo o medico, iscritto al relativo albo professionale, in possesso di una documentata esperienza nel settore specifico per un periodo non inferiore ad un anno, svolta in un servizio pubblico o privato autorizzato		
66	L'organigramma del personale prevede le seguenti professionalità:		
	a) assistente sociale	Si	No
	b) educatore professionale	Si	No
	c) psicologo (qualora non sia presente quale responsabile della struttura)	Si	No
	d) medico (qualora non sia presente quale responsabile della struttura)	Si	No
67	Il personale è in possesso di documentata esperienza nel settore di attività svolta nella struttura	Si	No
68	E' adottato un registro di ospiti nella struttura aggiornato quotidianamente	Si	No
69	Nel registro giornaliero degli utenti vengono annotate le assenze temporanee con relativa motivazione	Si	No
70	E' assicurata all'utente chiarezza e trasparenza nella trasmissione delle informazioni	Si	No
71	Per ogni singolo paziente è redatto un Programma Terapeutico Individualizzato (PTI) dall'équipe multidisciplinare-multiprofessionale, comprendente uno o più progetti terapeutici	Si	No
72	Sono presenti procedure/linee guida che regolamentano le modalità di erogazione dell'assistenza nel rispetto delle logiche dell'equipe multidisciplinare-multiprofessionale	Si	No
73	E' effettuato il monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni delle condizioni del singolo paziente per ogni programma terapeutico	Si	No
74	E' garantito il rispetto della privacy all'interno della struttura	Si	No



75	E' garantita una adeguata informazione ai pazienti ed ai loro familiari con l'illustrazione del programma terapeutico individualizzato	Sì	No
76	E' presente una cartella clinica che risponda ai requisiti di completezza del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale ed integrazione delle attività medico-infermieristiche, custodita nel rispetto delle vigenti normative sulla tutela della privacy e sul trattamento dei dati sensibili	Sì	No
77	Esiste una Carta dei Servizi/regolamento che viene fornita all'utente e ai familiari, accompagnata da una adeguata informazione	Sì	No
78	Sono presenti procedure che regolamentano le modalità di comunicazione con gli ospiti	Sì	No
79	E' garantita la presenza continuativa di almeno due operatori per tutta la durata di svolgimento delle attività, di cui almeno uno in possesso dei requisiti previsti dall'Atto d'Intesa Stato-Regioni del 5/8/1999 e nel rispetto per quanto attiene alla dotazione organica della prescrizione del medesimo atto	Sì	No
80	E' garantita la presenza di un operatore nelle ore notturne per tutta la durata di svolgimento delle attività, nelle strutture "specialistiche" (doppia diagnosi, AIDS, Gravidanza, Puerperio, etc.). E' prevista anche la reperibilità notturna di un altro operatore	Sì	No
81	E' acquisito un consenso informato al trattamento	Sì	No
82	E' garantita la volontarietà di accesso e della permanenza dell'utente	Sì	No
83	E' prevista una copertura assicurativa dei rischi da infortuni o danni subiti o provocati dagli ospiti, dal personale, dai volontari	Sì	No
84	Sono previsti corsi di formazione per il personale che includono corsi di BLS	Sì	No
85	La struttura invia mensilmente al Ser.T. di competenza un report sugli ospiti presenti	Sì	No

4.3.1.1 STRUTTURE RESIDENZIALI PER MINORI

Sono strutture dedicate all'attività di prevenzione, cura e riabilitazione, sia a valenza socio-sanitaria che socio-assistenziale per soggetti di minore età affetti da dipendenze patologiche.

I requisiti organizzativi tecnologici e strutturali di presidi per attività di prevenzione, cura e riabilitazione, sia a valenza socio-sanitaria che socio-assistenziale per soggetti affetti da dipendenze patologiche sono definiti dall'Atto d'Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999, recante "Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso."

Capacità ricettiva massima di 10 ospiti + 2 posti per le emergenze

Oltre ai requisiti richiesti per le strutture residenziali e semiresidenziali per dipendenze patologiche, requisiti aggiuntivi sono:

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

86	**Le camere da letto hanno un numero di letti non superiore a due e assicurano una superficie utile funzionale di:**		
	a) minimo mq 12 per camere ad un letto	Sì	No
	b) minimo mq 16 per camere a due letti	Sì	No
87	Sono presenti servizi igienici dotati di vasca/doccia, in rapporto di 1 ogni 4 ospiti e di cui almeno 1 attrezzato per la non autosufficienza	Sì	No

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

88	Esiste una procedura per l'acquisizione del consenso informato specifico per minori che coinvolga ambedue i genitori o tutore legale in caso di affidamento	Sì	No
89	Esiste una supervisione esterna affidata ad un medico ed uno psicologo della struttura pubblica	Sì	No

4.4.1 RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI ANZIANI (RSA ANZIANI)

La RSA è un presidio che offre a soggetti non autosufficienti con esiti di patologie, fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, portatori di patologie geriatriche, neurologiche e neuropsichiatriche, un livello medio di assistenza medica, infermieristica, riabilitativa, accompagnata da un livello "alto" di assistenza tutelare ed alberghiera.

Capacità ricettiva massima dell'intera struttura, RSA, non superiore, in via eccezionale, a 120 posti. La struttura è articolata in nuclei omogenei per tipologia di ospite, ciascuno composto da un massimo di 20 posti letto.

La **RSA Anziani** ospita pazienti anziani non autosufficienti, non assistibili a domicilio, con necessità di tutela sanitaria (cure mediche ed infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde, ecc.), nonché di adeguati interventi sociali, a fronte di un programma assistenziale di medio o prolungato periodo definito, soggetto a periodica verifica da parte dell'UVM.

codice paragrafo
RSAA

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	La struttura è localizzata in zona già urbanizzata e integrata con il preesistente contesto, oppure in zona collegata mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano	Sì	No
2	E' presente uno spazio all'aperto di almeno 2 mq per utente (giardino, terrazzo, ecc)	Sì	No
3	**Sono presenti le seguenti aree funzionali:**		
	a) area destinata alla residenzialità (nucleo)	Sì	No
	b) area destinata alla valutazione e alle terapie	Sì	No
	c) area destinata alla socializzazione e alle attività comuni (centro dei servizi di vita collettiva)	Sì	No
	d) area di supporto dei servizi generali	Sì	No
4	E' rispettata la Legge 9.01.1989 n. 13 "Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati" s.m.i.	Sì	No

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI DELLE AREE SPECIFICHE

AMBIENTI COMUNI

Area destinata alla valutazione e alle terapie

5	Sono presenti locali e attrezzature per prestazioni ambulatoriali e per valutazioni specifiche	Sì	No
6	E' presente un'area destinata all'erogazione delle attività di riabilitazione individuali	Sì	No
7	E' presente palestra di superficie non inferiore a 45 mq. dotata di attrezzature e ausili con relativo deposito	Sì	No
8	Sono presenti servizi igienici in prossimità di palestre ed ambulatori fruibili anche da ospiti in carrozzina	Sì	No
9	Qualora vengano erogate prestazioni di assistenza dialitica di tipo peritoneale è presente un locale dedicato con relativo posto tecnico adeguato alla funzione	Sì	No

"Area di socializzazione"

10	E' garantito l'abbattimento delle barriere architettoniche nelle zone di libero accesso per l'utenza	Sì	No
11	E' presente un angolo bar	Sì	No
12	Sono presenti sale e soggiorni polivalenti che consentano la socializzazione e l'attività creativa per l'utenza di dimensione adeguata al numero degli ospiti e comunque di superficie non inferiore a mq. 4 per ospite *Nota:* *Per le strutture già operanti è ammessa una deroga in difetto pari al 20% dello standard*	Sì	No
13	E' presente un locale per servizi all'ospite (parrucchiere, barbiere, ecc)	Sì	No
14	E' presente un locale soggiorno/pranzo di dimensione complessiva non inferiore a mq.3 per ospite *Nota:* *Per le strutture già operanti è ammessa una deroga in difetto pari al 20% dello standard*	Sì	No
15	Sono presenti servizi igienici, attrezzati di ausili per la non autosufficienza, in numero di almeno uno per nucleo distinti per sesso	Sì	No
16	E' presente un locale per il culto	Sì	No
	"Aree generali di supporto"		
17	E' presente un ingresso con portineria, area di accoglienza, telefono pubblico e servizi igienici separati per i visitatori e per il personale	Sì	No
18	**Sono presenti locali per attività:**		
	a) amministrativa	Sì	No
	b) accettazione	Sì	No
	c) archivio	Sì	No
19	E' presente una cucina, dispensa e locali accessori (se il servizio non è appaltato all'esterno)	Sì	No
20	Se il servizio cucina è esternalizzato è presente locale per accettazione carrelli e distribuzione pasti	Sì	No
21	E' presente locale lavanderia e stireria (se il servizio non è appaltato all'esterno)	Sì	No
22	E' presente la camera mortuaria con relativo servizio igienico	Sì	No
23	E' presente un impianto montalettighe ed almeno un ascensore di dimensioni tali da consentire l'accesso alle carrozzine	Sì	No
	AREA DI DEGENZA		
24	Ogni nucleo R.S.A. anziani è dotato di camere di degenza munite di servizi igienici conformi ai requisiti di legge in materia di abbattimento delle barriere architettoniche	Sì	No
25	Sono disponibili camere di degenza con 1 o 2 posti letto e annesso bagno dotato di vasca e/o doccia. Camere con 3 e 4 posti letto sono ammesse solo per strutture già operanti e, comunque, in proporzione non superiore al 50 % del totale. E', in ogni caso, garàntita l'agevole movimentazione delle carrozzine	Sì	No
26	**Gli standards dimensionali minimi delle camere di degenza sono :**		
	a) mq 12 per camere ad un letto	Sì	No
	b) mq 18 per camere a due letti	Sì	No

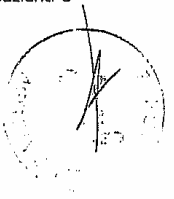


	c) mq 26 per camere a tre letti	Sì	No
	d) mq 32 per camere a quattro letti	Sì	No

Nota:
Per le strutture già operanti alla data di entrata in vigore del presente manuale, sono accettabili misure in difetto, entro il 20% degli standard di riferimento, limitatamente alle camere a uno o due letti.
Per le strutture già operanti alla data della entrata in vigore della DGR n.1175 del 12/04/1996, è ammessa una deroga del 20% in difetto rispetto alle superfici previste anche per le camere a tre o quattro posti letto.

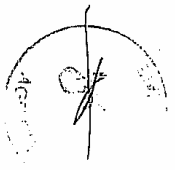
27	Sono presenti servizi igienici attrezzati per la non autosufficienza collegati alle camere in numero di 1 ogni camera a due posti e 1 ogni due camere ad un posto, di dimensioni tali da permettere l'ingresso e la movimentazione delle carrozzine. Nel caso di strutture già operanti è ammessa la presenza di un servizio igienico attrezzato per la non autosufficienza ogni 2 camere e, in ogni caso, almeno 1 ogni 4 ospiti ancorchè i servizi igienici non siano collegati in camera	Sì	No
28	La struttura, per ogni nucleo, è dotata di un II bagno assistito	Sì	No
29	E' presente impianto di allarme/chiamata per ogni posto letto e in ogni servizio igienico	Sì	No
30	**L'arredo della stanza comprende:**		
	a) letto articolato a due snodi, regolabile in altezza, con materasso e cuscino antidecubito e sponde	Sì	No
	b) comodino con vassoio servitore	Sì	No
	c) armadio/guardaroba singolo con chiave	Sì	No
	d) tavolo e sedia	Sì	No
	e) luce personale	Sì	No
31	Ogni stanza è dotata di luce notturna	Sì	No
32	E' presente un locale per il personale	Sì	No
33	Sono presenti servizi igienici per il personale	Sì	No
34	E' presente uno spazio cucinetta attrezzata	Sì	No
35	E' presente un locale soggiorno/pranzo	Sì	No
36	Sono presenti spazi soggiorno/gioco TV/spazio collettivo	Sì	No
37	Sono presenti spazi/armadi per deposito biancheria pulita	Sì	No
38	E' presente un locale deposito biancheria sporca	Sì	No
39	E' presente un locale per vuotatoio e lavapadelle in ragione di uno ogni tre nuclei organizzativi	Sì	No
40	E' presente un locale deposito per attrezzature, carrozzine e materiale di consumo, ecc.	Sì	No
41	Sono presenti attrezzature specifiche ad uso di ospiti non deambulanti e non autosufficienti (letti, materassi e cuscini antidecubito, ecc.)	Sì	No
42	Sono presenti carrozzine e ausilli individuali	Sì	No
43	E' presente almeno un sollevatore pazienti per nucleo o per piano	Sì	No
44	Sono adottate misure per facilitare l'orientamento degli ospiti e dei visitatori (es. codici colore)	Sì	No

45	E' garantita per l'utenza la possibilità di effettuare comunicazioni telefoniche dal letto di degenza (anche con cordless)	Sì	No
46	E' presente un impianto di riscaldamento o di climatizzazione che assicuri una temperatura degli ambienti di 20°/22° centigradi nel semestre invernale (ora solare) e possibilmente non inferiore a quella esterna per più di 6° centigradi (e comunque non inferiore a 20° centigradi) nel semestre estivo (ora legale)	Sì	No
	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
47	**E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:**		
	a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) farmaci salvavita	Sì	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
48	Il numero del personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale è dimensionato al numero degli ospiti ed alla tipologia delle prestazioni erogate	Sì	No
49	Per le residenze fino a due moduli è prevista la funzione del Direttore Medico di Struttura	Sì	No
50	Per le residenze con più di due moduli è prevista la presenza del Direttore Medico di Struttura	Sì	No
51	**L'organigramma del personale prevede le professionalità necessarie per lo svolgimento delle seguenti funzioni:**		
	a) coordinamento del servizio affidato ad un medico Specializzato in Geriatria o altra specializzazione equipollente	Sì	No
	b) assistenza socio-sanitaria	Sì	No
	c) assistenza infermieristica	Sì	No
	d) riabilitazione	Sì	No
	e) servizi generali amministrativi e igienico/alberghiero	Sì	No
52	E' garantita la valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell'ospite al momento	Sì	No
53	Sono presenti procedure e linee guida che regolamentano le modalità di erogazione dell'assistenza nel rispetto delle logiche dell'équipe interdisciplinare	Sì	No
54	E' garantita la stesura di un Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) rispondente ai problemi/bisogni identificati riportato su cartella clinica	Sì	No
55	E' presente una procedura che regolamenti le collaborazioni con le associazioni di volontariato per attività integrative di supporto, socializzazione e di interazione con le risorse del territorio (volontari, obiettori ecc.)	Sì	No
56	E' garantita la raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività della struttura	Sì	No
57	Esistono procedure relative all'accoglienza, registrazione e informazione di pazienti e familiari	Sì	No
58	E' garantito il coinvolgimento della famiglia dell'ospite	Sì	No



59	Sono garantiti i collegamenti funzionali con i servizi di supporto ospedalieri	Sì	No
60	Qualora vengano erogate prestazioni di assistenza dialitica, è garantito il collegamento funzionale con le UU.OO di nefrologia	Sì	No
61	Sono previsti collegamenti funzionali ed organizzativi (protocolli/procedure) con la più vicina struttura ospedaliera dotata di pronto soccorso e rianimazione	Sì	No
62	E' redatto un registro di carico e scarico di tutto il materiale in uso con le relative scadenze	Sì	No
63	E' prevista la cura dell'aspetto dell'ospite come servizio offerto o a pagamento	Sì	No
64	E' presente una procedura per modalità di custodia di valori e beni personali	Sì	No
65	Viene effettuata una raccolta e trasmissione delle schede di classificazione del case-mix secondo il sistema RUG	Sì	No
66	E' presente una procedura per la prevenzione degli infortuni di ospiti e operatori (eliminazione di piastrelle rotte, spigoli, manovelle sporgenti dei letti; uso di sostanze-	Sì	No
67	E' chiaramente formalizzata la procedura che consente all'utente (o ai familiari aventi diritto) di ottenere informazioni sulle sue condizioni	Sì	No
68	E' presente una cartella clinica individuale	Sì	No
69	E' presente una cartella clinica che risponda ai requisiti di completezza del percorso diagnostico terapeutico assistenziale ed integrazione delle attività medico-infermieristiche, custodita nel rispetto delle vigenti normative sulla tutela della privacy e sul trattamento dei dati sensibili	Sì	No
70	In caso di trasferimento in ospedale per acuti, viene redatta una sintesi clinica di accompagnamento	Sì	No
71	**Sono presenti procedure che definiscono criteri di accesso e il trasferimento dei pazienti, condivise fra i seguenti soggetti:**		
	a) UVM	Sì	No
	b) medici di Medicina Generale	Sì	No
	c) strutture di ricovero per acuti	Sì	No
	d) altre strutture residenziali	Sì	No
72	Esiste una procedura di dimissione protetta per il rientro a domicilio degli ospiti, che preveda la comunicazione al medico curante, l'addestramento dei familiari, l'acquisizione di tutti i materiali necessari, il proseguimento a domicilio delle cure necessarie	Sì	No
73	Esistono e vengono seguite procedure finalizzate a garantire il comfort e il rispetto della privacy dell'utente durante le attività di visita e medicazione	Sì	No
74	Esistono e vengono seguite procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezione da operatore a paziente e da paziente a paziente e da paziente ad operatore	Sì	No
75	Esistono e vengono seguite procedure relative alla corretta conservazione/gestione/utilizzo dei dispositivi medici nell'ambito delle attività di visita e medicazione	Sì	No
76	Ai fini della prevenzione degli infortuni è garantito il controllo della temperatura dell'acqua usata dall'utenza	Sì	No
77	I Medici di Medicina Generale, garantiscono la presenza coordinata all'interno della struttura con le modalità previste dall'Accordo Integrativo Regionale	Sì	No
78	Sono presenti procedure per la gestione delle emergenze	Sì	No
79	Esiste una procedura per le richieste di visite specialistiche	Sì	No
80	Le cure infermieristiche e alla persona sono regolarmente annotate in cartella clinica	Sì	No

81	**Sono presenti procedure per:**		
	a) l'igiene personale	Si	No
	a) il bagno/doccia	Si	No
	b) l'igiene orale	Si	No
	c) l'igiene a letto	Si	No
	d) per la somministrazione di farmaci	Si	No
82	Vi sono procedure scritte per la prevenzione e il trattamento dell'incontinenza urinaria e fecale	Si	No
83	I problemi di comunicazione e sensoriali degli ospiti sono riportati in cartella clinica	Si	No
84	E' garantita l'attività di podologia	Si	No



4.4.2 RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI DEMENZE (RSA DEMENZE)

La RSA è un presidio che offre a soggetti non autosufficienti con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, portatori di patologie geriatriche, neurologiche e neuropsichiatriche, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello "alto" di assistenza tutelare ed alberghiera.

Capacità ricettiva massima dell'intera struttura, RSA non superiore, in via eccezionale, a 120 posti. La struttura è articolata in nuclei, omogenei per tipologia di ospite, ciascuno composto da un massimo di 20 posti letto.

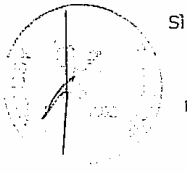
La RSA Demenze ospita pazienti affetti da demenza senile, non assistibili a domicilio, nella fase centrale della malattia in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente "protesico".

La RSA Demenze è articolata in nuclei ciascuno composto da un massimo di 20 posti letto.

E' auspicabile in ogni struttura di RSA l'attivazione di almeno un nucleo dedicato alle demenze e comunque in numero massimo di 2 nuclei.

	codice paragrafo RSAD		
	REQUISITI MINIMI STRUTTURALI		
1	La struttura è localizzata in zona già urbanizzata e integrata con il preesistente contesto oppure in zona collegata mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano	Sì	No
2	E' presente uno spazio all'aperto di almeno 2 mq per utente	Sì	No
3	**Sono presenti le seguenti aree funzionali:**	Sì	No
	a) area destinata alla residenzialità (nucleo)	Sì	No
	b) area destinata alla valutazione e alle terapie	Sì	No
	c) area destinata alla socializzazione e alle attività comuni (centro dei servizi di vita collettiva)	Sì	No
	d) area di supporto dei servizi generali	Sì	No
4	E' rispettata la Legge 9.01.1989 n. 13 "Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati" s.m.i.	Sì	No
	REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI DELLE AREE SPECIFICHE		
	AMBIENTI COMUNI		
	"Area destinata alla valutazione e alle terapie"		
5	Sono presenti locali e attrezzature per prestazioni ambulatoriali e per valutazioni specifiche	Sì	No
6	E' presente un'area destinata all'erogazione delle attività di riabilitazione individuali	Sì	No
7	E' presente palestra di superficie non inferiore a 45 mq dotata di attrezzature e ausili con relativo deposito	Sì	No
8	Sono presenti servizi igienici in prossimità di palestre ed ambulatori facilmente fruibili anche da utenti in carrozzina	Sì	No
9	Qualora vengano erogate prestazioni di assistenza dialitica di tipo peritoneale è presente un locale dedicato con relativo posto tecnico adeguato alla funzione	Sì	No
	"Area di socializzazione"		
11	E' garantito l'abbattimento delle barriere architettoniche nelle zone di libero accesso per l'utenza	Sì	No

12	E' presente un angolo bar	Sì	No
13	Sono presenti sale e soggiorni polivalenti che consentano la socializzazione e l'attività creativa per l'utenza di dimensione adeguata al numero degli ospiti e comunque di superficie non *inferiore a mq. 4 per ospite* *Nota:* *Per le strutture già operanti è ammessa una deroga in difetto pari al 20% dello standard*	Sì	No
14	E' presente un locale per servizi all'ospite (parrucchiere, barbiere, ecc)	Sì	No
15	E' presente un locale soggiorno/pranzo di dimensione complessiva non inferiore a mq.3 per ospite *Nota:* *Per le strutture già operanti è ammessa una deroga in difetto pari al 20% dello standard*	Sì	No
16	Sono presenti servizi igienici attrezzati di ausili per la non autosufficienza in numero di almeno uno per nucleo e distinti per sesso	Sì	No
17	E' presente un locale per il culto	Sì	No
	"Aree generali di supporto"		
18	E' presente un ingresso con portineria, area di accoglienza, telefono pubblico e servizi igienici *separati per i visitatori e per il personale*	Sì	No
19	**Sono presenti locali per attività:** a) amministrativa b) accettazione c) archivio	 Sì Sì Sì	 No No No
20	E' presente una cucina, dispensa e locali accessori (se il servizio non è appaltato all'esterno)	Sì	No
21	*Se il servizio cucina è esternalizzato è presente locale per accettazione carrelli e distribuzione* pasti	Sì	No
22	E' presente locale lavanderia e stireria (se il servizio non è appaltato all'esterno)	Sì	No
23	E' presente la camera mortuaria con relativo servizio igienico	Sì	No
24	E' presente un impianto montalettighe ed almeno un ascensore di dimensioni tali di consentire l'accesso alle carrozzine	Sì	No
	AREA DI DEGENZA		
25	Ogni nucleo R.S.A. demenze è dotato di Camere di degenza, munite di servizi igienici conformi ai requisiti di legge in materia di abbattimento delle barriere architettoniche	Sì	No
26	Sono disponibili camere di degenza con 1 o 2 posti letto e annesso bagno dotato di vasca e/o doccia. Camere con 3 e 4 posti letto sono ammesse solo per strutture già operanti e, comunque, in proporzione non superiore al 50 % del totale. E', in ogni caso, garantita l'agevole movimentazione delle carrozzine	Sì	No
	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
27	**E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:** a) pallone Ambu autoespansibile con maschere di varie misure b) cannule orofaringee di varie misure c) sfigmomanometro con fonendoscopio *d) laccio, siringhe e agocannule* e) materiale per medicazione	 Sì Sì Sì *Sì* Sì	 No No No *No* No



	f) farmaci salvavita	Sì No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì No
28	**Gli standards dimensionali minimi delle camere di degenza sono :**	
	a) mq 12 per camere ad un letto	Sì No
	b) mq 18 per camere a due letti	Sì No
	c) mq 26 per camere a tre letti	Sì No
	d) mq 32 per camere a quattro letti	Sì No

Nota:

Per le strutture già operanti alla data di entrata in vigore del presente manuale, sono accettabili misure in difetto, entro il 20% dagli standard di riferimento, limitatamente alle camere a uno o due letti.

Per le strutture già operanti alla data della entrata in vigore della DGR n.1175 del 12/04/1996, è ammessa una deroga del 20% in difetto rispetto alle superfici previste anche per le camere a tre o quattro posti letto.

29	Sono presenti servizi igienici attrezzati per la non autosufficienza collegati alle camere in numero di 1 ogni camera a due posti e 1 ogni due camere ad un posto, di dimensioni tali da permettere l'ingresso e la movimentazione delle carrozzine. Nel caso di strutture già operanti è ammessa la presenza di un servizio igienico attrezzato per la non autosufficienza ogni 2 camere e, in ogni caso, almeno 1 ogni 4 ospiti ancorchè i servizi igienici non siano collegati in camera	Sì No
30	La struttura, per ogni nucleo, è dotata di un il bagno assistito	Sì No
31	E' presente impianto di allarme/chiamata per ogni posto letto e in ogni servizio igienico	Sì No
32	Le finestre presenti nella struttura sono dotate di sistema di apertura di sicurezza con maniglia a chiave	Sì No
33	**L'arredo della stanza comprende:**	
	a) letto articolato a due snodi, regolabile in altezza, con materasso e cuscino antidecubito e sponde	Sì No
	b) comodino con vassoio servitore	Sì No
	c) armadio/guardaroba singolo con chiave	Sì No
	d) tavolo e sedia	Sì No
	e) luce personale	Sì No
34	Ogni stanza è dotata di luce notturna	Sì No
35	E' presente un ambulatorio medicheria e spazio per armadio farmaceutico	Sì No
36	E' presente un locale per il personale	Sì No
37	Sono presenti servizi igienici per il personale	Sì No
38	E' presente uno spazio cucinetta attrezzata	Sì No
39	E' presente un locale soggiorno/pranzo	Sì No
40	Sono presenti spazi soggiorno/gioco TV/spazio collettivo	Sì No
41	Sono presenti spazi/armadi per deposito biancheria pulita	Sì No
42	E' presente un locale deposito biancheria sporca	Sì No
43	E' presente un locale per vuotatoio e lavapadelle	Sì No

44	E' presente un locale deposito per attrezzature, carrozzine e materiale di consumo, ecc.	Sì	No
45	Sono presenti attrezzature specifiche ad uso di ospiti non deambulanti e non autosufficienti (letti, materassi e cuscini antidecubito, etc.)	Sì	No
46	Sono presenti carrozzine e ausili individuali	Sì	No
47	E' presente almeno un sollevatore pazienti per nucleo o per piano	Sì	No
48	Sono adottate misure per facilitare l'orientamento degli ospiti e dei visitatori (es. codici colore)	Sì	No
49	E' garantita per l'utenza la possibilità di effettuare comunicazioni telefoniche dal letto di degenza (anche con cordless)	Sì	No
50	E' presente un impianto di riscaldamento o di climatizzazione che assicuri una temperatura degli ambienti di 20°/22° centigradi nel semestre invernale (ora solare) e possibilmente non inferiore a quella esterna per più di 6° centigradi (e comunque non inferiore a 20° centigradi) nel semestre estivo (ora legale)	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
51	Il numero del personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale è dimensionato al numero degli ospiti ed alla tipologia delle prestazioni erogate	Sì	No
52	E' individuato un responsabile medico del centro con funzione di Direzione Sanitaria	Sì	No
53	Sono chiaramente indicate le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza	Sì	No
54	**L'organigramma del personale prevede le professionalità necessarie per lo svolgimento delle seguenti funzioni:**		
	a) coordinamento del servizio affidato ad un medico Specializzato in Geriatria o altra specializzazione equipollente	Sì	No
	b) assistenza socio-sanitaria	Sì	No
	c) assistenza infermieristica	Sì	No
	d) riabilitazione	Sì	No
	e) servizi generali amministrativi e igienico/alberghiero	Sì	No
55	E' garantita la valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente aggiornati	Sì	No
56	E' garantita la stesura di un Piano di Assistenza Individualizzato rispondente ai problemi/bisogni identificati riportato in cartella clinica	Sì	No
57	E' effettuata all'ammissione una valutazione sanitaria completa per definire le varie fasi della demenza	Sì	No
58	Vengono erogate prestazioni riabilitative di mantenimento e di terapia occupazionale	Sì	No
59	Esistono procedure per l'attività riabilitativa di base	Sì	No
60	Sono presenti procedure e linee guida che regolamentano le modalità di erogazione dell'assistenza nel rispetto delle logiche dell'équipe interdisciplinare	Sì	No
61	E' presente una procedura che regolamenti le collaborazioni con le associazioni di volontariato per attività integrative di supporto, socializzazione e di interazione con le risorse del territorio (volontari, obiettori ecc.)	Sì	No

62	E' garantita la raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività della struttura	Sì	No
63	Esistono procedure relative all'accoglienza, registrazione e informazione di pazienti e familiari	Sì	No
64	E' garantito il coinvolgimento della famiglia dell'ospite	Sì	No
65	Sono garantiti i collegamenti funzionali con i servizi di supporto ospedalieri	Sì	No
66	Qualora vengano erogate prestazioni di assistenza dialitica, è garantito il collegamento funzionale con le UU.OO. di nefrologia	Sì	No
67	Sono previsti collegamenti funzionali ed organizzativi (protocolli/procedure) con la più vicina struttura ospedaliera dotata di pronto soccorso e rianimazione	Sì	No
68	E' redatto un registro di carico e scarico di tutto il materiale in uso con le relative scadenze	Sì	No
69	E' prevista la cura dell'aspetto dell'ospite come servizio offerto o a pagamento	Sì	No
70	E' presente una procedura per modalità di custodia di valori e beni personali	Sì	No
71	Viene effettuata una raccolta e trasmissione delle schede di classificazione del case-mix secondo il sistema RUG	Sì	No
72	E' presente una procedura per la prevenzione degli infortuni di ospiti e operatori (eliminazione di piastrelle rotte, spigoli, manovelle sporgenti dei letti; uso di sostanze dispositivi antisdrucciolo etc.)	Sì	No
73	E' chiaramente formalizzata la procedura che consente all'utente (o ai familiari aventi diritto) di ottenere informazioni sulle sue condizioni	Sì	No
74	E' presente una cartella clinica individuale	Sì	No
75	E' presente una cartella clinica che risponda ai requisiti di completezza del percorso diagnostico terapeutico assistenziale ed integrazione delle attività medico-infermieristiche, custodita nel rispetto delle vigenti normative sulla tutela della privacy e sul trattamento dei dati sensibili	Sì	No
76	In caso di trasferimento in ospedale per acuti, viene redatta una sintesi clinica di accompagnamento	Sì	No
77	I familiari possono accedere alla struttura durante il giorno e la notte i caso di necessità, compatibilmente con le esigenze di assistenza e cura degli ospiti	Sì	No
78	**Sono presenti procedure che definiscono criteri di accesso e il trasferimento dei pazienti, condivise fra i seguenti soggetti:**		
	a) UVM	Sì	No
	b) medici di Medicina Generale	Sì	No
	c) strutture di ricovero per acuti	Sì	No
	d) altre strutture residenziali	Sì	No
79	Esiste una procedura di dimissione protetta per il rientro a domicilio degli ospiti, che preveda la comunicazione al medico curante, l'addestramento dei familiari, l'acquisizione di tutti i materiali necessari, il prosequimento a domicilio delle cure necessarie	Sì	No
80	Esistono e vengono seguite procedure finalizzate a garantire il comfort e il rispetto della privacy dell'utente durante le attività di visita e medicazione	Sì	No
81	Esistono e vengono seguite procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezione da operatore a paziente e da paziente a paziente e da paziente ad operatore	Sì	No

82	Esistono e vengono seguite procedure relative alla corretta conservazione/gestione/utilizzo dei dispositivi medici nell'ambito delle attività di visita e medicazione	Sì	No
83	Ai fini della prevenzione degli infortuni è garantito il controllo della temperatura dell'acqua usata dall'utenza	Sì	No
84	I Medici di Medicina Generale, garantiscono la presenza coordinata all'interno della struttura con le modalità previste dall'Accordo Integrativo Regionale	Sì	No
85	Sono presenti procedure per la gestione delle emergenze	Sì	No
86	Esiste una procedura per le richieste di visite specialistiche	Sì	No
87	Le cure infermieristiche e alla persona sono regolarmente annotate in cartella clinica	Sì	No
88	**Sono presenti procedure per:**		
	a) l'igiene personale	Sì	No
	a) il bagno / doccia	Sì	No
	b) l'igiene orale	Sì	No
	c) l'igiene a letto	Sì	No
	d) per la somministrazione di farmaci	Sì	No
89	Vi sono procedure scritte per la prevenzione e il trattamento dell'incontinenza urinaria e fecale	Sì	No
90	I problemi di comunicazione e sensoriali degli ospiti sono riportati in cartella clinica	Sì	No
91	E' garantita l'attività di podologia	Sì	No



4.4.3 RESIDENZE ASSISTENZIALI ANZIANI (RAA)

Strutture residenziali finalizzate all'accoglienza, al mantenimento e/o recupero dell'autonomia residua di anziani non autosufficienti e di persone disabili, caratterizzate da media intensità assistenziale e media/alta complessità organizzativa.

Le strutture per anziani non autosufficienti possono accogliere fino ad un massimo di 120 ospiti, organizzati in nuclei fino a 30.

Le strutture per anziani già operanti alla data di entrata in vigore del presente manuale con capacità ricettiva superiore a quella massima consentita (120) non possono in nessun caso aumentare il numero degli ospiti e devono comunque organizzare la propria attività in nuclei fino a 30, fermo restando l'obbligo di non accogliere nuovi ospiti fino al raggiungimento dello standard ammesso.

E' consentito l'accesso alla struttura previa valutazione da parte dell'U.V.M. (Unità di Valutazione Multidimensionale).

Per le strutture già operanti e per le strutture ricettive esistenti in fase di riconversione ed adeguamento in RAA, nonchè per quelle in corso di realizzazione, con effettivo inizio dei lavori, per le quali è stata presentata alla Regione domanda di autorizzazione per l'esercizio ai sensi della DGR n 361 del 16 maggio 2003, con regolare permesso a costruire, rilasciato dal Comune competente in data antecedente all'entrata in vigore del presente manuale, è inoltre, per le strutture già operanti nei centri storici sottoposti a vincoli urbanistici e/o dei Beni Ambientali e per le strutture già operanti in aree comprese nelle Comunità Montane è ammessa una deroga in difetto del 30% rispetto agli standard relativi alle superfici di riferimento del punto 3 (lettera F e lettera G) e del 20 % relativamente al punto 9 (lettera B) e al punto 11. In tali strutture deve essere prevista la possibilità di turnazione per la somministrazione dei pasti.

codice paragrafo RAA

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

1	Il centro è localizzato in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano	Sì	No
2	E' presente uno spazio comune all'aperto di almeno 2 mq. per ospite (giardino, terrazzo, ecc.)	Sì	No

AMBIENTI COMUNI

3	**Gli spazi per i servizi generali comprendono:**		
	a) spogliatoio per il personale con servizi igienici e doccia secondo la normativa vigente	Sì	No
	b) cucina, dispensa e lavanderia adeguati alle modalità organizzative adottate per la gestione dei relativi servizi	Sì	No
	c) deposito/locale biancheria sporca	Sì	No
	d) deposito/locale biancheria pulita	Sì	No
	e) locali per le attività amministrative di Direzione e di Segreteria	Sì	No
	f) locali pranzo di dimensione complessiva non inferiore a mq.3 per ospite	Sì	No
	g) locali per attività aggregative, ricreativo-culturali e di socializzazione con superficie non inferiore a mq. 4 per ospite	Sì	No

4	E' presente un ingresso con portineria, area di accoglienza, telefono pubblico e servizi igienici per i visitatori	Si	No
5	Sono presenti servizi igienici, collegati agli spazi comuni, attrezzati per la non autosufficienza in numero di almeno uno per nucleo distinti per sesso	Si	No
6	E' presente un locale per esercizio di culto e camera mortuaria con relativo servizio igienico	Si	No
7	Sono presenti un impianto montalettighe ed almeno un ascensore di dimensioni tali di consentire l'accesso alle carrozzine (quando la struttura è ubicata su più piani)	Si	No
8	E' presente una procedura per modalità di custodia di valori e beni personali	Si	No
9	**Per l'erogazione di prestazioni sanitarie sono presenti:**		
	a) locale ambulatorio con servizio igienico	Si	No
	b) palestra di superficie non inferiore a 45 mq , dotata di attrezzature ed ausili con relativo deposito	Si	No
	c) servizi igienici in prossimità di palestre ed ambulatori fruibili anche da utenti in carrozzina	Si	No
	d) spazio per deposito di attrezzature, ausili, presidi e materiali di consumo	Si	No
	e) armadi idonei alla conservazione dei farmaci	Si	No
	AREA DI DEGENZA		
10	**Ogni nucleo R.A. anziani e struttura per disabili è dotato di:**		
	a) camere di degenza, dotate di servizi igienici conformi ai requisiti di legge in materia di abbattimento delle barriere architettoniche	Si	No
	b) spazio cucina/pranzo/soggiorno	Si	No
	c) bagno assistito	Si	No
	d) locale per il personale	Si	No
	Nota: *le suddette dotazioni possono essere collocate in un piano o diversi piani, nel caso di fabbricato esistente disposto su più piani. In tal caso deve essere prevista la presenza di un ascensore*		
11	**La superficie utile minima per le camere è:**		
	a) camera ad un posto letto non inferiore a 12 mq	Si	No
	b) camera a due posti letto non inferiore a 18mq	Si	No
	Nota: *Per le strutture già operanti alla data della D.G.R. n.1230 del 12/12/2001 la superficie netta delle camere a 3 o 4 posti letto deve garantire almeno 8 mq. per ciascun ospite, fermo restando quanto previsto dal D.M. 308/2001 in termini di adeguamento.*		
12	Sono presenti servizi igienici attrezzati per la non autosufficienza collegati alle camere in numero di 1 ogni camera a due posti e 1 ogni due camere ad un posto, di dimensioni tali da permettere l'ingresso e la movimentazione delle carrozzine. Nel caso di strutture operanti è ammessa la presenza di un servizio igienico attrezzato per la non autosufficienza ogni 2 camere e, in ogni caso, almeno 1 ogni 4 ospiti ancorchè i servizi igienici non siano collegati in camera	Si	No
13	E' presente impianto di allarme/chiamata per ogni posto letto e in ogni servizio igienico	Si	No
14	Per ogni camera è garantita l'agevole movimentazione delle carrozzine	Si	No
15	**L'arredo della stanza comprende:**		



	a) letto articolato (preferibilmente a due snodi) regolabile in altezza con materasso e cuscino antidecubito	Sì	No
	b) comodino con vassoio servitore	Sì	No
	c) armadio/guardaroba singolo con chiave	Sì	No
	d) tavolo e sedia	Sì	No
	e) luce personale	Sì	No
16	**Sono presenti:**		
	a) luci di emergenza notturne	Sì	No
	b) linea telefonica a disposizione degli ospiti	Sì	No
17	E' presente un impianto di riscaldamento o di climatizzazione che assicuri una temperatura degli ambienti di 20°/22° centigradi nel semestre invernale (ora solare) e possibilmente non inferiore a quella esterna per più di 6° gradi centigradi (e comunque non inferiore a 20° centigradi) nel semestre estivo (ora legale).	Sì	No
18	**E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:**		
	a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) farmaci salvavita	Sì	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
19	Per le residenze fino a tre moduli è prevista la funzione del Direttore Medico di Struttura	Sì	No
20	Per le residenze con più di tre moduli è prevista la presenza del Direttore Medico di Struttura	Sì	No
21	**L'organigramma del personale prevede le professionalità necessarie per lo svolgimento delle seguenti funzioni:**		
	a) coordinamento del servizio sanitario affidato ad un Medico Specializzato in Geriatria o altra specializzazione equipollente	Sì	No
	b) assistenza socio-sanitaria	Sì	No
	c) assistenza infermieristica	Sì	No
	d) riabilitazione	Sì	No
	e) servizi generali amministrativi e igienico/alberghiero	Sì	No

Nota:

Per le strutture già operanti alla data dell'entrata in vigore del presente manuale provvisoriamente accreditate, sono fatte salve le norme transitorie di cui alla DGR n361 del 16 maggio 2003 per tutto il personale presente a tale data e tutt'ora in servizio. Le figure professionali degli " addetti all'assistenza" continuano ad operare, con obbligo di riqualificazione nei tempi e modi stabiliti dalla Regione e comunque nell'arco temporale massimo di cinque anni dalla data di efficacia del presente manuale.

22	Per le strutture operanti alla data di entrata in vigore del D.M. 308/2001, il coordinamento del servizio, qualora già affidato ad un medico regolarmente iscritto all'albo professionale, che abbia acquisito una esperienza triennale nell'espletamento della specifica funzione presso la struttura stessa, può continuare ad essere svolto, all'entrata in vigore del presente manuale, esclusivamente nella struttura medesima	Sì	No

23	E' presente una procedura che regolamenti le collaborazioni con le associazioni di volontariato per attività integrative di supporto, socializzazione e di interazione con le risorse del territorio (volontari, obiettori ecc.)	Sì	No
24	E' garantita la valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente aggiornati	Sì	No
25	Per ogni paziente è redatto un Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) corrispondente ai problemi/bisogni identificati	Sì	No
26	Sono presenti procedure e linee guida che regolamentano le modalità di erogazione dell'assistenza nel rispetto delle logiche dell'équipe interdisciplinare	Sì	No
26	E' garantita la raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività della struttura	Sì	No
27	Sono previsti i collegamenti funzionali ed organizzativi (protocolli/procedure) con la più vicina struttura ospedaliera dotata di pronto soccorso e rianimazione	Sì	No
28	E' redatto un registro di carico e scarico di tutto il materiale in uso con le relative scadenze	Sì	No
29	Viene effettuata una raccolta e trasmissione delle schede di classificazione del case-mix secondo il sistema RUG	Sì	No
30	E' prevista la cura dell'aspetto dell'ospite come servizio offerto o a pagamento	Sì	No
31	E' presente un foglio clinico-terapeutico assistenziale per ciascun paziente che documenti l'attività svolta, custodita nel rispetto delle vigenti normative sulla tutela della privacy e sul trattamento dei dati sensibili	Sì	No
32	**Sono presenti procedure:**		
	a) la gestione delle emergenze	Sì	No
	b) il bagno e la doccia	Sì	No
	c) l'igiene orale	Sì	No
	d) l'igiene a letto	Sì	No
	e) per la somministrazione di farmaci	Sì	No
	f) la prevenzione e il trattamento dell'incontinenza urinaria e fecale	Sì	No
	g) per la regolamentazione dell'accesso dei Medici di Medicina Generale (MMG)	Sì	No



4.4.4 SEMIRESIDENZE ANZIANI (SR ANZIANI)

Sono strutture a ciclo diurno con finalità di miglioramento/mantenimento dell'autonomia residua della persona e di prevenzione dall'istituzionalizzazione, nonché di sostegno/sollievo dell'anziano e della sua famiglia.

Se collocate in un edificio a più piani, devono occupare esclusivamente il piano terra con accesso autonomo. La struttura già operante che non sia collocata al piano terra, deve essere dotata almeno di un ascensore che consenta l'accesso alle carrozzine, ai sensi della normativa vigente.

Capacità ricettiva massima della struttura 30 utenti compresenti.

codice paragrafo
SRA

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	La struttura è localizzata in zona già urbanizzata e integrata con il preesistente contesto, oppure in zona collegata mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano	Sì	No
2	E' garantito l'abbattimento delle barriere architettoniche ai sensi della L.13/89 e s.m.i.	Sì	No
3	E' presente uno spazio all'aperto commisurato al numero degli ospiti	Sì	No
4	**Sono presenti le seguenti aree funzionali:**		
	a) area di supporto dei servizi generali	Sì	No
	b) area destinata alla valutazione e alle terapie	Sì	No
	c) area destinata alla socializzazione e alle attività comuni (centro dei servizi di vita collettiva)	Sì	No
	d) area destinata al riposo diurno	Sì	No
6	E' presente spazio/armadio per deposito biancheria pulita	Sì	No
7	E' presente uno spazio/contenitore per biancheria sporca	Sì	No

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI DELLE AREE SPECIFICHE

"Aree generali di supporto"

8	E' presente area di attesa con un adeguato numero di posti rispetto ai picchi di frequenza degli accessi e dotato di linea telefonica a disposizione degli ospiti	Sì	No
9	**Sono presenti locali distinti per attività di:**		
	a) accettazione	Sì	No
	b) amministrazione/archivio	Sì	No
10	Sono presenti servizi igienici, attrezzati per la non autosufficienza, in numero di almeno uno ogni dieci utenti distinti per sesso	Sì	No

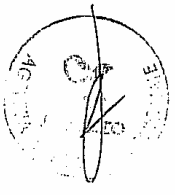
11	Sono presenti spogliatoi per il personale con servizi igienici secondo la normativa vigente	Sì	No
12	E' presente un locale pranzo di dimensione complessiva non inferiore a mq. 3 per utente *Nota:* *Per le strutture già operanti è ammessa una deroga in difetto pari al 20% dello standard*	Sì	No
13	Se i pasti sono confezionati all'interno, è presente un locale dedicato con annessa dispensa e servizi igienici per il personale addetto	Sì	No
14	Se il servizio cucina è esternalizzato è presente locale per accettazione carrelli e distribuzione pasti	Sì	No
	"Area destinata alla valutazione e alle terapie"		
15	E' presente un locale opportunamente attrezzato per prestazioni ambulatoriali e per valutazioni specifiche con armadio farmaceutico dotato di chiusura di sicurezza	Sì	No
16	E' presente un locale destinato alle attività riabilitative, adeguatamente attrezzato, di dimensioni rapportate al numero degli utenti ospitati	Sì	No
	"Area di socializzazione"		
17	Sono presenti spazi polivalenti che consentano la socializzazione e le attività occupazionali di dimensione adeguata al numero degli utenti e comunque di superficie non inferiore a mq.1,5 per utente ospitato *Nota:* *Per le strutture già operanti è ammessa una deroga in difetto pari al 20% dello standard*	Sì	No
	"Area riposo"		
18	E' presente locale con poltrone reclinabili e/o lettini a scomparsa dimensionato al numero degli utenti	Sì	No
	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
19	**E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:**		
	a) pallone (adulto/pediatrico) autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) farmaci salvavita	Sì	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No
20	E' presente impianto di allarme/chiamata in ogni servizio igienico	Sì	No

21	Le finestre presenti nella struttura sono dotate di sistema di apertura di sicurezza	Sì	No
22	Sono adottate misure per facilitare l'orientamento degli ospiti e dei visitatori (es. codici colore, indicazioni di percorso, vie di fuga, etc)	Sì	No

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

23	E' garantita la valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione con verifica periodica	Sì	No
24	La dotazione del personale è commisurata al numero degli ospiti ed alla tipologia delle prestazioni erogate	Sì	No
25	E' individuato un coordinatore del centro	Sì	No
26	**L'organigramma del personale prevede le professionalità:**		
	a) infermiere	Sì	No
	b) O.S.S.	Sì	No
	c) animatore	Sì	No
	d) assistente sociale	Sì	No
27	E' garantita la stesura di un Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) rispondente ai problemi/bisogni identificati riportato in foglio socio-assistenziale custodito nel rispetto delle vigenti normative sulla tutela della privacy	Sì	No
28	E' presente una procedura che regolamenti le collaborazioni con le associazioni di volontariato per attività integrative di supporto, socializzazione e di interazione con le risorse del territorio (volontari, obiettori etc.)	Sì	No
29	Esistono procedure relative all'accoglienza, registrazione e informazione degli utenti e dei familiari	Sì	No
30	E' garantito il coinvolgimento della famiglia dell'ospite	Sì	No
31	La struttura promuove attività di integrazione con la rete dei servizi sanitari e sociali del territorio	Sì	No
32	E' redatto un registro di carico e scarico di tutto il materiale in uso con le relative scadenze	Sì	No
33	E' presente una procedura per la prevenzione degli infortuni di ospiti e operatori (eliminazione di piastrelle rotte, spigoli, etc.)	Sì	No
34	E' chiaramente formalizzata la procedura che consente all'utente (o ai familiari aventi diritto) di ottenere informazioni sulle sue condizioni	Sì	No
35	Sono presenti procedure che definiscono criteri di accesso tramite Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.)	Sì	No
36	Esistono e vengono seguite procedure relative alla corretta conservazione/gestione/utilizzo dei dispositivi medici nell'ambito delle attività di visita e medicazione	Sì	No
37	Sono presenti procedure per la gestione delle emergenze	Sì	No

38	Le cure infermieristiche e alla persona sono regolarmente annotate nel foglio socio-assistenziale	Sì	No
39	Vi sono procedure scritte per la prevenzione e il trattamento dell'incontinenza urinaria e fecale	Sì	No
40	I problemi di comunicazione e sensoriali degli ospiti sono riportati nel foglio socio-assistenziale	Sì	No



4.4.5 SEMIRESIDENZE DEMENZE (SR DEMENZE)

Sono strutture a ciclo diurno che erogano cure estensive o di mantenimento a carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale a soggetti con demenza senile.

Se collocate in un edificio a più piani, devono occupare esclusivamente il piano terra con accesso autonomo. La struttura già operante che non sia collocata al piano terra, deve essere dotata almeno di un ascensore che consenta l'accesso alle carrozzine, ai sensi della normativa vigente.

Capacità ricettiva massima della struttura 30 utenti compresenti.

codice paragrafo
SRD

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	La struttura è localizzata in zona già urbanizzata e integrata con il preesistente contesto, oppure in zona collegata mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano	Sì	No
2	E' garantito l'abbattimento delle barriere architettoniche ai sensi della L.13/89 e s.m.i.	Sì	No
3	E' presente uno spazio all'aperto di almeno 2 mq per utente	Sì	No
4	**Sono presenti le seguenti aree funzionali:**		
	a) area di supporto dei servizi generali	Sì	No
	b) area destinata alla valutazione e alle terapie	Sì	No
	c) area destinata alla socializzazione e alle attività comuni (centro dei servizi di vita collettiva)	Sì	No
	d) area destinata al riposo diurno	Sì	No
5	E' presente spazio/armadio per deposito biancheria pulita	Sì	No
6	E' presente uno spazio/contenitore per biancheria sporca	Sì	No

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI DELLE AREE SPECIFICHE

"Aree generali di supporto"

7	E' presente area di attesa con un adeguato numero di posti rispetto ai picchi di frequenza degli accessi e dotata di linea telefonica a disposizione degli ospiti	Sì	No
8	**Sono presenti locali per attività:**		
	a) accettazione b) amministrazione/archivio	Sì	No

9	Sono presenti servizi igienici, attrezzati per la non autosufficienza, in numero di almeno uno ogni dieci utenti distinti per sesso	Sì	No
10	Sono presenti spogliatoi per il personale con servizi igienici secondo la normativa vigente	Sì	No
11	E' presente un locale pranzo di dimensione complessiva non inferiore a mq. 3 per utente *Nota:* *Per le strutture già operanti è ammessa una deroga in difetto pari al 20% dello standard*	Sì	No
12	Se i pasti sono confezionati all'interno, è presente un locale dedicato con annessa dispensa e servizi igienici per il personale addetto	Sì	No
13	Se il servizio cucina è esternalizzato è presente locale per accettazione carrelli e distribuzione pasti	Sì	No
	"Area destinata alla valutazione e alle terapie"		
14	E' presente un locale opportunamente attrezzato per prestazioni ambulatoriali e per valutazioni specifiche con armadio farmaceutico dotato di chiusura di sicurezza	Sì	No
15	E' presente un locale destinato alle attività riabilitative, adeguatamente attrezzato, di dimensioni rapportate al numero degli utenti ospitati	Sì	No
	"Area di socializzazione"		
16	Sono presenti spazi polivalenti che consentano la socializzazione e le attività occupazionali di dimensione adeguata al numero degli utenti e comunque di superficie non inferiore a mq.1,5 per utente ospitato *Nota:* *Per le strutture già operanti è ammessa una deroga in difetto pari al 20% dello standard*	Sì	No
	"Area riposo"		
17	E' presente un locale con poltrone reclinabili e/o lettini a scomparsa dimensionato al numero degli utenti	Sì	No
	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
18	**E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:**		
	a) pallone (adulto/pediatrico) autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No

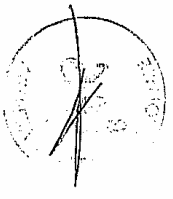


	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) farmaci salvavita	Sì	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No
19	E' presente impianto di allarme/chiamata in ogni servizio igienico	Sì	No
20	Le finestre presenti nella struttura sono dotate di sistema di apertura di sicurezza con maniglia a chiave	Sì	No
21	Sono adottate misure per facilitare l'orientamento degli ospiti e dei visitatori (es. codici colore)	Sì	No

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

22	E' garantita la valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione con verifica periodica	Sì	No
23	La dotazione del personale è commisurata al numero degli ospiti ed alla tipologia delle prestazioni erogate	Sì	No
24	E' individuato un coordinatore del centro	Sì	No
25	**L'organigramma del personale prevede le professionalità:**		
	a) infermiere	Sì	No
	b) O.S.S.	Sì	No
	c) animatore	Sì	No
	d) assistente sociale	Sì	No
26	E' garantita la stesura di un Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) rispondente ai problemi/bisogni identificati riportato in foglio socio-assistenziale custodito nel rispetto delle vigenti normative sulla tutela della privacy	Sì	No
27	E' presente una procedura che regolamenti le collaborazioni con le associazioni di volontariato per attività integrative di supporto, socializzazione e di interazione con le risorse del territorio (volontari, obiettori etc.)	Sì	No
28	Esistono procedure relative all'accoglienza, registrazione e informazione degli utenti e dei familiari	Sì	No
29	E' garantito il coinvolgimento della famiglia dell'ospite	Sì	No
30	La struttura promuove attività di integrazione con la rete dei servizi socio-sanitari e sociali del territorio	Sì	No
31	E' redatto un registro di carico e scarico di tutto il materiale in uso con le relative scadenze	Sì	No

32	E' presente una procedura per la prevenzione degli infortuni di ospiti e operatori (eliminazione di piastrelle rotte, spigoli, etc.)	Sì	No
33	E' chiaramente formalizzata la procedura che consente all'utente (o ai familiari aventi diritto) di ottenere informazioni sulle sue condizioni	Sì	No
34	Sono presenti procedure che definiscono criteri di accesso tramite Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.)	Sì	No
35	Esistono e vengono seguite procedure relative alla corretta conservazione/gestione/utilizzo dei dispositivi medici nell'ambito delle attività di visita e medicazione	Sì	No
36	Ai fini della prevenzione degli infortuni è garantito il controllo della temperatura dell'acqua usata dall'utenza	Sì	No
37	Sono presenti procedure per la gestione delle emergenze	Sì	No
38	Le cure infermieristiche e alla persona sono regolarmente annotate nel foglio socio-assistenziale	Sì	No
39	Vi sono procedure scritte per la prevenzione e il trattamento dell'incontinenza urinaria e fecale	Sì	No
40	I problemi di comunicazione e sensoriali degli ospiti sono riportati nel foglio socio-assistenziale	Sì	No



4.5 OSPEDALE DI COMUNITA'

L'Ospedale di Comunità è la struttura in cui vengono seguiti i pazienti che non necessitano del ricovero ospedaliero ordinario per acuti, ma che, nel contempo non possono vedere risolti i loro problemi di salute in ambito domiciliare o presso una RSA. L'Ospedale di comunità non solo costituisce, un nuovo modello organizzativo, rappresentando un'alternativo alle risposte assistenziali tradizionali. Tale struttura accoglie pazienti affetti da patologie cronico-degenerative con significative condizioni di rischio sociale. In essa si concretizza l'integrazione tra le diverse figure professionali sanitarie e sociali garantendo la presa in carico "globale" del paziente.

I percorsi attivati rientrano nel sistema integrato dell'offerta a diversa intensità assistenziale delle Cure Territoriali ed è la Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.) con la partecipazione degli stessi Medici di Medicina Generale (M.M.G.), che determina le ammissioni e le dimissioni e stabilisce i programmi assistenziali individuali.

Dal punto di vista organizzativo e gestionale dipende dal Distretto. L'equipe deputata all'assistenza è costituita da: Medici di Medicina Generale, Medici di Continuità Assistenziale, Pediatri di Libera Scelta, Medici Specialisti ed Infermieri, coordinati dal Responsabile Sanitario della Struttura.

codice paragrafo
OSPC

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	Nelle camere vi sono fino ad un massimo di 4 posti letto	Sì	No
2	**La superficie minima adeguata per le camere di degenza è:**		
	a) camera singola almeno 12 mq	Sì	No
	b) camera multipla almeno 9 mq per il primo posto letto e almeno 7 mq per ogni letto ulteriore	Sì	No
	c) il 10% delle stanze di degenza ospita un solo letto	Sì	No
3	Per le degenze pediatriche è previsto lo spazio in camera per la presenza dell'accompagnatore/trice	Sì	No
4	E' presente almeno un servizio igienico ogni 4 posti letto	Sì	No
5	E' presente almeno un servizio igienico assistito	Sì	No
6	Per ciascun servizio igienico accessibile dal corridoio è presente un antibagno (se le condizioni strutturali lo consentono)	Sì	No
7	E' garantita per l'utenza la possibilità di effettuare comunicazioni telefoniche dal letto di degenza (telefono fisso, cordless)	Sì	No
8	È presente un locale per visita e medicazioni	Sì	No
9	E' presente un locale di lavoro, in ogni piano di degenza, per il personale di assistenza diretta	Sì	No
10	Le camere di degenza e la medicheria hanno pavimenti lavabili e disinfettabili	Sì	No
11	Le camere di degenza e la medicheria sono dotate di pavimento con raccordo arrotondato alle pareti	Sì	No
12	E' presente nella medicheria lavabo in ceramica o in acciaio con comando non manuale	Sì	No
13	Le camere di degenza e la medicheria hanno pareti con rivestimento impermeabile e lavabile fino a 2 mt di altezza	Sì	No

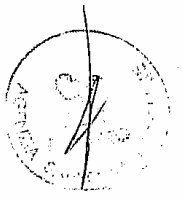
14	E' presente uno spazio per coordinatore/trice servizio infermieristico	Si	No
15	E' presente un locale per medici	Sì	No
16	E' presente un locale per soggiorno riservato ai degenti e agli accompagnatori	Sì	No
17	E' presente un locale/spazio per il deposito del materiale pulito	Sì	No
18	E' presente un locale, per il materiale sporco, dotato di vuotatoio e lava padelle	Sì	No
19	E' presente un locale per deposito attrezzature	Sì	No
20	E' presente un locale/spazio arredato per deposito e conservazione dei medicinali ed eventuali emoderivati, dei presidi medico-chirurgici, dispositivi medici, materiale di medicazione (frigorifero con requisiti idonei alla sostanza da conservare)	Sì	No
21	E' presente una cucinetta di reparto	Sì	No
22	Sono presenti servizi igienici per il personale	Sì	No
23	E' presente uno spazio attesa visitatori dotato di posti a sedere correlato al numero di degenti	Sì	No

REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI

24	E' presente un impianto per illuminazione di emergenza	Sì	No
25	E' presente un impianto di forza motrice nelle camere con almeno una presa per alimentazione normale	Sì	No
26	E' presente un impianto di chiamata con segnalazione acustica e luminosa	Sì	No
27	E' presente un impianto centralizzato per gas medicali con prese vuoti e ossigeno	Sì	No

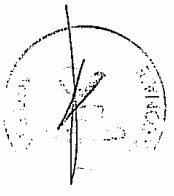
REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

28	**E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:**		
	a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) farmaci salvavita	Sì	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No
29	E' presente un carrello per la gestione della terapia	Sì	No
30	E' presente un carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico	Sì	No
31	**Per camere di degenza sono presenti:**		
	a) una trave testa letto	Sì	No
	b) un comodino per posto letto	Sì	No
	c) letti mobili/articolati, preferibilmente a 2 snodi	Sì	No



	d) una sedia per ogni posto letto	Sì	No
32	Sono presenti materassi antidecubito (almeno 1 per area di degenza)	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
33	E' presente documento nel quale sono indicati i servizi di cui il cittadino può disporre durante il ricovero e le modalità di accesso agli stessi	Sì	No
34	Sono definiti i collegamenti funzionali con altre strutture territoriali verificate dall'esistenza di procedure scritte	Sì	No
34	Vi sono procedure o linee guida per lo svolgimento delle principali attività gestionali, concordate con i servizi competenti	Sì	No
35	Esistono e vengono applicate procedure che garantiscano una adeguata prevenzione delle infezioni ospedaliere	Sì	No
36	Esistono e vengono seguite procedure relative alla corretta conservazione/gestione/utilizzo dei dispositivi medici adeguati nell'ambito delle attività di medicazione/terapie inalatorie	Sì	No
37	Esistono e vengono seguite procedure relative alla corretta conservazione/gestione/utilizzo dei farmaci	Sì	No
38	Vengono garantiti il comfort e il rispetto della privacy dell'utente durante le attività di visita/medicazione	Sì	No
39	Esistono e vengono applicate procedure che garantiscano una adeguata prevenzione delle cadute accidentali	Sì	No
40	Sono presenti procedure per la protezione da rischi legati a sollevamenti e posture nell'assistenza ai pazienti concordate coi servizi competenti	Sì	No
	La cartella clinica		
41	**Esistono e vengono applicate disposizioni per la compilazione della cartella clinica comprensive di:**		
	a) modalità di compilazione	Sì	No
	b) identificazione delle responsabilità per la compilazione	Sì	No
42	**Nella cartella clinica sono chiaramente rilevabili i seguenti dati:**		
	a) il problema che ha indotto il ricovero	Sì	No
	b) i problemi clinici preesistenti e concomitanti	Sì	No
	c) i dati di allerta clinica/allergie/intolleranze	Sì	No
43	Nella cartella clinica è specificata la diagnosi o l'ipotesi diagnostica al momento del ricovero	Sì	No
44	**La cartella clinica contiene informazioni:**		
	a) indagini diagnostiche	Sì	No
	b) trattamenti terapeutici	Sì	No
	c) eventuali reazioni avverse	Sì	No
45	Nella cartela clinica è presente il consenso informato per procedure e trattamenti per i quali è richiesto	Sì	No

46	Nella cartella clinica sono riportati tutti i referti/rapporti di consulenza	Sì	No
47	Nella cartella vengono riportate annotazioni sul decorso clinico del paziente ed eventuali rivalutazioni dello stesso (variazione del livello di complessità)	Sì	No
48	Nella cartella vengono riportate tutte le patologie emerse durante il ricovero	Sì	No
49	**Nella cartella clinica è presente copia della lettera di dimissione, nella quale vengono riassunte in maniera concisa le seguenti informazioni:**		
	a) la ragione dell'ospedalizzazione	Sì	No
	b) i problemi clinici emersi durante il ricovero	Sì	No
	c) gli interventi diagnostico-terapeutici effettuati	Sì	No
	d) la condizione del paziente alla dimissione	Sì	No
	e) la chiara indicazione per il medico di famiglia della terapia da svolgere fuori dalla struttura ospedaliera e di eventuali controlli o follow up	Sì	No
	f) ogni specifica istruzione data al paziente e/o familiari, qualora necessaria	Sì	No
50	La lettera di dimissione contiene informazioni relative all'assistenza infermieristica post-ricovero	Sì	No
51	In caso di trasferimento del paziente ad altra struttura, viene redatta una lettera di trasferimento e se ne conserva copia nella cartella clinica	Sì	No
52	In caso di ricovero in situazioni di emergenza, nella cartella clinica sono acquisite le informazioni e/o i dati relativi alla fase pre-ricovero necessari a garantire la continuità dell'assistenza	Sì	No
	La Documentazione Infermieristica (D.I.)		
53	La D.I. costituisce parte integrante della cartella clinica	Sì	No
54	**La D.I. contiene sezioni relative a:**		
	a) registrazione di dati di tipo anagrafico	Sì	No
	b) registrazione, all'ingresso e in itinere, di dati di tipo anamnestico - clinico	Sì	No
	c) identificazione dei bisogni assistenziali (diagnosi infermieristica) e la relativa pianificazione degli interventi assistenziali (percorsi assistenziali)	Sì	No
	d) descrizione quotidiana degli interventi di assistenza infermieristica (diario)	Sì	No
	e) valutazione dei risultati degli interventi di assistenza infermieristica	Sì	No
	f) registrazione di dati/informazioni diversi (relativi alla terapia, alla rilevazione di parametri vitali etc.)	Sì	No
	La dimissione: i bisogni del paziente e la continuità assistenziale		
55	La dimissione è comunicata al paziente con sufficiente anticipo	Sì	No
56	Il paziente all'atto della dimissione viene informato sul programma assistenziale e sui controlli da eseguire	Sì	No



4.6 CENTRI RESIDENZIALI CURE PALLIATIVE (HOSPICE)

Si definiscono Centri residenziali di cure palliative le strutture, facenti parte della rete di assistenza ai pazienti terminali, per l'assistenza in ricovero temporaneo di pazienti affetti da malattie progressive ed in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, per i quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non è possibile o appropriata e, prioritariamente, per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di assistenza palliativa e di supporto, secondo il D.P.C.M. 20/1/2000. Le esigenze di elevata personalizzazione dell'intervento rendono necessaria una capacità recettiva limitata e non superiore a 30 posti, articolata in moduli da 9 a 18.

codice paragrafo
CRCP

Area destinata alla residenzialità

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	Gli immobili sono in possesso di certificato di agibilità specifico	Sì	No
2	La struttura è localizzata in una zona ben collegata mediante mezzi pubblici	Sì	No
3	C'è sufficiente protezione dal rumore cittadino o sufficiente abbattimento	Sì	No
4	Esiste un locale di accoglienza attesa	Sì	No
5	La struttura è dotata di camere singole	Sì	No
6	Le camere sono arredate con mobili simil abitativi e non ospedalieri	Sì	No
7	La camera ha dimensioni tali da permettere la permanenza notturna di un accompagnatore e da assicurare lo spazio adeguato per interventi medici	Sì	No
8	La camera ha un tavolo per consumare pasti e una poltrona	Sì	No
9	La camera è dotata dei servizi igienici dotati di ausili per la non autosufficienza	Sì	No
10	La camera è dotata di prese per l'ossigeno, il vuoto e l'aria medica	Sì	No
11	Sono presenti servizi igienici per disabili almeno 1 per modulo	Sì	No
12	E' presente almeno un bagno assistito ogni due moduli	Sì	No
13	E' presente un locale cucina	Sì	No
14	E' presente un deposito/spazio per la biancheria pulita	Sì	No
15	E' presente un deposito sporco dotato di vuotatoio e di lavapadelle	Sì	No
16	E' presente un deposito attrezzature, carrozzine e materiali di consumo	Sì	No
17	E' presente un ambulatorio/medicheria	Sì	No
18	E' presente un locale di postazione per il personale di assistenza (OTA e O.S.S.) in posizione idonea	Sì	No
19	E' presente un soggiorno polivalente o spazi equivalenti anche divisi in ambiti da destinare a diverse attività (ristorazione, conversazione, lettura, ascolto musica/TV).	Sì	No

Area destinata alla valutazione e alla terapia

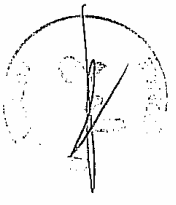
20	E' presente un locale dotato di attrezzature per terapia antalgica e prestazioni ambulatoriali	Sì	No
21	Sono presenti locali per prestazioni in regime diurno (day care)	Sì	No
22	E' presente uno spazio attesa che non intralci i percorsi	Sì	No
23	E' presente un locale per i colloqui con il personale (psicologo, assistente sociale ecc.) che garantisca il rispetto della privacy	Sì	No
24	E' presente un locale deposito/spazio per materiale pulito	Sì	No
25	E' presente deposito per materiale sporco	Sì	No
26	Sono presenti servizi igienici per esterni	Sì	No

Aree generali di supporto

27	E' presente un locale con accettazione con telefono/fax e spazio per le relazioni con il pubblico	Sì	No
28	E' presente un locale spogliatoio del personale dotato di servizi igienici specifici	Sì	No
29	**Sono presenti:**		
	a) uno spogliatoio	Sì	No
	b) locali di sosta e lavoro per il personale volontario	Sì	No
30	E' presente un locale per riunioni di équipe	Sì	No
31	Qualora il Centro non sia localizzato in una struttura sanitaria, l'area generale è dotata di un locale sosta salme e di una camera mortuaria	Sì	No
32	E' presente uno spazio per i dolenti	Sì	No
33	Qualora il Centro non sia localizzato in una struttura sanitaria, l'area generale è dotata di una sala per il culto	Sì	No
34	Qualora il Centro non sia localizzato in una struttura sanitaria, l'area generale è dotata di un locale per uso amministrativo	Sì	No
35	Qualora il Centro non sia localizzato in una struttura sanitaria viene, assicurato il servizio lavanderia e stireria	Sì	No
36	Qualora il Centro non sia localizzato in una struttura sanitaria sono, presenti i magazzini	Sì	No
37	Qualora il Centro non sia localizzato in una struttura sanitaria viene, assicurata la disponibilità di pasti caldi	Sì	No

REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI E TECNOLOGICI

38	E' presente un impianto di riscaldamento e/o di climatizzazione che assicuri una temperatura degli ambienti di 20°/22° centigradi nel semestre invernale (ora solare) e possibilmente non inferiore a quella esterna per più di 6° gradi centigradi (e comunque non inferiore a 20° centigradi) nel semestre estivo	Sì	No
39	E' presente un montalettighe (nel caso in cui la struttura si sviluppi su più piani)	Sì	No
40	E' presente un impianto di illuminazione di emergenza	Sì	No



41	E' presente un impianto di forza motrice nelle camere con congruo numero di prese per l'alimentazione normale	Sì	No
42	E' presente un impianto di chiamata con segnalazione acustica e luminosa	Sì	No
43	E' presente un impianto centralizzato di gas medicali: prese per il vuoto, per l'ossigeno e l'aria medica	Sì	No
44	E' presente un impianto telefonico con disponibilità di telefoni fissi e mobili per i pazienti in ogni modulo	Sì	No
45	E' presente in ogni stanza un impianto televisivo e un telefono interno	Sì	No
46	Sono presenti in ogni stanza letti speciali con schienali regolabili	Sì	No
47	**Sono presenti:**		
	a) materassi e cuscini antidecubito	Sì	No
	b) carrozzelle	Sì	No
	c) sollevatori-trasportatori in quantità adeguata al numero dei pazienti ricoverati	Sì	No
48	**E' presente il carrello per la gestione dell'emergenza (di cui è controllata periodicamente la funzionalità) con:**		
	a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) farmaci	Sì	No
	E' presente un elettrocardiografo		
49	E' presente un defibrillatore con pacing esterno	Sì	No
50	Sono presenti attrezzature idonee alla gestione della terapia e strumentario per piccola chirurgia	Sì	No
51	I pavimenti sono in materiale e superficie antisdrucciolo ed hanno raccordo arrotondato al pavimento	Sì	No
52	Sono presenti sostegni e mancorrenti in vista alle pareti e ai servizi igienici	Sì	No
53	E' presente un sistema di allarme nelle camere e nei servizi igienici per i pazienti	Sì	No
54	E' presente un impianto centralizzato di segnalazione delle chiamate	Sì	No
55	E' presente una adeguata segnaletica	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
56	E' individuato un Medico specialista, in possesso di idonea formazione ed esperienza in cure palliative, quale responsabile della struttura	Sì	No
57	E' prevista la nomina di un medico responsabile del modulo (per centri caratterizzati da un numero di almeno due moduli)	Sì	No
58	**L'équipe multiprofessionale è costituita da:**		
	a) medici in possesso di idonea formazione in cure palliative	Sì	No
	b) coordinatore infermieristico	Sì	No
	c) psicologi	Sì	No

	d) operatori tecnici dell'assistenza e/o operatori socio-sanitari	Sì	No
	d) assistenti sociali e altre figure professionali individuate in base alle esigenze specifiche	Sì	No
59	Deve essere presente almeno una figura infermieristica nella struttura 24 ore su 24	Sì	No
60	La presenza del medico deve essere garantita secondo i piani di assistenza individuali	Sì	No
61	Le figure previste sono dotate di formazione ed esperienza specifica	Sì	No
62	Gli operatori sanitari seguono a cadenza periodica corsi di BLS di base e BLS avanzati	Sì	No
63	Il personale è rapportato alla tipologia e al volume delle attività svolte	Sì	No
64	E' organizzata una reperibilità notturna e festiva anche in coordinazione con altre sedi	Sì	No
65	Esiste idoneo materiale informativo con indicazione delle finalità e delle modalità di funzionamento	Sì	No
66	Esiste una chiara descrizione del Programma di lavoro comprensivo dell'elenco delle prestazioni svolte del quale è fornita copia ed adeguata informazione agli utenti	Sì	No
67	Viene attuato un piano assistenziale personalizzato (PAI) e rivolto anche al sostegno psicologico ai familiari dell'assistito (care givers)	Sì	No
68	Il Piano evidenzia l'attenzione posta al contenimento della sofferenza complessiva definita "dolore totale" e del disagio causato da altri sintomi	Sì	No
69	E' permessa la personalizzazione delle stanze	Sì	No
70	Viene assicurata l'assistenza religiosa nel rispetto della volontà e della libera coscienza del cittadino	Sì	No
71	Viene promossa la collaborazione di associazioni di volontariato	Sì	No
72	Sono presenti procedure di collegamento funzionale con le altre tipologie assistenziali (ADI, ospedali per acuti, lungodegenze)	Sì	No
73	Sono presenti procedure per attivare le consulenze integrative necessarie all'assistenza degli ospiti (fisiatra, oncologo, terapista del dolore ecc.)	Sì	No
74	Sono presenti procedure sulle modalità di approvvigionamento dei farmaci che garantiscano la continuità e la tempestività delle cure	Sì	No
75	Sono presenti procedure e collegamenti funzionali con le strutture erogatrici di prestazioni diagnostico-terapeutiche (laboratorio, radiologia, radioterapia, chemioterapia ecc)	Sì	No
76	Sono previste procedure di raccordo con il Centro Trasfusionale per la fornitura di sangue ed emoderivati	Sì	No
77	**Esistono e vengono seguiti protocolli diagnostico terapeutici/linee guida per il trattamento di:**		
	a) dolore	Sì	No
	b) nausea	Sì	No
	c) vomito	Sì	No
	d) dispnea	Sì	No
	e) occlusione intestinale	Sì	No
	f) edema polmonare acuto	Sì	No
78	**Esistono e vengono applicate linee guida (EBM), in particolare per:**		



	a) gestione del catetere vescicale	Sì	No
	b) gestione degli eccessi intravascolari	Sì	No
	c) la prevenzione ed il trattamento dei decubiti	Sì	No
79	Esiste una procedura/protocollo per la dimissione dell'ospite	Sì	No
80	E' stato definito un protocollo sulle modalità di comunicazione con gli ospiti e con la famiglia	Sì	No
81	E' stata definita una procedura per i trasporti programmati ed in emergenza	Sì	No
82	La dotazione di personale è rapportata per figura professionale al numero degli ospiti	Sì	No
83	E' prevista cartella clinica che risponda ai requisiti di completezza del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale ad integrazione delle attività medico-infermieristiche	Sì	No
84	E' previsto un percorso formativo per l'acquisizione di competenze nel campo delle scienze umane e sociali (SHS)	Sì	No

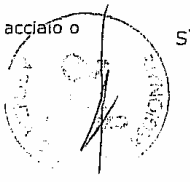
5.1 AMBULATORI DI SPECIALISTICA MEDICA

Per ambulatorio di assistenza specialistica si intende la struttura o luogo fisico, intra o extra ospedaliero, preposto alla erogazione di prestazioni sanitarie, di prevenzione, diagnosi e terapia, nelle situazioni che non richiedono ricovero neanche a ciclo diurno.

codice paragrafo
ASM

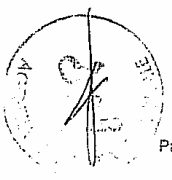
REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate	Sì	No
2	Il locale ambulatorio ha una superficie non inferiore a 12 mq	Sì	No
3	E' presente una sala dedicata all'esecuzione delle prestazioni che garantisca il rispetto della privacy dell'utente (con annesso separato spazio spogliatoio)	Sì	No
4	L'ambulatorio è collocato in zona facilmente accessibile, dotata di adeguata segnaletica e rispondente alle normative vigenti in materia di abbattimento delle barriere architettoniche, tale da favorire un agevole afflusso di pazienti	Sì	No
5	Sono presenti spazi per attesa (dotati di numero di posti a sedere adeguato al numero di pazienti che usufruiscono del servizio), per accettazione e per attività amministrative	Sì	No
6	E' presente un locale/spazio per archivio	Sì	No
7	Sono presenti servizi igienici distinti per utenti e personale	Sì	No
8	Sono presenti servizi igienici attrezzati di ausili per la non autosufficienza	Sì	No
9	E' presente spazio/locale adibito a deposito di materiale pulito	Sì	No
10	E' presente spazio/locale adibito a deposito di materiale sporco	Sì	No
11	E' presente spazio/locale adibito a deposito di materiale per pulizie	Sì	No
12	Sono presenti spazi o armadi per deposito di materiali d'uso, attrezzature, strumentazioni	Sì	No
13	E' presente un locale spogliatoio per il personale secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di salute e sicurezza sul lavoro	Sì	No
14	Per lo svolgimento delle attività invasive o potenzialmente rischiose è disponibile uno spazio tale da consentire agevoli movimenti del personale	Sì	No
15	I locali hanno pavimenti lavabili e disinfettabili	Sì	No
16	I locali sono dotati di pavimento con raccordo arrotondato alle pareti	Sì	No
17	I locali hanno pareti con rivestimento impermeabile e lavabile per un'altezza di almeno 2 mt.	Sì	No
18	I locali sono dotati di porte a superficie lavabile	Sì	No
19	Nelle sale dedicate alla esecuzione di prestazioni è presente un lavabo in acciaio o ceramica con comando non manuale	Sì	No



20	Gli arredi sono a superficie facilmente lavabile e disinfettabile	Sì	No
	REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI		
21	In tutti i locali sono assicurate efficaci condizioni di illuminazione e ventilazione (vedi riferimento normativo vigente)	Sì	No
22	E' presente un impianto di riscaldamento e/o di climatizzazione che assicuri una temperatura degli ambienti di 20°/22° centigradi nel semestre invernale (ora solare) e possibilmente non inferiore a quella esterna per più di 6° centigradi (e comunque non inferiore a 20° centigradi) nel semestre estivo	Sì	No
23	E' installato un impianto telefonico pubblico utilizzabile dagli utenti	Sì	No
24	Se si utilizzano attrezzature elettriche con parti applicate è presente nodo equipotenziale ed interruttore differenziale con "in" inferiore o uguale a 30mA	Sì	No
	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
25	Il locale ambulatorio dispone di arredi, attrezzature e presidi medico-chirurgici adeguati alla specificità delle attività svolte	Sì	No
26	**E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:**		
	a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) farmaci salvavita	Sì	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No
27	E' presente un armadietto per la conservazione di farmaci e presidi medico-chirurgici	Sì	No
28	E' presente un frigorifero per la conservazione dei farmaci dotato di requisiti idonei alla loro conservazione (segnalatore esterno di temperatura ecc.)	Sì	No
29	L'ambulatorio dispone di un frigorifero separato per l'eventuale conservazione di reagenti/allergeni con requisiti idonei alle sostanze da conservare (segnalatore esterno di temperatura)	Sì	No
30	E' presente defibrillatore (con pacing esterno) anche eventualmente in comune con altro ambulatorio attiguo		
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
31	Durante lo svolgimento dell'attività ambulatoriale è prevista la presenza costante di almeno un medico, indicato quale responsabile delle attività cliniche svolte nell'ambulatorio	Sì	No
32	Il personale è in numero adeguato agli accessi ambulatoriali e alla tipologia dell'attività svolta	Sì	No
33	Tutti i materiali, i farmaci e le confezioni riportano in evidenza la data della scadenza	Sì	No

34	Sono documentate le attività ambulatoriali svolte	Sì	No
35	**Per ogni prestazione erogabile vengono esplicitate:**		
	a) modalità di prenotazione	Sì	No
	b) tempi d'attesa (max) per la prestazione	Sì	No
	c) le modalità di gestione delle liste d'attesa		
	d) eventuale costo della prestazione svolta e modalità di pagamento	Sì	No
	e) modalità amministrative d'accesso alla struttura	Sì	No
	f) orari di erogazione delle prestazioni	Sì	No
36	**Le prestazioni effettuate sono registrate specificando:**		
	a) le generalità dell'utente rilevate dal documento sanitario	Sì	No
	b) la tipologia delle prestazioni	Sì	No
	E' presente schedario/sistema informatico per l'archiviazione della documentazione clinica	Sì	No
37	Le registrazioni e le copie dei referti di indagini diagnostiche effettuate in regime d'attività ambulatoriale sono effettuate secondo le modalità e i tempi sanciti dalla normativa vigente	Sì	No
38	**Esistono e vengono seguiti protocolli per garantire l'efficacia delle procedure di:**		
	a) sanificazione degli ambienti	Sì	No
	b) detersione, lavaggio, disinfezione di tutti gli strumenti ed accessori	Sì	No
	c) sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori che richiedono tale trattamento	Sì	No
39	Esistono procedure finalizzate a garantire il confort ed il rispetto della privacy durante le attività ambulatoriali	Sì	No
40	Vengono seguiti periodicamente corsi di formazione per la rianimazione cardio-polmonare (BLS di base e BLS avanzato)	Sì	No



5.2 AMBULATORI DI SPECIALISTICA CHIRURGICA

L'assistenza specialistica ambulatoriale chirurgica è il regime assistenziale in cui vengono effettuati interventi chirurgici o anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive senza ricovero e in anestesia locale, e/o analgesia. Tali procedure sono individuate nell'Allegato B 4 della L.R. 20/2006 "Procedure chirurgiche eseguibili in regime ambulatoriale".

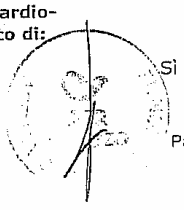
codice paragrafo

ASC

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

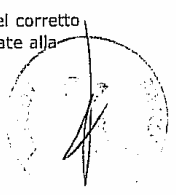
1	I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate	Sì	No
2	Il locale adibito ad ambulatorio ha una superficie non inferiore 16mq	Sì	No
3	E' presente una sala dedicata all'esecuzione delle prestazioni che garantisca il rispetto della privacy dell'utente (con annesso separato spazio spogliatoio)	Sì	No
4	L'ambulatorio è collocato in zona facilmente accessibile, dotata di adeguata segnaletica e rispondente alle normative vigenti in materia di abbattimento delle barriere architettoniche, tale da favorire un agevole afflusso di pazienti	Sì	No
5	Sono presenti spazi per attesa (dotati di numero di posti a sedere adeguato al numero di pazienti che usufruiscono del servizio), per accettazione e per attività amministrative	Sì	No
6	E' presente un locale/spazio per archivio	Sì	No
7	Sono presenti servizi igienici distinti per utenti e personale	Sì	No
8	Sono presenti servizi igienici attrezzati di ausili per la non autosufficienza	Sì	No
9	E' presente un locale/spazio adibito a deposito di materiale pulito	Sì	No
10	E' presente un locale/spazio adibito a deposito di materiale sporco	Sì	No
11	E' presente un locale/spazio adibito a deposito di materiale per pulizie	Sì	No
12	Sono presenti spazi o armadi per deposito di materiali d'uso, attrezzature, strumentazioni	Sì	No
13	E' presente uno locale/spazio spogliatoio per il personale secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di salute e sicurezza sul lavoro	Sì	No
14	Per lo svolgimento delle attività invasive o potenzialmente rischiose è disponibile uno spazio tale da consentire agevoli movimenti del personale	Sì	No
15	I locali hanno pavimenti lavabili e disinfettabili	Sì	No
16	I locali sono dotati di pavimento con raccordo arrotondato alle pareti	Sì	No
17	I locali hanno pareti con rivestimento impermeabile e lavabile per un'altezza di almeno 2 mt.	Sì	No
18	I locali sono dotati di porte a superficie lavabile	Sì	No
19	Nelle sale dedicate alla esecuzione di prestazioni è presente un lavabo in acciaio o ceramica con comando non manuale	Sì	No

20	E' presente un locale/spazio per la preparazione del chirurgo e del personale di supporto all'attività chirurgica, dotato di lavabo in acciaio o in ceramica con comando non manuale	Sì	No
21	E' presente una zona preparazione paziente direttamente comunicante con l'ambulatorio	Sì	No
22	E' presente un deposito/spazio materiali sterili e strumentario chirurgico	Sì	No
23	E' presente uno spazio di sosta per i pazienti che hanno subito l'intervento dotato di servizio igienico (tale spazio può essere opportunamente individuato all'interno di altri locali)	Sì	No
24	Le superfici del locale visita e trattamento sono rivestite da materiale antisdrucciolo, resistente al lavaggio ed alla disinfezione	Sì	No
25	All'interno del locale chirurgico, o in comune con lo spazio per la preparazione del personale sanitario all'atto chirurgico (qualora non esista un servizio centralizzato di sterilizzazione o l'affidamento a centrali esterne), è presente uno spazio/locale per la sterilizzazione e disinfezione dello strumentario	Sì	No
26	Qualora vengano eseguiti esami e/o trattamenti endoscopici, esiste una sala dedicata di superficie non inferiore a 16mq comprensivi sia del locale per l'endoscopia che di un locale distinto per il lavaggio e la disinfezione ad alto livello degli strumenti	Sì	No
27	L'area radiologica (se presente) garantisce lo spazio adeguato per lo svolgimento degli esami diagnostici di 1° livello	Sì	No
28	L'area radiologica (se presente) garantisce uno spazio distinto per il trattamento del materiale sensibile, uno spazio per il deposito dello stesso	Sì	No
29	L'area radiologica (se presente) garantisce un'area distinta per lo spogliatoio del paziente	Sì	No
	REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI		
30	In tutti i locali sono assicurate efficaci condizioni di illuminazione e ventilazione (vedi riferimento normativo vigente)	Sì	No
31	E' presente un impianto di riscaldamento e/o di climatizzazione che assicuri una temperatura degli ambienti di 20°/22° centigradi nel semestre invernale (ora solare) e possibilmente non inferiore a quella esterna per piu di 6° centigradi (e comunque non inferiore a 20° centigradi) nel semestre estivo	Sì	No
32	E' installato un impianto telefonico pubblico utilizzabile dagli utenti	Sì	No
33	Se si utilizzano attrezzature elettriche con parti applicate è presente nodo equipotenziale ed interruttore differenziale con "In" inferiore o uguale a 30mA	Sì	No
34	L'ambulatorio chirurgico è dotato di aspiratore elettrico	Sì	No
35	L'ambulatorio chirurgico è dotato di erogatori di ossigeno a parete	Sì	No
	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
36	Il locale ambulatorio dispone di arredi, attrezzature e presidi medico chirurgici adeguati alla specificità delle attività svolte	Sì	No
37	**E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:**		
	a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No



	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) farmaci salvavita	Sì	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No
38	E' presente un armadietto per la conservazione di farmaci e presidi medico-chirurgici	Sì	No
39	E' presente un frigorifero per la conservazione di farmaci dotato di requisiti idonei alla loro conservazione (segnalatore esterno di temperatura, ecc.)	Sì	No
40	E' presente defibrillatore (con pacing esterno) anche eventualmente in comune con altro ambulatorio attiguo	Sì	No
41	**L'ambulatorio dispone di:**		
	a) lettino/poltrona tecnica idonea al tipo di procedura	Sì	No
	b) lampada scialitica adeguata all'attività chirurgica svolta	Sì	No
	c) aspiratore chirurgico	Sì	No
	d) apparecchiature per il monitoraggio dei parametri vitali in relazione alla tipologia di interventi/pazienti	Sì	No
	e) saturimetro		
42	E' presente, qualora la struttura non usufruisca di un servizio esterno di sterilizzazione, un'autoclave per la sterilizzazione dello strumentario in regola con le disposizioni relative alla direttiva europea 93/42/CEE	Sì	No
43	E' presente (qualora la struttura non usufruisca di un servizio esterno di sterilizzazione) una imbustatrice per ferri	Sì	No
44	E' disponibile nella struttura materiale monouso adeguato allo svolgimento dell'attività chirurgica	Sì	No
45	E' presente un'apparecchiatura per il lavaggio e la disinfezione di alto livello dello strumentario e delle attrezzature (qualora la struttura non usufruisca di un servizio esterno di sterilizzazione)	Sì	No
46	E' presente l'attrezzatura essenziale per la gestione delle emergenze (rianimazione cardio-polmonare di base) di cui viene controllata periodicamente la funzionalità	Sì	No
47	L'attrezzatura, se in comune tra più ambulatori o tra ambulatorio e area di degenza, è posizionata in area contigua ad entrambi	Sì	No
48	Utilizzo dei dispositivi di protezione (in accordo con le normative di settore e/o le Linee Guida ISPESL)	Sì	No
49	Tutti i dispositivi medici di nuova acquisizione rispondono alla direttiva europea 93/42/CEE	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
50	E' garantita la presenza costante durante il processo assistenziale di almeno un medico, indicato quale responsabile delle attività cliniche ed un infermiere	Sì	No
51	Il personale è in numero adeguato agli accessi ambulatoriali e alla tipologia dell'attività svolta	Sì	No

52	Tutti i materiali, farmaci, confezioni soggetti a scadenza, sono disposti in modo tale da mettere in evidenza la data della scadenza stessa	Sì	No
53	Sono documentate le attività ambulatoriali svolte	Sì	No
54	**Per ogni prestazione erogabile vengono esplicitate**		
	a) modalità di prenotazione	Sì	No
	b) tempi d'attesa (max) per la prestazione	Sì	No
	d) eventuale costo della prestazione svolta e modalità di pagamento	Sì	No
	e) modalità amministrative di accesso alla struttura	Sì	No
	f) orari di erogazione delle prestazioni	Sì	No
55	Le registrazioni e le copie dei referti di indagini diagnostiche effettuate in regime di attività ambulatoriale sono conservate secondo le modalità e i tempi sanciti dalla normativa vigente	Sì	No
56	E' presente schedario/sistema informatico per l'archiviazione della documentazione clinica	Sì	No
57	**E' attivato un registro operatorio riportante:**		
	a) fondamentali elementi identificativi del paziente	Sì	No
	b) nominativo del o degli operatori	Sì	No
	c) procedure eseguite con ora di inizio e fine delle stesse e descrizione dell'intervento	Sì	No
	d) tipo di anestesia utilizzata	Sì	No
	e) eventuale prelievo di tessuto biologico per indagini-cito-immuno isto-chimiche		
58	**Esistono e vengono seguiti protocolli dettagliati (secondo linee guida aggiornate) per:**		
	a) la sanificazione degli ambienti	Sì	No
	b) le modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione, confezionamento e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori	Sì	No
	c) smaltimento rifiuti speciali	Sì	No
	d) modalità di utilizzo dei DPI per la gestione del rischio biologico e clinico in accordo con le linee guida ISPELS	Sì	No
59	**Esistono e vengono seguite procedure per:**		
	a) la valutazione dei materiali istologici	Sì	No
	b) la preparazione del paziente all'intervento	Sì	No
	c) la sorveglianza del paziente nell'immediato post-operatorio	Sì	No
	d) il collegamento funzionale ad idonea struttura pubblica o privata situata a distanza compatibile con l'efficace gestione di eventuali complicanze che richiedono il protrarsi dell'osservazione post intervento	Sì	No
	e) raccolta del consenso informato	Sì	No
60	**Le prestazioni effettuate sono registrate specificando:**		
	a) le generalità dell'utente rilevate dal documento sanitario	Sì	No
	b) la tipologia delle prestazioni	Sì	No
61	Esiste e viene seguito un protocollo dettagliato per le procedure di verifica del corretto funzionamento dell'autoclave secondo quanto indicato dalle norme armonizzate alla 93/42/CEE	Sì	No



62	Esistono procedure finalizzate a garantire il confort ed il rispetto della privacy durante l'attività ambulatoriale	Sì	No
63	Vengono seguiti periodicamente corsi di formazione per la rianimazione cardio-polmonare (BLS di basa e BLS avanzato)	Sì	No

5.3 AMBULATORI DELLE PROFESSIONI SANITARIE (INFERMIERE, INFERMIERE PEDIATRICO, OSTETRICO E FISIOTERAPISTA)

Gli ambulatori delle Professioni Sanitarie sono definiti secondo quanto disposto dall'articolo 1 comma 6 punto C e all'articolo 2 comma 1 punto 4 della L.R. 32/2007. L'autorizzazione alla realizzazione e l'autorizzazione all'esercizio vengono richieste secondo quanto disposto dall'art. 3 della L.R. 32/2007

codice paragrafo
APS

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

L'Ambulatorio delle professioni Sanitarie è costituito da:

1	Almeno un locale di espletamento delle attività professionali con una superficie non inferiore a 12 mq.	Sì	No
2	Il/I locale/i dedicato/i alla esecuzione di prestazioni è dotato di pavimento realizzato in materiale impermeabile, facilmente lavabile, ben connesso, con pareti rivestite con materiale impermeabile e lavabile fino all'altezza di 2 mt.	Sì	No
3	I locali sono dotati di porte a superficie lavabile	Sì	No
4	Il/I locale/i dedicato/i alla esecuzione di prestazioni è dotato di lavabo in acciaio o ceramica con comando non manuale	Sì	No
5	E' presente una sala d'attesa illuminata e areata dall'esterno	Sì	No
6	E' presente un servizio igienico illuminato ed areato dall'esterno, ad esclusivo uso dell'ambulatorio con accesso anche dalla sala di attesa, costituito da bagno ed antibagno dotato di pavimenti realizzati in materiale impermeabile, facilmente lavabile e ben connesso. Le pareti devono essere rivestite con materiale impermeabile e lavabile, fino all'altezza di 2 mt. Sono rispettate le norme previste per l'utilizzo da parte di disabili	Sì	No
7	Tutti gli impianti sono realizzati nel rispetto della normativa antinfortunistica	Sì	No
8	E' presente spazio/armadio adibito a deposito di materiale pulito	Sì	No
9	E' presente un idoneo spazio/locale e la relativa attrezzatura per la raccolta e smaltimento dei rifiuti urbani e speciali e per la conservazione della biancheria sporca	Sì	No
10	E' presente un locale spogliatoio per il personale secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di salute e sicurezza sul lavoro	Sì	No

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

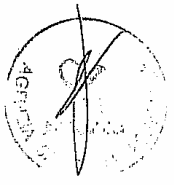
11	E' presente un lettino con possibilità di prestazioni di tipo ginecologico	Sì	No
12	E' presente un armadio per l'idonea conservazione del materiale sanitario con serratura a chiave	Sì	No
13	E' presente un armadio con serratura a chiave per la conservazione dei farmaci da somministrare dietro prescrizione medica	Sì	No
14	Sono presenti apparecchi elettromedicali commisurati alle prestazioni erogabili	Sì	No
15	E' presente un frigorifero	Sì	No
16	E' presente uno schedario chiudibile a chiave per le cartelle cliniche	Sì	No



17	**E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:**		
	a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) farmaci salvavita	Sì	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No
18	E' presente, qualora la struttura non usufruisca di un servizio esterno di sterilizzazione, un'autoclave per la sterilizzazione dello strumentario in regola con le disposizioni relative alla direttiva europea 93/42/CEE	Sì	No
19	E' presente (qualora la struttura non usufruisca di un servizio esterno di sterilizzazione) una imbustatrice per ferri	Sì	No
20	E' disponibile nella struttura materiale monouso adeguato allo svolgimento dell'attività chirurgica	Sì	No
21	E' presente un'apparecchiatura per il lavaggio e la disinfezione di alto livello dello strumentario e delle attrezzature (qualora la struttura non usufruisca di un servizio esterno di sterilizzazione)	Sì	No
	Per gli ambulatori di Fisioterapia inoltre		
22	Il locale ambulatorio permette l'accesso agevole ai pazienti in carrozzina o che utilizzano deambulatori o altri ausili per la deambulazione	Sì	No
23	In presenza di locali open space suddivisi in box è garantita una superficie minima di 4,5 mq per postazione di cura	Sì	No
24	La superficie minima della struttura ambulatoriale è pari a 100 mq di cui almeno 45 mq destinati ad ambiente palestra in maniera tale da permettere contemporaneamente l'esercizio terapeutico (o le attività dinamiche) di 6 pazienti	Sì	No
25	Per ogni ulteriore paziente presente contemporaneamente, la superficie della palestra deve essere incrementata di 5 mq	Sì	No
27	Se la struttura prende in carico pazienti in età evolutiva sono presenti spazi dedicati ed attrezzature specifiche in relazione alle patologie trattate	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
28	**Ai fini del funzionamento dell'Ambulatorio sono necessari:**		
	a) il registro dei pazienti	Sì	No
	b) la cartella infermieristica redatta in cartaceo o con sistema informatizzato in cui riportare il piano assistenziale e le prestazioni infermieristiche effettuate	Sì	No
	c) la cartella fisioterapica, cartacea o informatizzata in cui riportare la valutazione funzionale, la stesura del programma riabilitativo, il piano di trattamento e le verifiche periodiche dello stesso	Sì	No
29	Tutti i materiali, i farmaci e le confezioni riportano in evidenza la data di scadenza	Sì	No
30	Sono presenti schedari per la conservazione delle prescrizioni mediche relative a prestazioni erogabili sulla base delle stesse	Sì	No
31	E' presente documentazione relativa ai titoli di pagamento delle prestazioni erogate secondo gli Accordi Contrattuali stipulati per prestazioni in regime di convenzione oppure documentazione fiscale redatta secondo la normativa vigente per prestazioni erogate a pagamento	Sì	No

Per gli ambulatori di Fisioterapia inoltre

31	Sono presenti attrezzature e presidi per realizzare le varie tipologie di esercizio terapeutico o di rieducazione funzionale negli ambienti dedicati, per attività individuali e/o di gruppo	Si	No
32	Sono presenti attrezzature elettromedicali per la terapia fisica e strumentale di supporto e complemento all'esercizio terapeutico	Si	No
33	Gli eventuali apparecchi elettromedicali collegati alla rete devono essere dotati di nodo equipotenziale ed interruttore differenziale con "in" inferiore o uguale a 30A	Si	No



5.4 AMBULATORIO DI DIABETOLOGIA

codice paragrafo
AMD

Oltre ai requisiti previsti nell'ambulatorio medico requisiti aggiuntivi sono:

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

1	E' disponibile materiale educativo/informativo	Si	No
2	Esistono e vengono applicate procedure per le attività di informazione ed educazione sanitaria specifiche per il settore	Si	No
3	**La Documentazione diabetologica (cartella ambulatoriale) contiene anche informazioni sullo:**		
	a) stato delle complicanze oculari	Si	No
	b) stato delle complicanze cardiovascolari	Si	No
	c) stato delle complicanze neurologiche	Si	No
	d) stato delle complicanze renali	Si	No
	e) data dell'ultima valutazione delle complicanze	Si	No
	f) emoglobina glicata	Si	No
4	**L' Ambulatorio di Diabetologia possiede dati per almeno il 50% dei seguenti temi:**		
	a) il numero di diabetici assistiti ed il suo rapporto con il bacino di utenza espressi come numero totale	Si	No
	b) il numero dei pazienti assistiti insulino-trattati	Si	No
	c) preferibilmente suddivisi in insulino-dipendenti e non	Si	No
	d) il numero dei trattati esclusivamente con regime dietetico	Si	No
	e) la prevalenza delle complicanze dei pazienti diabetici seguiti	Si	No
	f) il numero e tipologia delle prestazioni fornite giornalmente	Si	No
	g) il numero degli accessi non programmati	Si	No
5	**L'ambulatorio di Diabetologia è in possesso di dati, per almeno il 50% dei seguenti temi:**		
	a) incidenza di complicanze	Si	No
	b) incidenza cause di morte	Si	No
	c) episodi di coma chetoacidosico	Si	No
	d) giornate di ricovero per diabete complicato e non	Si	No
	e) percentuale di pazienti in autocontrollo	Si	No
6	Sono presenti procedure per la valutazione delle complicanze di competenza (quando non demandate tramite accordi con altri servizi)	Si	No
7	E' garantito un servizio/funzione di podologia	Si	No
8	Vengono consegnate al paziente informazioni scritte sulle modalità di esecuzione dei test eseguibili a domicilio	Si	No
9	E' garantita la refertazione, nella stessa giornata di accesso, dei principali esami di laboratorio (almeno per Hb glicata e glicemia)	Si	No

5.5 AMBULATORIO ENDOSCOPICO - GASTROENTEREOLOGIA

Oltre ai requisiti previsti nell'ambulatorio medico, *requisiti aggiuntivi sono:*

Codice Paragrafo
AEG

	REQUISITI MINIMI STRUTTURALI TECNOLOGICI		
1	E' previsto un locale adibito ad *ambulatorio con superficie non* inferiore a 16 mq	Sì	No
2	E' previsto un locale/spazio per la preparazione del personale, dotato di lavabo in acciaio o ceramica con *comando non manuale*	Sì	No
3	E' previsto un locale spogliatoio e preparazione utenti separato, annesso/comunicante con l'*ambulatorio*	Sì	No
4	E' previsto un locale, comunicante con l'ambulatorio, per osservazione breve post-endoscopia, *preferibilmente contiguo* al locale spogliatoio e dotato di servizio igienico	Sì	No
5	E' previsto locale separato di almeno 4 mq., da utilizzare per la decontaminazione, la pulizia, la disinfezione e la sterilizzazione *degli endoscopi*	Sì	No
6	**L'ambulatorio endoscopico è dotato di condizionamento ambientale tale da *garantire le seguenti condizioni termo-igrometriche:***		
	a) temperatura invernale e estiva compresa tra 20-24°C	Sì	No
	b) un'*umidità relativa estiva ed invernale del 40- 60%*	*Sì*	*No*
	c) n° dei ricambi aria esterna/ora e purezza dell'aria in funzione del tipo di attività svolta	Sì	No
7	**L'ambulatorio dispone di:**		
	a) un lettino/poltrona tecnica idonea al tipo di procedura	*Sì*	*No*
	b) un aspiratore chirurgico	Sì	No
	c) apparecchiature *per il monitoraggio dei parametri vitali* in relazione alla tipologia di interventi/pazienti (saturimetro)	*Sì*	*No*
	d) saturimetro	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
8	E' definito un protocollo per la decontaminazione, pulizia, disinfezione, sterilizzazione degli endoscopi	Sì	No
9	Esiste un protocollo per la conservazione degli endoscopi	Sì	No
10	***E' presente un registro riportante:***		
	a) fondamentali elementi identificativi del paziente	Sì	No
	b) nominativo del/degli operatori	Sì	No
	c) procedure eseguite e descrizione dell'intervento	Sì	No
	d) data	Sì	No
	e) eventuale richiesta di esame cito-istologico	Sì	No
	f) eventuali complicanze	Sì	No



11	Esistono procedure di collegamento funzionale con idonea struttura pubblica o privata, situata ad una distanza compatibile per l'efficace gestione dell'eventuale complicanza	Sì	No
12	Sono disponibili e vengono applicate procedure per la gestione del paziente sottoposto a sedazione per endoscopia digestiva	Sì	No
13	Sono disponibili procedure per la gestione dei pazienti con malattie infettive (HBV, HIV, HCV ecc.)	Sì	No

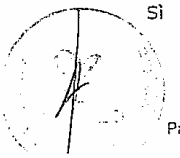
5.6 CENTRO DI I° LIVELLO DI MEDICINA DELLO SPORT

Per ambulatorio di medicina dello sport s'intende la struttura o luogo fisico preposto alla erogazione di prestazioni sanitarie, agli accertamenti e al rilascio di certificazioni di idoneità all'attività sportiva agonistica di cui al D.M. 18/02/1992 e successive modificazioni ed integrazioni e alla L.R. 12/11/1997, n.132 e successive modificazioni ed integrazioni.

codice paragrafo
CMS

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate	Sì	No
2	Il locale ambulatorio ha una superficie non inferiore a 12 mq	Sì	No
3	E' presente una sala dedicata all'esecuzione delle prestazioni che garantisca il rispetto della privacy dell'utente (con annesso separato locale spogliatoio)	Sì	No
4	L'ambulatorio è collocato in zona facilmente accessibile, dotata di adeguata segnaletica e rispondente alle normative vigenti in materia di abbattimento delle barriere architettoniche, tale da favorire un agevole afflusso di utenti	Sì	No
5	Sono presenti spazi per attesa (dotati di numero di posti a sedere adeguato al numero di pazienti che usufruiscono del servizio), per accettazione e per attività amministrative	Sì	No
6	E' presente un locale/spazio per archivio	Sì	No
7	Sono presenti servizi igienici distinti per utenti e personale	Sì	No
8	Sono presenti servizi igienici attrezzati di ausili per la non autosufficienza	Sì	No
9	E' presente spazio/locale adibito a deposito di materiale pulito	Sì	No
10	E' presente spazio/locale adibito a deposito di materiale sporco	Sì	No
11	E' presente spazio/locale adibito a deposito di materiale per pulizie	Sì	No
12	Sono presenti spazi o armadi per deposito di materiali d'uso, attrezzature, strumentazioni	Sì	No
13	E' presente un locale spogliatoio per il personale secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di salute e sicurezza sul lavoro	Sì	No
14	Per lo svolgimento delle attività diagnostico-strumentali è disponibile uno spazio tale da consentire agevoli movimenti del personale	Sì	No
15	I locali hanno pavimenti lavabili e disinfettabili	Sì	No
16	I locali sono dotati di pavimento con raccordo arrotondato alle pareti	Sì	No
17	I locali hanno pareti con rivestimento impermeabile e lavabile per un'altezza di almeno 2 mt.	Sì	No
18	I locali sono dotati di porte a superficie lavabile	Sì	No
19	Nelle sale dedicate alla esecuzione di prestazioni è presente un lavabo in acciaio o ceramica con comando non manuale	Sì	No
20	Gli arredi sono a superficie facilmente lavabile e disinfettabile	Sì	No



REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI

21	In tutti i locali sono assicurate efficaci condizioni di illuminazione e ventilazione (vedi riferimento normativo vigente)	Sì	No
22	E' presente un impianto di riscaldamento e/o di climatizzazione che assicuri una temperatura degli ambienti di 20°/22° centigradi nel semestre invernale (ora solare) e possibilmente non inferiore a quella esterna per più di 6° centigradi (e comunque non inferiore a 20° centigradi) nel semestre estivo	Sì	No
23	Se si utilizzano attrezzature elettriche con parti applicate è presente nodo equipotenziale ed interruttore differenziale con "In" inferiore o uguale a 30mA	Sì	No

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

L'ambulatorio è dotato di:

24	Lettino	Sì	No
25	Fonendoscopio	Sì	No
26	Martelletto	Sì	No
27	Bilancia	Sì	No
28	Statimetro	Sì	No
29	Sfigmomanometro	Sì	No
30	Tavola ottometrica decimale	Sì	No
31	Tavola di Ishihara	Sì	No
32	Spirometro	Sì	No
33	Strumentario per test urine (facoltativo)	Sì	No
34	Scalino graduabile(cm 30-40-50)	Sì	No
35	Elettrocardiografo dotato di monitor con almeno 3 canali	Sì	No
36	E' presente almeno un defibrillatore (con pacing esterno)	Sì	No
37	Sono presenti attrezzature specifiche per il rilascio di certificazioni che richiedono esami specialistici integrativi	Sì	No
26	**E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:**		
	a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) farmaci salvavita	Sì	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No
39	E' presente un armadietto per la conservazione di farmaci e presidi medico-chirurgici	Sì	No
40	E' presente un frigorifero per la conservazione dei farmaci dotato di requisiti idonei alla loro conservazione (segnalatore esterno di temperatura ecc.)	Sì	No

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

41	Durante lo svolgimento dell'attività ambulatoriale è prevista la presenza costante di almeno un medico specialista in medicina dello sport indicato quale responsabile delle attività svolte nell'ambulatorio	Sì	No
42	Esistono procedure di collegamento stabile con centri autorizzati a praticare gli esami diagnostici previsti dal D.M. 18/02/1982 e D.M. 23/02/1983 in rapporto alle singole tipologie di sport per le quali s'intende rilasciare la certificazione	Sì	No
43	Esiste cartella clinica ove siano documentate tutte le attività clinico-diagnostiche	Sì	No
44	Il centro si è dotato della consulenza cardiologica strutturata	Sì	No
45	**Per ogni prestazione erogabile vengono esplicitate:**		
	a) modalità di prenotazione	Sì	No
	b) tempi d'attesa (max) per la prestazione	Sì	No
	c) le modalità di gestione delle liste d'attesa	Sì	No
	d) eventuale costo della prestazione svolta e modalità di pagamento	Sì	No
	e) modalità amministrative d'accesso alla struttura	Sì	No
	f) orari di erogazione delle prestazioni	Sì	No
46	**Le prestazioni effettuate sono registrate specificando:**		
	a) le generalità dell'utente rilevate dal documento sanitario	Sì	No
	b) la tipologia delle prestazioni	Sì	No
47	E' presente schedario/sistema informatico per l'archiviazione della documentazione clinica	Sì	No
48	Le registrazioni e le copie dei referti di indagini diagnostiche effettuate in regime d'attività ambulatoriale sono effettuate secondo le modalità e i tempi sanciti dalla normativa vigente	Sì	No
49	**Esistono e vengono seguiti protocolli per garantire l'efficacia delle procedure di:**		
	a) sanificazione degli ambienti	Sì	No
	b) detersione, lavaggio, disinfezione di tutti gli strumenti ed accessori	Sì	No
	c) sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori che richiedono tale trattamento	Sì	No
50	Esistono procedure finalizzate a garantire il confort ed il rispetto della privacy durante le attività ambulatoriali	Sì	No
51	Vengono seguiti periodicamente corsi di formazione per la rianimazione cardio-polmonare (BLS di base e BLS avanzato)	Sì	No



5.7 AMBULATORI ODONTOIATRIA

codice paragrafo
AMO

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate	Sì	No
2	La sala, per l'esecuzione delle prestazioni, è di dimensioni non inferiori a 9 mq. per riunito e garantisce il rispetto della privacy dell'utente	Sì	No
3	E' presente un area di attesa dotata di un numero di posti a sedere adeguato al numero di pazienti che usufruiscono del servizio	Sì	No
4	E' presente un locale per accettazione/attività amministrative	Sì	No
5	Esistono servizi igienici separati per utenti e personale	Sì	No
6	Esiste spazio/armadio per deposito di materiale pulito	Sì	No
7	Esiste locale/spazio per deposito del materiale sporco	Sì	No
8	Sono presenti spazi o armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni sterili	Sì	No
9	Le pareti perimetrali (per un'altezza di 2 mt) e i pavimenti sono lavabili e disinfettabili	Sì	No
10	I locali sono dotati di porte a superfici lavabili	Sì	No
11	Esiste un locale per la detersione e la sterilizzazione dello strumentario ed attrezzature (quando praticate in loco)	Sì	No
12	Se NO, esiste una procedura che regolamenta l'affidamento di tale attività all'esterno	Sì	No
13	E' presente un spazio per la raccolta e stoccaggio dell'amalgama separato dal locale in cui si effettua la prestazione	Sì	No

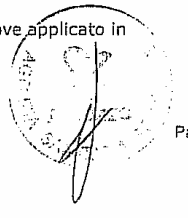
REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI ED IMPIANTISTICI

14	In tutti i locali sono assicurate efficaci condizioni di illuminazione e ventilazione	Sì	No
15	E' presente un lavello a comando non manuale con dispenser per sapone ed asciugamani monouso per ogni sala in cui si effettuano le prestazioni	Sì	No
16	L'ambulatorio è dotato di nodo equipotenziale ed interruttore differenziale con "IN" inferiore o uguale a 30 mA	Sì	No
17	Gli impianti a servizio dei locali adibiti ad attività sanitarie sono verificati secondo la periodicità prevista da norme di buona tecnica (Norme CEI)	Sì	No
18	Sono effettuati i collaudi di accettazione per le apparecchiature biomediche di nuova acquisizione ed è mantenuta adeguata documentazione	Sì	No
19	Le apparecchiature sono corredate della documentazione prevista dalla legge (libretti autoclavi, manuali d'uso, etc.)	Sì	No

20	E' presente, nell'ambulatorio odontoiatriaco, almeno un apparecchio radiologico, dotato di un kit di centratori autoclavabili, per l'esecuzione degli RX endorali è in regola con la normativa vigente in materia di radioprotezione *Nota:* *tale requisito non è applicabile nel caso in cui vengano svolte esclusivamente attività di ortognatodonzia*	Sì No Sì No
21	E' presente un'imbustatrice per strumenti allorchè non si utilizzino buste autosigillanti che rispondano alle direttive europee vigenti	Sì No
22	E' presente una autoclave per la sterilizzazione dello strumentario, idonea alla sterilizzazione di dispositivi medici, che risponde alla direttiva europea 93/42/CEE relativa ai dispositivi medici (quando praticata in loco) *Nota :* *tale requisito non è applicabile nel caso in cui la struttura usufruisca di un servizio di sterilizzazione centralizzato o appaltato purchè risponda ai requisiti del capitolo 6.13*	Sì No
23	E' presente una vasca ad ultrasuoni ed un lavello fornito di acqua calda e fredda per la detersione degli strumenti *Nota:* *tale requisito non è applicabile nel caso in cui la struttura usufruisca di un servizio di sterilizzazione centralizzato o appaltato*	Sì No
24	Il riunito è dotato di attrezzature e/o sistemi antireflusso che evitano la contaminazione crociata	Sì No
26	**E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:**	
	a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure	Sì No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì No
	e) materiale per medicazione	Sì No
	f) farmaci salvavita	Sì No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì No

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

26	Durante lo svolgimento dell'attività odontoiatrica è presente almeno un odontoiatra o un medico autorizzato all'esercizio della professione odontoiatrica	Sì No
27	Le prestazioni di igiene orale sono svolte da odontoiatri e/o medici abilitati all'esercizio della professione odontoiatrica e/o da igienisti diplomati	Sì No
28	Tutti i materiali, farmaci, confezioni soggetti a scadenza, portano in evidenza la data della scadenza stessa	Sì No
29	Nell'ambulatorio vengono correntemente utilizzati i seguenti DPI: guanti monouso, visiere per la protezione degli occhi, naso e bocca oppure occhiali a lenti larghe e mascherina, dighe	Sì No
30	**Esistono e vengono seguiti protocolli/procedure dettagliati (secondo linee guida aggiornate e basate sui risultati della ricerca scientifica) per garantire l'efficacia delle procedure di:**	
	a) sanificazione degli ambienti	Sì No
	b) detersione, lavaggio, disinfezione di tutti gli strumenti ed accessori	Sì No
	c) confezionamento e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori (ove applicato in loco)	Sì No



	d) decontaminazione,pulizia ambientale, antisepsi, disinfezione, sterilizzazione	Sì	No
	e) smaltimento di tutti i rifiuti secondo la normativa vigente	Sì	No
	f) precauzioni universali o standard	Sì	No
	g) precauzioni atte ad evitare la trasmissione di microrganismi per contatto, per via aerea e tramite goccioline di "droplet" (precauzioni di isolamento)	Sì	No
	h) gestione dei dispositivi di protezione per il personale sanitario	Sì	No
	i) gestione del rischio biologico	Sì	No
	e) precauzione per ridurre il rischio di infezione nell'esecuzione delle specifiche procedure invasive effettuate	Sì	No
	f) prelievo conservazione e trasporto dei materiali biologici da sottoporre ad accertamento	Sì	No
31	E' prevista una procedura che garantisca la rintracciabilità dei materiali impiantabili	Sì	No
32	Sono previsti controlli documentati e le verifiche del processo di sterilizzazione *Nota :* *tale requisito non è applicabile nel caso in cui la struttura usufruisca di un servizio di sterilizzazione centralizzato o appaltato che comunque deve rispondere ai requisiti del capitolo 6.13*	Sì	No
33	Annualmente l'apparecchiatura è certificata nella concordanza dei parametri di temperatura e pressione registrati all'interno della camera di sterilizzazione	Sì	No
34	Esiste un protocollo/procedura per la verifica periodica delle misure di radioprotezione, da parte di un esperto qualificato (solo per gli studi che utilizzano apparecchi radiologici)	Sì	No
35	Viene rispettata la normativa vigente in termini di E.C.M.	Sì	No

5.8 AMBULATORIO VACCINALE

codice paragrafo
AVA

	REQUISITI MINIMI STRUTTURALI		
1	Il locale ambulatorio ha una superficie non inferiore a 12 mq	Sì	No
2	E' presente una sala dedicata all'esecuzione delle prestazioni che garantisca il rispetto della privacy dell'utente (con annesso separato spazio spogliatoio)	Sì	No
3	L'ambulatorio è collocato in zona facilmente accessibile, dotata di adeguata segnaletica e rispondente alle normative vigenti in materia di abbattimento delle barriere architettoniche, tale da favorire un agevole afflusso di pazienti	Sì	No
4	Sono presenti spazi per attesa (dotati di numero di posti a sedere adeguato al numero dei pazienti che fruiscono del servizio)	Sì	No
5	E' presente un locale/spazio per archivio	Sì	No
6	Sono presenti servizi igienici distinti per utenti e personale	Sì	No
7	Sono presenti servizi igienici attrezzati di ausili per la non autosufficienza	Sì	No
8	E' presente spazio/locale adibito a deposito di materiale pulito	Sì	No
9	E' presente locale adibito a deposito di materiale sporco	Sì	No
10	E' presente spazio/locale adibito a deposito di materiale per pulizie	Sì	No
11	E' presente spazi/armadi per deposito di materiali d'uso, attrezzature, strumentazioni	Sì	No
12	E' presente un locale spogliatoio per il personale secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di salute e sicurezza sul lavoro	Sì	No
13	I locali hanno pavimenti lavabili e disinfettabili	Sì	No
14	I locali sono dotati di pavimenti con raccordo arrotondato alle pareti	Sì	No
15	I locali hanno pareti con rivestimento impermeabile e lavabile per un'altezza di almeno 2 mt.	Sì	No
16	I locali sono dotati di porte a superficie lavabile	Sì	No
17	Nelle sale dedicate alla esecuzione di prestazioni è presente un lavabo in acciaio o ceramica con comandi non manuali	Sì	No
18	E' installato un impianto telefonico pubblico utilizzabile dagli utenti	Sì	No
	REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI		
19	In tutti i locali sono assicurate efficaci condizioni di illuminazione e ventilazione (vedi riferimento normativo vigente)	Sì	No



20	E' presente un impianto di riscaldamento e/o di climatizzazione che assicuri una temperatura degli ambienti di 20°/22° centigradi nel semestre invernale (ora solare) e possibilmente non inferiore a quella esterna per più di 6° gradi centigradi (e comunque non inferiore a 20° centigradi) nel semestre estivo	Sì	No

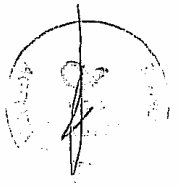
REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

21	Il locale ambulatorio dispone di arredi, attrezzature e presidi medico chirurgici adeguati alla specificità delle attività svolte	Sì	No
22	**E' presente un carrello per la gestione delle emergenze con la seguente dotazione minima farmacologica e strumentale:**		
	a) adrenalina fiale 1:1000 (conservate in frigorifero)	Sì	No
	b) cortisonici	Sì	No
	c) antistaminici	Sì	No
	d) broncodilatatori	Sì	No
	e) flaconi e fiale di soluzione fisiologica	Sì	No
	f) ossigeno umidificato	Sì	No
	g) pallone ambu adulti/pediatrico con mascherina di diverse dimensioni in relazione all'età	Sì	No
	h) fonendoscopio	Sì	No
	i) sfigmomanometro con bracciali di varie misure in relazione all'età	Sì	No
	l) sostegno per infusione	Sì	No
	m) materiale occorrente per la somministrazione parenterale dei farmaci	Sì	No
23	E' presente per ogni punto vaccinale un frigorifero per conservazione vaccini dotato di termometro ed allarme di temperatura (max/min)	Sì	No
24	E' presente un locale dedicato a magazzino per lo stoccaggio di vaccini	Sì	No
25	E' presente all'interno del magazzino per lo stoccaggio dei vaccini un frigorifero con rilevazione continua della temperatura ed allarme di temperatura (max/min)	Sì	No
26	Laddove presente un magazzino per lo stoccaggio dei vaccini è presente un impianto di emergenza che garantisca la continuità della erogazione di energia elettrica	Sì	No

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

27	E' stato redatto un documento in cui sono esplicitate le strategie vaccinali, gli obiettivi di copertura della popolazione bersaglio ed è pianificata l'attività del servizio sulla base del calendario vaccinale	Sì	No
28	Durante lo svolgimento dell'attività ambulatoriale è prevista la presenza costante di almeno un medico nella struttura, indicato quale responsabile delle attività cliniche svolte nell'ambulatorio	Sì	No
29	Tutti i materiali, i farmaci e le confezioni riportano in evidenza la data della scadenza	Sì	No
30	Il servizio ha a disposizione un'anagrafe dei residenti, anche temporanei, aggiornata ogni 30 giorni	Sì	No
31	E' stata predisposta un'anagrafe vaccinale gestita con supporto informatico	Sì	No

32	Esiste un registro o uno schedario dei vaccinati ordinato per anno di nascita su cui vengono annotati dati anagrafici e dosi somministrate	Sì	No
33	E' predisposto un sistema informatizzato che gestisca la registrazione e l'archiviazione dell'avvenuta vaccinazione	Sì	No
34	**Esiste un registro giornaliero in cui vengono trascritti:**		
	a) dati anagrafici del vaccinato	Sì	No
	b) tipo di vaccino e nome commerciale	Sì	No
	c) n° della dose	Sì	No
	d) ditta fornitrice	Sì	No
	e) data di somministrazione	Sì	No
	f) note (ad es. residenza, professione, ecc.)	Sì	No
	g) operatori presenti al momento della vaccinazione	Sì	No
35	E' predisposta una procedura scritta per la gestione dell'anagrafe vaccinale in cui venga individuato un responsabile dell'anagrafe vaccinale	Sì	No
36	Viene redatto un piano annuale per l'approvvigionamento dei vaccini sulla base delle necessità previste e dei dati storici	Sì	No
37	Sono presenti procedure scritte per la corretta conservazione dei vaccini (viene assicurata la catena del freddo)	Sì	No
38	Il personale è stato addestrato alla gestione delle situazioni di emergenza (PBLS/BLS)	Sì	No
39	Esiste una procedura scritta per la gestione, la notifica ed il follow-up degli eventi avversi immediati e tardivi	Sì	No
40	Esiste la procedura scritta per l'acquisizione del Consenso Informato/dissenso	Sì	No
41	Sono garantite le misure per il rispetto del Codice in materia di protezione dei dati personali e sensibili	Sì	No
42	Sono predisposte annualmente campagne di informazione ed educazione sanitaria sul tema vaccinazioni nella comunità	Sì	No
43	E' presente cartella/scheda clinica che contenga informazioni sulle storia clinica individuale con particolare attenzione ad eventuali controindicazioni relative o assolute (allergie note, documentabili, sospette, patologie immunologiche e pregresse reazioni vaccinali)	Sì	No
44	Vengono seguiti periodicamente corsi di formazione per la rianimazione cardio-polmonare (BLS di base)	Sì	No



5.9 SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO (LABORATORIO ANALISI E ANATOMIA PATOLOGICA) E PUNTO PRELIEVO ESTERNO

Il capitolo è costituito da: Laboratorio Analisi, Anatomia Patologica.

L'attività di medicina di laboratorio fornisce informazioni ottenute con metodi chimici, fisici o biologici su tessuti o liquidi di origine umana o su materiali connessi alla patologia umana, ai fini della prevenzione, della diagnosi, del monitoraggio della terapia e del decorso della malattia e ai fini della ricerca.La tipologia di prestazioni eseguite nei diversi laboratori e la dotazione strumentale hanno un diverso grado di complessità commisurato alla realtà sanitaria ed alla tipologia dei quesiti diagnostici posti al laboratorio.

1. Laboratorio a valenza territoriale: nel caso in cui nell'ambito dell'Azienda Sanitaria sussistano Presidi Ospedalieri di territorio con attività di ricovero e che i tempi di trasporto verso la struttura di riferimento siano incompatibili con le necessità assistenziali, deve essere garantita un'attività di laboratorio d'urgenza, nella quale siano svolte attività diagnostiche per pannelli di esami definiti e condivisi. Questi nodi periferici dei "Laboratori in rete", necessitano di tecnologie leggere e integrata, su cui venga consolidato lo maggior numero dei test effettuati e di personale tecnico, con collegamento telematico all'interno di un "Laboratorio Unico Logico" aziendale. Tali laboratori svolgono il lavoro nel turno antimeridiano 8.00 - 14.00 facendo riferimento ai laboratori di base e/o generali per il turno pomeridiano, notturno e festivo. Per particolari necessità cliniche, sulla scorta di valutazioni di efficacia e di efficienza, nei reparti di degenza degli ospedali di territorio possono essere utilizzati sistemi decentrati di analisi (POCT).

2. **Laboratori generali di base:** sono laboratori ad organizzazione semplice e unitaria che possono svolgere indagini nell'ambito della biochimica clinica e tossicologica, dell'ematologia ed emocoagulazione, dell'immunoematologia, della microbiologia, sieroimmunologia. Possono essere a gestione pubblica o privata ed operare isolatamente o nell'ambito di strutture territoriali poliambulatoriali, di case di cura private e di presidi ospedalieri di minore complessità. (erogano prestazioni di I livello).

3. **Laboratori specializzati**: esplicano indagini diagnostiche monospecialistiche ad elevato livello tecnologico e professionale nell'ambito della biochimica clinica e tossicologica, dell'ematologia ed emocoagulazione, dell'immunoematologia, della microbiologia, della virologia, della citoistopatologia, della biologia molecolare e della genetica di laboratorio. Possono essere a gestione pubblica o privata ed operare nell'ambito di Aziende USL, di Aziende Ospedaliere, di Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e di Ospedali clinicizzati. (erogano prestazioni di III livello).

4. **Laboratori generali di base con settori specializzati:** sono laboratori ad organizzazione complessa che comprendono Unità Operative o moduli specializzati (giustificati dalla varietà di tipologia analitica, complessità dei quesiti diagnostici proposti, carico di lavoro) ed utilizzano tecnologie di livello superiore. Tali laboratori possono svolgere indagini diagnostiche nell'ambito degli specifici settori di cui ai punti 1 e 2. Possono essere a gestione pubblica o privata ed operare nell'ambito di Aziende USL, di Aziende Ospedaliere, di Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e di Ospedali clinicizzati.I requisiti strutturali, organizzativi e di valutazione e miglioramento della qualità devono essere posseduti da tutte le tipologie di laboratorio di cui sopra.I requisiti tecnologici invece si differenziano per tipologia di Laboratorio, quindi per quanto riguarda i Laboratori Specializzati, questi devono fare riferimento esclusivamente alle normative vigenti (erogano prestazioni di I e II livello).

5. POCT in reparti di degenza e/o servizi: è possibile che i POCT (Point of Care Testing) vengano utilizzati nei reparti e/o servizi per erogazione di prestazioni totalmente automatizzate da operatori che non hanno le specifiche professionalità richieste agli operatori del laboratorio (quale sussidio diagnostico, non alternativo).

I requisiti strutturali, organizzativi e di valutazione e miglioramento della qualità devono essere posseduti da tutte le tipologie di laboratorio di cui sopra.

I requisiti tecnologici invece si differenziano per tipologia di Laboratorio, quindi per quanto riguarda i Laboratori Specializzati, questi devono fare riferimento esclusivamente alla parte specifica di ogni settore specializzato che la caratterizza.

Per le strutture private i requisiti minimi tecnologici sono quelli previsti:

A) dei LABORATORI GENERALI DI BASE per le indagini nell'ambito della biochimica clinica e tossicologica, dell'ematologia ed emocoagulazione, della sieroimmunologia per la SPECIALISTICA DI MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE.

B) dei LABORATORI GENERALI DI BASE per le indagini nell'ambito della biochimica clinica e tossicologica, dell'ematologia ed emocoagulazione, dell'immunoematologia, della microbiologia e sieroimmunologia per i Servizi di MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA.

codice paragrafo
LAN

REQUISITI COMUNI A TUTTI I LABORATORI

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI GENERALI

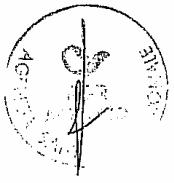
1	I locali e gli spazi sono riferiti alla tipologia e al volume delle attività erogate	Sì	No
2	E' facilmente accessibile anche ad utenti disabili	Sì	No
3	E' presente locale/spazio per accettazione	Sì	No
4	L'area di attesa è dotata di un adeguato numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza degli accessi	Sì	No
5	Servizi igienici secondo la normativa vigente	Sì	No
6	Sono presenti servizi igienici distinti per utenti e personale	Sì	No
7	Sono presenti servizi igienici attrezzati di ausili per la non autosufficienza	Sì	No
8	E' presente spazio/locale adibito a deposito di materiale pulito	Sì	No
9	E' presente spazio/locale adibito a deposito di materiale sporco	Sì	No
10	Il locale per il prelievo è di almeno 6 mq	Sì	No
11	Il locale per il prelievo consente il rispetto della privacy dell'utente	Sì	No
12	Sono presenti per lo svolgimento delle attività diagnostiche almeno due locali di superficie complessiva non inferiore a 40 mq. od uno divisibile con pareti mobili	Sì	No
13	E' presente almeno un locale per l'esecuzione delle analisi di base e un locale per ogni settore specializzato	Sì	No
14	E' presente un locale per le attività amministrative e di archivio	Sì	No
15	Le superfici di lavoro, pavimenti e scarichi sono impermeabili e lavabili fino a due metri dal pavimento	Sì	No
16	Le superfici di lavoro, pavimenti e scarichi sono resistenti all'azione di acidi, alcali, solventi organici e sorgenti di calore	Sì	No
17	I locali sono dotati di porte a superficie lavabile	Sì	No
18	Gli arredi sono a superficie facilmente lavabile e disinfettabile	Sì	No
19	E' presente un locale per il trattamento del materiale d'uso (qualora non si utilizzi esclusivamente materiale monouso)	Sì	No



20	E' presente un locale/spazio per lo stoccaggio dei materiali d'uso	Sì	No
21	Se presente, la microbiologia è in un locale separato di almeno 12 mq	Sì	No
22	Per ogni settore specializzato la superficie totale aumenta di altri 20 mq	Sì	No
23	La superficie totale non è inferiore ai 100 mq	Sì	No
	REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI		
	Caratteristiche microclimatiche		
24	Temperatura invernale/estiva: 20°C - 28°C	Sì	No
25	Umidità relativa: 40% - 60%	Sì	No
26	Numero ricambi aria/ora: 5 v/h. Sono ammessi 2 v/h di aria esterna a condizione che le cappe nei locali dove si effettuano le analisi siano in numero e di tipo tale a garantire l'estrazione completa degli inquinanti o le operazioni siano effettuate in ciclo chiuso e comunque con l'esclusione dei laboratori dove si prevede la presenza di agenti biologici dei gruppi 3 o 4	Sì	No
27	In presenza di agenti biologici dei gruppi 3 e 4, gli ambienti in cui si opera sono con pressione negativa	Sì	No
28	Classe di purezza: filtrazione ad alta efficienza con filtri aventi campo di efficienza 60-95%. In caso si preveda la presenza di agenti biologici dei gruppi 3 o 4 si applica quanto previsto dalla normativa vigente in materia di "Esposizione ad agenti biologici" finalizzata alla salute e sicurezza dei lavoratori	Sì	No
29	Il valore del ricambio di aria è compatibile con l'aria espulsa attraverso le cappe	Sì	No
	Caratteristiche illuminotecniche		
30	Illuminazione di esercizio: 300 lx illuminazione generale e servizi, 500-750 lx illuminazione laboratori	Sì	No
	Impianto idrico sanitario		
31	Gli scarichi di laboratorio fanno capo a opportune vasche per eventuali pretrattamenti o periodi di decantazione prima dell'immissione nella fognatura esterna con pozzetto di prelievo campione (allorché lo smaltimento dei rifiuti speciali solidi e liquidi, in quantità proporzionale al volume di attività, non avvenga tramite ditta esterna specializzata e autorizzata)	Sì	No
	Impianti speciali e vari		
32	Impianto rilevazione incendi	Sì	No
33	Impianto rilevazione fughe di gas	Sì	No
34	Impianto gas tecnici	Sì	No
	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
35	Le tecnologie utilizzate sono adeguate (in relazione alla tipologia del laboratorio) rispetto a quanto indicato nel piano delle attività relativamente a: case mix, carico di lavoro, tempi indicati di risposta	Sì	No

REQUISITI SPECIFICI PER I LABORATORI GENERALI DI BASE

36	E' presente un analizzatore automatico per esami emocromocitometrici ad almeno 8 parametri	Sì	No
37	E' presente un analizzatore automatico per chimica-clinica ed eventuale sistema distinto per l'esecuzione degli elettroliti (se non compreso in altra strumentazione)	Sì	No
38	E' presente uno strumento, almeno semiautomatico, per elettroforesi	Sì	No
39	E' presente un analizzatore almeno semiautomatico per coagulazione	Sì	No
40	E' presente un analizzatore per immunometria	Sì	No
41	E' presente un analizzatore, almeno semiautomatico, per esame urine	Sì	No
42	Sono presenti delle centrifughe in numero adeguato	Sì	No
43	E' presente un microscopio bioculare con contrasto di fase	Sì	No
44	E' presente un agitatore	Sì	No
45	E' presente un termostato	Sì	No
46	E' presente un incubatore	Sì	No
47	E' presente un frigorifero con congelatore a -25°C	Sì	No
48	E' presente un fotometro	Sì	No
49	**Qualora vengano eseguiti esami microbiologici colturali sono presenti anche:**		
	a) una cappa a flusso laminare verticale (classe I) allorché si eseguano esami di "batteriologia di base" (agenti biologici di gruppo 1 e 2 non invasivi)	Sì	No
	b) una cappa a flusso laminare verticale (classe II) nei laboratori con settore specializzato di microbiologia (agenti biologici di gruppo 3 e 4 o amplificazione PCR)	Sì	No
	c) un dispositivo per la coltivazione dei germi in microaerofilia (qualora il laboratorio effetui ricerche di batteri anaerobi)	Sì	No
	d) un microscopio a fluorescenza (qualora si eseguano esami in fluorescenza)	Sì	No
	e) una autoclave	Sì	No
	f) un incubatore a 37C°	Sì	No
50	Sono presenti attrezzature generali di base per effettuare misure di volume e di peso	Sì	No
51	**E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:**		
	a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No



	f) farmaci salvavita	Sì	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No

PER I LABORATORI GENERALI DI BASE CON SETTORI SPECIALIZZATI E LABORATORI SPECIALIZZATI:

Oltre alla dotazione prevista per i laboratori generali di base, per ogni settore specializzato sono previsti i seguenti requisiti tecnologici/strutturali:

Settore Biochimica clinica e tossicologica

52	Qualora vengano effettuate analisi immunometriche con isotopi marcati sono presenti contatori gamma o beta manuali o automatici	Sì	No
53	Qualora vengano effettuate analisi immunometriche, i locali possiedono i sistemi di protezione previsti dalla vigente legislazione, così come adeguati sistemi di raccolta e smaltimento di materiale radioattivo	Sì	No
54	E' presente uno spettrofotometro UV-visibile	Sì	No
55	E' presente una cappa chimica	Sì	No
56	E' presente un gas-cromatografo o HPLC (qualora si eseguano esami tossicologici)	Sì	No
57	E' presente una bilancia analitica di precisione (sensibilità 0,1mg)	Sì	No
58	E' presente uno spettrofotometro ad assorbimento atomico (qualora si eseguano determinazioni di metalli pesanti)	Sì	No

Settore Ematologia e Coagulazione

59	E' presente un analizzatore ematologico automatico multiparametrico con possibilità di esecuzione della formula leucocitaria a 5 popolazioni	Sì	No
60	E' presente un coagulometro almeno semiautomatico che esegue anche tecniche cromogeniche	Sì	No
61	E' presente un citofluorimetro (qualora si esegua la determinazione delle sottopopolazioni linfocitarie)	Sì	No

Settore Microbiologia, Virologia e Sieroimmunologia

62	E' presente un termostato a CO_2 (o idoneo sistema per la produzione di ambiente a CO_2)	Sì	No
63	E' presente un microscopio bioculare con accessori per fluorescenza e contrasto di fase	Sì	No
64	E' presente un sistema, almeno semiautomatico, per identificazione germi ed antibiogrammi	Sì	No
65	E' presente un sistema, almeno semiautomatico, per microplastre per gli esami che richiedono una espressione quantitativa dei risultati	Sì	No
66	E' presente un incubatore	Sì	No
67	Qualora vengano effettuati esami colturali per micobatteri, utilizzanti C14, i locali a ciò destinati sono in possesso dei sistemi di protezione previsti dalla vigente legislazione	Sì	No

68	Qualora vengano effettuati esami colturali per micobatteri, utilizzanti C14, i locali a ciò destinati sono in possesso di sistemi di raccolta e smaltimento del materiale radioattivo secondo quanto previsto dalla legge	Sì	No
69	Qualora si eseguano test che prevedono l'amplificazione genica è presente un sistema per l'esecuzione di reazioni di amplificazione genica (termociclatore, cappa per estrazione, gel elettroforesi)	Sì	No
70	E' presente un sistema, almeno semiautomatico, per l'esecuzione di indagini di sierologia batteriologica, virologica e parassitologica	Sì	No
	SETTORE GENETICA		
71	Tutte le attrezzature e gli equipaggiamenti per Citogenetica, Genetica Molecolare e Immunogenetica sono adeguati al volume e alla tipologia delle analisi eseguite e rispondono agli standard della Comunità Europea (approvazione CE)	Sì	No
72	Tutti gli strumenti considerati "critici" sono presenti almeno in doppio, con collegamenti elettrici e allarmi indipendenti	Sì	No
73	Laboratori di tipizzazione tissutale soddisfano i requisiti previsti per l'accreditamento EFI (European Federation of Immunogenetics)	Sì	No
74	Nel laboratorio di Citogenetica è presente almeno un locale/spazio per ogni settore specializzato, con caratteristiche igrotermiche controllabili e costanti tali da consentire una standardizzazione e riproducibilità dei protocolli impiegati e un ottimale	Sì	No
75	E' presente un locale attiguo ma separato dal precedente, dove sono eseguite le analisi microscopiche	Sì	No
	Laboratorio di Genetica molecolare e laboratorio di Immunogenetica		
76	Esiste un locale "zona pulita" per la preparazione dei reagenti, la separazione del DNA dei campioni in arrivo e la messa a punto della reazione di amplificazione	Sì	No
77	Esiste un locale "zona sporca" in cui vengono effettuati la reazione di amplificazione, l'esecuzione dei test e la valutazione dei dati ottenuti	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
78	Il direttore responsabile è presente nel laboratorio durante il normale orario di lavoro per almeno 30 ore settimanali (per le strutture private)	Sì	No
79	Nel caso in cui il Direttore responsabile sia un chimico è presente un laureato in medicina	Sì	No
80	Nel caso in cui il Direttore responsabile sia un biologo è presente un biologo autorizzato ad effettuare prelievi venosi nel rispetto della normativa regionale vigente *Nota:* *il direttore responsabile può anche ricoprire il ruolo di biologo autorizzato ad effettuare prelievi venosi*	Sì	No
81	Il biologo autorizzato ad effettuare prelievi venosi ripete a cadenza annuale il corso B.L.S.D. per il pronto soccorso e la rianimazione	Sì	No
82	Il personale laureato e/o tecnico è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate	Sì	No
83	I Laboratori delle strutture dove operano reparti intensivi o semintensivi e/o Dipartimenti di Emergenza assicurano l'attività analitica e regolamentano la consulenza diagnostico-specialistica 24 ore su 24	Sì	No

84	Esiste una procedura scritta per l'organizzazione del lavoro nei giorni festivi e nelle ore notturne, sia come pannello di esami disponibili, che come modalità di erogazione del servizio, in cui viene indicato il personale addetto (numero, qualifica, funzioni e responsabilità delle varie figure professionali)	Sì	No

Accesso al prelievo

85	Il laboratorio dispone di un opuscolo informativo sul Servizio per gli utenti che contiene almeno le modalità di accesso (sedi e orari, modalità di prenotazione ed accettazione, sedi e modalità per il ritiro referti)	Sì	No
86	Esistono procedure di servizio (protocolli o linee guida) concordati con i servizi competenti per l'identificazione degli utenti (che garantisca la tracciabilità del campione)	Sì	No

Elenco delle prestazioni

87	Esiste un documento che descrive tutti i servizi/prestazioni offerti dal laboratorio in cui sono esplicitati gli esami che vengono eseguiti direttamente (metodologia) e quelli che vengono inviati ad altre strutture	Sì	No
88	**Nella documentazione informativa per i pazienti e per gli operatori sanitari sono riportati almeno:**		
	a) elenco di tutte le prestazioni eseguite	Sì	No
	b) definizione degli esami urgenti (per interni ed esterni)	Sì	No
	c) elenco prestazioni eseguite in service	Sì	No
	d) elenco prestazioni eseguite in sedi decentrate POCT	Sì	No
	e) costo della prestazione	Sì	No

Richiesta degli esami

89	**Nella documentazione informativa per gli operatori che descrive le modalità di richiesta degli esami sono riportati almeno:**		
	a) istruzioni per la compilazione della richiesta conforme alla normativa vigente	Sì	No
	b) modalità di identificazione dei campioni	Sì	No
	c) modalità di accettazione in laboratorio	Sì	No
	d) criteri di accettabilità delle richieste e modalità da adottare in caso di richieste non conformi	Sì	No

Preparazione all'esame e raccolta del campione

90	**Nella documentazione informativa per gli operatori che descrive le modalità per la preparazione del paziente, la raccolta e il trattamento dei campioni primari sono riportati almeno:**		
	a) elenco provette e contenitori per le diverse tipologie di test	Sì	No
	b) istruzioni per le modalità di preparazione del paziente	Sì	No
	c) istruzioni per le modalità di prelievo	Sì	No

Tracciabilità del campione

91	Esistono procedure (protocolli o linee guida) concordati con i servizi competenti per l'identificazione e la rintracciabilità dei campioni (con riferimento anche ai campioni con richieste di esami con valenza medico-legale)	Sì	No

Trasporto e conservazione dei materiali biologici

92	**Esistono istruzioni scritte, concordate con i servizi competenti, relative a:**		
	a) modalità di raccolta	Sì	No
	b) trasporto e conservazione del campione (anche in relazione alle misure di sicurezza)	Sì	No
	Approvvigionamento delle attrezzature e dei reagenti		
93	Esistono procedure per il ricevimento (verifica modalità di trasporto), immagazzinamento (temperatura, umidità, ecc.), registrazione e controllo della data di scadenza	Sì	No
94	**Reagenti, materiale di controllo, materiale di calibrazione presentano le etichette originali che indichino chiaramente:**		
	a) identità	Sì	No
	b) titolo o concentrazione	Sì	No
	c) condizioni di conservazione raccomandate	Sì	No
	d) data di preparazione e di scadenza ed ogni altra informazione necessaria per l'uso corretto	Sì	No
95	E' riportata chiaramente su ogni etichetta la data di apertura o primo utilizzo dei reagenti (ove previsto)	Sì	No
96	**E' presente un sistema informatico gestionale di Laboratorio (LIS) che:**		
	a) consente l'archiviazione degli esami per almeno un anno	Sì	No
	b) consente la visualizzazione dei costi per prestazione ed il calcolo del ticket	Sì	No
	c) fornisce dati relativi agli esami effettuati e alla loro provenienza (reparti, punti prelievo, ecc.), alla tipologia, ai costi	Sì	No
	d) garantisce la sicurezza dei dati (password, backup, restor dei dati)	Sì	No
97	Per le Microbiologie delle UU.OO. esiste un sistema di gestione dei dati utili al controllo delle infezioni ospedaliere, con invio periodico di report ai reparti	Sì	No
	Idoneità dei campioni		
98	Nella documentazione informativa agli operatori che descrive la procedura per valutare l'idoneità dei campioni sono riportati: i criteri di idoneità e di non idoneità, la registrazione dei campioni non idonei, le modalità di comunicazione della non idonei	Sì	No
	Procedure analitiche		
99	**Nella documentazione informativa per gli operatori, che descrive le procedure operative in uso, sono riportati:**		
	a) lo scopo e il principio dell'esame	Sì	No
	b) le istruzioni per l'esecuzione	Sì	No
	c) le procedure di assicurazione della qualità	Sì	No
	d) le modalità di compilazione dei referti	Sì	No
	e) la trasmissione e consegna dei referti	Sì	No
100	La metodologia utilizzata nell'esecuzione di esami espletati in urgenza, garantisce uniformità del dato analitico rispetto allo stesso esame effettuato in attività di routine	Sì	No
	Manutenzione		
101	Esistono procedure (protocolli o linee guida) per i processi di sanificazione (pulizia ambiente, procedure di disinfezione e di sterilizzazione, decontaminazione, ecc.)	Sì	No

102	Esistono procedure (protocolli o linee guida) per lo smaltimento dei rifiuti sanitari speciali (secondo la normativa vigente)	Sì	No
103	Esistono procedure per lo stoccaggio e smaltimento dei reagenti chimici (secondo la normativa vigente)	Sì	No
104	**Esistono schede per ogni singolo strumento da cui si evidenzi:**	Sì	No
	a) data e modalità di acquisizione	Sì	No
	b) azienda fornitrice	Sì	No
	c) numero di matricola	Sì	No
	d) responsabile addetto e suo sostituto	Sì	No
	e) manutenzione ordinaria e programmata (tipo di operazioni, cadenza, operatore abilitato)	Sì	No
	f) manutenzione straordinaria per riparazione guasti e verifica periodica della funzionalità (effettuata dall'azienda fornitrice o da tecnico qualificato)	Sì	No
	g) documentazione di tutte le operazioni eseguite (data, firma, rapporti del servizio di assistenza)	Sì	No
	Nota: *almeno per gli strumenti acquistati dopo il 1998*		
105	Esiste una procedura per la manutenzione periodica delle cappe a flusso laminare effettuata da tecnico abilitato	Sì	No
	Controllo di qualità interno		
106	Il laboratorio svolge programmi di Controllo Interno di Qualità promossi dalla Regione	Sì	No
107	**Nella documentazione informativa agli operatori, che descrive il sistema di controllo per tutte le analisi, sono riportati :**	Sì	No
	a) i criteri di applicazione e le modalità di esecuzione	Sì	No
	b) l'impiego delle procedure statistiche	Sì	No
	c) i criteri di validazione dei risultati	Sì	No
	d) le modalità di archiviazione	Sì	No
108	I risultati del Controllo Interno di Qualità sono validati al momento della determinazione dal personale incaricato	Sì	No
	Verifica esterna di qualità (VEQ)		
109	Il laboratorio partecipa a programmi di Valutazione Esterna di Qualità validati a livello nazionale, comunitario e internazionale	Sì	No
	Rintracciabilità		
110	**Nella documentazione informativa per gli operatori, che descrive la rintracciabilità dei campioni e dei materiali di consumo per diagnostica in vitro, sono riportati:**		
	a) la procedura di identificazione univoca del campione (e dei campioni secondari dove applicabile) che garantisca la sua rintracciabilità durante l'intero processo di analisi e minimizzi il rischio di scambio	Sì	No
	b) la metodologia di identificazione univoca dei materiali di consumo per diagnostica in vitro, comprendente numero di lotto e l'indicazione della scadenza o del limite di utilizzo	Sì	No

	c) la procedura di acquisto, ricevimento, verifica dell'idoneità, registrazione e stoccaggio del materiale e le modalità di controllo delle condizioni di conservazione secondo le specifiche del produttore	Sì	No

Validazione

111	**Nella documentazione informativa per gli operatori, che descrive le procedure per la validazione dei risultati strumentali, sono riportati:**		
	a) la procedura di validazione tecnica e clinica dei risultati strumentali	Sì	No
	b) le figure professionali del laboratorio coinvolte nella procedura di validazione	Sì	No
	c) dove applicabile, la procedura di validazione dei risultati ottenuti con strumentazione per analisi decentrate (POCT)	Sì	No

Analisi decentrate

112	Il laboratorio che ricorre a service esterno mantiene documentazione delle analisi inviate per almeno un anno e un'aliquota del materiale biologico inviato fino al ricevimento del referto	Sì	No
113	Esiste l'elenco delle prestazioni erogate con l'indicazione di quelle effettuate all'interno del Laboratorio e di quelle demandate ad altri Laboratori	Sì	No
114	In caso di utilizzo dei POCT sono state concordate tra il direttore del laboratorio e della U.O. clinica la necessità e la scelta dei dispositivi e dei kit diagnostici da utilizzare	Sì	No
115	La direzione del laboratorio ha pianificato ed attuato la formazione degli operatori che utilizzano i POCT	Sì	No
116	La Direzione del laboratorio verifica la manutenzione, il controllo di qualità, e la correlazione tra i dati in uscita dal POCT e quelli in uscita dagli strumenti presenti nel laboratorio	Sì	No

IL REFERTO

117	**La documentazione che descrive le modalità con cui il referto viene prodotto e trasferito al richiedente/paziente contiene almeno i requisiti relativamente a:**		
	a) nome del Laboratorio	Sì	No
	b) identificazione univoca del paziente	Sì	No
	c) medico o reparto richiedente	Sì	No
	d) data della raccolta del campione	Sì	No
	e) data e (ora-quando appropriato) di produzione del referto	Sì	No
	f) natura del materiale analizzato	Sì	No
	g) metodo utilizzato	Sì	No
	h) risultato	Sì	No
	i) eventuale causa di non esecuzione dell'esame	Sì	No
	l) intervalli di riferimento	Sì	No
	m) segnalazione dei risultati anomali	Sì	No
	n) eventuali commenti interpretativi	Sì	No
	o) tipo di referto (completo, parziale, copia)	Sì	No
	p) firma di chi autorizza la produzione del referto	Sì	No
118	La comunicazione orale dei risultati è prevista solo nei casi di estrema emergenza seguita dall'invio repentino del referto definitivo	Sì	No



119	E' stata definita una tabella di valori critici dei risultati oltre ai quali essi sono trasmessi tempestivamente a chi ha richiesto gli esami	Sì	No
120	In caso di esami inviati in service il laboratorio allega il referto originale o indica la sede in cui l'esame è stato eseguito in service	Sì	No
121	E' garantita la possibilità del ritiro di referti in tutti i giorni feriali e in alcuni pomeriggi della settimana	Sì	No

Interpretazione e consulenza

122	E' assicurata l'attività di consulenza per l'interpretazione dei risultati delle analisi al fine di rispondere alle necessità ed alle richieste degli utenti	Sì	No
123	Il tecnico di laboratorio può trasmettere direttamente i risultati degli esami richiesti in urgenza (validazione tecnica), purchè vengano rispettati i criteri sopra stabiliti (validazione tecnica) *Nota :* *requisito valido per i Laboratori Pubblici.* *L'elenco degli esami andrà definito in sede locale fra il Responsabile del Laboratorio ed i reparti clinici in sintonia con quanto previsto negli obiettivi programmatici delle rispettive Direzioni Aziendali*	Sì	No

124 **Esiste un sistema di archiviazione che contiene :**

	a) i risultati degli esami sugli utenti (conservati per almeno un anno sul LIS) e per TRE ANNI su supporti (CD, floppy, DVD)	Sì	No
	b) i risultati dei controlli di qualità interni (conservati per almeno un anno) e quelli esterni conservati per almeno tre anni	Sì	No
	c) la documentazione delle analisi inviate ad altri laboratori per un anno	Sì	No
125	E' presente una procedura/protocollo per la gestione dei dati personali sensibili	Sì	No
126	E' presente una procedura/protocollo per la gestione delle eventuali emergenze condivisa con le strutture territoriali di emergenza-urgenza	Sì	No

ANATOMIA PATOLOGICA

codice paragrafo
AP

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

127	E' presente uno spazio/locale per le attività amministrative e di archivio	Sì	No
128	E' presente uno spazio/locale per accettazione	Sì	No
129	Il servizio dispone di una struttura idonea allo svolgimento delle varie attività diagnostiche	Sì	No
130	Il servizio dispone di locali adeguati alle attività assistenziali della struttura ospedaliera in cui è collocato e ai volumi di attività	Sì	No
131	E' presente un locale per il lavaggio ed il trattamento del materiale d'uso	Sì	No
132	Sono presenti servizi igienici per il personale	Sì	No
133	E' presente locale spogliatoio per il personale	Sì	No

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI IMPIANTISTICI

134	E' presente un banco con sistema di aspirazione e filtrazione per valutazione macroscopica e allestimento prelievi	Sì	No
135	E' presente un microscopio binoculare con ottica adeguata (almeno planare) per ciascun operatore	Sì	No
136	Sono presenti dotazioni tecnologiche essenziali per l'espletamento dell'attività diagnostica isto/citopatologica	Sì	No
137	Sono presenti dotazioni tecnologiche per l'eventuale espletamento dell'attività diagnostica autoptica	Sì	No

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

138	Il Direttore responsabile è in possesso dei requisiti di legge necessari allo svolgimento della funzione	Sì	No
139	Esistono procedure (protocolli o linee guida) concordati con i servizi competenti per l'identificazione dei campioni	Sì	No
140	Esistono procedure (protocolli o linee guida) concordati con i servizi competenti per il trasferimento del materiale biologico dalle zone di prelievo al servizio	Sì	No
141	Esistono procedure (protocolli o linee guida) concordati con i servizi competenti per i processi di sanificazione (pulizia ambiente, procedure di disinfezione e di sterilizzazione; decontaminazione, ecc.)	Sì	No
142	Esistono procedure (protocolli o linee guida) circa lo smaltimento dei rifiuti sanitari speciali (secondo la normativa vigente)	Sì	No
143	E' stato attivato un sistema di controllo di qualità dei processi e procedure	Sì	No
144	**Reagenti, materiale di controllo, materiale di calibrazione presentano etichette originali che indichino chiaramente:**		
	a) identità	Sì	No
	b) titolo o concentrazione	Sì	No
	c) condizioni di conservazione raccomandate	Sì	No
	d) data di preparazione e di scadenza ed ogni altra informazione necessaria per l'uso corretto	Sì	No
145	Esistono procedure per il collegamento funzionale del Servizio con i blocchi operatori per la diagnostica estemporanea intraoperatoria	Sì	No
146	Il Servizio è collegato funzionalmente con l'area mortuaria per l'attività autoptica, qualora la sala non sia all'interno del servizio	Sì	No
147	Esiste un sistema di archiviazione che consente un agevole reperimento del paziente, del materiale biologico, dei referti	Sì	No
148	**Esiste un sistema di archiviazione che contiene :**		
	a) i risultati degli esami sugli utenti (conservati per almeno un anno)	Sì	No
	b) i risultati dei controlli di qualità interni (conservati per almeno un anno) e quelli esterni su processi e procedure	Sì	No



149 **Il sistema di archiviazione contiene anche:**

a) registro numerico di accettazione Sì No

b) archivio dei quesiti diagnostici e tipologie di indagine eseguita *(le richieste possono essere eliminate dopo 6 mesi)* Sì No

c) archivio dei residui dei frammenti bioptici mantenuti in fissativo *(i tessuti in formalina possono essere eliminati dopo 3 mesi dalla redazione e consegna del referto)* Sì No

d) archivio delle inclusioni e dei preparati isto/citologici da conservare per un periodo di tempo definito dalle normative vigenti Sì No

e) archivio cartaceo dei referti isto/citologici e protocolli autoptici aggiornato con le richieste di revisione e consulenza con relative risposte *(è opportuna la documentazione annuale di: n. di inclusioni, n. di preparati istologici, n. di preparati citologici cervico vaginali, n.di preparati immunoistochimici, n. di preparati citologici non cervicovaginali, n.di autopsie)* Sì No

150 **Esiste una procedura che comprenda:**

a) l'identificazione del paziente e del medico che ha richiesto l'esame Sì No

b) l'acquisizione delle informazioni cliniche rilevanti Sì No

151 **Esiste un manuale delle procedure diagnostiche ove per ogni procedura diagnostica è definita:**

a) preparazione dell'utente agli esami (qualora previsto) Sì No

b) modalità di raccolta, trasporto e conservazione del campione Sì No

c) caratteristiche e descrizione della tecnica impiegata Sì No

d) modalità di preparazione/campionamento/esame Sì No

152 **Esiste una procedura di esecuzione della fase analitica sul materiale biologico che definisce:**

a) la corretta e completa identificazione dei campioni biologici Sì No

b) la completezza della descrizione macroscopica ove utile per una migliore definizione diagnostica e prognostica Sì No

c) la completezza della descrizione microscopica Sì No

d) la completezza delle informazioni sulle tecniche ancillari eventualmente impiegate Sì No

e) l'utilizzazione nella diagnosi della terminologia standardizzata e codificabile Sì No

f) la chiara identificazione del medico anatomo/patologo che ha eseguito l'analisi Sì No

g) la chiara rintracciabilità dell'operatore responsabile di ogni fase del processo Sì No

153 Qualora venga effettuata attività autoptica, esistono protocolli operativi dedicati Sì No

154 Esistono protocolli operativi per le attività di citologia Sì No

155 Esistono protocolli operativi per l'archiviazione delle istocitoteche e dei blocchetti in paraffina Sì No

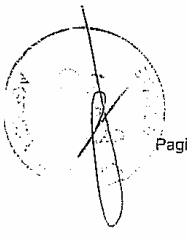
156 Esistono protocolli operativi per la conservazione temporanea/indefinita del materiale bioptico chirurgico (anche in funzione medico/legale) Sì No

157 Esistono protocolli/procedure operative per l'esecuzione di prelievi e agoaspirati Sì No

PUNTO PRELIEVO ESTERNO

codice paragrafo
PPE

	REQUISITI MINIMI STRUTTURALI		
158	Il punto prelievo è collocato in zona facilmente accessibile, dotata di adeguata segnaletica e rispondente alle normative vigenti in materia di abbattimento delle barriere architettoniche, tale da favorire un agevole afflusso di pazienti	Si	No
159	E' presente un area di attesa dotata di un numero di posti a sedere adeguato al numero di pazienti che usufruiscono del servizio	Si	No
160	Sono presenti servizi igienici distinti per utenti e personale	Si	No
161	Il locale per il prelievo (almeno 6 mq) consente il rispetto della privacy dell'utente	Si	No
162	I locali sono dotati di pareti lavabili fino all'altezza minima di due metri, di pavimentazione idonea ad una efficace decontaminazione da inquinanti biologici	Si	No
163	I locali sono dotati di porte a superficie lavabile	Si	No
164	In tutti i locali sono assicurate efficaci condizioni di illuminazione e di ventilazione	Si	No
	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
165	E' presente un lettino o una poltrona prelievo	Si	No
166	E' disponibile materiale monouso per i prelievi	Si	No
167	E' presente un frigorifero per la conservazione dei materiali biologici	Si	No
168	E' presente un frigorifero per la conservazione del materiale diagnostico	Si	No
169	Sono presenti armadi per il contenimento dei materiali di consumo	Si	No
170	Sono presenti attrezzature e materiale idoneo alla preparazione, conservazione e trasporto dei campioni biologici	Si	No
171	E' presente l'attrezzatura essenziale per la gestione delle emergenze (rianimazione cardiopolmonare di base) di cui è controllata periodicamente la funzionalità	Si	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
172	Sono presenti procedure per la raccolta, il trasporto e la conservazione dei campioni	Si	No
173	Sono presenti protocolli/procedure per i principali collegamenti funzionali ed organizzativi	Si	No
174	Esistono procedure (regolamenti interni) concordate con i servizi competenti per i processi di sanificazione (pulizia ambiente, procedure di disinfezione e di sterilizzazione, decontaminazione, ecc.)	Si	No
175	Esistono procedure (regolamenti interni) concordate con i servizi competenti circa lo smaltimento dei rifiuti sanitari speciali	Si	No



3.22 ATTIVITA' DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Le strutture di diagnostica per Immagini svolgono indagini strumentali a fini diagnostici e/o di indirizzo terapeutico, utilizzando sorgenti esterne di radiazioni ionizzanti e altre tecniche di formazione dell'immagine.

Le attività di diagnostica per Immagini sono assicurate sia dalle strutture, pubbliche e private, di ricovero e cura a ciclo continuativo e/o diurno, sia da strutture extraospedaliere pubbliche e private.

Poiché le strutture di ricovero e cura, come sopra identificate, assicurano lo svolgimento di attività in regime di elezione programmata oppure in regime di emergenza-urgenza, i relativi requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi devono rispondere alle funzioni proprie di tali strutture.

Le attività di diagnostica per immagini sono classificabili in primo, secondo, terzo e quarto livello a seconda delle funzioni cui sono chiamate a rispondere e di seguito evidenziate.

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI DI 1° LIVELLO: La UO di diagnostica per Immagini di primo livello è situata nei Distretti e deve essere in grado di eseguire tutte le procedure diagnostiche con le tecnologie di base.

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI DI 2° LIVELLO: La UO diagnostica di secondo livello è situata negli Ospedali del Territorio e deve essere in grado di eseguire tutte le procedure diagnostiche con le tecnologie di base ed avanzate e può svolgere attività di radiologia interventistica di tipo diagnostico terapeutico.

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI DI 3° LIVELLO: La UO diagnostica di terzo livello è situata negli Ospedali di medie dimensioni ed eroga prestazioni di alta specialità eseguendo tutte le procedure diagnostiche nell'ambito delle proprie competenze, oltre ad assicurare tutte le procedure previste dal 1° e 2° livello.

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI DI 4° LIVELLO: La UO diagnostica di quarto livello è situata nei Grandi Ospedali. Deve essere quindi attrezzata appropriatamente ad un Ospedale ad alta intensità di cure. Erogа prestazioni di altissima specialità eseguendo tutte le procedure diagnostiche ed interventistiche nell'ambito delle proprie competenze, oltre ad assicurare tutte le procedure previste dal 1°, 2° e 3° livello.

Per le strutture private i requisiti minimi tecnologici sono quelli previsti:

A) del livello 1 per la SPECIALISTICA RADIOLOGICA AMBULATORIALE

B) del livello 2 per I SERVIZI DI RADIOLOGIA OSPEDALIERA senza UU.OO. per acuti

C) del livello 3 per I SERVIZI DI RADIOLOGIA OSPEDALIERA con UU.OO. per acuti

codice paragrafo
DI

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

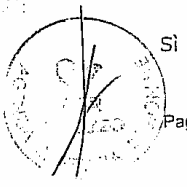
1	I locali e gli spazi delle strutture di diagnostica di 1° 2° 3° e 4° livello, devono essere correlati alla tipologia ed al volume delle attività erogate	Sì	No
2	**Le strutture che erogano prestazioni di diagnostica per immagini di 1° livello devono possedere i seguenti requisiti strutturali:**	Sì	No
	a) area di attesa dotata di un adeguato numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza degli accessi	Sì	No
	b) spazi adeguati per accettazione, attività amministrative ed archivio	Sì	No

	c) servizi igienici distinti per gli operatori e per gli utenti	Sì	No
	d) una sala di radiodiagnostica con annessi spazi/spogliatoi per gli utenti	Sì	No
	e) un locale per l'esecuzione degli esami ecografici	Sì	No
	f) un locale per la conservazione ed il trattamento del materiale sensibile	Sì	No
	g) un locale per la refertazione	Sì	No
	h) un'area tecnica, di stretta pertinenza degli operatori medici e tecnici	Sì	No
	i) locale/spazio per deposito materiale pulito	Sì	No
	l) locale/spazio per deposito materiale sporco	Sì	No
	m) spazio armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni	Sì	No
	n) un'area dedicata alla archiviazione tradizionale e/o con sistemi avanzati, proporzionale ai volumi del materiale da archivio, con dimensioni e contenitori che assicurino un archivio vivo per lo meno degli ultimi 5 anni	Sì	No
3	In relazione alla disponibilità di spazio è prevista una sala visita	Sì	No
4	Ogni sala di radiodiagnostica dedicata a singola funzione deve avere una superficie non inferiore a mq 25 e ciascuna unità ecografica non inferiore a mq 12	Sì	No
5	I locali sono strutturati in modo tale che risultino in zona controllata solo la sala o le sale dove sono installate le unità di radiodiagnostica	Sì	No
6	La superficie complessiva dei locali di strutture sanitarie che svolgono esclusivamente attività di diagnostica per immagini non è inferiore a mq 100	Sì	No
7	Qualora l'attività di diagnostica per immagini sia inserita in una struttura ove vengono esercitate anche altre attività sanitarie, l'area di attesa, nonché gli spazi per l'accettazione, l'amministrazione e l'archivio possono essere comuni, purché opportunamente dimensionati	Sì	No
8	Le strutture che erogano prestazioni di diagnostica per immagini di 2°, 3° e 4° livello, oltre ai requisiti minimi previsti per il 1° livello, possiedono requisiti strutturali adeguati alla complessità delle prestazioni erogate	Sì	No

REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI

Caratteristiche microclimatiche

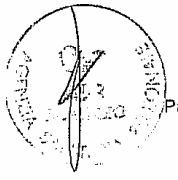
9	**E' presente un condizionamento ambientale che garantisca:**		
	a) una temperatura estiva ed invernale compresa tra 20-24 °C	Sì	No
	b) nel corso del semestre estivo un delta di temperatura che non può essere superiore a 6°C rispetto alla T° esterna dell'ambiente	Sì	No
	c) una umidità relativa estiva ed invernale del 40/60%.	Sì	No
	d) numero ricambi aria/ora 5 v/h (sono ammessi 2 v/h di aria esterna a condizione che nei locali dove si effettuano attività di diagnostica per immagini vi sia la completa estrazione di eventuali inquinanti, in tempi tali da escludere eventuali danni alla salute degli operatori e pazienti)	Sì	No
	e) velocità dell'aria 0,05 - 0,15 m/s	Sì	No



	f) classe di purezza filtrazione con filtri a media efficienza	Sì	No
	Caratteristiche illuminotecniche:		
10	Illuminamento di esercizio: 200-300-500 lx illuminazione generale 30-150 lx locali area controllo comandi	Sì	No
	Impianti speciali e vari:		
11	impianto di rilevazione incendi	Sì	No
12	impianto idrico sanitario con sistema indipendente di raccolta scarichi provenienti dal locale sviluppo pellicole (serbatoi esterni o contenitori interni)	Sì	No
13	impianto controllo accessi con segnalazione di allarme	Sì	No
14	impianti di rilevazione radiazioni	Sì	No
	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
15	La dotazione strumentale è correlata alla tipologia, al volume e alla complessità delle prestazioni erogate	Sì	No
16	La strumentazione del servizio è sottoposta a corretta e regolare manutenzione preventiva, ordinaria e straordinaria	Sì	No
17	Sono disponibili i manuali e i registri di manutenzione	Sì	No
18	**La dotazione strumentale minima delle strutture che erogano prestazioni di diagnostica per immagini di 1° livello comprende almeno:**		
	a) la radiologia tradizionale diretta	Sì	No
	e		
	b) l'ecografia	Sì	No
	e/o		
	c) l'ortopantomografia	Sì	No
	e/o		
	d) la MOC DEXA	Sì	No
	e/o		
	e) un mammografo	Sì	No
19	E' presente un ecografo dotato di almeno due sonde,una per uso internistico ed una per le parti superficiali	Sì	No
20	La mammografia clinica è eseguita solo in presenza di un medico radiologo con competenza specifica nel settore	Sì	No
21	E' presente un generatore trifase di potenza non inferiore a 30 KW e tavolo di comando	Sì	No
22	E' presente un corredo di cassette radiografiche con schermi ad alto potere di rinforzo o di cassette con i fosfori a memoria	Sì	No
23	E' presente un tubo radiogeno a doppio fuoco con anodo rotante	Sì	No

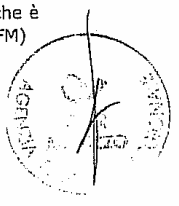
24	E' presente uno stativo a pavimento o pensile con tubo radiogeno a doppio fuoco e anodo rotante	Sì	No
25	E' presente l'attrezzatura per lo sviluppo e il fissaggio delle pellicole o il sistema CR/DR (radiologia digitale)	Sì	No
26	Nella struttura è presente l'attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardiopolmonare di base di cui è controllata la funzionalità e sono controllati i relativi farmaci	Sì	No
27	**La dotazione strumentale delle strutture che erogano prestazioni di diagnostica per immagini di 2° livello prevede:**		
	a) la radiologia tradizionale diretta	Sì	No
	b) l'ecografia	Sì	No
	c) radiologia contrastografica telecomandata	Sì	No
28	E' presente un tavolo ribaltabile telecomandato, con serigrafo, Potter Bucky, intensificatore di brillanza	Sì	No
29	Sono presenti uno o più ecografi con le caratteristiche indicate per le strutture di 1° livello, dei quali almeno uno dotato di modulo color-doppler	Sì	No
30	**La dotazione strumentale delle strutture che erogano prestazioni di diagnostica per immagini di 3° livello comprende**		
	a) la radiologia tradizionale diretta	Sì	No
	b) l'ecografia contrastografica	Sì	No
	c) l'amplificatore di brillanza	Sì	No
	d) un mammografo	Sì	No
	e) radiologia contrastografica, telecomandata	Sì	No
	f) TC spirale multistrato	Sì	No
31	**La dotazione strumentale delle strutture che erogano prestazioni di diagnostica per immagini di 4° livello comprende**		
	a) la radiologia tradizionale diretta e l'ortopantomografia	Sì	No
	b) l'ecografia contrastografica ed interventistica (biopsie, drenaggi, termoablazioni)	Sì	No
	c) la MOC	Sì	No
	d) un mammografo con stereotassi	Sì	No
	e) radiologia contrastografica, telecomandata	Sì	No
	f) RM ad alto campo fornita di software avanzati per la funzionale, il cardiaco il vascolare ed il total body	Sì	No
	g) TC spirale multistrato di alto profilo, adatta allo studio delle coronarie	Sì	No
	h) angiografia ed interventistica vascolare, neurologica, biliare ed urinaria	Sì	No
32	Per apparecchiature total body fisse di campo magnetico non superiore a 2 Tesla, il provvedimento autorizzativo è stato preceduto dalla valutazione tecnica della competente Commissione Consultiva per la Radioprotezione		

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI



33	Le strutture che erogano prestazioni di diagnostica per immagini di 1° livello sono dotate di personale sanitario laureato, tecnico, infermieristico ed amministrativo adeguato alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate **Tale personale, comunque, non può essere inferiore a:**	Sì	No
34	Il direttore medico radiologo, o altro radiologo specialista operante nella struttura, è presente nella struttura di radiologia durante l'orario lavorativo	Sì	No
	Solo per strutture monospecialistiche di riabilitazione post-acuzie:		
35	Nelle strutture monospecialistiche di riabilitazione post-acuzie è presente un radiologo	Sì	No
36	Negli studi provvisti di impianti radiologici con più sale di diagnostica generale, che si intendono sempre potenzialmente in funzione, è garantita la presenza continuativa di un medico radiologo ogni tre generatori	Sì	No
37	E' stato attivato un programma di Garanzia della Qualità ai sensi dell'articolo 8 del D.Lgs 187/00	Sì	No
38	**Sono presenti, oltre al radiologo, almeno le seguenti figure professionali:**		
	a) un tecnico di radiologia in possesso dei titoli previsti dalla vigente normativa	Sì	No
	b) un ausiliario o appalto del servizio di sanificazione	Sì	No
	c) un amministrativo	Sì	No
	d) un infermiere	Sì	No
39	Il direttore responsabile ha il compito di garantire l'organizzazione tecnico-sanitaria, l'applicazione del regolamento sull'ordinamento e sul funzionamento della struttura	Sì	No
40	Le suddette strutture garantiscono le funzioni di segreteria, di accoglienza dell'utenza, di raccolta ed elaborazione di dati statistici richiesti dalle Amministrazioni competenti, nonché le condizioni igienico-sanitarie necessarie per un buon funzionamento della struttura stessa	Sì	No
41	La struttura è in regola con quanto previsto dal D.Lgs 230/1995 e s.m.i.	Sì	No
42	**I referti sono validati prima della consegna ed includono almeno:**		
	a) i dati anagrafici	Sì	No
	b) la data dell'esame e del referto	Sì	No
	c) il medico richiedente	Sì	No
	d) quesito clinico	Sì	No
	e) la tipologia di esame	Sì	No
	f) nome e firma dello specialista radiologo	Sì	No
43	I referti sono archiviati per un periodo non inferiore ai cinque anni	Sì	No
44	**Esistono procedure scritte, datate e regolarmente aggiornate relative a:**	Sì	No
	a) esecuzione di ogni indagine	Sì	No
	b) ogni aspetto della refertazione	Sì	No
	c) eventuale comunicazione verbale dell' esame radiologico	Sì	No
	d) regolare manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature	Sì	No

45	Esistono procedure scritte per la regolare manutenzione delle apparecchiature	Sì	No
46	E' disponibile la organizzazione funzionale della equipe diagnostica dalla quale sia possibile dedurre la catena di competenze e responsabilità	Sì	No
47	**Esistono e vengono seguiti protocolli dettagliati (secondo linee guida aggiornate e basate sui risultati della ricerca scientifica) per:**	Sì	No
	a) la sanificazione degli ambienti	Sì	No
	b) le modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori	Sì	No
48	Le strutture che erogano prestazioni di diagnostica per immagini di 2° 3° e 4° livello, oltre a possedere i requisiti organizzativi identificati per il 1° livello, prevedono personale sanitario laureato e tecnici di radiologia in numero adeguato, in rapporto alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate	Sì	No
49	**In caso di effettuazione di prestazioni di Radiologia interventistica è prevista:**		
	a) la disponibilità di un anestesista rianimatore	Sì	No
	b) la disponibilità di un chirurgo, nel caso di interventi specifici su organi ed apparati, ed in particolare del chirurgo vascolare nelle applicazioni di Radiologia interventistica dell'apparato vascolare	Sì	No
	c) la presenza di personale infermieristico	Sì	No
50	Per le strutture di 3° e 4° livello deve prevedersi una guardia attiva o una pronta disponibilità che garantisca l'attività di diagnostica per immagini e di radiologia interventistica e che copra l'arco delle 24 ore	Sì	No
51	Il personale delle strutture di diagnostica per immagini di 2° 3° e 4° livello partecipa, almeno una volta all'anno, ad un corso di formazione sulla gestione delle emergenze, in particolare l'arresto cardio-respiratorio e le reazioni allergiche	Sì	No
52	Le strutture di diagnostica per immagini di 2° 3° e 4° livello che eseguono procedure invasive e/o cruente formalizzano adeguate modalità di approvvigionamento, disinfezione e/o sterilizzazione degli strumenti impiegati, in relazione alle attività svolte	Sì	No
53	E' stato nominato un esperto in Fisica Medica ai sensi dell'articolo 2 del D.Lgs 187/00	Sì	No
54	La struttura è in regola con quanto previsto dal D.Lgs 230/1995 e s.m.i.	Sì	No
55	E' stato nominato l'Esperto Qualificato ai sensi dell'articolo 77 del D.Lgs 230/1995 e s.m.i.	Sì	No
56	E' stato nominato il Medico Autorizzato ai sensi dell'articolo 83 del D.Lgs 230/1995 e s.m.i.	Sì	No
57	La struttura è in regola con quanto previsto dal D.Lgs 187/2000 e delle Linee Guida della Regione Abruzzo (delibera n. 29 del 12/03/04) per l'attuazione del D.Lgs. 187/2000	Sì	No
58	E' stato nominato il responsabile dell'impianto radiologico ai sensi dell'articolo 2 del D.Lgs. 187/00	Sì	No
59	Il rapporto numero Esperti in fisica medica/numero dotazioni tecnologiche è rispondente ai criteri dell'Associazione Italiana di Fisica in Medicina (AIFM)	Sì	No



5.11 AMBULATORI DI RIABILITAZIONE
(Presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale)
E CENTRI AMBULATORIALI DI RIABILITAZIONE

Per ambulatori di riabilitazione s'intendono le strutture intra o extra ospedaliere, preposte alla erogazione di prestazioni di medicina fisica e riabilitativa in regime ambulatoriale. E' prevista la possibilità, per questi centri, di erogare prestazione riabilitative anche al domicilio del paziente.

AMBULATORI DI RIABILITAZIONE
(Stabilimento di Fisiochinesi Terapia)

codice paragrafo

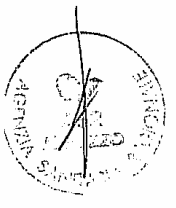
AR

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	L'ambulatorio è collocato in zona facilmente accessibile anche a pazienti disabili, dotata di adeguata segnaletica e tale da favorire agevole afflusso di pazienti	Sì	No
2	E' presente area di attesa dotata di numero di posti a sedere adeguato al numero di pazienti che usufruiscono dell'ambulatorio	Sì	No
3	I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate	Sì	No
4	Il locale ambulatorio permette l'accesso agevole ai pazienti in carrozzina o che utilizzano deambulatori o altri ausili per la deambulazione	Sì	No
5	E' presente locale/spazio per accettazione e attività amministrative/archivio	Sì	No
6	Il locale ambulatorio ha una superficie non inferiore a 10 mq	Sì	No
7	I locali dedicati all'esecuzione delle prestazioni riabilitative garantiscono il rispetto della privacy dell'utente prevedendo annesso separato spazio spogliatoio	Sì	No
8	In presenza di locali open space suddivisi in box è garantita una superficie minima di 4,5 mq per postazione di cura	Sì	No
9	La superficie minima della struttura ambulatoriale è pari a 100 mq di cui almeno 45 mq destinati ad ambiente palestra in maniera tale da permettere contemporaneamente l'esercizio terapeutico (o le attività dinamiche) di 6 pazienti	Sì	No
10	Per ogni ulteriore paziente presente contemporaneamente, la superficie della palestra deve essere incrementata di 5 mq	Sì	No
11	Sono presenti servizi igienici distinti per pazienti e personale	Sì	No
12	E' presente almeno un servizio igienico assistito	Sì	No
13	E' presente spazio/locale adibito a deposito di materiale pulito	Sì	No
14	E' presente locale adibito a deposito di materiale sporco	Sì	No
15	E' presente spazio/locale adibito a deposito di materiale per pulizie	Sì	No
16	Sono presenti spazi/armadi per deposito di materiali d'uso, attrezzature, strumentazioni	Sì	No
17	E' presente un locale spogliatoio per il personale secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di salute e sicurezza sul lavoro	Sì	No
18	I locali hanno pavimenti lavabili e disinfettabili	Sì	No
19	I locali sono dotati di pavimento con raccordo arrotondato alle pareti	Sì	No

20	I locali hanno pareti con rivestimento impermeabile e lavabile per un'altezza di almeno 2 mt.	Sì	No
21	I locali sono dotati di porte a superficie lavabile	Sì	No
22	Nelle sale dedicate alla esecuzione di prestazioni è presente un lavabo in acciaio o ceramica con comando non manuale	Sì	No
23	Gli arredi sono a superficie facilmente lavabile e disinfettabile	Sì	No
	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
24	La dotazione strumentale è correlata quantitativamente e qualitativamente ai bisogni dell'utenza e alle diverse tipologie di attività erogata	Sì	No
25	E' presente impianto telefonico per gli utenti utilizzabile anche dalle diverse tipologie di disabili in trattamento	Sì	No
26	Sono presenti attrezzature e presidi per realizzare le varie tipologie di esercizio terapeutico o di rieducazione funzionale negli ambienti dedicati, per attività individuali e/o di gruppo	Sì	No
27	Sono presenti attrezzature elettromedicali per la terapia fisica e strumentale di supporto e complemento all'esercizio terapeutico	Sì	No
28	Gli eventuali apparecchi elettromedicali collegati alla rete devono essere dotati di nodo equipotenziale ed interruttore differenziale con "in" inferiore o uquale a 30A	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
29	L'ambulatorio dichiara la tipologia di tutte le prestazioni erogate con contestuale visualizzazione dei costi per prestazione ed il calcolo del ticket	Sì	No
30	E' garantita la globale presa in carico del paziente per l'intero iter riabilitativo	Sì	No
31	**E' presente una cartella ambulatoriale che contenga i seguenti dati:**		
	a) dati anagrafici del paziente	Sì	No
	b) individuazione e valutazione dello spettro delle menomazioni o disabilità	Sì	No
	c) relativo gradiente di modificabilità delle menomazioni/disabilità	Sì	No
	d) obiettivi del progetto/programma riabilitativo individuale	Sì	No
	e) gli obiettivi e i risultati raggiunti	Sì	No
32	Il Direttore medico responsabile dell'ambulatorio è un medico chirurgo specialista in Medicina Fisica e Riabilitativa o altra specializzazione equipollente	Sì	No
33	Sono presenti durante l'attività ambulatoriale uno o più fisioterapisti (in relazione al volume di attività e alla tipologia delle prestazioni dell'ambulatorio)	Sì	No
34	Sono presenti altre professionalità sanitarie (infermiere, OSS/OTA) in relazione al volume di attività e alla tipologia delle prestazioni dell'ambulatorio	Sì	No
34	Sono presenti protocolli/linee guida relativi al progetto/programma riabilitativo individuale concordati e condivisi con strutture ospedaliere e/o territoriali	Sì	No
35	E' presente una procedura per la custodia della cartella ambulatoriale nel rispetto della vigente normativa sulla privacy	Sì	No

CENTRI AMBULATORIALI DI RIABILITAZIONE
(ex articolo 26 Legge 833/78)



Sono strutture che erogano prestazioni ambulatoriali a pazienti affetti da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali che necessitano , a giudizio degli organi competenti della ASL, di intervento terapeutico riabilitativo con competenze multidisciplinari e multiprofessionali, teso al recupero parziale o totale del soggetto dal punto di vista fisico-funzionale, psicologico e sociale.
Il centro garantisce un orario di apertura per almeno 8 ore al giorno per 5 giorni alla settimana.

codice paragrafo
CAR

Oltre ai requisiti previsti per gli Ambulatori di Riabilitazione requisiti aggiuntivi sono:

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

36 Il locale ambulatorio per visite mediche è sufficientemente ampio da permette l'esame della deambulazione e l'accesso agevole ai pazienti in carrozzina o che utilizzano deambulatori o altri ausili per la deambulazione — Sì No

37 Sono presenti locali distinti per le diverse branche riabilitative, per trattamenti individuali e di gruppo, in numero proporzionale ai pazienti trattati — Sì No

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

38 Il Direttore medico responsabile del centro è un medico specializzato in Medicina Fisica e Riabilitativa (o altra specializzazione equipollente) con funzioni igenico-organizzative — Sì No

39 **E' garantita la presenza, in relazione alle attività del centro, la presenza delle seguenti figure professional:** — Sì No

a) medico specializzato (es. Pneumologo, Neurologo, etc.) in relazione alla tipologia dei pazienti in trattamento — Sì No

b) psicologo/psicopedagogista — Sì No

c) tecnico della riabilitazione (fisioterapista/logopedista) — Sì No

40 E' redatto un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) con monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni della disabilità, da parte dell'equipe multiprofessionale e multidisciplinare, comprendente 1 o più programmi terapeutici concordati e condivisi con strutture ospedaliere e/o territoriali — Sì No

41 E' garantito una adeguato accesso e una adeguata informazione ai familiari nonché uno specifico addestramento — Sì No

42 E' garantito uno specifico addestramento del paziente — Sì No

43 Le prestazioni riabilitative sono erogate dal centro in forma individuale o a piccoli gruppi anche a domicilio e/o in sede extramurale — Sì No

5.12 SALA GESSI

La Sala Gessi rappresenta il luogo ove sono effettuati il confezionamento e la rimozione di apparecchi gessati, bendaggi ed altre immobilizzazioni.
L'ubicazione della Sala Gessi deve essere preferibilmente al di fuori del reparto di degenza, funzionalmente collegata alla Radiologia e al Pronto Soccorso.

codice paragrafo
SG

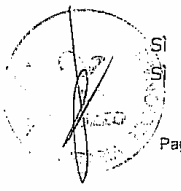
Oltre ai requisiti strutturali-impiantistici previsti per l'Ambulatorio Chirurgico, la Sala Gessi, ovunque sia collocata, deve possedere i seguenti requisiti:

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	Per le strutture di nuova progettazione, la metratura non deve essere inferiore ai 25 mq	Sì	No
2	Le dimensioni delle porte di accesso consentono il passaggio agevole di un letto, di una carrozzina o altri ausili per la deambulazione	Sì	No

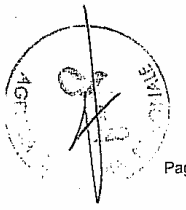
REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

3	La dotazione strumentale è correlata quantitativamente e qualitativamente ai bisogni dell'utenza e alle diverse tipologie di attività erogata	Sì	No
4	Le dimensioni delle porte di accesso consentono il passaggio agevole di un letto, di una carrozzina o altri ausili per la deambulazione	Sì	No
5	Un piano di lavoro in acciaio o con caratteristiche analoghe	Sì	No
6	Un lavabo a due catini in acciaio dotato di filtro di decantazione con comando non manuale	Sì	No
7	Un lettino da visita regolabile in altezza	Sì	No
8	Un contenitore per i rifiuti ottenuti dalla lavorazione del gesso e dei bendaggi	Sì	No
9	Un carrello attrezzato per il confezionamento di apparecchi gessati e bendaggi	Sì	No
10	Un catino con supporto su ruote	Sì	No
11	Un reggi-poplite da tavolo	Sì	No
12	Un reggi-poplite con asta di supporto al pavimento	Sì	No
13	Strumentario e suppellettili adeguati allo svolgimento dell'attività	Sì	No
14	Un sistema di trazione a parete di Delitala	Sì	No
15	Un letto per apparecchi gessati complessi tipo "schede" completo	Sì	No
16	Un letto con sistema di trazione di Risser	Sì	No
17	Un kit per il posizionamento di una trazione transcheletrica, a zampale, a cerotto	Sì	No
18	**Sono presenti le seguenti attrezzature elettromedicali:**		
	a) sega da gesso dotata di sistema per aspirazione delle polveri	Sì	No
	b) sega da gesso portatile alimentata a batteria ricaricabile	Sì	No



	c) trapano per il posizionamento dei fili di Kirschner alimentato a batteria ricaricabile	Sì	No
	d) diafanoscopio per la lettura dei radiogrammi	Sì	No
	e) diafanoscopio a "spot"	Sì	No
	f) lampada scialitica (piccola) (anche in comune con altre U.O.)	Sì	No
	g) apparecchio RX portatile e/o amplificatore di brillanza (anche in comune con altre U.O.) purché i locali siano conformi alla normativa vigente in materia di radioprotezione	Sì	No
19	**E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:**		
	a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) farmaci salvavita	Sì	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No
20	E' presente un defibrillatore con pacing esterno anche eventualmente in comune con altro servizio attiguo	Sì	No
21	Utilizzo dei dispositivi di protezione (in accordo con le normative di settore e/o le Linee Guida ISPESL)	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
22	Devono essere previsti almeno un gessista e personale in numero adeguato al volume e alla tipologia dell'attività svolta e deve essere garantita la supervisione costante dell'attività da parte di personale medico:	Sì	No
23	**Sono presenti protocolli/istruzioni operative per:**		
	a) la registrazione/accettazione degli utenti che accedono in Sala Gessi	Sì	No
	b) le informazioni all'utente al momento del congedo dalla Sala Gessi	Sì	No
24	Sono presenti protocolli di collegamento funzionali con il P.S.	Sì	No
25	Sono presenti protocolli di collegamento funzionali con la Radiologia	Sì	No
26	Esiste un protocollo/procedura per la verifica periodica delle misure di radioprotezione	Sì	No
27	Il personale è in numero adeguato agli accessi ambulatoriali e alla tipologia dell'attività svolta	Sì	No
28	Sono documentate le attività ambulatoriali svolte	Sì	No
29	**Per ogni prestazione erogabile vengono esplicitate:**		
	a) modalità di prenotazione	Sì	No
	b) tempi d'attesa (max) per la prestazione	Sì	No
	d) eventuale costo della prestazione svolta e modalità di pagamento	Sì	No
	e) modalità amministrative di accesso alla struttura	Sì	No
	f) orari di erogazione delle prestazioni	Sì	No
30	Le registrazioni e le copie dei referti di indagini diagnostiche effettuate in regime di attività ambulatoriale sono conservate secondo le modalità e i tempi sanciti dalla normativa vigente	Sì	No

31	E' presente schedario/sistema informatico per l'archiviazione della documentazione clinica	Si	No
32	**Esistono e vengono seguiti protocolli dettagliati (secondo linee guida aggiornate) per:**		
	a) la sanificazione degli ambienti	Si	No
	b) le modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione, confezionamento e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori	Si	No
	c) smaltimento rifiuti speciali	Si	No
	d) modalità di utilizzo dei DPI per la gestione del rischio biologico e clinico in accordo con le linee guida ISPELS	Si	No
33	**Le prestazioni effettuate sono registrate specificando:**		
	a) le generalità dell'utente rilevate dal documento sanitario	Si	No
	b) la tipologia delle prestazioni	Si	No
34	Esistono procedure finalizzate a garantire il confort ed il rispetto della privacy durante l'attività ambulatoriale	Si	No
35	Vengono seguiti periodicamente corsi di formazione per la rianimazione cardio-polmonare (BLS di basa e BLS avanzato)	Si	No
36	**E' presente una cartella ambulatoriale che contenga i seguenti dati:**		
	a) dati anagrafici del paziente	Si	No
	b) individuazione e valutazione dello spettro delle menomazioni o disabilità	Si	No
	c) relativo gradiente di modificabilità delle menomazioni/disabilità	Si	No
	d) obiettivi del progetto/programma riabilitativo individuale	Si	No
	e) gli obiettivi e i risultati raggiunti	Si	No
37	Il Direttore medico responsabile dell'ambulatorio è un medico chirurgo specialista in ortopedia e traumatologia o in medicina fisica e riabilitativa o altra specializzazione equipollente	Si	No
38	Sono presenti durante l'attività ambulatoriale uno o più fisioterapisti (in relazione al volume di attività e alla tipologia delle prestazioni dell'ambulatorio)	Si	No
39	Sono presenti altre professionalità sanitarie (infermiere, OSS/OTA) in relazione al volume di attività e alla tipologia delle prestazioni dell'ambulatorio	Si	No
40	Sono presenti protocolli/linee guida relativi al progetto/programma riabilitativo individuale concordati e condivisi con strutture ospedaliere e/o territoriali	Si	No
41	E' presente una procedura per la custodia della cartella ambulatoriale nel rispetto della vigente normativa sulla privacy	Si	No



5.13 POLIAMBULATORIO

Il poliambulatorio è la struttura fisica dedicata all'espletamento contemporaneo in più ambulatori di attività professionali da parte di professionisti operanti in una o più discipline specialistiche, soggetta a specifici requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi.

N.B. – Ai requisiti organizzativi presenti in questo paragrafo devono essere aggiunti i requisiti minimi strutturali e tecnologici/impiantistici previsti per gli ambulatori medici, chirurgici, riabilitativi, ecc. in rapporto alla tipologia di attività svolte dal poliambulatorio.

codice paragrafo
POL

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

1	E' designato un Dirigente Sanitario che garantisce l'organizzazione tecnico-sanitaria del poliambulatorio (per strutture private)	Sì	No
	Nota:		
	il Direttore può essere individuato tra i medici specialisti operanti nel poliambulatorio	Sì	No
2	E' designato un Dirigente Sanitario del U.O. dell'Assistenza primaria che garantisca l'organizzazione tecnico-sanitaria del poliambulatorio stesso (per strutture pubbliche)	Sì	No
3	E' presente la figura di un coordinatore delle Professioni Sanitarie	Sì	No
4	E' definito l'organigramma del personale del poliambulatorio, che viene periodicamente aggiornato	Sì	No
5	Esiste un piano annuale di formazione del personale concordato con gli operatori	Sì	No
6	Sono documentate le attività ambulatoriali svolte	Sì	No
7	Tutti i materiali, i farmaci e le confezioni riportano in evidenza la data della scadenza	Sì	No
8	**Per ogni prestazione erogabile vengono esplicitate:**		
	a) modalità di prenotazione	Sì	No
	b) tempi d'attesa (max) per la prestazione	Sì	No
	c) le modalità di gestione delle liste d'attesa	Sì	No
	d) eventuale costo della prestazione svolta e modalità di pagamento	Sì	No
	e) modalità amministrative d'accesso alla struttura	Sì	No
	f) orari di erogazione delle prestazioni	Sì	No
9	**Le prestazioni effettuate sono registrate specificando:**		
	a) le generalità dell'utente rilevate dal documento sanitario	Sì	No
	b) la tipologia delle prestazioni	Sì	No
10	Le registrazioni e le copie dei referti di indagini diagnostiche effettuate in regime d'attività ambulatoriale sono effettuate secondo le modalità e i tempi sanciti dalla normativa vigente	Sì	No
11	E' disponibile il documento della manutenzione ordinaria e straordinaria delle strutture e degli impianti	Sì	No
12	Sono codificate le procedure per ottenere il consenso informato del paziente	Sì	No
13	**Esistono e vengono seguiti protocolli per garantire l'efficacia delle procedure di:**		

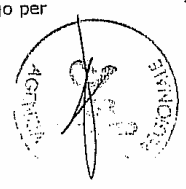
	a) sanificazione degli ambienti	Sì	No
	b) detersione, lavaggio, disinfezione di tutti gli strumenti ed accessori	Sì	No
	c) sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori che richiedono tale trattamento	Sì	No
14	Esistono procedure finalizzate a garantire il comfort ed il rispetto della privacy durante le attività ambulatoriali	Sì	No
15	Vengono seguiti periodicamente corsi di formazione per la rianimazione cardio-polmonare (BLS di base e BLS avanzato)	Sì	No

5.14 CENTRI AMBULATORIALI DI TERAPIA IPERBARICA

Le camere iperbariche devono essere progettate, costruite e collaudate in ottemperanza a quanto prescritto specificamente dal Regio Decreto 12/5/1927 n. 824, dal D.M. 21/11/1972 e relative Raccolte VSR, M ed S, dal D.M. 21/5/1974 e relativa Raccolta E, dalle Circolari contenenti tecniche di aggiornamento dei citati decreti emanate dall'ex ANCC e dall'ISPESL e dalle altre norme relative alla costruzione, uso ed impiego dei dispositivi medici (Direttiva Europea n. 93/42/CEE recepita in Italia con Decreto Legislativo 24/2/1997 n. 46).

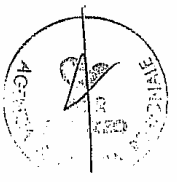
codice paragrafo CATI			
	REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E IMPIANTISTICI		
1	Le camere iperbariche soddisfano le specifiche normative riguardanti le camere di nuova costruzione.	Sì	No
2	Il locale che ospita la camera iperbarica è ubicato al piano terra dell'edificio	Sì	No
3	Risponde ai requisiti previsti dalle vigenti norme relative alle "installazioni pericolose" all'interno degli Ospedali e/o Case di Cura e/o Strutture ambulatoriali	Sì	No
4	Le strutture costruite sono resistenti al fuoco	Sì	No
5	L'interno delle camere è privo di motori elettrici, prese a spine	Sì	No
6	La camera è priva di valvole a sfera	Sì	No
7	E' presente la sala per medicazioni	Sì	No
8	E' presente la sala per urgenze e rianimazione	Sì	No
9	E' presente un locale per lavaggio e disinfezione-sterilizzazione del materiale	Sì	No
10	E' presente un locale "filtro" per materiale sporco, ove necessario	Sì	No
11	E' presente uno spazio deposito per materiale pulito e sterilizzato	Sì	No
12	E' presente un locale distinto per personale tecnico ed infermieristico	Sì	No
13	E' presente un locale distinto per personale medico	Sì	No
14	E' presente uno spazio per lo stoccaggio delle attrezzature e dei gas	Sì	No
15	E' presente uno spazio per i compressori e gli accumulatori	Sì	No
16	E' presente uno spazio per il deposito di parti di ricambio	Sì	No
17	E' presente uno spazio per la manutenzione e la riparazione delle attrezzature	Sì	No
18	E' presente uno spazio per la custodia delle pratiche amministrative e dei protocolli delle procedure di impiego e delle procedure di emergenza	Sì	No
19	Il locale d'ubicazione permette la rimozione della camera per eventuali ispezioni totali, per la sua manutenzione e per eventuali prove idrauliche	Sì	No
20	**La camera iperbarica è posizionata in modo da poter essere accessibile da ogni lato per :**		
	a) controlli ed ispezioni durante il funzionamento	Sì	No
	b) permettere le necessarie operazioni di manovra	Sì	No
	c) agevolare l'ingresso dei pazienti nel suo interno	Sì	No

	d) posizionare strumentazioni di controllo (telecamere, sistemi per illuminazione ecc.)	Si	No
21	Lo spazio fruibile all'interno della camera iperbarica tiene conto sia delle dimensioni di ingombro delle attrezzature da introdurre, sia della introduzione e permanenza di eventuali barelle, sedie a rotelle, ecc.	Si	No
22	La camera iperbarica, progettata per permettere l'entrata e l'uscita di persone durante il trattamento terapeutico, prevede una zona di decompressione di capacità sufficiente a contenere almeno due persone ed eventuale sedia a rotelle	Si	No
23	E' previsto un vano passa-oggetti per il trasferimento di medicine o altro materiale che debbano essere introdotti con urgenza nella camera stessa	Si	No
24	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	Si	No
25	Il pavimento (se si prevede la possibilità di effettuare nel locale prove idrauliche sulla camera iperbarica per eventuali future riparazioni o modifiche) sopporta il peso della quantità d'acqua necessaria per l'esecuzione della prova di pressione	Si	No
26	Le camere iperbariche sono equipaggiate con un pavimento che sia strutturalmente in grado di sostenere le persone e le attrezzature necessarie per l'effettuazione delle terapie e delle manutenzioni	Si	No
27	Il pavimento della camera è costruito con materiale non ferroso, non combustibile ed antistatico ed è dotato di messa a terra efficiente ed equipotenziale con fasciame	Si	No
28	In presenza di una intercapedine fra pavimento e fondo, il pavimento è dotato di aperture per permetterne l'accesso, l'ispezione e la pulizia	Si	No
29	Se non è possibile disporre di tali aperture, il pavimento è removibile	Si	No
30	Se il pavimento è costituito da elementi rimovibili, questi sono fermamente bloccati, con collegamenti non permanenti, alla struttura rigida e collegati ad essa in modo da ottenere una equipotenzialità elettrica	Si	No
31	Le tubazioni della camera iperbarica interne o passanti attraverso la parete sono costruite in rame, in bronzo o in acciaio	Si	No
32	Nel locale esiste un impianto di rilevazione ed estinzione degli incendi che interessi anche il quadro di controllo e manovra	Si	No
33	Sono disponibili per gli operatori idonei sistemi di respirazione in caso di incendio	Si	No
34	I sistemi di respirazione sono ubicati in maniera che gli operatori possano rimanere alla consolle di manovra della camera iperbarica in caso di emergenza	Si	No
35	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	Si	No
36	Nel caso in cui venga a mancare la sorgente principale di energia elettrica il quadro di manovra e di controllo è alimentato da un sistema di emergenza	Si	No
37	Il quadro di manovra e di controllo della camera iperbarica è posizionato in modo da non ostacolare la movimentazione di persone ed attrezzature	Si	No
38	Le sorgenti per l'illuminazione interna sono progettate e costruite per essere installate all'esterno della camera iperbarica e per portare l'illuminazione all'interno mediante fibre ottiche o elementi similari oppure attraverso oblò trasparente	Si	No
39	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	Si	No



40	Le valvole degli impianti di distribuzione dell'ossigeno (o altri gas respiratori) sono tutte del tipo a volantino per l'alta pressione	Sì	No
41	La struttura possiede il Certificato di prevenzione incendi o il N.O.P	Sì	No
42	E' previsto un luogo per l'atterraggio e la manovra di elicotteri di emergenza	Sì	No
43	E' previsto un locale distinto per accettazione, visite e controllo.	Sì	No
44	Il locale ha una superficie pari almeno a 4 volte le proiezioni in pianta dello scafo della camera	Sì	No
	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
45	Kit di rianimazione	Sì	No
46	Elettrocardiografo	Sì	No
47	Defibrillatore	Sì	No
48	Emogasanalizzatore	Sì	No
49	Sistema di misurazione della pressione arteriosa	Sì	No
50	Sistema di aspirazione muchi all'interno della camera iperbarica	Sì	No
51	Sistema di aspirazione muchi all'esterno della camera iperbarica	Sì	No
52	**E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:**		
	a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) farmaci salvavita	Sì	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No
53	Pompa infusionale	Sì	No
54	Respiratore iperbarico	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
55	Sono attuate procedure di controllo dell'accesso alla camera iperbarica dei singoli pazienti, atte a prevenire situazioni di pericolo derivante dall'introduzione di qualsiasi materiale o oggetto che possa indurre situazioni di rischio per esplosioni e incendi	Sì	No
56	Sono attuate procedure per il trattamento di patologie e/o circostanze che richiedono la presenza di personale di assistenza all'interno della camera iperbarica	Sì	No
57	Sono previste procedure per l'introduzione di eventuali presidi di carattere medico o infermieristico o di qualsiasi altro oggetto, per motivi di servizio, all'interno della camera	Sì	No
58	Sono attuate procedure per il controllo dell'aria immessa nella camera iperbarica	Sì	No
59	Sono previste e messe in atto procedure per la manutenzione ordinaria e straordinaria di tutti i sistemi ed impianti	Sì	No

60	Sono presenti procedure da attuare in caso di emergenza per possibili avarie o incidenti	Si	No
61	**Sono attuate procedure per la gestione dei pazienti con particolare riferimento a:**		
	a) indicazioni appropriate al trattamento	Si	No
	b) visita medica di idoneità	Si	No
	c) compilazione cartella clinica	Si	No
62	Il responsabile sanitario è un medico in possesso di una delle seguenti specializzazioni: Anestesia e Rianimazione ad indirizzo iperbarico; Anestesia e Rianimazione con esperienza documentata specifica in terapia iperbarica di almeno 3 anni	Si	No
63	**La dotazione minima di personale prevede:**		
	a) operatore tecnico	Si	No
	b) infermiere	Si	No
64	**E' presente una cartella clinica per ogni singolo paziente, nella quale sono riportate fra l'altro:**		
	a) i dati anagrafici	Si	No
	b) l'anamnesi familiare	Si	No
	c) l'anamnesi remota e prossima	Si	No
	d) l'esame obiettivo	Si	No
	e) la copia dei referti degli esami ematochimici e delle indagini strumentali	Si	No
	f) l'elenco delle altre terapie in atto	Si	No
	e) lo schema delle terapie iperbariche già effettuate	Si	No
	f) una copia del consenso informato	Si	No
	g) il diario clinico con la documentazione delle eventuali medicazioni eseguite su lesioni trofiche	Si	No
	h) eventuale documentazione fotografica	Si	No
65	E' prevista la pronta disponibilità di medici e tecnici nelle ore notturne o nei giorni festivi per terapia iperbarica in urgenza	Si	No



5.15 CONSULTORIO FAMILIARE

Espleta le funzioni di cui alle leggi 405/75 e 194/78.

Il consultorio presenta le seguenti attività:

CORE DI ATTIVITA'

Attività ostetrico-ginecologica orientata alla prevenzione, informazione ed educazione sanitaria
Attività sociale per sostegno alla famiglia
Attività psicologica per sostegno alla famiglia

ALTRE ATTIVITA'

Attività ostetrico-ginecologico per sterilità di primo livello*
Attività per la diagnosi e la presa in carico delle coppie sterili (secondo livello consultoriale aziendale e/o sovradistrettuale)*
Attività per l'assistenza alla menopausa
Attività di senologia clinica*
Attività psicologico e sessuologico per terapia a singoli, coppie e famiglie
Attività uro-ginecologico*
Attività per la diagnosi e le teraple delle disfunzioni sessuali (aziendale e/o sovradistrettuale)*
Attività ecografica*
Attività colposcopica*
Attività di isteroscopia diagnostica*
Attività per spazio giovani*
Attività per donne e bambini immigrati*
Attività di collaborazione con l'ente locale in materia di adozione nazionale ed internazionale
Attività di collaborazione con equipe territoriali e strutture per il trattamento di minori abusati.

codice paragrafo
CF

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI

1	Il consultorio dispone di un numero adeguato di locali e spazi in funzione della utenza servita	Sì	No
2	E' presente un locale per accoglienza utenti, segreteria, informazioni	Sì	No
3	E' presente un locale/spazio attesa adeguatamente arredato con numero di posti a sedere commisurato ai volumi di attività	Sì	No
4	Sono presenti servizi igienici per gli utenti	Sì	No
5	Sono presenti i servizi igienici per il personale	Sì	No
6	E' presente un locale/spogliatoio del personale	Sì	No
7	E' presente un locale per riunioni (anche in uso non esclusivo)	Sì	No
8	E' presente uno spazio archivio	Sì	No
9	E' presente spazio/armadio per il deposito di materiale pulito	Sì	No
10	E' presente locale per il deposito di materiale sporco	Sì	No
11	E' presente spazio/armadio per il deposito attrezzature igiene ambientale	Sì	No

12	Sono presenti strumenti e sistemi informatici	Sì	No
	CORE ATTIVITA'		
13	E' presente Ambulatorio ostetrico-ginecologico, funzionalmente dedicato	Sì	No
14	E' presente locale dedicato per attività sociale	Sì	No
15	E' presente un locale per aiuto, sostegno e consulenza, intervento psicologico ad indirizzo terapeutico	Sì	No
	ATTIVITA' AGGIUNTIVE		
16	E' presente locale/spazio per consulenza e terapia psicologica e sessuale	Sì	No
17	E' presente spazio giovani, ove previsto, funzionalmente dedicato	Sì	No
18	E' presente locale per donne e bambini immigrati, ove previsto, funzionalmente dedicato	Sì	No
19	E' presente ambulatorio contraccezione, funzionalmente dedicato	Sì	No
20	E' presente ambulatorio per la sterilità di primo livello, ove previsto, funzionalmente dedicato	Sì	No
21	E' presente ambulatorio menopausa, ove previsto, funzionalmente dedicato	Sì	No
22	E' presente ambulatorio senologico, ove previsto, funzionalmente dedicato	Sì	No
23	E' presente ambulatorio uro-ginecologico, ove previsto, funzionalmente dedicato	Sì	No
24	E' presente ambulatorio di ecografia, ove previsto, funzionalmente dedicato	Sì	No
25	E' presente ambulatorio di colposcopia, ove previsto, funzionalmente dedicato	Sì	No
26	E' presente ambulatorio di isteroscopia diagnostica, ove previsto, funzionalmente dedicato	Sì	No
27	E' presente centro per la diagnosi e la presa in carico delle coppie sterili (secondo livello territoriale sovradistrettuale)	Sì	No
28	E' presente centro per la diagnosi e la terapia delle disfunzioni sessuali (secondo livello territoriale sovradistrettuale), là ove previsto	Sì	No
29	E' presente centro di screening citologico	Sì	No
30	E' presente palestra per corsi di preparazione al parto ed alla nascita	Sì	No
31	E' presente locale/spazio per gruppi di auto-aiuto, gruppi puerpere, educazione sanitaria, funzionalmente dedicato	Sì	No
32	**La struttura ha a disposizione:**		
	a) l'ecografo con sonde per ecografie ostetrico-ginecologiche e mammarie	Sì	No
	b) isteroscopio diagnostico	Sì	No
	c) colposcopio,	Sì	No
	d) elettrostimolatore	Sì	No
33	**La strumentazione sopra elencata è presente:**		
	a) in sede	Sì	No
	b) con la possibilità di usufruirne in un'altra struttura con tempi dedicati	Sì	No



	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
34	**E' garantita la presenza delle figure professionali mediche, laureati non medici, personale infermieristico e di assistenza sociale di cui all'art. 3 della legge 405/75:**		
	a) pediatra	Sì	No
	b) ginecologo	Sì	No
	c) psicologo	Sì	No
	d) infermiere	Sì	No
	e) assistente sociale	Sì	No
	f) ostetrica	Sì	No
35	La dotazione del personale e la presenza sono programmate in relazione alla popolazione servita	Sì	No
36	**Il consultorio possiede documenti informativi e/o procedure che definiscano:**		
	a) descrizione di tutte le prestazioni offerte, l'orario di apertura e di erogazione delle prestazioni, gli orari e le modalità per la prenotazione, il costo e le modalità di pagamento, il personale che le eroga	Sì	No
	b) la descrizione della modalità di gestione delle attività programmate e delle richieste urgenti	Sì	No
	c) le procedure di collegamento ed integrazione con altri servizi (strutture ospedaliere, laboratori analisi, servizi sociali, associazioni private, ecc.)	Sì	No
	d) la gestione del processo di sterilizzazione, qualora venga effettuata in loco	Sì	No
37	E' presente un direttore dell'U.O. dell'Assistenza Consultoriale	Sì	No
		Sì	No
38	E' presente un Coordinatore delle Professioni Sanitarie dell'U.O. dell'Assistenza Consultoriale	Sì	No
		Sì	No
39	Sono presenti materiale informativi/educativo su patologie specifiche	Sì	No
		Sì	No
40	Sono previsti protocolli di integrazione con i percorsi assistenziali territoriali ed ospedalieri	Sì	No

5.16 SERT

Per i requisiti strutturali si richiama la normativa sull'istituzione dei SERT, di cui alla legge 162/90 e D.M. n. 444 del 30.11.1990, nonché quella indicata nel DM 19 febbraio 1992, così come integrata e modificata dall'Atto d'intesa Stato- Regioni del 5.8.1999 e dalla L. 45/1999. I servizi per le tossicodipendenze (Ser.T) sono unità operative delle Aziende - Unità sanitarie locali - ASL, coordinate nell'ambito di uno specifico Dipartimento da istituire in applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999.

codice paragrafo
SERT

	REQUISITI MINIMI STRUTTURALI		
1	E' presente un locale per accoglienza utenti ed informazioni adeguato al numero dei pazienti che usufruiscono del servizio	Sì	No
2	E' presente locale per l'attesa adeguato al numero dei pazienti che usufruiscono del servizio	Sì	No
3	Sono presenti locali dotati delle caratteristiche degli ambulatori medici per visite specialistiche e valutazioni diagnostico-prognostico-cliniche attinenti alle patologie trattate	Sì	No
4	Sono presenti ambulatori per colloqui psicologici	Sì	No
5	Sono presenti ambulatori per assistenza sociale	Sì	No
6	E' presente locale per attività di gruppo	Sì	No
7	E' presente locale per la conservazione dei farmaci con caratteristiche atte a garantire la sicurezza secondo le norme vigenti	Sì	No
8	E' presente locale per segreteria amministrativa	Sì	No
9	E' presente locale per riunione e per permanenza degli operatori (distinto dagli ambulatori)	Sì	No
10	E' presente locale/spazio archivio con garanzie strutturali per assicurare il rispetto delle prescrizioni sulla riservatezza dei dati personali	Sì	No
11	Sono presenti servizi igienici per gli utenti	Sì	No
12	Sono presenti servizi igienici e spogliatoi per gli operatori	Sì	No
13	E' presente spazio/locale per deposito materiale pulito	Sì	No
14	E' presente spazio/locale per deposito materiale sporco	Sì	No
15	Sono presenti spazi o armadi per deposito di materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni	Sì	No
16	E' presente un locale per prelievi di campioni biologici che presenta requisiti analoghi a quelli dei punti prelievi	Sì	No
17	Per eventuali unità funzionali collocate in sedi diverse da quelle del Ser.T queste devono essere dotate dei locali ed attrezzature idonee allo svolgimento degli specifici interventi attuati	Sì	No



	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
18	**Ogni Ser.T dispone di:**		
	a) attrezzatura per la gestione delle emergenze, farmaci salvavita	Sì	No
	b) tutti i farmaci necessari per il trattamento a lungo termine degli stati di dipendenza e delle patologie connesse all'uso di sostanze (comprese le patologie infettive e psichiatriche)	Sì	No
	c) strumentazione necessaria per le attività diagnostiche e terapeutiche specifiche (mediche, psicologiche e sociali)	Sì	No
	d) dotazione di tipo informatico per la raccolta e la trasmissione dei dati epidemiologici, per la gestione delle attività e per la valutazione degli interventi	Sì	No
	e) condivisione della Banca Dati tra il Ser.T, gli altri Servizi Aziendali	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
19	Il Ser.T. assicura il servizio per almeno cinque giorni la settimana, garantendo l'accesso al pubblico per non meno di cinque ore, durante le quali è assicurata la presenza contemporanea di tutte le figure professionali d'equipe, nelle restanti ore di servizio deve essere garantita almeno la presenza di un medico ed un infermiere	Sì	No
20	Sono definite le Procedure con le quali è garantita, tramite i servizi dell'Azienda USL, l'assistenza agli utenti nell'arco delle 24 ore giornaliere, per l'emergenze, assicurando, in particolare, ove necessario, l'assunzione dei farmaci sostitutivi nei giorni di chiusura del Ser.T. con le procedure dell'affidamento	Sì	No
21	Il rapporto operatori/utenti non supera i limiti stabiliti dal DM 444/90 al fine di non compromettere la qualità delle prestazioni	Sì	No
22	**La dotazione organica del Ser.T. comprende almeno le seguenti tipologie di personale:**		
	a) medici	Sì	No
	b) psicologi	Sì	No
	c) assistenti sociali	Sì	No
	d) educatori professionali	Sì	No
	e) infermieri professionali	Sì	No
	f) personale amministrativo	Sì	No
23	Sono aggiunte ulteriori figure professionali ove ritenute necessarie per particolari attività specifiche, sulla base delle esigenze del territorio e dei piani regionali	Sì	No
24	La dotazione medesima prevede un adeguato equilibrio tra le varie figure di operatori e, comunque, un minimo di due unità di personale dipendente a tempo pieno, per ciascuna delle tipologie sopra riportate	Sì	No
25	La dotazione organica di ogni singolo Ser.T, viene rivalutata, con cadenza almeno triennale, anche in base all'attuazione di specifiche attività, prestazioni, funzioni o progetti assegnati al Servizio dai programmi regionali o aziendali	Sì	No
26	E' presente un Responsabile del Ser.T che sia in possesso di idonei titoli e requisiti professionali	Sì	No
27	E' definito un Programma Terapeutico Individualizzato sulla base di un processo di valutazione diagnostica che prevede la valutazione formale dei bisogni e delle risorse espresse dal paziente	Sì	No
28	Per ciascun utente incarico al Servizio è individuato tra gli operatori un referente socio-sanitario (Case-Manager)	Sì	No
29	E' acquisito un consenso informato e condiviso al trattamento	Sì	No

30	E' garantito il rispetto della privacy	Si	No
31	E' adottato il sistema informatico regionale	Si	No
32	E' adottata una cartella clinica per ogni singolo paziente	Si	No
33	Esiste un accordo formale tra Ser.T, Medici di Medicina Generale e pediatri di libera scelta per la terapia del paziente	Si	No
34	Sono previsti corsi di formazione per il personale	Si	No



5.17 CENTRO DI SALUTE MENTALE

Espleta le funzioni indicate per il CSM dal D.P.R. 10/11/1999 "Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale"

codice paragrafo
CSM

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	Il centro di salute mentale dispone di un numero adeguato di locali e spazi commisurato alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate	Sì	No
2	E' presente un locale per accoglienza utenti ed informazioni	Sì	No
3	E' presente un locale per segreteria, per attività amministrativa, accettazione, archivio e consegna diagnosi	Sì	No
4	Sono presenti ambulatori medici commisurati al numero di medici in servizio ed al volume delle prestazioni erogate	Sì	No
5	E' presente una medicheria attrezzata nel rispetto della normativa vigente in materia di salute e sicurezza sul lavoro	Sì	No
6	Sono presenti studi per gli psicologi ed assistenti sociali presenti	Sì	No
7	E' presente un locale per riunioni commisurato al numero di operatori	Sì	No
8	Sono presenti locali per attività diagnostiche e terapeutiche commisurate alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate	Sì	No
9	E' presente uno spazio per attesa adeguatamente arredato, con numero di posti a sedere commisurato al volume di attività	Sì	No
10	Sono presenti servizi igienici attrezzati e divisi per sesso per le persone assistite	Sì	No
11	Sono presenti servizi igienici per il personale	Sì	No
12	E' presente un locale adibito a spogliatoio per il personale	Sì	No
13	E' presente un locale/spazio per il deposito di materiale pulito	Sì	No
14	E' presente un locale per il deposito di materiale sporco	Sì	No
15	E' presente un locale/spazio per il deposito di materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni	Sì	No

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

16	Il CSM dispone di test standardizzati per la valutazione psicodiagnostica e psicometrica commisurati al volume delle prestazioni psicodiagnostiche necessarie	Sì	No
17	E' presente un impianto telefonico dotato di centralino, di linee commisurate al numero di operatori e di almeno un fax	Sì	No
18	E' garantito l'accesso alla rete intranet/internet	Sì	No
19	La dotazione di attrezzature e strumentazioni è presente in misura adeguata alla tipologia e al volume delle attività svolte	Sì	No

20	**E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:**		
	a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) defibrillatore con pacing esterno		
	g) farmaci (adrenalina, atropina, dopamina, lidocaina, naloxone, furosemide, glucosio al 33%, metilprednisolone, soluzione fisiologica e glucosata, bicarbonato di sodio)	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
21	E' individuato un direttore medico responsabile della struttura specializzato in psichiatria	Sì	No
22	**E' presente la seguente tipologia di personale:**		
	a) medico specialista in psichiatria	Sì	No
	b) infermiere	Sì	No
	c) assistente sociale	Sì	No
	d) psicologo	Sì	No
23	La dotazione del personale è adeguata alla tipologia ed al volume delle prestazioni ed al numero degli utenti	Sì	No
25	E' programmata la presenza di altre figure professionali di cui al D.P.R. 10/11/1999 in relazione alla popolazione del territorio servito (tecnici della riabilitazione psichiatrica, educatori professionali e personale amministrativo)	Sì	No
26	E' garantita l'attività per 12 ore al giorno	Sì	No
27	E' garantita l'apertura per 6 giorni la settimana	Sì	No
28	Sono presenti protocolli operativi per la risposta all'emergenza-urgenza territoriale	Sì	No
29	Sono presenti protocolli operativi per l'accoglienza a domanda	Sì	No
30	E' attivo un Registro dei posti disponibili presso le strutture residenziali e semiresidenziali	Sì	No
31	Sono disponibili autovetture commisurate alla tipologia ed al volume di attività territoriali	Sì	No
32	Sono presenti protocolli operativi per i collegamenti con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al D.P.R.10/11/1999	Sì	No
33	**Sono definite le procedure per:**		
	a) le modalità di accesso, accoglienza e la presa in carico dei pazienti	Sì	No
	b) la formulazione e l'attivazione di un piano terapeutico-riabilitativo individualizzato documentato	Sì	No
	c) i rapporti con i MMG/Neuropsichiatri infantili	Sì	No
	d) la continuità terapeutica in caso di presa in carico da altre strutture psichiatriche	Sì	No
34	Vengono realizzati programmi rivolti ai singoli, ai gruppi e alle comunità, con il coinvolgimento di altri soggetti, pubblici e privati	Sì	No
35	Sono previsti, ove necessario, interventi di tipo psicologico e di sostegno socio-educativo alla famiglia dei pazienti in carico	Sì	No
36	Sono presenti protocolli operativi e/o procedure condivise con i servizi sociali territoriali	Sì	No

37	E' presente un sistema informativo sui dati di attività, secondo le procedure definite a livello regionale	Sì	No
38	Sono realizzate iniziative di prevenzione, diagnosi ed intervento precoce con evidenze di prova di efficacia	Sì	No
39	Sono verificate con appositi indicatori di esito validati secondo i criteri dell' EBM, le iniziative di prevenzione, diagnosi ed intervento precoce	Sì	No

5.18 CENTRI DI MEDICINA DELLO SPORT II° e III° LIVELLO

Per Centri di Medicina dello Sport di II° e III° livello s'intendono le strutture che erogano a livello ambulatoriale prestazioni di natura sanitaria dirette alla prevenzione, certificazione, diagnosi, assistenza e terapia nei confronti di chi pratica attività sportive, mediante l'attività di più specialisti di cui al D.M. 18/02/1982, D.M. 28/02/1983 ed alla L.R. 12/11/1997 n.132 e successive modificazioni ed integrazioni.

Il Centro di Medicina dello Sport di III° livello deve appartenere al S.S.N. ovvero all'Università. Sono ivi svolte tutte quelle attività previste nell'Art.4 delle L.R. del 12.11.1997 n.132

codice paragrafo
CMSPII e CMSPIII

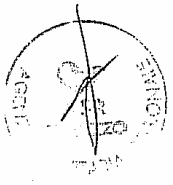
CENTRI DI MEDICINA DELLO SPORT II° LIVELLO

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	Il centro è collocato in zona facilmente accessibile, dotata di adeguata segnaletica e rispondente alle normative vigenti in materia di abbattimento delle barriere architettoniche, tale da favorire un agevole afflusso di utenti	Sì	No
2	**Il centro è dotato dei seguenti locali:** *Nota: tali locali possono essere intesi come comuni per tutto il centro*		
	a) spazi per attesa (dotati di numero di posti a sedere adeguati al numero di pazienti che usufruiscono del servizio)	Sì	No
	b) accettazione e attività amministrativa	Sì	No
	c) locale/spazio per materiale pulito	Sì	No
	d) locale per materiale sporco	Sì	No
	d) servizi igienici distinti per utenti e personale	Sì	No
	e) locale spogliatoio per il personale secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di salute e sicurezza sul lavoro	Sì	No
3	I locali ambulatorio hanno una superficie non inferiore a 12 mq	Si	No
4	I locali hanno pavimenti lavabili e disinfettabili	Sì	No
5	I locali sono dotati di pavimento con raccordo arrotondato alle pareti	Sì	No
6	I locali hanno pareti con rivestimento impermeabile e lavabile per un'altezza di almeno 2 mt.	Sì	No
7	I locali sono dotati di porte a superficie lavabile	Sì	No
8	Nelle sale dedicate alla esecuzione di prestazioni è presente un lavabo in acciaio o ceramica con comando manuale	Sì	No
9	Gli arredi sono a superficie facilmente lavabile e disinfettabile	Sì	No

REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI

10	In tutti i locali sono assicurate efficaci condizioni di illuminazione e ventilazione (vedi riferimento normativo vigente)	Sì	No



11	E' presente un impianto di riscaldamento e/o di climatizzazione che assicuri una temperatura degli ambienti di 20°/22° centigradi nel semestre invernale (ora solare) e possibilmente non inferiore a quella esterna per più di 6° centigradi (e comunque non inferiore a 20° centigradi) nel semestre estivo	Sì	No
12	Se si utilizzano attrezzature elettriche con parti applicate è presente nodo equipotenziale ed interruttore differenziale con "In" inferiore o uguale a 30mA	Sì	No

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

Il centro è dotato di:

13	Lettino per ogni locale visita	Sì	No
14	Fonendoscopio	Sì	No
15	Martelletto	Sì	No
16	Bilancia	Sì	No
17	Statimetro	Sì	No
18	Sfigmomanometro	Sì	No
19	Tavola ottometrica decimale	Sì	No
20	Tavola di Ishihara	Sì	No
21	Spirometro	Sì	No
22	Strumentario per test urine (facoltativo)	Sì	No
23	Scalino graduabile (cm 30-40-50)	Sì	No
24	Elettrocardiografo dotato di monitor con almeno 3 canali	Sì	No
25	Cicloergometro (per prove ergometriche massimali dei soggetti over 35 anni) o tapis roulant con monitorizzazione ECG durante lo sforzo	Sì	No
26	E' presente almeno un defibrillatore (con pacing esterno)	Sì	No
27	E' presente ecocardiografo color doppler	Sì	No
28	E' presente ECG dinamico secondo Holter	Sì	No
29	E' presente ergometro a manovella	Sì	No
30	Sono presenti attrezzature specifiche per il rilascio di certificazioni che richiedono esami specialistici integrativi	Sì	No
31	**E' presente un carrello per la gestione delle eventuali emergenze (rianimazione cardio-polmonare di base) di cui è verificata periodicamente la funzionalità**	Sì	No
	a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) farmaci salvavita	Sì	No

	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No
32	E' presente un armadietto per la conservazione di farmaci e presidi medico-chirurgici	Sì	No
33	E' presente un frigorifero per la conservazione dei farmaci dotato di requisiti idonei alla loro conservazione (segnalatore esterno di temperatura ecc.)	Sì	No
34	Il centro è dotato delle attrezzature necessarie in rapporto a tutte le tipologie di certificazione sportiva previste dal D.M. 18/02/1982 e dal D.M. 23/02 1983	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
35	E' prevista la figura del Direttore Medico responsabile del centro che soddisfa i requisiti previsti dalla normativa vigente	Sì	No
36	Esistono procedure/protocolli di collegamento stabile con centri autorizzati a praticare esami diagnostici ritenuti indispensabili al rilascio della certificazione	Sì	No
37	Durante lo svolgimento dell'attività ambulatoriale è prevista la presenza costante di almeno un medico specialista in medicina dello sport indicato quale responsabile delle attività svolte nell'ambulatorio	Sì	No
38	Esiste cartella clinica ove siano documentate tutte le attività clinico-diagnostiche	Sì	No
39	**Per ogni prestazione erogabile vengono esplicitate:**		
	a) modalità di prenotazione	Sì	No
	b) tempi d'attesa (max) per la prestazione	Sì	No
	c) le modalità di gestione delle liste d'attesa	Sì	No
	d) eventuale costo della prestazione svolta e modalità di pagamento	Sì	No
	e) modalità amministrative d'accesso alla struttura	Sì	No
	f) orari di erogazione delle prestazioni	Sì	No
40	**Le prestazioni effettuate sono registrate specificando:**		
	a) le generalità dell'utente rilevate dal documento sanitario	Sì	No
	b) la tipologia delle prestazioni	Sì	No
41	E' presente uno specialista cardiologo	Sì	No
42	**Sono presenti le seguenti consulenze specialistiche strutturate:**		
	a) specialista ORL	Sì	No
	b) specialista Oculista	Sì	No
	c) specialista Neurologo	Sì	No
43	E' presente schedario/sistema informatico per l'archiviazione della documentazione clinica	Sì	No
44	Le registrazioni e le copie dei referti di indagini diagnostiche effettuate in regime d'attività ambulatoriale sono effettuate secondo le modalità e i tempi sanciti dalla normativa vigente	Sì	No
45	**Esistono e vengono seguiti protocolli per garantire l'efficacia delle procedure di:**		
	a) sanificazione degli ambienti	Sì	No
	b) detersione, lavaggio, disinfezione di tutti gli strumenti ed accessori	Sì	No
	c) sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori che richiedono tale trattamento	Sì	No



46	Esistono procedure finalizzate a garantire il confort ed il rispetto della privacy durante le attività ambulatoriali	Sì	No
47	Vengono seguiti periodicamente corsi di formazione per la rianimazione cardio-polmonare (BLS di base e BLS avanzato)	Sì	No

CENTRI DI MEDICINA DELLO SPORT III° LIVELLO

Oltre ai requisiti previsti per il II° livello requisiti aggiuntivi sono:

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

47	E' presente strumentario necessario all'attività clinica ortopedico-traumatologica	Sì	No
48	E' presente strumentario per la valutazione fisiatrica	Sì	No
49	E' presente ECG a sei canali per prove da sforzo	Sì	No
50	Sono presenti ergometri isocinetici a scopo valutativo/riabilitativo	Sì	No
51	E' presente apparecchiatura per spirometria ed ergometria	Sì	No
52	E' presente apparecchiatura per la misurazione della forza a terra (piattaforme, pedane, dinamometri meccanici, elettronici, ecc)	Sì	No
53	E' presente apparecchiatura per lo studio della postura e del movimento	Sì	No
54	E' presente analizzatore del lattato ematico	Sì	No
55	E' presente ecografo lineare per ecografia internistica, muscolo scheletrica e articolare	Sì	No
56	E' presente dotazione informatica con configurazione non inferiore a 486 Mbt	Sì	No
57	E' presente attrezzatura per raccolta differenziata dei materiali da smaltire	Sì	No

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

58	**E' prevista la consulenza strutturata di:**		
	a) Ortopedia	Sì	No
	b) Fisiatria	Sì	No
	c) Scienza dell'alimentazione	Sì	No
	d) Psicologia	Sì	No
59	Il centro è diretto da un dirigente medico di II° livello in possesso dei requisiti di idoneità relativa alla branca di medicina dello sport	Sì	No

5.19 STABILIMENTI TERMALI

Per stabilimento termale s'intende ogni struttura aperta al pubblico che, a scopo preventivo, curativo e riabilitativo, utilizza acque minerali, peloidi quali fanghi, limi, muffe e simili nonché stufe naturali ed artificiali ai sensi dell'articolo 14, lettera a), del R.D. 28 settembre 1919, n. 1924. Gli stabilimenti termali erogano le prestazioni idrotermali di cui all'art. 36 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833

codice paragrafo
ST

REQUISITI MINIMI DI CARATTERE GENERALE

1	L'Azienda termale è in possesso di una dichiarazione di concessione mineraria – sub concessione – altro titolo giuridicamente valido per l'utilizzazione delle acque, con chiaramente indicati gli estremi del provvedimento, la denominazione e la durata delle concessioni	Sì	No
2	L'Azienda termale è in possesso di un decreto di riconoscimento delle proprietà terapeutiche delle acque ai sensi di legge in vigore, con chiaramente indicati gli estremi del decreto e i tipi di acque di cui è autorizzato l'uso	Sì	No
3	L'Azienda è in possesso del "nulla osta" del Ministero della Sanità ***(Per le Aziende termali autorizzate anteriormente all'entrata in vigore della legge n° 883 del 23.12.1978)***	Sì	No
4	L'Azienda termale è in possesso dell'autorizzazione all'apertura e all'esercizio dello stabilimento con chiaramente indicati: gli estremi del decreto di autorizzazione, l'amministrazione che lo ha rilasciato e le cure per le quali è autorizzata l'erogazione	Sì	No
5	L'Azienda termale è in possesso e/o ha dato avvio alle procedure di adeguamento ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi	Sì	No
6	**Esistono e vengono seguiti protocolli dettagliati (secondo linee guida aggiornate e basate sui risultati della ricerca scientifica) per:**		
	a) sanificazione degli ambienti	Sì	No
	b) modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori	Sì	No

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI ED ORGANIZZATIVI COMUNI A TUTTI GLI STABILIMENTI TERMALI

7	L'Azienda termale dichiara di rispondere ai "Requisiti minimi strutturali e tecnologici generali" ed ai "Requisiti minimi strutturali" previsti per le attività ambulatoriali, contenute nel D.P.R. 14 gennaio 1997 per quanto non previsto ai punti precedenti ed in quanto compatibili con la natura e le modalità di esecuzione delle cure termali	Sì	No
8	L'Azienda termale dispone di un medico responsabile delle attività sanitarie svolte nello stabilimento, ove di tale compito non si occupi personalmente il direttore sanitario e sono specificate generalità, titoli di studio ed accademici del medico responsabile	Sì	No

9	L'Azienda termale dispone della presenza di un medico per tutto l'orario giornaliero di apertura dei reparti termali e sono specificate generalità e titoli di studio ed accademici del medico	Sì	No
10	L'Azienda termale dispone della garanzia di pronta assistenza medica per tutto l'orario giornaliero di apertura degli stessi reparti, assicurata attraverso un servizio di guardia medica privata	Sì	No
11	**L'Azienda termale dispone di attrezzature e farmaci di pronto soccorso secondo il seguente elenco:**		
	a) sfigmomanometro	Sì	No
	b) apparecchio manuale di rianimazione	Sì	No
	c) bombola di ossigeno completa di manometro e di riduttore	Sì	No
	d) siringhe di plastica monouso e laccio emostatico	Sì	No
	e) aghi, filo, e pinza per sutura	Sì	No
	f) **farmaci:** analettici e cardiotonici, antispastici e sedativi, cortisone per uso endovenoso, emostatici per applicazioni topiche e per uso parenterale, ipotensivi e coronodilatatori, antiallergici, antistaminici broncodilatatori, adrenalina	Sì	No
	g) elettrocardiografo	Sì	No
	h) defibrillatore semiautomatico	Sì	No
	i) pallone ambu adulto	Sì	No
	l) pallone ambu pediatrico	Sì	No
12	E' presente per tutto l'orario giornaliero di apertura dei reparti termali personale formato al primo trattamento di eventuali urgenze, compreso l'utilizzo del defibrillatore semi automatico	Sì	No
13	E' adottata una cartella clinica sulla quale siano riportati, oltre alle generalità del paziente, la diagnosi, il tipo di cura prescritto, la quantità e la qualità delle cure praticate, le modalità di somministrazione delle stesse e nel caso di pazienti afferenti alle cure riabilitative, un sintetico rilievo clinico al termine della terapia praticata	Sì	No
14	Nell'erogazione delle prestazioni termali l'Azienda sottopone a visita medica tutti i curandi prima dell'inizio di qualsiasi ciclo di cura e ne conserva documentazione	Sì	No
15	Nell'erogazione delle prestazioni termali l'Azienda utilizza per qualunque forma di terapia termale, esclusivamente le acque per le quali lo stabilimento termale è in possesso dei titoli esplicitati	Sì	No
16	Nell'erogazione delle prestazioni termali l'acqua perviene direttamente dalla sorgente tramite idonea adduzione che ne garantisca il mantenimento delle caratteristiche chimico-fisiche	Sì	No
17	Solo per l'effettuazione delle terapie inalatorie e del ciclo di cura della sordità rinogena, ove il medico termale lo ritenga necessario in relazione alle esigenze del curando, è consentita l'alternanza delle proprie acque minerali riconosciute con altre acque minerali di provenienza esterna, parimenti riconosciute e confezionate in contenitori di vetro monouso della capacità di un litro, purchè l'uso delle prime sia prevalente	Sì	No

REQUISITI MINIMI SPECIFICI RELATIVI A DETERMINATI CICLI DI CURA TERMALE

Regole metodiche di erogazione delle prestazioni di balneo-fangoterapia

18	L'Azienda termale eroga prestazioni di balneo-fangoterapia attraverso cicli di cura di fanghi e bagni terapeutici	Sì	No
19	L'Azienda termale eroga prestazioni di balneo-fangoterapia attraverso cicli di fanghi e docce c.d. di annettamento	Sì	No
20	L'Azienda termale eroga prestazioni di balneo-fangoterapia attraverso cicli di bagni terapeutici	Sì	No
21	L'Azienda termale dispone presso il reparto di cure di camerini singoli di conveniente cubatura ed aerazione e, nell'ipotesi in cui le acque termali utilizzate sviluppino gas, è adottato un continuo ricambio di aria nell'ambiente, sia attraverso idonee aperture ben ubicate, sia con specifiche apparecchiature	Sì	No
22	L'Azienda termale dispone presso il reparto di cure di almeno un addetto in servizio ogni otto curandi in trattamento contemporaneo	Sì	No
23	L'Azienda termale dichiara il numero di pazienti trattati nel corso dell'anno precedente	Sì	No
24	L'Azienda dispone di congruo numero di vasche singole per l'effettuazione del bagno relativo ai cicli di cura sopra elencati che ha di norma durata di 15 minuti ed è effettuato in vasca singola con una quantità di acqua tale da consentire agevolmente la cosiddetta "immersione totale" del curando	Sì	No
25	I cicli di cura sono comprensivi della reazione che ne è momento integrante e conclusivo	Sì	No
26	Il fango è maturato in loco, cioè nell'ambito dello stabilimento e comunque nell'ambito della singola azienda termale, nelle acque minerali di cui agli specifici titoli amministrativi	Sì	No
27	L'Azienda dispone di idonee attrezzature naturali/artificiali (fangaie) per la maturazione del fango per un periodo non inferiore a sei mesi, in grado di produrre quantità sufficienti al fabbisogno stagionale	Sì	No
28	Lo spessore del fango in maturazione nella fangaia non è superiore a metri 1,50, salvo che l'ossigenazione degli strati inferiori non sia assicurata da idoneo impianto di rimescolamento	Sì	No
29	Il fango da rigenerare è allocato in vasche separate	Sì	No

Regole metodiche di erogazione delle irrigazioni vaginali

29	Le irrigazioni vaginali sono eseguite da un'ostetrica o da un infermiere sotto la responsabilità di un medico specialista in ostetricia e ginecologia o discipline equipollenti o in idrologia medica	Sì	No
30	Sono esplicitate le generalità e i titoli di studio e accademici del personale sanitario	Sì	No
31	Le irrigazioni vaginali sono eseguite in ambienti singoli, con apparecchio che utilizzi acqua fluente e garantisca regolazione della temperatura e della pressione	Sì	No

Cicli di cura della sordità rinogena

32	L'Azienda termale eroga le insufflazioni endotimpaniche mediante cateterismo tubarico	Sì	No
33	L'Azienda termale eroga il politzer crenoterapico	Sì	No

34	Tali prestazioni sono eseguite da medici specialisti in O.R.L. o discipline equipollenti, in audiologia e foniatria o in idrologia medica o in possesso di specifica esperienza (esplicitare il numero)	Sì	No
35	Sono specificate le generalità e i rispettivi titoli di studio ed accademici dei medici sopra menzionati	Sì	No
36	L'Azienda termale dispone di cabina silente	Sì	No
37	L'Azienda termale dispone di audiometro	Sì	No
38	L'Azienda termale dispone di impedenziometro	Sì	No
39	L'Azienda termale dispone di attrezzature ambulatoriali per la diagnostica O.R.L.	Sì	No
40	L'Azienda termale dispone di dotazioni ambientali e strumentali per l'effettuazione delle insufflazioni endotimpaniche e delle cure inalatore	Sì	No

Cicli di cura delle vasculopatie periferiche

41	Il ciclo di cura delle vasculopatie periferiche è effettuato sotto la diretta responsabilità di medici specialisti in cardiologia o discipline equipollenti o in angiologia o discipline equipollenti o in idrologia medica	Sì	No
42	Sono esplicitate le generalità e rispettivi titoli di studio ed accademici dei medici sopramenzionati	Sì	No
43	**Per l'esecuzione del ciclo di cura l'Azienda termale dispone di:**		
	a) un laboratorio di analisi interno	Sì	No
	b) un laboratorio di analisi convenzionato	Sì	No
	c) elettrocardiografo	Sì	No
	d) doppler	Sì	No

Requisiti specifici per l'erogazione delle terapie inalatorie e della terapia idropinica

Terapie inalatorie

44	L'Azienda termale dispone di ambienti la cui cubatura è pari a mc 5.50 per punto cura individuale (esclusi i locali di attesa)	Sì	No
45	L'Azienda termale dispone di ambienti la cui cubatura è pari a mc 4.50 per posto cura collettivo (esclusi i locali di attesa)	Sì	No
46	La capacità massima dei locali destinati alle cure collettive è indicata da appositi cartelli	Sì	No
47	Negli ambienti di cura è assicurata la costante normalizzazione dell'aria attraverso idonei sistemi di ricambio e/o deumidificazione	Sì	No

Terapia idropinica

48	L'Azienda termale dispone di servizi igienici con wc in numero adeguato al numero dei curandi contemporaneamente presenti nello stabilimento nei periodi di massima punta. Convenzionalmente determinato in almeno un servizio ogni 55 curandi e di un servizio ogni 30 curandi per gli stabilimenti che utilizzano acque a prevalente effetto catartico	Sì	No
49	L'azienda dichiara il numero di pazienti trattati nel corso dell'anno precedente	Sì	No

Requisiti specifici per l'erogazione dei cicli di cura della riabilitazione neuromotoria, della rieducazione motoria del motuleso e della riabilitazione della funzione respiratoria

Riabilitazione neuromotoria* e *rieducazione motoria del motuleso

50	L'Azienda termale dispone di un medico specialista in medicina fisica e riabilitazione o discipline equipollenti o affini	Sì	No
51	Sono specificate le generalità e rispettivi titoli di studio ed accademici dei medici sopramenzionati	Sì	No
52	L'Azienda termale dispone di terapisti della riabilitazione	Sì	No
53	L'azienda termale dispone di massofisioterapisti	Sì	No
54	Sono esplicitate le generalità e rispettivi titoli professionali del personale della riabilitazione	Sì	No
55	**L'Azienda termale dispone dei seguenti servizi diagnostici:**		
	a) servizio di diagnostica per immagini interno o convenzionato con l'azienda termale	Sì	No
	b) laboratorio di diagnostica chimico - clinica interno o convenzionato con l'Azienda termale	Sì	No
	c) servizio di elettrofisiologia attrezzato anche per esami elettromiografici interno o convenzionato con l'Azienda termale	Sì	No
56	**L'Azienda termale dispone delle seguenti attrezzature terapeutiche:**		
	a) reparto di fangobalneoterapia in possesso dei requisiti esplicitati nel relativo paragrafo	Sì	No
	b) piscina termale attrezzata per riabilitazione in acqua, dotata di idonei meccanismi che consentono l'utilizzazione anche ai disabili (specificare i meccanismi)	Sì	No
	c) palestra idoneamente attrezzata per la riabilitazione neuromotoria (elencare attrezzature)	Sì	No
57	**L'azienda termale dispone di locali attrezzati per l'esecuzione dei seguenti trattamenti:**		
	a) massoterapia	Sì	No
	b) elettroterapia (galvanica, faradica, interferenziale, diadinamica, ionoforesi, elettrostimolazioni esponenziali)	Sì	No
	c) termoterapia	Sì	No
	d) fototerapia (ultravioletti, infrarossi)	Sì	No
	e) sonoterapia (ultrasuoni)	Sì	No
	f) laserterapia	Sì	No



	g) magnetoterapia	Sì	No
	h) trazioni e manipolazioni vertebrali	Sì	No
	Riabilitazione della funzione respiratoria		
58	L'Azienda termale dispone di un medico specialista in malattie dell'apparato respiratorio o in medicina fisica e riabilitazione o in discipline equipollenti o affini	Sì	No
59	Sono specificate le generalità e rispettivi titoli di studio ed accademici dei medici sopramenzionati	Sì	No
60	L'Azienda termale dispone di fisioterapisti	Sì	No
61	Sono esplicitate le generalità e rispettivi titoli professionali del personale della riabilitazione	Sì	No
62	**L'Azienda termale dispone dei seguenti servizi/attrezzature diagnostiche:**		
	a) ambulatorio di diagnostica funzionale polmonare 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	Sì	No
	b) ambulatorio di elettrocardiografia	Sì	No
	c) attrezzature radiologiche di base per lo studio del torace, anche in convenzione con un gabinetto di radiologia esterno	Sì	No
	d) attrezzature per esami chimico - clinici di base e attrezzature per ricerche allergologiche complete per via percutanea e per eventuali provocazioni specifiche degli organi bersaglio, anche in convenzione con un laboratorio esterno	Sì	No
63	**L'Azienda termale dispone dei seguenti attrezzature terapeutiche:**		
	a) apparecchi per la crenoterapia inalatoria singola e/o collettiva (aerosol, humages, inalazioni, nebulizzazioni)	Sì	No
	b) apparecchi per ventilazione meccanica assistita a pressione positiva intermittente	Sì	No
	c) palestra per chinesiterapia respiratoria collettiva	Sì	No
	d) box per chinesiterapia respiratoria singola e per drenaggio posturale	Sì	No
64	L'Azienda termale dichiara che i servizi di diagnostica o di laboratorio interni, i locali e le attività di recupero e rieducazione funzionale o respiratoria interni sono conformi ai requisiti previsti dalla normativa regionale/nazionale per i presidi che svolgono le stesse attività sanitarie	Sì	No

5.20 SISTEMA EMERGENZA - URGENZA TERRITORIALE

Centrale Operativa
Postazione territoriale
Trasporto e Soccorso

Il sistema di emergenza-urgenza territoriale si pone come obiettivo principale quello di assicurare un'assistenza tempestiva ed efficace nelle emergenze-urgenze, garantendo il primo soccorso ed il trasporto protetto fino alla destinazione definitiva del paziente tramite un'organizzazione integrata, una formazione specifica ed interdisciplinare del personale coinvolto utilizzando percorsi diagnostico-terapeutici.

Codice paragrafo
SEUT

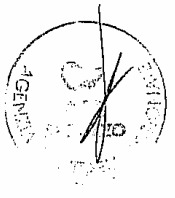
Centrale Operativa - 118

Ha contenuti prevalentemente tecnico-organizzativi. Svolge funzioni di processazione chiamate, identificazione codice d'intervento sulla base della gravità/urgenza del caso, invio del mezzo più idoneo, guida fino al luogo dell'evento. Tale sistema deve garantire affidabilità assoluta rispetto alla capacità di fare intervenire nel più breve tempo possibile il mezzo più idoneo nella sede dell'evento e di fare trasportare il paziente all'Ospedale più adeguato, nei tempi più brevi, compatibili con un trattamento pre-ospedaliero aderente alle linee guida internazionali. Altre funzioni importanti sono costituite dalle attività di collegamento in rete con le altre centrali operative, con altri settori d'emergenza (VVF; Protezione Civile etc.) e coordinamento con il Sistema di Emergenza Territoriale. Gestisce i trasporti interospedalieri urgenti e programmati e può gestire i trasporti intraospedalieri programmati.

Gestisce con l'ausilio di Associazioni di Volontariato l'aspetto sanitario di manifestazioni sportive e grandi eventi di massa.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	La Centrale Operativa è parte integrante del Dipartimento di Emergenza - Urgenza dell'Azienda Ospedaliera di riferimento o nel D.E.A. di II livello del P.O. di riferimento dell'ASL	Sì	No
2	E' presente una Sala Operativa di dimensioni tali da garantire la piena operatività delle varie funzioni	Sì	No
3	E' presente un'area per coordinamento maxi emergenza stabilmente attrezzata con tavoli di lavoro rapidamente trasformabili in tavoli operativi.	Sì	No
4	E' presente un'area direzionale e soggiorno per il personale (studio coordinatore infermieristico, infermieri, autisti, studio medici e studio direttore)	Sì	No
5	E' presente un'area dedicata ai servizi di segreteria e archiviazione (tradizionale e/o con sistemi informatizzati) proporzionale ai volumi del materiale da archiviare	Sì	No
6	Sono presenti servizi igienici per il personale	Sì	No
7	E' presente un locale spogliatoio per il personale secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di salute e sicurezza sul lavoro	Sì	No
8	E' presente un locale tecnologico per attrezzature telefoniche, informatiche e radio locali	Sì	No
9	Il locale tecnologico (posto anche in zona non contigua alla centrale) è situato in luogo non accessibile al pubblico e telesorvegliato (se posto in zona non contigua alla centrale)	Sì	No
10	Il locale tecnologico è posto in sicurezza in rapporto a perdite d'acqua e/o ad atti di vandalismo	Sì	No



11	Il locale tecnologico è accessibile 24 ore su 24 da parte del personale tecnico di manutenzione	Sì	No
12	E' presente un locale/spazio per il materiale d'uso, le attrezzature e le strumentazioni	Sì	No

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

Sistema telefonico/telematico:

13	E' presente un numero adeguato di postazioni di lavoro (PC, monitor e stampante laser in corrispondenza delle consolles del personale addetto alla centrale	Sì	No
14	E' presente un sistema telefonico/telematico con almeno due centrali telefoniche, con funzioni di backup reciproco per ogni centrale	Sì	No
15	Il sistema telefonico/telematico inserito nel contesto informatico aziendale è stabilmente interconnesso e compatibile con la "rete regionale"	Sì	No
16	Il sistema telefonico/telematico consente collegamenti diretti con i servizi sanitari della rete emergenza/urgenza del territorio di competenza e con le altre centrali, le varie postazioni, sede di ambulanze e il 115, 112, 113	Sì	No
17	Il sistema garantisce la visualizzazione del numero di telefono chiamante e la registrazione di tutte le chiamate radio e telefoniche connesse all'attività di emergenza	Sì	No
18	E' presente un sistema di emergenza dedicato alla ricezione delle chiamate nel caso in cui ambedue i centralini vadano in avaria	Sì	No
19	E' presente un sistema di rilevazione satellitare per la identificazione e localizzazione dei mezzi di soccorso	Sì	No

Sistema radio:

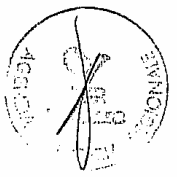
19	E' presente un sistema radio che assicuri una copertura minima pari a: 85 % territorio delle zone altimetriche 1 e zone altimetriche 3 rientranti nelle Comunità montane e il 95% del territorio delle zone altimetriche 5 e 4 e delle zona altimetriche 3 non rientranti nelle comunità montane	Sì	No
20	Esiste un sistema radio di emergenza in grado di garantire il collegamento mezzi/centrale nel caso in cui il sistema radio vada in avaria	Sì	No
21	Il sistema dei radio collegamenti è effettuato attraverso le frequenze assegnate alla regione con apposito decreto ministeriale emanato dal ministro della sanità di concerto con il ministro delle poste e delle comunicazioni	Sì	No

Sistema informatico:

Il sistema informatico deve garantire che ogni chiamata deve essere registrata dal sistema in tempo reale. Non sono ammesse registrazioni manuali con successive registrazioni informatiche. I dati di chiamata devono essere immeditamente interfacciati con i dati territoriali (toponomastica) e con la disponibilità dei mezzi. Tutti i sistemi informativi in dotazione all'ECO devono essere allineati allo stesso orario.

22	Il sistema è in grado di effettuare rapidamente il report dei casi trattati	Sì	No
23	Il sistema è in grado di identificare con certezza il luogo in cui si è verificato l'evento (Comune, località, via, n° civico) verificando l'esattezza dei dati immessi (con i limiti attuali imposti dalla cartografia disponibile)	Sì	No
24	Il sistema è in grado di proporre il codice di criticità dell'evento (rosso, giallo, ecc.) sulla base delle informazioni raccolte	Sì	No

25	Il sistema è in grado di registrare in modo univoco i tempi dell'intervento (partenza dell'ambulanza, arrivo sul luogo dell'evento, orario di rientro, orario di arrivo in PS)	Sì	No
26	**Il sistema è in grado di identificare correttamente le risorse presenti sul territorio di competenza in relazione a:**		
	a) luogo dell'evento	Sì	No
	b) criticità dell'evento	Sì	No
	c) disponibilità delle risorse	Sì	No
	d) professionalità delle risorse	Sì	No
27	Il sistema è in grado di interagire con i sottosistemi (radio e telefonico) al fine di dare continuità al flusso informativo mantenendone la congruità e impedendo la dispersione o l'errata trasmissione delle informazioni necessarie	Sì	No
28	Il sistema presenta un cablaggio strutturato in tutta l'area della centrale operativa	Sì	No
29	E' presente un numero di tavoli operativi con relativa attrezzatura radio-telefonica-informatica pari al numero massimo di operatori contemporaneamente presenti	Sì	No
30	E' presente un tavolo operativo di scorta ogni 3 tavoli operativi attivati	Sì	No
31	Tra i tavoli operativi è previsto un sistema di separazione e/o distanza tale da garantire che i vari sistemi di collegamento utente/centrale/mezzi siano correttamente udibili e non interferenti tra di loro	Sì	No
32	La centrale operativa, ai fini medico-legali è dotata di un sistema di registrazione delle conversazioni in entrata e in uscita sia telefoniche che radiofoniche	Sì	No
33	Il sistema informatico consente il collegamento telematico tra tutte le centrali operative della regione attraverso una rete intranet appositamente realizzata	Sì	No
34	Il sistema consente di creare un archivio informatico di tutte le registrazioni di intervento, tale da rappresentare una banca dati utilizzabile per tutte le elaborazioni statistiche necessarie al mantenimento delle attività	Sì	No
35	Il sistema permette di conoscere i dati aggiornati in tempo reale relativi alla disponibilità dei posti letto nei P.O. delle strutture sanitarie afferenti all'emergenza/urgenza della Regione	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
36	La centrale operativa ha definito i propri standard di riferimento per un ottimale utilizzo dei mezzi di soccorso, con i relativi tempi di trasporto e quelli di arrivo in ospedale	Sì	No
	Personale:		
37	E' presente un dirigente medico responsabile della centrale operativa	Sì	No
38	E' presente un coordinatore infermieristico dedicato della C.O.	Sì	No
39	Le attività di processazione delle chiamate e quelle decisionali in merito alla scelta di un mezzo da inviare sono affidate a personale con qualifica di dirigente infermieristico	Sì	No
40	Sono presenti contemporaneamente almeno 2 dirigenti infermieristici	Sì	No
	Procedure organizzative:		
41	**Esistono procedure concordate e condivise connesse all'attività di emergenza con particolare riguardo a:**		
	a) ricezione/smistamento delle chiamate	Sì	No
	b) attribuzione del codice di gravità	Sì	No
	c) individuazione del mezzo di soccorso più idoneo da inviare	Sì	No
	d) gestione delle maxi emergenze	Sì	No



e) gestione di eventi N.B.C.R. (nucleare, batteriologico, chimico, radioattivo) Sì No

f) comunicazione con le altre centrali operative, postazioni territoriali e strutture della rete di emergenza/urgenza Sì No

g) collaborazione e coordinamento relativo all'attività dei centri di trapianto d'organo regionali e interregionali Sì No

h) procedure di raccordo operativo e collaborazione con la prefettura, la protezione civile i VV.FF e con gli organi regionali di pubblica sicurezza e della FF.AA Sì No

i) rapporto con gli organi di informazione Sì No

l) procedure di emergenza in caso di black-out dei sistemi radio/telefonici/informatici Sì No

42 Esiste un registro del personale abilitato alla defibrillazione precoce (BLSD) secondo le vigenti normative Sì No

43 **E' presente un manuale delle procedure che comprende quelle relative a:**

a) mobilizzazione dei pazienti ed impiego dei sistemi di trasporto Sì No

b) condotta del mezzo nelle diverse condizioni Sì No

c) gestione del consenso informato Sì No

d) impiego dei dispositivi di protezione individuale Sì No

e) piani operativi specifici in occasione di assistenza ad eventi e manifestazioni con grande affluenza di pubblico Sì No

44 A bordo dell'ambulanza che effettua servizi di assistenza e soccorso è sempre presente un operatore abilitato BLSD secondo la vigente legislazione Sì No

45 Esistono procedure concordate e condivise per il trasferimento dei pazienti in strutture ospedaliere ad alta specializzazione intra ed extra regionali fermo restando che il trasporto secondario routinario è di competenza del presidio ospedaliero che lo richiede Sì No

46 Esistono procedure/protocolli concordati e condivisi con i medici del servizio di continuità assistenziale (ex guardia medica) Sì No

47 Esistono procedure/protocolli di raccordo funzionale e collaborazione con le associazioni di volontariato o di privati che effettuano attività di trasporto in urgenza/programmato dei pazienti sia in regime convenzionale con le ASL sia in regime di attività libero professionale Sì No

48 Esiste un programma di formazione e di aggiornamento continuo per lo sviluppo professionale di ciascun operatore, specificatamente correlato agli obiettivi del servizio Sì No

POSTAZIONE TERRITORIALE 118
Trasporto e Soccorso

Le postazioni territoriali del 118 fanno parte del sistema emergenza territoriale e sono sedi di sosta o di partenza degli equipaggi e dei mezzi che effettuano l'attività di soccorso. Le postazioni possono essere realizzate all'interno di strutture ospedaliere, di strutture territoriali dell'ASL, di specifiche strutture delle associazioni di volontariato/privati ovvero realizzate per lo specifico scopo e del tutto indipendenti da altre strutture. Queste postazioni possono essere a carattere permanente, stagionale od occasionale in corrispondenza di grandi eventi e/o manifestazioni. Presso ogni postazione possono essere presenti ed operativi uno o più equipaggi di ambulanza o di automedica.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

49 Nella postazione territoriale sono presenti spazi adeguati a garantire la sosta del personale in attesa del servizio Sì No

50 E' presente locale/spazio per la biancheria pulita Sì No

51 E' presente locale per la biancheria sporca Sì No

52	E' presente spazio/armadietto destinato alla conservazione dei farmaci e dei dispositivi monouso e delle attrezzature e apparecchiature/attrezzature e materiali per la gestione del paziente in emergenza/urgenza	Sì	No
53	E' presente locale per il lavaggio, la disinfezione e la pulizia dei mezzi	Sì	No
54	E' presente uno spazio dedicato (possibilmente coperto) e rapidamente collegato con la viabilità ordinaria destinato ai mezzi di soccorso operativi (immediatamente disponibile al servizio)	Sì	No
55	E' presente un locale spogliatoio per il personale secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di salute e sicurezza sul lavoro	Sì	No
56	Sono presenti servizi igienici con doccia destinati al personale	Sì	No

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

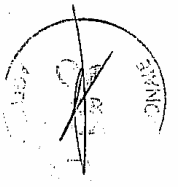
57	E' presente un sistema telefonico/telematico che permette di collegare direttamente la postazione con la centrale operativa	Sì	No
58	E' presente un sistema radio fisso canalizzato e collegato al sistema radio della centrale operativa	Sì	No
59	Il sistema radio è dotato di batterie atte a garantire il funzionamento per almeno 12 ore in caso di mancanza di alimentazione elettrica	Sì	No
60	La postazione è dotata di radio portatile e cellulare di servizio	Sì	No
61	E' presente almeno un frigorifero con controllo esterno della temperatura	Sì	No

Ambulanze:

Il mezzo di soccorso base (MSB) ambulanza di tipo B
Ambulanza immatricolata come tipo B deve avere come dotazione minima la doppia via di comunicazione (radio e telefono) sia quando l'equipaggio si trova a bordo del mezzo, sia quando si trova all'esterno dello stesso.I veicoli devono essere omologati ai sensi della vigente legislazione. L'allestimento, l'impiantistica e la dotazione di bordo rispondono alle normative vigenti.

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

62	Tutte le ambulanze sono dotate di sistema di erogazione dell'ossigeno e di barella a carrello retrattile	Sì	No
63	**Durante l'esecuzione dei servizi di assistenza e soccorso tutte le ambulanze hanno a bordo, oltre a quanto previsto per le ambulanze di trasporto:**		
	a) telefono cellulare o apparato radio connesso alla rete della locale centrale operativa	Sì	No
	b) tavola spinale	Sì	No
	c) defibrillatore semiautomatico (sostituibile con manuale in caso di presenza del medico)	Sì	No
	d) barella a cucchiaio completa di set di cinture	Sì	No
	e) materassino a depressione con relativa pompa di aspirazione	Sì	No
	f) bombola portatile per ossigeno terapia	Sì	No
	g) dotazione farmacologica di base con relativa ceck-list	Sì	No
	h) palloni di rianimazione adulti con "reservoire"	Sì	No
	i) palloni di rianimazione pediatrici con "reservoire"	Sì	No
	f) palloni di rianimazione neonati con "reservoire"	Sì	No
	g) stecco bende a depressione con relativa pompa di aspirazione	Sì	No
	h) set trasporti infettivi	Sì	No
	i) fonendoscopio adulti	Sì	No



	l) fonendoscopio pediatrico	Sì	No
	m) otoscopio	Sì	No
	n) laringoscopio	Sì	No
	o) pompa infusionale	Sì	No
	p) estricatori	Sì	No
	q) set gestione ustionati	Sì	No

Autoveicolo di soccorso avanzato con personale sanitario a bordo ovvero ambulanza di tipo A

64	**Oltre ai requisiti previsti per l'ambulanza di tipo B, requisiti aggiuntivi sono:**		
	a) monitor multiparametrico (ECG, PA, Sat.) e defibrillatore (anche integrati)	Sì	No
	b) bracciolo per misurazione pressione adulti	Sì	No
	c) bracciolo per misurazione pressione pediatrico-neonatale	Sì	No
	d) respiratore automatico portatile	Sì	No
	e) aspiratore di secreti portatile	Sì	No
	f) materiale sanitario per rianimazione cardio-polmonare contenuto in zaino o valigia asportabile dal mezzo	Sì	No
	g) materiale di immobilizzazione cervicale e per arti (minimo 6 misure)	Sì	No
	h) saturimetro portatile	Sì	No
	i) bombola portatile per ossigeno terapia	Sì	No
	l) materiale di autoprotezione	Sì	No
	m) estintore	Sì	No
	n) dotazione farmacologica con relativa ceck-list	Sì	No

REQUISITI ORGANIZZATIVI MINIMI COMUNI A TUTTE LE AMBULANZE

65	E' presente scheda clinico-assistenziale individuale	Sì	No
66	Esiste documentazione della verifica periodica della corretta funzionalità di tutte le apparecchiature elettromedicali e dei sistemi di telemedicina in dotazione al mezzo	Sì	No
67	Esiste documentazione della verifica periodica della corretta funzionalità dell'impianto di climatizzazione e di quello dei gas medicali del mezzo	Sì	No
68	Esiste una procedura di verifica periodica dello stato di manutenzione e di usura del mezzo	Sì	No
69	Esiste una verifica periodica della funzionalità di tutta l'impiantistica del mezzo	Sì	No
70	Esiste una procedura di verifica periodica standardizzata dello stato igienico-sanitario dell'autoveicolo	Sì	No

6.1 STUDI DI SPECIALISTICA MEDICA

Per studio medico s'intende il locale in cui si esercita un'attività sanitaria in cui il profilo professionale prevale assolutamente su quello organizzativo.

Per studio di assistenza specialistica medica si intende la struttura o luogo fisico, intra o extra ospedaliero, preposto alla erogazione di prestazioni sanitarie, di prevenzione, diagnosi e terapia.

codice paragrafo
SSM

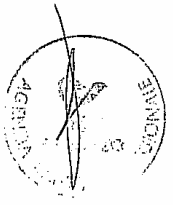
REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	Lo studio ha una superficie non inferiore a 12 mq	Sì	No
2	E' presente una sala dedicata all'esecuzione delle prestazioni che garantisca il rispetto della privacy dell'utente	Sì	No
3	Lo studio è collocato in zona facilmente accessibile, dotata di adeguata segnaletica e rispondente alle normative vigenti in materia di abbattimento delle barriere architettoniche, tale da favorire un agevole afflusso di pazienti anche con disabilità *Nota:* *Requisito valido per chi eroga prestazioni per il SSN*	Sì	No
4	E' presente spazio per attesa e accettazione	Sì	No
5	E' presente un servizio igienico illuminato ed areato dall'esterno, ad esclusivo uso dello studio con accesso anche dalla sala di attesa, costituito da bagno ed antibagno dotato di pavimenti realizzati in materiale impermeabile, facilmente lavabile e ben connesso. Le pareti devono essere rivestite con materiale impermeabile e lavabile, fino all'altezza di 2 mt. Devono essere rispettate le norme previste per l'utilizzo da parte di disabili	Sì	No
6	E' presente spazio/armadio adibito a deposito di materiale pulito	Sì	No
7	E' presente spazio/contenitore adibito a deposito di materiale sporco	Sì	No
8	E' presente spazio/armadio per deposito di materiali d'uso, attrezzature, strumentazioni e presidi medico-chirurgici	Sì	No
9	I locali hanno pavimenti lavabili e disinfettabili	Sì	No
10	I locali sono dotati di porte a superficie lavabile	Sì	No
11	Nello studio è presente un lavabo in acciaio o ceramica con comando non manuale *Nota:* *Per gli studi già operanti può essere collocato nell'antibagno*	Sì	No
12	Gli arredi sono a superficie facilmente lavabile e disinfettabile	Sì	No

REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI

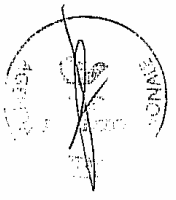
13	In tutti i locali sono assicurate efficaci condizioni di illuminazione e ventilazione (vedi riferimento normativo vigente)	Sì	No

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI



14	Il locale studio dispone di arredi, attrezzature e presidi medico-chirurgici adeguati alla specificità delle attività svolte	Sì	No
15	**E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:**		
	a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) farmaci salvavita	Sì	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No
16	E' presente un armadietto per la conservazione di farmaci con chiusura di sicurezza	Sì	No
17	Lo studio dispone di un frigorifero separato per la eventuale conservazione di farmaci/vaccini/reagenti/allergeni a temperatura controllata, con requisiti idonei alle sostanze da conservare (segnalatore esterno di temperatura), ove sia previsto il loro utilizzo	Sì	No
18	E' presente un'autoclave per la sterilizzazione dello strumentario in regola con le disposizioni relative alla direttiva europea 93/42/CEE e s.m.i. qualora lo studio non usufruisca di un servizio esterno di sterilizzazione o si prevede un utilizzo esclusivo di materiali e presidi monouso	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
19	Tutti i materiali, i farmaci e le confezioni riportano in evidenza la data della scadenza	Sì	No
20	Sono documentate le attività ambulatoriali svolte *Nota:* *Requisito valido per chi eroga prestazioni per il SSN*	Sì	No
21	**Per ogni prestazione erogabile vengono esplicitate:**		
	a) modalità di prenotazione	Sì	No
	b) tempi d'attesa (max) per la prestazione	Sì	No
	c) le modalità di gestione delle liste d'attesa		
	d) eventuale costo della prestazione svolta e modalità di pagamento	Sì	No
	e) modalità amministrative d'accesso alla struttura	Sì	No
	f) orari di erogazione delle prestazioni	Sì	No
	Nota: *Requisito valido per chi eroga prestazioni per il SSN*		
22	**Le prestazioni effettuate sono registrate specificando:**		
	a) le generalità dell'utente rilevate dal documento sanitario	Sì	No
	b) la tipologia delle prestazioni	Sì	No
	Nota: *Requisito valido per chi eroga prestazioni per il SSN*		
23	E' presente schedario/sistema informatico per l'archiviazione della documentazione clinica	Sì	No

24	Le registrazioni e le copie dei referti di indagini diagnostiche sono effettuate secondo le modalità e i tempi sanciti dalla normativa vigente *Nota:* *Requisito valido per chi eroga prestazioni per il SSN*	Sì	No
25	**Esistono e vengono seguiti protocolli per garantire l'efficacia delle procedure di:**		
	a) sanificazione degli ambienti	Sì	No
	b) detersione, lavaggio, disinfezione di tutti gli strumenti ed accessori	Sì	No
	c) sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori che richiedono tale trattamento	Sì	No
26	Esistono procedure finalizzate a garantire il comfort ed il rispetto della privacy durante le attività ambulatoriali	Sì	No
27	Vengono seguiti periodicamente corsi di formazione per la rianimazione cardio-polmonare (BLS di base e BLS avanzato) *Nota:* *Requisito valido per chi eroga prestazioni per il SSN*	Sì	No



6.2 STUDI DI SPECIALISTICA CHIRURGICA

Per studio di specialistica chirurgica s'intende il locale in cui si esercita un'attività sanitaria in cui il profilo professionale prevale assolutamente su quello organizzativo
Nello studio di specialistica chirurgica vengono effettuati interventi di piccola chirurgia, o anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche non invasive; tali procedure sono individuate nell'Allegato B 4 della L.R. 20/2006 "Procedure chirurgiche eseguibili in regime ambulatoriale".

codice paragrafo
SSC

	REQUISITI MINIMI STRUTTURALI		
2	Lo studio ha una superficie non inferiore 12 mq	Sì	No
3	E' presente una sala dedicata all'esecuzione delle prestazioni che garantisca il rispetto della privacy dell'utente	Sì	No
4	Lo studio è collocato in zona facilmente accessibile, dotata di adeguata segnaletica e rispondente alle normative vigenti in materia di abbattimento delle barriere architettoniche, tale da favorire un agevole afflusso di pazienti anche con disabilità *Nota:* *Requisito valido per chi eroga prestazioni per il SSN*	Sì	No
5	E' presente spazio per attesa e accettazione	Sì	No
5	E' presente un servizio igienico, illuminato ed areato dall'esterno, ad esclusivo uso dello studio con accesso anche dalla sala di attesa, costituito da bagno ed antibagno dotato di pavimenti realizzati in materiale impermeabile, facilmente lavabile e ben connesso. Le pareti devono essere rivestite con materiale impermeabile e lavabile, fino all'altezza di 2 mt. Devono essere rispettate le norme previste per l'utilizzo da parte di disabili	Sì	No
6	E' presente spazio/armadio adibito a deposito di materiale pulito	Sì	No
7	E' presente spazio/contenitore adibito a deposito di materiale sporco	Sì	No
8	E' presente spazio/armadio per deposito di materiali d'uso, attrezzature, strumentazioni e presidi medico-chirurgici	Sì	No
9	Per lo svolgimento delle attività invasive o potenzialmente rischiose è disponibile uno spazio tale da consentire agevoli movimenti del personale	Sì	No
10	I locali hanno pavimenti lavabili e disinfettabili	Sì	No
11	I locali sono dotati di porte a superficie lavabile	Sì	No
12	Nella sala dedicata alla esecuzione di prestazioni è presente un lavabo in acciaio o ceramica con comando non manuale *Nota:*	Sì	No
13	*Per gli studi già operanti può essere collocato nell'antibagno*		
14	E' presente un'autoclave per la sterilizzazione dello strumentario in regola con le disposizioni relative alla direttiva europea 93/42/CEE e s.m.i. qualora lo studio non usufruisca di un servizio esterno di sterilizzazione o si prevede un utilizzo esclusivo di materiali e presidi monouso	Sì	No
	REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI		
15	In tutti i locali sono assicurate efficaci condizioni di illuminazione e ventilazione (vedi riferimento normativo vigente)	Sì	No

16	Lo studio chirurgico è dotato di aspiratore elettrico nel caso si effettuino interventi di piccola chirurgia	Sì	No
	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
17	Lo studio dispone di arredi, attrezzature e presidi medico chirurgici adeguati alla specificità delle attività svolte	Sì	No
18	**E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:**		
	a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) farmaci salvavita	Sì	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No
19	E' presente un armadietto per la conservazione di farmaci con chiusura di sicurezza	Sì	No
20	E' presente un frigorifero per la eventuale conservazione di farmaci a temperatura controllata,con requisiti idonei alla loro conservazione (segnalatore esterno di temperatura ecc.)	Sì	No
21	E' presente, qualora lo studio non usufruisca di un servizio esterno di sterilizzazione o prevede un utilizzo esclusivo di materiali e presidi monouso, un'autoclave per la sterilizzazione dello strumentario in regola con le disposizioni relative alla direttiva europea 93/42/CEE e s.m.i.	Sì	No
22	E' disponibile nella struttura materiale monouso adeguato allo svolgimento dell'attività chirurgica	Sì	No
23	E' presente un'apparecchiatura per il lavaggio e la disinfezione di alto livello dello strumentario e delle attrezzature (qualora lo studio non usufruisca di un servizio esterno di sterilizzazione o diprevede un utilizzo escluvivo di materiali e presidi monouso)	Sì	No
	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
24	Tutti i materiali, farmaci, confezioni soggetti a scadenza, sono disposti in modo tale da mettere in evidenza la data della scadenza stessa	Sì	No
	Sono documentate le attività ambulatoriali svolte *Nota:* *Requisito valido per chi eroga prestazioni per il SSN*	Sì	No
25	**Per ogni prestazione erogabile vengono esplicitate**		
	a) modalità di prenotazione	Sì	No
	b) tempi d'attesa (max) per la prestazione	Sì	No
	d) eventuale costo della prestazione svolta e modalità di pagamento	Sì	No
	e) modalità amministrative di accesso alla struttura	Sì	No
	f) orari di erogazione delle prestazioni	Sì	No
	Nota: *Requisito valido per chi eroga prestazioni per il SSN*		



26	Le registrazioni e le copie dei referti di indagini diagnostiche effettuate in regime di attività ambulatoriale sono conservate secondo le modalità e i tempi sanciti dalla normativa vigente *Nota:* *Requisito valido per chi eroga prestazioni per il SSN*	Sì	No
27	E' presente schedario/sistema informatico per l'archiviazione della documentazione clinica *Nota:* *Requisito valido per chi eroga prestazioni per il SSN*	Sì	No
28	**Esistono e vengono seguiti protocolli dettagliati (secondo linee guida aggiornate) per:**		
	a) la sanificazione degli ambienti	Sì	No
	b) le modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione, confezionamento e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori	Sì	No
	c) smaltimento rifiuti speciali	Sì	No
	d) modalità di utilizzo dei DPI per la gestione del rischio biologico e clinico in accordo con le linee guida ISPELS	Sì	No
29	**Esistono e vengono seguite procedure per:**		
	a) la valutazione dei materiali istologici	Sì	No
	b) la preparazione del paziente all'intervento	Sì	No
	c) la sorveglianza del paziente nell'immediato post-operatorio	Sì	No
	d) il collegamento funzionale ad idonea struttura pubblica o privata situata a distanza compatibile con l'efficace gestione di eventuali complicanze che richiedono il protrarsi dell'osservazione post intervento	Sì	No
	e) raccolta del consenso informato	Sì	No
	Nota: *Valido solo nel caso si effettuino interventi di piccola chirurgia*		
30	**Le prestazioni effettuate sono registrate specificando:**		
	a) le generalità dell'utente rilevate dal documento sanitario	Sì	No
	b) la tipologia delle prestazioni	Sì	No
	Nota: *Requisito valido per chi eroga prestazioni per il SSN*		
31	Esiste e viene seguito un protocollo dettagliato per le procedure di verifica del corretto funzionamento dell'autoclave secondo quanto indicato dalle norme armonizzate alla 93/42/CEE *Nota:* *Valido solo nel caso che sia effettuata all'interno dello studio*	Sì	No
32	Esistono procedure finalizzate a garantire il confort ed il rispetto della privacy durante l'attività ambulatoriale	Sì	No
33	Vengono seguiti periodicamente corsi di formazione per la rianimazione cardio-polmonare (BLS di basa e BLS avanzato) *Nota:* *Requisito valido per chi eroga prestazioni per il SSN*	Sì	No

6.3 STUDIO ODONTOIATRICO

codice paragrafo
STO

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate	Sì	No
2	La sala, per l'esecuzione delle prestazioni, è di dimensioni di almeno 9 mq. per riunito e garantisce il rispetto della privacy dell'utente (eventuali deroghe, valutate in relazione alla planimetria del box e al layout degli arredi, devono comunque tenere conto della necessità di assicurare spazi tali da garantire la sicurezza e la razionalità degli interventi) *Nota:* *Per gli studi essenzialmente ortodontici, è prevista la possibilità di operare in open space in deroga alle superfici minime sopra definite, con l'obbligo del rispetto della privacy*	Sì	No
3	E' presente un area di attesa dotata di un numero di posti a sedere adeguato al numero di pazienti che usufruiscono del servizio	Sì	No
4	E' presente uno spazio per accettazione/attività amministrative	Sì	No
5	Esiste servizio igienico *Nota:* *per gli studi già operanti alla data di entrata in vigore del presente manuale, allocati in edifici siti in centri storici sottoposti a vincoli urbanistici e/o dei Beni Culturali o in edifici ove risulti impossibile tale intervento di ammodernamento, è consentita la presenza di un solo servizio igienico*	Sì	No
6	Esiste spazio/armadio per deposito di materiale pulito	Sì	No
7	Esiste spazio/armadio per deposito del materiale sporco	Sì	No
8	Sono presenti spazi o armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni sterili	Sì	No
9	Le pareti perimetrali (per un'altezza di 2 mt) e i pavimenti sono lavabili e disinfettabili	Sì	No
10	I locali sono dotati di porte a superfici lavabili	Sì	No
11	Esiste uno spazio separato dalle unità operative per la detersione e la sterilizzazione dello strumentario ed attrezzature (quando praticata in loco)	Sì	No
12	Se NO, esiste una procedura che regolamenta l'affidamento di tale attività all'esterno	Sì	No
13	E' presente uno spazio separato dalle unità operative per la raccolta e lo stoccaggio dell'amalgama separato dal locale in cui si effettua la prestazione	Sì	No

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI E IMPIANTISTICI

14	In tutti i locali sono assicurate efficaci condizioni di illuminazione e ventilazione	Sì	No

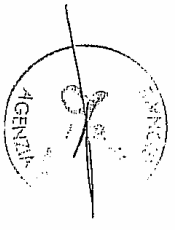


15	E' presente un lavello a comando non manuale con dispenser per sapone ed asciugamani monouso per ogni sala in cui si effettuano le prestazioni	Sì	No
16	Lo studio è dotato di nodo equipotenziale ed interruttore differenziale con "IN" inferiore o uguale a 30 mA	Sì	No
17	Gli impianti a servizio dei locali adibiti ad attività sanitarie sono verificati secondo la periodicità prevista da norme di buona tecnica (Norme CEI)	Sì	No
18	Sono effettuati i collaudi di accettazione per le apparecchiature biomediche di nuova acquisizione ed è mantenuta adeguata documentazione	Sì	No
19	Le apparecchiature sono corredate della documentazione prevista dalla legge (libretti autoclavi, manuali d'uso, etc.)	Sì	No
20	Se è presente, nella studio odontoiatrico, un apparecchio radiologico, per l'esecuzione degli RX endorali, è in regola con la normativa vigente in materia di radioprotezione	Sì	No
	Nota: *tale requisito non è applicabile nel caso in cui vengano svolte esclusivamente attività di ortognatodonzia*	Sì	No
21	E' presente un'imbustatrice per strumenti ove non vengano utilizzate buste pretagliate con sigillatura adesiva nel rispetto della normativa vigente	Sì	No
22	E' presente una autoclave per la sterilizzazione dello strumentario, idonea alla sterilizzazione di dispositivi medici, che risponde alla direttiva europea 93/42/CEE relativa ai dispositivi medici (quando praticata in loco)	Sì	No
	Nota : *tale requisito non è applicabile nel caso in cui la struttura usufruisca di un servizio di sterilizzazione centralizzato o appaltato purchè risponda ai requisiti del capitolo 6.13*		
23	E' presente una vasca ad ultrasuoni ed un lavello fornito di acqua calda e fredda per la detersione degli strumenti	Sì	No
	Nota: *tale requisito non è applicabile nel caso in cui la struttura usufruisca di un servizio di sterilizzazione centralizzato o appaltato*		
24	Il riunito è dotato di attrezzature e/o sistemi antireflusso che evitano la contaminazione crociata (solo per le nuove strutture)	Sì	No
25	E' presente carrello per la gestione delle eventuali emergenze (rianimazione cardiopolmonare di base) di cui è periodicamente controllata la funzionalità	Sì	No

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

26	Durante lo svolgimento dell'attività odontoiatrica è presente almeno un odontoiatra o un medico autorizzato all'esercizio della professione odontoiatrica	Sì	No
27	Le prestazioni di igiene orale sono svolte da odontoiatri e/o medici abilitati all'esercizio della professione odontoiatrica e/o da igienisti diplomati	Sì	No
28	Tutti i materiali, farmaci, confezioni soggetti a scadenza, portano in evidenza la data della scadenza stessa	Sì	No

29	Nello studio vengono correntemente utilizzati i seguenti DPI: guanti monouso, visiere per la protezione degli occhi, naso e bocca oppure occhiali a lenti larghe e mascherina, dighe	Sì	No
30	**Esistono e vengono seguiti protocolli/procedure dettagliati (secondo linee guida aggiornate e basate sui risultati della ricerca scientifica) per garantire l'efficacia delle procedure di:**		
	a) sanificazione degli ambienti	Sì	No
	b) detersione, lavaggio, disinfezione di tutti gli strumenti ed accessori	Sì	No
	c) confezionamento e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori (ove applicato in loco)	Sì	No
	d) smaltimento di tutti i rifiuti secondo la normativa vigente	Sì	No
	e) precauzioni universali o standard	Sì	No
	f) precauzioni atte ad evitare la trasmissione di microrganismi per contatto, per via aerea e tramite goccioline di "droplet" (precauzioni di isolamento)	Sì	No
	g) gestione dei dispositivi di protezione per il personale sanitario	Sì	No
	h) gestione del rischio biologico	Sì	No
	i) precauzione per ridurre il rischio di infezione nell'esecuzione delle specifiche procedure invasive effettuate	Sì	No
	l) prelievo conservazione e trasporto dei materiali biologici da sottoporre ad accertamento	Sì	No
31	E' prevista una procedura che garantisca la rintracciabilità dei dispositivi usati in implantologia	Sì	No
32	E' presente autoclave per la sterilizzazione, il cui programma di verifica e manutenzione segue rigorosamente le direttive impartite dalla casa costruttrice	Sì	No
	Nota : *tale requisito non è applicabile nel caso in cui la struttura usufruisca di un servizio di sterilizzazione centralizzato o appaltato che comunque deve rispondere ai requisiti del capitolo 6.13*		
33	Se lo studio è dotato di apparecchio radiologico, esiste un protocollo per la verifica periodica delle misure di radioprotezione, da parte di un esperto qualificato (solo per gli studi che utilizzano apparecchi radiologici)	Sì	No
34	Viene rispettata la normativa vigente in termini di E.C.M. *Nota*	Sì	No



6.4 STUDIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE: FISIOTERAPISTA (A CONDUZIONE SINGOLA O ASSOCIATA)

Gli studi professionali di fisioterapia, a conduzione singola o associata, sono il luogo fisico dove i fisioterapisti, così come definiti nel D.M. 741/94, esercitano la libera professione nel rispetto dei requisiti minimi previsti per la necessaria autorizzazione. Tali strutture, debbono essere completamente autonome rispetto a qualunque altra attività che non sia espressamente sanitaria. Le stanze debbono possedere finestre mentre i box debbono essere adeguatamente ventilati.

codice paragrafo
SPSRF

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	I locali (almeno 10 mq) e gli spazi (box o ambienti di almeno 4,5 mq) sono arredati in base alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate e garantiscono la privacy della persona assistita	Sì	No
2	Sono presenti spazi per attesa dotati di numero di posti a sedere adeguato al volume di attività	Sì	No
3	E' presente uno spazio per schedario o sistema informatico per raccolta della documentazione clinica in regola con la legge sulla privacy	Sì	No
4	Sono presenti apposite cassettiere per i farmaci da utilizzare per via topica (inoforesi, intoforesi, ionoforesi, ecc)	Sì	No
5	Sono presenti servizi igienici raggiungibili dalla sala di attesa	Sì	No
6	Sono presenti locali/spazi o armadi adibiti a deposito di materiale pulito	Sì	No
7	Sono presenti locali o raccoglitori adibiti a deposito di materiale sporco	Sì	No
8	Sono presenti locali/spazi o armadi adibiti a deposito di materiale per pulizie	Sì	No
9	I locali hanno pavimenti e porte lavabili e disinfettabili	Sì	No

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

10	In tutti i locali sono assicurate efficaci condizioni di illuminazione e ventilazione	Sì	No
11	Gli eventuali apparecchi elettromedicali collegati alla rete sono dotati di nodo equipotenziale ed interruttore differenziale con "IN" inferiore o uguale a 30 mA	Sì	No
12	E' presente certificazione quinquennale redatta da un ingegnere, architetto o geometra, regolarmente iscritti ai relativi albi, attestante l'igiene, l'agibilità e la sicurezza dei locali in cui si esequono le prestazioni professionali	Sì	No

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

13	**Il professionista (o i professionisti) che esercitano nello studio sono in possesso di:**		
	a) laurea o certificato di laurea di I° livello in Fisioterapia	Sì	No
	b) titoli equipollenti così come sancito nel D.M. del 27 Luglio 2000	Sì	No

	c) laurea o certificato di laurea conseguito tramite riconversione creditizia da esibire contestualmente al titolo che ha consentito l'accesso alla stessa	Si	No
14	Le prestazioni effettuate, contabilizzate secondo la normativa fiscale vigente, sono registrate su apposita cartella, corredate delle generalità della persona assistita e conservate secondo la normativa vigente e nel rispetto della legge sulla privacy	Si	No

6.5 STUDI DELLE PROFESSIONI SANITARIE OSTETRICO ED INFERMIERISTICHE (INFERMIERE, INFERMIERE PEDIATRICO)

Gli Studi Infermieristici delle Professioni Sanitarie sono i luoghi in cui il professionista sanitario svolge la propria attività in regime fiscale di persona fisica. Si applica agli Studi Infermieristici Professionali, che svolgono prestazioni infermieristiche ambulatoriali di tipo chirurgico di cui ai Commi 1 e 2 dell'Art. 8 ter del DLgs 229/99 e di cui all'allegato B4 della L.R. 20/2006.

codice paragrafo
SPSOI

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	Lo Studio Infermieristico delle Professioni Sanitarie è costituito da almeno un locale di espletamento delle attività professionali con una superficie non inferiore a 12 mq.	Sì	No
2	Il/I locale/i dedicato/i alla esecuzione di prestazioni è dotato di pavimento realizzato in materiale impermeabile, facilmente lavabile, ben connesso, con pareti rivestite con materiale impermeabile e lavabile fino all'altezza di 2 mt	Sì	No
3	I locali sono dotati di porte a superficie lavabile	Sì	No
4	Il/I locale/i dedicato/i alla esecuzione di prestazioni è dotato di lavabo in acciaio o ceramica con comando non manuale	Sì	No
5	E' presente una sala d'attesa illuminata e areata dall'esterno	Sì	No
6	E' presente un servizio igienico illuminato ed areato dall'esterno, ad esclusivo uso dell'ambulatorio con accesso anche dalla sala di attesa, costituito da bagno ed antibagno dotato di pavimenti realizzati in materiale impermeabile, facilmente lavabile e ben connesso. Le pareti devono essere rivestite con materiale impermeabile e lavabile, fino all'altezza di 2 mt. Devono essere rispettate le norme previste per l'utilizzo da parte di disabili	Sì	No
7	Tutti gli impianti sono realizzati nel rispetto della normativa antinfortunistica	Sì	No
8	E' presente spazio/armadio adibito a deposito di materiale pulito	Sì	No
9	E' presente un idoneo spazio/locale e la relativa attrezzatura per la raccolta e smaltimento dei rifiuti urbani e speciali e per la conservazione della biancheria sporca	Sì	No
10	E' presente un locale spogliatoio per il personale secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di salute e sicurezza sul lavoro	Sì	No

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

11	Lo Studio ha una dotazione strumentale tale da permettere l'esecuzione di attività infermieristiche in condizioni di sicurezza sia per i pazienti che per i professionisti, nel rispetto della normativa vigente. Il trattamento dei dati personali è effettuato nel rispetto della normativa vigente	Sì	No
12	E' presente un lettino con possibilità di prestazioni di tipo ginecologico	Sì	No
13	E' presente un armadio per l'idonea conservazione del materiale sanitario con serratura a chiave	Sì	No
14	E' presente un armadio con serratura a chiave per la conservazione dei farmaci da somministrare dietro prescrizione medica	Sì	No
15	Sono presenti apparecchi elettromedicali commisurati alle prestazioni erogabili	Sì	No

16	E' presente un frigorifero	Sì	No
17	E' presente uno schedario chiudibile a chiave per le cartelle infermieristiche	Sì	No
18	**E' presente carrello per la gestione delle eventuali emergenze (rianimazione cardiopolmonare di base) di cui è periodicamente controllata la funzionalità**	Sì	No
	a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure	Sì	No
	b) cannule orofaringee di varie misure	Sì	No
	c) sfigmomanometro con fonendoscopio	Sì	No
	d) laccio, siringhe e agocannule	Sì	No
	e) materiale per medicazione	Sì	No
	f) farmaci salvavita	Sì	No
	g) defibrillatore con pacing esterno	Sì	No
19	E' presente, qualora la struttura non usufruisca di un servizio esterno di sterilizzazione, un'autoclave per la sterilizzazione dello strumentario in regola con le disposizioni relative alla direttiva europea 93/42/CEE	Sì	No
20	E' presente (qualora la struttura non usufruisca di un servizio esterno di sterilizzazione) una imbustatrice per ferri	Sì	No
21	E' disponibile nella struttura materiale monouso adeguato allo svolgimento dell'attività chirurgica	Sì	No
22	E' presente un'apparecchiatura per il lavaggio e la disinfezione di alto livello dello strumentario e delle attrezzature (qualora la struttura non usufruisca di un servizio esterno di sterilizzazione)	Sì	No

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

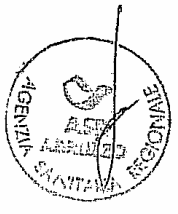
Ai fini del funzionamento dello Studio sono necessari:

23	Il registro dei pazienti	Sì	No
24	E' presente cartella infermieristica redatta in cartaceo o con sistema informatizzato in cui riportare il piano assistenziale e le prestazioni infermieristiche effettuate	Sì	No
25	Tutti i materiali, i farmaci e le confezioni riportano in evidenza la data di scadenza	Sì	No
26	Sono presenti schedari per la conservazione delle prescrizioni mediche relative a prestazioni erogabili sulla base delle stesse	Sì	No
27	E' presente documentazione relativa ai titoli di pagamento delle prestazioni erogate secondo gli Accordi Contrattuali stipulati per prestazioni in regime di convenzione oppure documentazione fiscale redatta secondo la normativa vigente per prestazioni erogate a pagamento	Sì	No



7.1 DEFINIZIONE FABBISOGNO DELLE RISORSE INFERMIERISTICHE, FISIOTERAPISTI, DEL PERSONALE DI SUPPORTO E DEL PERSONALE SANITARIO DELLA RIABILITAZIONE

Vedere Documento specifico



ALL. C

Regione Abruzzo

GIUNTA REGIONALE

La presente copia è conforme all'originale e si compone di fogli 49 e di 98 (Novantotto) facciate ciascheduna vidimata da apposito timbro recante la dicitura "Regione Abruzzo: Direzione Sanità".

Pescara, li 26 GIU. 2008

Il Dirigente di Servizio
Dr. Enzo Mancinelli

Documento composto da n. 97 facciate, ALLEGATO come parte integrante alla deliberazione n. 591/P del - 1 LUG. 200

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Dott. Walter Gariani)

Manuale Di Accreditamento

Giugno 2008

INDICE

1	**DIRITTI DEI PAZIENTI (Validi per tutte le strutture)**	pag. 1
1.1	Carta dei servizi, ascolto, privacy, comfort, reclamo, consenso, informazione, accesso.	pag. 2
2	**DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO (Validi per tutte le strutture)**	pag.4
2.1	Direzione della struttura, gestione delle risorse umane, valutazione delle tecnologie, gestione del sistema informativo, formazione e aggiornamento del personale, cartella clinica, gestione del rischio clinico, audit clinico, qualità percepita dagli operatori	pag. 5
3	**OSPEDALI**	pag. 8
	Per le strutture ospedaliere, in relazione alle presenza delle *discipline previste* dalla LR 6/2007, si prevedono requisiti relativi ai seguenti percorsi *assistenziali*:	
3.1	Paziente oncologico	pag. 9
3.2	Paziente con Ictus	pag. 11
3.3	Paziente con IMA	pag. 13
3.4	Paziente chirurgico	pag. 15
3.5	Paziente nefropatico cronico	pag. 17
3.6	Percorso nascita	pag. 19
3.7	Percorso frattura del femore	pag. 22
3.8	Dipartimenti ospedalieri o misti (ospedale/territorio) (solo per le strutture pubbliche)	pag. 24
3.9	Unità Operative cliniche (requisiti comuni a tutte le UUOO)	pag. 25
3.10	Medicina di Laboratorio Ospedaliera	pag. 26
3.11	Diagnostica per Immagini Ospedaliera	pag. 28
3.12	Servizio Trasfusionale (cfr. ALLEGATO C)	pag. 30
4	**STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE**	pag. 31
4.1	**RESIDENZIALITA' E SEMIRESIDENZIALITA' PER DISABILI**	pag. 32
4.1.1	Requisiti per le Unità Speciali di Accoglienza Prolungata (USAP)	pag. 33
4.1.2	Requisiti per le Residenze di Riabilitazione Intensiva - Riabilitazione Estensiva - RSA Disabili Adulti - RA Disabili Adulti	pag. 36
4.1.3	Requisiti per le Strutture Semiresidenziali di Riabilitazione	pag. 39
4.1.4	Residenze Minorazioni Plurisensoriali Età Evolutiva	pag. 41
4.1.5	Residenze Disturbi Comportamento e Patologie Neuropsichiatriche Età Evolutiva	pag. 44
4.1.6	COMUNITA' SOCIO-RIABILITATIVE FAMILIARI PER DISABILI *IN CORSO DI DEFINIZIONE CON L'ASSESSORATO ALLE POLITICHE SOCIALI*	

RESIDENZIALITA' SALUTE MENTALE

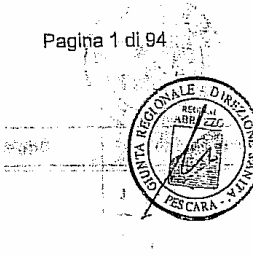
4.2.1	Requisiti comuni per: Residenze Riabilitative Psichiatriche per la post-acuzie - Casa Famiglia - Residenze Protette	pag. 47
4.2.2	Requisiti specifici per: Residenze Riabilitative Psichiatriche per la post-acuzie - Casa Famiglia - Residenze Protette	pag. 48
4.2.3	Requisiti specifici per Gruppi Appartamento di Convivenza	pag. 51
4.2.4	Requisiti per Centri Diurni Psichiatrici	pag. 52
4.2.5	Requisiti per Centro Diurno Disturbi Spettro Autistico	pag. 53
		pag. 54

4.3	**RESIDENZIALITA' E SEMIRESIDENZIALITA' PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**	
4.3.1	Requisiti comuni per: RSA Anziani - RSA Demenze - RA Anziani	pag. 55
4.3.2	Requisiti specifici per: RSA Anziani - RSA Demenze - RA Anziani	pag. 56
4.3.3	Requisiti comuni per semiresidenze anziani e demenze	pag. 59
4.3.4	Requisiti specifici per semiresidenze anziani e demenze	pag. 61
		pag. 62

4.4	**DIPENDENZE PATOLOGICHE**	
4.4.1	Requisiti comuni per Comunità Terapeutiche per Tossicodipendenti	pag. 63
4.4.2	Requisiti specifici per Comunità Terapeutiche per Tossicodipendenti	pag. 64
		pag. 67

5	**ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI**	
5.1	Ambulatori di specialistica medica	pag. 68
5.2	Ambulatori di specialistica chirurgica	pag. 69
5.3	Ambulatori delle professioni sanitarie	pag. 70
5.4	Ambulatori odontoiatrici	pag. 72
5.5	Ambulatori di Medicina di laboratorio	pag. 74
5.6	Ambulatori di Diagnostica per Immagini	pag. 76
5.7	Ambulatori di riabilitazione fisica	pag. 78
5.8	Consultori Familiari	pag. 80
5.9	Centri di Medicina dello Sport	pag. 82
5.10	Stabilimenti Termali	pag. 84
		pag. 87

6	**STUDI PROFESSIONALI MEDICI, ODONTOIATRICI E DELLE PROFESSIONI SANITARIE**	
6.1	Studio Specialistica Medica	pag. 89
6.2	Studio Specialistica Chirurgica	pag. 90
6.3	Studio Specialistica Odontoiatrica	pag. 91
6.4	Studio di Riabilitazione	pag. 92
6.5	Studio delle Professioni Sanitarie	pag. 93
		pag. 95



1. DIRITTI DEI PAZIENTI

Validi per tutte le strutture



1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE

Codice: DP

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	Carta dei servizi	(P)	A	E' stata redatta la Carta dei Servizi secondo quanto previsto dal DPCM 95
	2		(E)	A	E' stata diffusa la Carta dei Servizi
	3		(V)	B	Vengono monitorati periodicamente (almeno annualmente) impegni e standard
	4		(PM)	C	Viene effettuata una revisione annuale della Carta dei Servizi
2	1	Accesso	(P)	A	Sono state predisposte procedure documentate per regolamentare le modalità di accesso alla struttura ed ai relativi servizi sanitari e amministrativi (tempi e gestione delle liste di attesa)
	2		(E)	A	Sono state applicate le procedure che regolamentano l'accesso alla struttura ed ai relativi servizi sanitari e amministrativi
	3		(V)	B	E' valutata l'applicazione della procedura come pianificato
	4		(PM)	C	Sono predisposte azioni di miglioramento riguardo alle modalità di accesso alla struttura ed ai relativi servizi sanitari e amministrativi
3	1	Informazione	(P)	A	Sono state predisposte procedure documentate per le informazioni da fornire agli utenti (logistica, organizzazione, aspetti clinici)
	2		(E)	A	Sono state applicate le procedure di informazioni da fornire agli utenti definite nella pianificazione
	3		(V)	B	E' verificato che gli utenti ottengono le informazioni così come pianificato
	4		(PM)	C	Sono predisposte azioni di miglioramento riguardo alle modalità di informazione all'utenza
4	1	Consenso	(P)	A	Sono state predisposte procedure documentate per l'acquisizione del consenso informato all'atto sanitario (intervento, trattamento, sperimentazione)
	2		(E)	A	Vengono applicate le procedure per l'acquisizione del consenso informato all'atto sanitario
	3		(V)	B	Sono valutate le modalità di acquisizione del consenso informato come pianificato
	4		(PM)	C	Sono predisposte azioni di miglioramento sulle modalità di acquisizione del consenso informato
5	1	Reclamo	(P)	A	Esiste una procedura documentata relativa alla raccolta e la gestione dei reclami
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure predisposte per la raccolta e la gestione dei reclami
	3		(V)	B	È valutato il risultato della applicazione della procedura relativa alla raccolta e gestione dei reclami

	4		(PM)	C	Vengono predisposti interventi migliorativi sulla base delle segnalazioni e dei reclami pervenuti
6	1	Privacy	(P)	A	Sono state predisposte procedure documentate per il rispetto della privacy
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure relative al rispetto della privacy
	3		(V)	B	E' valutata l'applicazione delle procedure relative al rispetto della privacy
	4		(PM)	C	Sono predisposte azioni migliorative per salvaguardare il rispetto della privacy
7	1	Comfort	(P)	A	È stato predisposto un documento in cui sono definiti gli aspetti del comfort da garantire agli utenti (fruibilità della struttura, servizi alberghieri, sanificazione, ecc.)
	2		(E)	A	Viene applicato quanto previsto nel documento che definisce gli aspetti del comfort da garantire agli utenti
	3		(V)	B	E' valutata periodicamente la realizzazione di quanto previsto nel documento anche attraverso la realizzazione di indagini di "customer satisfaction"
	4		(PM)	C	Sono predisposte azioni di miglioramento sulla base della valutazione periodica effettuata
8	1	Ascolto	(P)	A	È stato predisposta una procedura relativa alle modalità di raccolta di suggerimenti e di valutazione della soddisfazione dell'utenza
	2		(E)	A	Vengono effettuate indagini di "customer satisfaction"
	3		(V)	B	E' valutato il risultato delle indagini di "customer satisfaction"
	4		(PM)	C	Sono predisposte azioni di miglioramento sulla base dei risultati delle indagini di "customer satisfaction"

2. DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO

Validi per tutte le strutture

2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE)

Codice DS

N° requisito		Oggetto	Fase CMQO	Liv.	Requisito
1	1	Direzione struttura	(P)	A	Esiste il piano strategico aziendale contenente mission, vision, organizzazione, prodotti/servizi erogati, obiettivi, standard e responsabilità
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori
	3		(V)	B	C'è evidenza che il piano è stato condiviso con i responsabili delle articolazioni organizzative
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito dei risultati ottenuti
2	1		(P)	A	Esiste un documento disciplinante l'organizzazione e il coordinamento delle attività sanitarie con altre strutture e istituzioni pubbliche e private, comprese le associazioni di volontariato
	2		(E)	B	Sono presenti verbali di riunioni tra i soggetti interessati
	3		(V)	C	Sono verificati e valutati i risultati derivanti dagli aspetti di collaborazione con altre strutture e organizzazioni
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni migliorative messe in atto a seguito dei rapporti di collaborazione con altre strutture e organizzazioni
3	1	Gestione risorse umane	(P)	A	E' stato definito l'atto di programmazione relativo alla gestione e organizzazione delle risorse umane
	2		(E)	A	Sono applicati i criteri relativi a reclutamento/tournover, organizzazione e gestione del personale
	3		(V)	B	È verificato che quanto è stato pianificato è stato realizzato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
4	1		(P)	A	Esiste un atto/regolamento contenente i criteri di attribuzione di compiti e responsabilità
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori dell'atto relativo alla graduazione delle funzioni
	3		(V)	B	È verificato che quanto pianificato è stato realizzato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
5	1		(P)	A	Esiste un atto/regolamento sul sistema premiante aziendale
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori dell'atto relativo al sistema premiante aziendale
	3		(V)	B	È verificato che quanto pianificato è stato realizzato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
6	1		(P)	A	E' pianificato l'inserimento del neo assunto/trasferito
	2		(E)	A	E' applicata la procedura di affiancamento del personale neo assunto/trasferito
	3		(V)	B	Sono presenti report di valutazione del raggiungimento degli obiettivi pianificati
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento in base ai risultati ottenuti
7	1	Formazione e aggiornamento del personale		A	E' stato costituito l'Ufficio formazione continua del personale
8	1		(P)	A	Esiste il piano di formazione strategico annuale in riferimento ai bisogni formativi ed agli obiettivi strategici, innovativi e specifici aziendali e regionali
	2		(E)	A	C' è evidenza della messa in atto del piano di formazione
	3		(V)	A	Sono presenti report di verifica annuale tra quanto programmato e realizzato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento da predisporre nel piano formativo

	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Razionale
1	Formazione e aggiornamento del personale	(P)	A	E' stata pianificata la creazione di dossier formativi individuali e di gruppo
2		(E)	A	I dossier formativi individuali e di gruppo vengono aggiornati periodicamente
3		(V)	B	I dossier formativi individuali e di gruppo vengono valutati annualmente per verificarne la coerenza con la programmazione aziendale e lo sviluppo professionale
4		(PM)	C	Sono attuate azioni mirate a migliorare la coerenza con gli obiettivi aziendali e di sviluppo professionale
10			A	E' annualmente definito il budget complessivo aziendale e specifico dipartimentale, per realizzare il Piano di Formazione
11			A	E' documentato l'utilizzo finalizzato del budget preventivato annualmente per l'attività di formazione che evidenzi: a) l'investimento realizzato nell'anno (espresso in percentuale sul costo globale del personale), b) il n° di ore di formazione erogate per dipendente e per fasce professionali
12			C	Esiste un documento che regola il piano di acquisto di testi e riviste scientifiche
1	Valutazione delle tecnologie	(P)	A	La Direzione Aziendale ha costituito il gruppo aziendale di Valutazione delle Tecnologie, con indicazione delle competenze e del programma da sviluppare nell'arco di un triennio
2		(E)	B	Il gruppo aziendale di Valutazione della Tecnologie sviluppa il programma stabilito
3		(V)	B	Sono presenti report annuali delle attività del gruppo di lavoro
4		(PM)	C	La Direzione Aziendale mette in atto le indicazioni emerse dal gruppo di lavoro e, in caso contrario, motiva la non adesione alle stesse
1	Sistema informativo	(P)	A	E' presente il documento di pianificazione dei flussi informativi in riferimento a compiti, funzioni e responsabilità
2		(E)	B	I flussi informativi sono gestiti in base alla pianificazione effettuata
3		(V)	B	È attuata la verifica annuale sulle attività pianificate e attuate
4		(PM)	C	È predisposto il miglioramento e l'adeguamento delle attività in ordine a variate e nuove esigenze aziendali
1		(P)	A	Sono previste procedure di raccolta e gestione dati e documenti
2		(E)	B	Sono attuate le procedure di raccolta e gestione dei dati e della documentazione anche attraverso scheda/sistema informatizzato
3		(V)	B	È monitorata l'applicazione delle procedure attraverso report
4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito di verifica
1		(P)	A	Sono presenti protocolli che garantiscano la tutela della privacy e la qualità dell'informazione
2		(E)	A	Sono attuate procedure: di accesso e di gestione di informazioni, di conservazione dei dati informatici
3		(V)	B	Sono valutati i report di verifica periodica dell'attuazione dei protocolli e di valutazione del rischio sulla perdita dei dati informatici
4		(PM)	C	Sono messi in atto azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
1	Qualità (Percorsi assistenziali)	(P)	A	È prevista una procedura di valutazione dell'idoneità strutturale degli spazi adibiti al servizio del trattamento dei dati informatici
2		(E)	B	È attuata la procedura per la valutazione di idoneità strutturale degli spazi
3		(V)	B	Sono valutati i report dei sopralluoghi effettuati
4		(PM)	C	Sono previste eventuali azioni di adeguamento strutturale
1		(P)	A	La direzione sanitaria aziendale (con il coinvolgimento dei Direttori Medici di P.O., con i Responsabili dell'U.O. Gestione Qualità e U.O. Rischio Clinico e del Comitato per le Infezioni Ospedaliere C.I.O.) ha attivato i gruppi di lavoro sui percorsi assistenziali per i seguenti pazienti: oncologici, chirurgici, nefropatici cronici, pz. con ictus, pz. con IMA, pz con frattura del femore, percorso nascita
2		(E)	A	La Direzione Sanitaria aziendale monitora periodicamente lo stato di attuazione dei percorsi assistenziali con i referenti dei diversi percorsi
3		(V)	B	La Direzione Sanitaria raccoglie gli esiti delle valutazioni dei sottogruppi di lavoro sui diversi percorsi assistenziali
4		(PM)	C	La Direzione Sanitaria mette in atto azioni di miglioramento in base alle verifiche effettuate

n° requisito	n°	Oggetto	Fase di MCO	LV	Requisito
19	1	Qualità (Indicatori)	(P)	A	La Direzione sanitaria aziendale (con il coinvolgimento dei Direttori Medici di P.O., con i Responsabili dell'U.O. Gestione Qualità e U.O. Rischio Clinico e del Comitato per le Infezioni Ospedaliere C.I.O.) ha identificato: il set di indicatori di appropriatezza, struttura, processo ed esito da implementare nell'azienda, i criteri di valutazione di qualità dei dati raccolti ed i destinatari (aziendali e
	2		(E)	A	Esistono report periodici di sintesi degli indicatori pianificati
	3		(V)	B	Viene effettuato il monitoraggio della qualità dei dati raccolti
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento in base alle verifiche effettuate
20	1	Qualità	(P)	A	La direzione sanitaria aziendale (con il coinvolgimento dei Direttori Medici di P.O., con i Responsabili dell'U.O. Gestione Qualità e U.O. Rischio Clinico e del Comitato per le Infezioni Ospedaliere C.I.O.), ha sviluppato un piano della Qualità annuale coerente con gli obiettivi strategici Aziendali e Regionali
	2		(E)	A	È attuato il piano della Qualità annuale
	3		(V)	B	Viene valutato il report di verifica tra quanto progettato e realizzato
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
21	1	Qualità (Rischio clinico)	(P)	A	La direzione sanitaria aziendale (con il coinvolgimento dei Direttori Medici di P.O. dell'U.O. Gestione Rischio Clinico e U.O. Qualità e del Comitato per le Infezioni Ospedaliere C.I.O.), ha attivato i gruppi di lavoro (con azioni e responsabilità) sui seguenti rischi: 1. Infezioni ospedaliere, 2. piaghe da decubito, 3. cadute pazienti, 4. somministrazione dei farmaci
	2		(E)	A	È attuato il piano di gestione del rischio delle: infezioni ospedaliere, piaghe da decubito, cadute dei pazienti e somministrazione dei farmaci
	3		(V)	B	Viene valutato il report di verifica tra quanto progettato e realizzato
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
22	1	Qualità (Audit clinici)	(P)	A	La direzione sanitaria aziendale (con il coinvolgimento dei Direttori Medici di P.O., con i Responsabili dell'U.O. Gestione Qualità e U.O. Rischio Clinico e del Comitato per le Infezioni Ospedaliere C.I.O.) ha pianificato un sistema di raccolta e diffusione tra i professionisti dei risultati degli Audit clinici attuati nelle diverse UUOO dell'azienda
	2		(E)	A	È utilizzata un sistema di registrazione di audit
	3		(V)	B	È verificata la congruenza tra audit effettuati rispetto a quelli programmati
	4		(PM)	C	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione
23	1	Qualità (Cartella clinica)	(P)	A	E' stato pianificato un sistema di verifica della qualità delle cartelle cliniche in uso nelle diverse UUOO, con criteri riferiti a: documentazione della completezza del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale, integrazione delle attività medico-infermieristiche, identificabilità delle responsabilità delle attività svolte, documentazione, leggibilità, conformità alla scheda di dimissione ospedaliera, trasferimento intraospedaliero, trasferimento in struttura extraospedaliera, caratteristiche della lettera di dimissioni
	2		(E)	A	Sono diffusi i criteri e le modalità operative scritte previste nel documento di pianificazione
	3		(V)	B	È verificato lo stato di attuazione dei criteri su un campione di cartelle cliniche
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
24	1	Qualità (Cartella clinica)		A	Esiste evidenza della valutazione della complessità assistenziale da parte del responsabile infermieristico dell'U.O.
25	1	Qualità (Soddisfazione pazienti)	(P)	A	Sono state pianificate indagini per valutare aspettative e qualità percepita degli utenti/pazienti. Nella pianificazione sono state coinvolte le associazioni di tutela dei pazienti
	2		(E)	A	Vengono effettuate, almeno annualmente, indagini sulle aspettative e qualità percepita dagli utenti/pazienti
	3		(V)	B	Il risultato delle indagini di soddisfazione degli utenti/pazienti sono valutate congiuntamente con le associazioni di tutela dei pazienti
	4		(PM)	C	Vengono predisposte azioni migliorative sulla base dei risultati delle indagini di soddisfazione degli utenti/pazienti
26	1	Qualità (Soddisfazione operatori)	(P)	A	Sono state pianificate indagini periodiche (almeno biennali) per valutare il clima organizzativo interno. Nella pianificazione è stato coinvolto almeno il Consiglio dei sanitari
	2		(E)	B	Sono attuate le indagini sul clima organizzativo interno
	3		(V)	B	Il risultato delle indagini sul clima organizzativo interno vengono valutate congiuntamente, almeno in una riunione con il Consiglio dei sanitari
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito di indagini di soddisfazione e segnalazione dei lavoratori

3. OSPEDALI

Per le strutture ospedaliere, in relazione alle presenza delle discipline previste dalla LR 6/2007, si prevedono requisiti relativi ai seguenti percorsi assistenziali:

3.1 PAZIENTE ONCOLOGICO

Codice: PO

N° requ.	n°	Oggetto	Fase MCO	Liv.	Requisito
1	1	PRESA IN CARICO OSPEDALIERA DEL PAZIENTE ONCOLOGICO	(P)	A	Esistono linee-guida (LG) conformi all'EBM (Medicina Basata sulle Evidenze) condivise tra i diversi operatori interni (oncologi, chirurghi, radioterapisti, terapisti del dolore, ecc.) per la gestione/trattamento del paziente oncologico
	2		(E)	A	Sono applicate le LG per il trattamento/gestione del paziente oncologico condivise tra operatori interni
	3		(V)	B	E' valutata attraverso reports periodici l'applicazione delle LG condivise da parte degli operatori
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per il corretto trattamento del paziente oncologico
2	1			A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscano la modalità di gestione intraospedaliera del paziente oncologico
	1			B	Sono attuati audit di verifica per l'applicazione delle procedure diagnostico-terapeutiche conformi all'EBM
	1			C	Vengono attuate azioni di miglioramento per i problemi riscontrati (es. revisione periodica delle procedure in relazione all'EBM)
3	1	PERFORMANCE CLINICO-TERAPEUTICHE	(P)	A	Esistono procedure e/o linee-guida condivise tra i diversi operatori relative alla gestione del rischio connesso a trattamenti: - chirurgici - radioterapici - chemioterapici
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure e/o linee-guida relative ad eventi avversi connessi a trattamenti: - chirurgici - radioterapici - chemioterapici
	3		(V)	B	Sono valutati i report di monitoraggio l'applicazione delle procedure e/o linee guida relative agli eventi avversi
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la corretta gestione degli eventi avversi nel paziente oncologico
4	1		(P)	A	Esistono procedure per l'acquisizione del consenso informato in relazione agli specifici interventi diagnostico/terapeutici
	2		(E)	A	Sono registrati i consensi informati relativi agli interventi specifici diagnostico/terapeutici
	3		(V)	B	Sono valutati i report sull'applicazione del consenso informato
	4		(PM)	C	Sono intraprese azioni di miglioramento

5	1		(P)	A	E' pianificata l'attività di sostegno psicologico al paziente oncologico
	2		(E)	A	E' attuato il sostegno psicologico al paziente oncologico
	3		(V)	B	E' valutata l'attività di sostegno psicologico al paziente oncologico
	4		(PM)	C	Sono predisposte azioni di miglioramento
6	1	DIMISSIONE	(P)	A	Esistono procedure operative che definiscano le modalità per la dimissione del paziente che coinvolgano il Medico di Medicina Generale (MMG)/Pediatra di Libera Scelta (PLS) e le strutture interessate nella presa in carico del paziente, anche in fase terminale
	2		(E)	A	Sono fornite al paziente le indicazioni appropriate su: - lettera di dimissione al MMG/PLS - informazioni su gestione terapia, dispositivi/ausili/protesi - strutture di riferimento - modalità dei controlli - modalità di accesso preferenziale
	3		(V)	B	E' verificata l'effettiva completezza delle informazioni date (es. gestione di terapie, dispositivi/protesi/ausili ecc.)
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento sulla procedura di dimissione del paziente oncologico
7	1	FOLLOW-UP		A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscono la modalità di follow-up del paziente oncologico
8	1		(P)	A	È pianificato il follow-up per specifica patologia oncologica
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure condivise (protocolli, istruzioni operative) finalizzate alla gestione del follow-up
	3		(V)	B	Esiste un monitoraggio dei pazienti in follow-up
	4		(PM)	C	Sono predisposte azioni di miglioramento delle procedure di gestione del follow-up
9	1	DOCUMENTAZIONE		A	Sono stati definiti tipo di documentazione, flussi informativi per tutto il percorso ospedaliero del paziente oncologico
10	1			A	Sono applicate le procedure di refertazione pianificate
11	1			A	E' valutata la correttezza, la completezza e la comprensione del referto

3.2 PAZIENTE CON ICTUS

Codice: PI

1	PRESA IN CARICO OSPEDALIERA DEL PAZIENTE CON ICTUS (DEA/SERVIZI/UU.OO. NEUROLOGICHE)	(P)	A	Esistono linee-guida (LG) per la gestione dell'emergenza cerebrovascolare conformi all'EBM (Medicina Basata sulle Evidenze)	
2		(E)	A	Sono applicate le linee-guida (LG) per la corretta gestione dell'emergenza cerebrovascolare	
3		(V)	B	E' valutata attraverso reports periodici l'applicazione delle LG da parte degli operatori in conformità all'EBM	
4		(PM)	C	Sono implementate azioni di miglioramento organizzativo per correggere l'eventuale applicazione parziale e/o non conforme alle LG adottate	
1	PRESA IN CARICO OSPEDALIERA DEL PAZIENTE CON ICTUS (DEA/SERVIZI/UU.OO. NEUROLOGICHE)	(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscano la modalità di gestione dell'emergenza cerebrovascolare a livello del PS/DEA della struttura	
2		(E)	A	Sono applicate le procedure per la gestione dell'emergenza cerebrovascolare a livello del PS/DEA della struttura	
3		(V)	B	Sono valutate attraverso report periodici l'applicazione delle procedure per la gestione dell'emergenza cerebrovascolare a livello del PS/DEA della struttura	
4		(PM)	C	Sono predisposte e attuate azioni di miglioramento delle procedure di gestione dell'emergenza cerebrovascolare a livello del PS/DEA della struttura	
1	PRESA IN CARICO OSPEDALIERA DEL PAZIENTE CON ICTUS (DEA/SERVIZI/UU.OO. NEUROLOGICHE)	(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscono la modalità di trasferimento intra/interospedaliero	
2		(E)	A	Sono registrate le modalità di trasporto sanitario pianificato a livello intra/interospedaliero	
3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure per il trasferimento intra/interospedaliero del paziente	
4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento sulle modalità pianificate per il trasferimento intra/interospedaliero del paziente	
1	PRESA IN CARICO OSPEDALIERA DEL PAZIENTE CON ICTUS (DEA/SERVIZI/UU.OO. NEUROLOGICHE)	(P)	A	La Direzione Sanitaria ha definito le procedure conformi all'EBM per il trasporto sanitario secondario protetto	
2		(E)	A	Sono applicate le procedure conformi all'EBM per il trasporto secondario protetto	
3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure conformi all'EBM da parte degli operatori	
4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per il trasporto secondario protetto del paziente con emergenza cerebrovascolare	
1	PRESA IN CARICO OSPEDALIERA DEL PAZIENTE CON ICTUS	(P)	A	Esistono delle procedure per la presa in carico dei pazienti con diagnosi di stroke nelle appropriate UU.OO. e nei tempi stabiliti	
2		(E)	A	E' applicata la procedura di presa in carico del paziente da parte dell'UU.OO. nei tempi stabiliti	
3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure da parte degli operatori con particolare riguardo al rispetto dei tempi di applicazione della procedura	
4		(PM)	C	Sono implementate azioni di miglioramento organizzativo per correggere l'applicazione parziale e/o non conforme delle procedure pianificate	
1	PERFORMANCE CLINICO-TERAPEUTICHE	(P)	A	Esistono linee-guida conformi all'EBM e/o protocolli per il trattamento dello stroke	
2		(E)	A	Sono applicate le linee-guida e/o protocolli per il trattamento dello stroke	
3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure e/o linee guida conformi all'EBM per il trattamento del paziente con stroke	
4		(PM)	C	Sono implementate ed attuate azioni di miglioramento per il trattamento dello stroke	

7	1		(P)	A	Esistono linee-guida conformi all'EBM per la realizzazione di un progetto riabilitativo di tipo multidisciplinare e multiprofessionale
	2		(E)	A	E' attuato il progetto riabilitativo condiviso di tipo multidisciplinare e multiprofessionale
	3		(V)	B	E' monitorato attraverso audit clinici il raggiungimento degli obiettivi presenti nel progetto riabilitativo
	4		(PM)	C	Sono implementate azioni di miglioramento organizzativo per correggere l'applicazione parziale e/o non conforme alle procedure pianificate dei progetti riabilitativi
8	1	PERFORMANCE CLINICO-TERAPEUTICHE	(P)	A	Esistono procedure e/o linee-guida condivise tra i diversi operatori relative alla gestione del rischio connesso a: - piaghe da decubito - reazioni avverse a farmaci - trombosi venosa profonda
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure e/o linee-guida condivise tra i diversi operatori relative alla gestione del rischio connesso a: - piaghe da decubito - reazioni avverse a farmaci - trombosi venosa profonda
	3		(V)	B	E' valutata l'attività relativa alla gestione del rischio attraverso specifica reportistica e/o documentazione
	4		(PM)	C	Sono predisposte azioni di miglioramento organizzativo per la prevenzione dei rischi sopra enunciati
9	1	DIMISSIONE	(P)	A	Esistono procedure operative che definiscano le modalità per la dimissione, in collaborazione con il paziente ed il caregiver, che coinvolgano le strutture territoriali ed il Medico di Medicina Generale (MMG) o il Pediatra di Libera Scelta (PLS)
	2		(E)	A	Sono fornite al paziente ed al caregiver le indicazioni appropriate su: - lettera di dimissione al MMG/PLS - informazioni su gestione terapia ed ausili - strutture socio-sanitarie di riferimento - modalità dei controlli - modalità di accesso preferenziale
	3		(V)	A	E' verificata l'effettiva comprensione delle informazioni date
	4		(PM)	C	Sono intraprese azioni correttive per migliorare le modalità con le quali sono fornite le informazioni
10	1	FOLLOW-UP	(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscono la modalità di follow-up del paziente
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure secondo le tipologie e le periodicità stabilite
	3		(V)	B	Esiste un monitoraggio sul rispetto della periodicità stabilita
	4		(PM)	C	Sono state intraprese eventuali azioni di miglioramento organizzativo per correggere le carenze riscontrate
11	1	DOCUMENTAZIONE	(P)	A	Sono presenti procedure che definiscano le modalità di refertazione e documentazione su tutto il percorso ospedaliero del paziente con ictus
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure di refertazione pianificate
	3		(V)	B	E' valutata la correttezza, la completezza e la comprensione del referto
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento sulla stesura e comunicazione del referto
12	1			A	Sono stati definiti tipo di documentazione, flussi informativi per tutto il percorso ospedaliero del paziente con ictus

3.3 PAZIENTE CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO (IMA)

Codice: PIMA

N° requ.	N°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	PRESA IN CARICO OSPEDALIERA DEL PAZIENTE CON IMA	(P)	A	Esistono linee-guida (LG) conformi all'EBM (Medicina Basata sulle Evidenze) per il corretto trattamento del paziente con IMA
	2		(E)	A	Sono applicate le linee-guida per il corretto trattamento del paziente con IMA
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle linee-guida conformi all'EBM da parte degli operatori
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per il corretto trattamento dell'IMA
2	1	GESTIONE EMERGENZA OSPEDALIERA IMA	(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscano la modalità di gestione dell'emergenza cardiaca a livello del PS/DEA della struttura
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure per la gestione dell'emergenza cardiaca a livello del PS/DEA della struttura
	3		(V)	B	Sono valutate attraverso report periodici l'applicazione delle procedure per la gestione dell'emergenza cardiaca a livello del PS/DEA della struttura
	4		(PM)	C	Sono predisposte e attuate azioni di miglioramento delle procedure di gestione dell'emergenza cardiaca a livello del PS/DEA della struttura
3	1		(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscono la modalità di trasferimento secondario protetto intra/interospedaliero
	2		(E)	A	Sono registrate le modalità di trasporto sanitario secondario protetto, pianificato intra-interospedaliero
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure per il trasferimento intra/interospedaliero
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento sulle modalità pianificate di trasferimento intra/interospedaliero del paziente
4	1		(P)	A	La Direzione Sanitaria ha definito le procedure per il trasporto sanitario secondario protetto
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure per il trasporto sanitario secondario protetto
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure conformi all'EBM da parte degli operatori
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per il trasporto sanitario secondario protetto del paziente con IMA
5	1	PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE NELLE UU.OO. CARDIOLOGICHE INTENSIVE (UTIC-Emodinamica- cardiochirurgie)	(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscono la modalità di trattamento del paziente con IMA nelle diverse UU.OO. Cardiologiche Intensive
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure che definiscono la modalità di trattamento del paziente nelle diverse UU.OO. Cardiologiche Intensive
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure sul trattamento del paziente nelle diverse UU.OO. Cardiologiche Intensive
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento delle procedure per il trattamento del paziente nelle diverse UU.OO. Cardiologiche Intensive
6	1	PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE NELLE UU.OO. CARDIOLOGICHE POST-INTENSIVE (Cardiologie, Riabilitazione cardiologica)	(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscono la modalità di trattamento del paziente con IMA nelle diverse UU.OO. Cardiologiche post acute
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure per la gestione del trattamento del paziente nelle diverse UU.OO. Cardiologiche post acute
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure per il trattamento del paziente con IMA nelle diverse UU.OO. Cardiologiche post acute
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento delle procedure per il trattamento del paziente nelle diverse UU.OO. Cardiologiche post acute

7	1	DIMISSIONE	(P)	A	Esistono procedure operative che definiscano le modalità per la dimissione del paziente che coinvolgano le strutture territoriali ed i Medici di Medicina Generale (MMG)
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure condivise per le modalità per la dimissione pianificata
	3		(V)	B	E' valutata la correttezza, la completezza e la comprensione della lettera di dimissione
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento sulla stesura e comunicazione della lettera di dimissione
8	1	FOLLOW-UP	(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscono la modalità di follow-up del paziente
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure condivise (protocolli, istruzioni operative) finalizzate alla gestione del follow-up del paziente
	3		(V)	B	Sono valutate attraverso report periodici la gestione del follow-up del paziente
	4		(PM)	C	Sono predisposte e attuate azioni di miglioramento delle procedure di gestione del follow-up del paziente
9	1	DOCUMENTAZIONE	(P)	A	Sono state definite procedure che definiscano le modalità di refertazione e documentazione su tutto il percorso ospedaliero del paziente con IMA
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure di refertazione pianificate
	3		(V)	B	E' valutata la correttezza, la completezza e la comprensione del referto
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento sulla stesura e comunicazione del referto
10	1			A	Sono stati definiti tipo di documentazione, flussi informativi per tutto il percorso ospedaliero del paziente con IMA

3.4 PAZIENTE CHIRURGICO

Codice: PACH

N° item	Oggetto	Codice	Criterio	Item
1	PRESA IN CARICO OSPEDALIERA DEL PAZIENTE CHIRURGICO	(P)	A	Esistono linee-guida (LG) per il trattamento del paziente chirurgico conformi all'EBM (Medicina Basata sulle Evidenze)
2		(E)	A	Sono applicate le LG per la corretta gestione del paziente chirurgico
3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle linee-guida conformi all'EBM da parte degli operatori
4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per il corretto trattamento del paziente chirurgico
1		(P)	A	Le indicazioni contenute nelle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscono percorsi differenziati dei pazienti chirurgici in elezione/urgenza/day surgery
2		(E)	A	Sono applicate le procedure che definiscono la gestione dei percorsi differenziati dei pazienti chirurgici
3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure operative che definiscono la gestione dei percorsi differenziati dei pazienti chirurgici
4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per l'adesione alle procedure concordate
1	GESTIONE EMERGENZA OSPEDALIERA PAZIENTE CHIRURGICO	(P)	A	Le indicazioni contenute nelle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscono la modalità di gestione del paziente chirurgico in emergenza/urgenza
2		(E)	A	Sono applicate le procedure operative che definiscono la gestione del paziente chirurgico in emergenza/urgenza
3		(V)	B	Sono valutate attraverso report periodici l'applicazione delle procedure operative che definiscono la gestione del paziente chirurgico in emergenza/urgenza
4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per l'adesione alle procedure concordate
1		(P)	A	La indicazioni contenute nelle LG sono state contestualizzate in procedure operative condivise tra i vari operatori (chirurghi; anestesisti; endoscopisti; radiologi; laboratoristi; oncologi; radioterapisti) che definiscano la tempestiva modalità di valutazione preoperatoria del paziente chirurgico, (anche in relazione alla stratificazione del rischio generale e specifico)
2		(E)	A	Sono applicate le procedure operative condivise che definiscono le modalità di valutazione preoperatoria del paziente chirurgico
3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione della procedure operative condivise
4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per l'adesione alle procedure concordate
1		(P)	A	Sono presenti LG conformi all'EBM per la gestione dell'antibioticoprofilassi perioperatoria
2		(E)	A	Sono applicate le LG conformi all'EBM per la gestione dell'antibioticoprofilassi perioperatoria
3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'aderenza per la gestione dell'antibioticoprofilassi perioperatoria
4		(PM)	C	Sono predisposte azioni di miglioramento organizzativo/formativo per la completa adesione alle linee guida condivise
1		(P)	A	Sono presenti procedure condivise delle attività diagnostiche intraoperatorie (radiologia, anatomia patologica)
2		(E)	A	Sono attuate le procedure relative all'attività diagnostiche intraoperatorie
3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure relative all'attività diagnostica intraoperatoria
4		(PM)	C	Sono predisposte azioni di miglioramento organizzativo per l'adesione alle procedure concordate

7	1		(P)	A	Esistono procedure e/o linee-guida condivise tra i diversi operatori relative alla gestione del rischio connesso a: - registro operatorio - prevenzione della ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico - infezioni del sito operatorio (ISO) - lotto di strumentazione chirurgica (rintracciabilità) - procedure di identificazione di lato
	2		(E)	A	Esistono procedure e/o linee-guida condivise tra i diversi operatori relative alla gestione del rischio connesso a: - registro operatorio - prevenzione della ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico - infezioni del sito operatorio (ISO) - lotto di strumentazione chirurgica (rintracciabilità) - procedure di identificazione di lato
	3		(V)	B	E' valutata l'attività relativa alla gestione del rischio attraverso specifica reportistica e/o documentazione
	4		(PM)	C	Sono predisposte azioni di miglioramento organizzativo per la prevenzione dei rischi sopra menzionati
8	1	DIMISSIONE	(P)	A	Esistono procedure operative che definiscano le modalità per la dimissione del paziente, che coinvolgano le strutture territoriali ed il Medico di Medicina Generale (MMG) o il Pediatra di Libera Scelta (PLS)
	2		(E)	A	Sono fornite al paziente ed al caregiver le indicazioni appropriate su: - lettera di dimissione al MMG/PLS - informazioni su gestione terapia, ausili e dispositivi - modalità dei controlli
	3		(V)	B	E' valutata la correttezza, la completezza e la comprensione della lettera di dimissione
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento sulla stesura e comunicazione della lettera di dimissione
9	1	FOLLOW-UP	(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscono la modalità di Follow-up del paziente chirurgico
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure condivise (protocolli, istruzioni operative) finalizzate alla gestione del follow-up
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici la gestione del follow-up
	4		(PM)	C	Sono predisposte e attuate azioni di miglioramento delle procedure di gestione del follow-up
10	1	DOCUMENTAZIONE	(P)	A	Sono state definite procedure che definiscano le modalità di refertazione e documentazione su tutto il percorso ospedaliero del paziente chirurgico
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure di refertazione pianificate
	3		(V)	B	E' valutata la correttezza, la completezza e la comprensione del referto
	4		(PH)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento sulla stesura e comunicazione del referto
11	1			A	Sono stati definiti tipo di documentazione, flussi informativi per tutto il percorso ospedaliero del paziente chirurgico

3.5 PAZIENTE NEFROPATICO CRONICO

Codice: PNC

N° requ	N°	Oggetto	Fase MCO	Liv	Requisito
1	1	PRESA IN CARICO OSPEDALIERA DEL PAZIENTE NEFROPATICO CRONICO	(P)	A	Esistono linee-guida (LG) conformi all'EBM (Medicina Basata sulle Evidenze) per il trattamento intraospedaliero del paziente nefropatico cronico
	2		(E)	A	Sono applicate le LG per il corretto trattamento del paziente nefropatico cronico
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle linee guida conformi all'EBM da parte degli operatori
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per il corretto trattamento del paziente nefropatico cronico
2	1	GESTIONE OSPEDALIERA DEL PAZIENTE NEFROPATICO CRONICO	(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscono la modalità di gestione/trattamento del paziente nefropatico cronico
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure operative che definiscono le modalità di gestione/trattamento del paziente nefropatico cronico
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure per la gestione/trattamento del paziente nefropatico cronico
	4		(PM)	C	Sono implementate azioni di miglioramento organizzativo sulle modalità per la gestione/trattamento del paziente nefropatico cronico
3	1		(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscono il collegamento funzionale dell'U.O. nefrologica e il Centro Trapianti di riferimento
	2		(E)	A	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure di collegamento funzionale tra la struttura impegnata nell'assistenza nefrologica dell'U.O. ed il Centro Trapianti di riferimento
	3		(V)	B	Viene valutato periodicamente il collegamento funzionale tra la struttura impegnata nell'assistenza nefrologica ed il Centro Trapianti di riferimento
	4		(PM)	C	Sono adottate azioni di miglioramento organizzativo per correggere l'applicazione parziale e/o non conforme delle procedure pianificate
4	1	PERFORMANCE CLINICO-TERAPEUTICHE	(P)	A	Sono previste linee guida/procedure per il monitoraggio e il trattamento delle complicanze dell'uremia e della dialisi (anemia, squilibri calcio-fosforo, squilibri elettrolitici) secondo i criteri dell'EBM
	2		(E)	A	Vengono applicate le linee guida/procedure per il trattamento delle complicanze dell'uremia e della dialisi in tutti i pazienti nefropatici
	3		(V)	B	E' valutata l'applicazione di linee guida/procedure da parte degli operatori
	4		(PM)	C	Sono implementate le azioni di miglioramento organizzativo per correggere l'applicazione parziale e/o non conforme delle procedure pianificate
5	1	PERFORMANCE CLINICO-TERAPEUTICHE	(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative per la gestione del rischio connesso a: - dispositivi/apparecchiature - farmaci nefrotossici - farmaci antirigetto
	2		(E)	A	Sono attuate le procedure operative per la gestione del rischio connesso a: - dispositivi/apparecchiature - farmaci nefrotossici - farmaci antirigetto
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure operative per la gestione dei rischi sopra menzionati
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione dei rischi sopra menzionati

	1	DIMISSIONE	(P)	A	Sono presenti procedure che definiscano le modalità per le dimissioni, in collaborazione con il paziente ed il caregiver, che coinvolgano le strutture territoriali ed il Medico di Medicina Generale (MMG) o il Pediatra di Libera Scelta (PLS)
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure di dimissioni pianificate comprendenti: - lettera di dimissione al MMG/PLS - coinvolgimento delle strutture socio-sanitarie territoriali di riferimento - modalità dei controlli
	3		(V)	B	E' valutata la correttezza, la completezza e la comprensione della lettera di dimissione
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento sulla stesura e comunicazione della lettera di dimissione
	1	FOLLOW_UP	(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscono la modalità di follow-up del paziente
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure condivise (protocolli, istruzioni operative) finalizzate alla gestione del follow-up
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici la gestione del follow-up
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento delle procedure di gestione del follow-up
	1	FOLLOW_UP	(P)	A	Vengono identificate le modalità e gli intervalli temporali per interventi di rivalutazione/controllo
	2		(E)	A	I pazienti vengono rivalutati secondo le modalità e gli intervalli di tempo stabiliti
	3		(V)	B	Vengono monitorati gli intervalli temporali per gli interventi di rivalutazione/controllo
	4		(PM)	C	Sono predisposte azioni di miglioramento
	1	FOLLOW_UP	(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscono per i pazienti trapiantati le modalità di collegamento funzionale tra la struttura impegnata nell'assistenza nefrologica ed il Centro Trapianti di riferimento
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure condivise (protocolli, istruzioni operative) finalizzate a garantire il collegamento funzionale tra l'U.O. di assistenza nefrologica ed il Centro Trapianti di riferimento
	3		(V)	B	E' valutato attraverso report periodici il collegamento funzionale tra l'U.O. di assistenza nefrologica ed il Centro Trapianti di riferimento
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento delle procedure di collegamento funzionale tra la struttura impegnata nell'assistenza nefrologica ed il Centro Trapianti di riferimento

3.6 PERCORSO NASCITA

Codice: PN

Progressivo	Descrizione Obiettivo	Descrizione Indicatore	Razionale	Peso Razionale	Standard	Descrizione Standard
1			Esistono Linee Guida (LG) conformi alla Medicina Basata sull'Evidenza (EBM) in relazione a: - accertamenti diagnostici materno-fetali - assistenza al travaglio e parto - IVG - sostegno psicologico - gestione più appropriata delle maggiori malformazioni del feto diagnosticate nel periodo prenatale	(P)	A	
2	PRESA IN CARICO OSPEDALIERA PAZIENTE		Sono applicate le LG, al momento della presa in carico della paziente per la: - valutazione del rischio ostetrico - assistenza al travaglio e parto - IVG - sostegno psicologico - gestione più appropriata delle maggiori malformazioni del feto diagnosticate nel periodo prenatale	(E)	A	
3			Viene periodicamente valutata l'applicazione delle LG conformi all'EBM	(V)	B	
4			Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento della attività	(PM)	C	
1			Esistono LG conformi all'EBM per la gestione delle gravidanze a rischio/neonato a rischio	(P)	A	
2			Vengono applicate le LG per le gravidanze a rischio/neonato a rischio	(E)	A	
3			Viene monitorata l'applicazione delle LG	(V)	B	
4			Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento delle LG per la gestione della gravidanze a rischio/neonato a rischio	(PM)	C	
1			La Indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscono la modalità di gestione delle gravidanze a rischio/neonato a rischio a livello del PS/DEA della struttura	(P)	A	
2			Sono applicate le procedure per la gestione delle gravidanze a rischio/neonato a rischio a livello del PS/DEA della struttura	(E)	A	
3			E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure per la gestione delle gravidanze a rischio/neonato a rischio a livello del PS/DEA della struttura	(V)	B	
4			Sono predisposte e attuate azioni di miglioramento delle procedure di gestione delle gravidanze a rischio/neonato a rischio a livello del PS/DEA della struttura	(PM)	C	
1	GESTIONE EMERGENZA OSPEDALIERA		Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscono la modalità di trasferimento intra/interospedaliero (es.centri con T.I.N.) delle gravidanze a rischio/neonato a rischio e la gestione più appropriata delle maggiori malformazioni del feto diagnosticate nel periodo prenatale	(P)	A	
2			Sono applicate le procedure che definiscono la modalità di trasferimento intra/interospedaliero (es.centri con T.I.N.) delle gravidanze a rischio/neonato a rischio e la gestione più appropriata delle maggiori malformazioni del feto diagnosticate nel periodo prenatale	(E)	A	
3			E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure per il trasferimento intra/interospedaliero(es.centri con T.I.N.) delle gravidanze a rischio/neonato a rischio e la gestione più appropriata delle maggiori malformazioni del feto diagnosticate nel periodo prenatale	(V)	B	
4			Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento delle procedure per il trasferimento intra/interospedaliero (es.centri con T.I.N.) delle gravidanze a rischio/neonato a rischio e la gestione più appropriata delle maggiori malformazioni del feto diagnosticate nel periodo prenatale	(PM)	C	
1			La Direzione Sanitaria ha definito le procedure conformi all'EBM per il trasporto secondario protetto della gravidanze a rischio/neonato a rischio	(P)	A	
2			Sono applicate le procedure conformi all'EBM per il trasporto secondario protetto delle gravidanze a rischio/neonato a rischio	(E)	A	
3			E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure conformi all'EBM per il trasporto secondario protetto delle gravidanze a rischio/neonato a rischio	(V)	B	
4			Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per il trasporto secondario protetto delle gravidanze a rischio/neonato a rischio	(PM)	C	
1			Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative per la definizione del percorsi assistenziali al travaglio, parto, (fisiologico e non) ed I.V.G.	(P)	A	
2			Sono applicate le procedure di assistenza al travaglio, parto, (fisiologico e non) ed I.V.G.	(E)	A	
3			E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure di assistenza sopra descritte	(V)	B	
4			Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento delle procedure di assistenza sopra descritte	(PM)	C	

	1		(P)	A	E' presente una procedura condivisa per l'utilizzo ottimale della sala travaglio-parto-operatoria
	2		(E)	A	È applicata la procedura per l'utilizzo ottimale della sala travaglio-parto-operatoria
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione della procedure di utilizzo ottimale della sala travaglio-parto-operatoria
	4		(PH)	C	Sono utilizzati i dati per il miglioramento della attività della sala travaglio-parto-operatoria
GESTIONE OSPEDALIERA PAZIENTE	1			A	E' presente una procedura che preveda l'eventuale presenza del partner/familiare in sala travaglio-parto
	1			A	E' applicata la procedura che preveda l'eventuale presenza del partner/familiare in sala travaglio-parto
	1			A	Viene effettuata una analisi epidemiologica dell'evento parto-nascita
	1			B	Sono utilizzati i dati dell'analisi epidemiologica per il miglioramento del servizio
	1		(P)	A	Sono presenti procedure per la corretta gestione delle attività intraoperatorie routinarie e di emergenza
	2		(E)	A	Vengono applicate le procedure
	3		(V)	B	E' valutata periodicamente l'applicazione e la conformità alle procedure
	4		(PH)	C	Sono utilizzati i dati raccolti per azioni di miglioramento delle attività
	1		(P)	A	Sono presenti procedure diagnostico-terapeutiche conformi all'EBM per l'assistenza alle principali patologie del post-partum e post-operatorio (parto cesareo e IVG)
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure diagnostico-terapeutici conformi all'EBM per l'assistenza alle principali patologie del post-partum e post-operatorio (parto cesareo e IVG)
	3		(V)	B	Viene valutata periodicamente l'applicazione e la conformità dalla procedure/protocolli sopra menzionate EBM
	4		(PH)	C	Sono utilizzati i dati raccolti per azioni di miglioramento della attività
	1		(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscono la modalità di assistenza al post-partum, al puerperio
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure/protocolli che definiscono la modalità di assistenza al post-partum, al puerperio
	3		(V)	B	Viene valutata periodicamente l'applicazione e la conformità alle procedure/protocolli sopra menzionati
	4		(PH)	C	Sono utilizzati i dati raccolti per azioni di miglioramento della attività
	1		(P)	A	Sono presenti procedure/protocolli conformi all'EBM per l'esecuzione degli screening neonatali
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure/protocolli conformi all'EBM per l'esecuzione degli screening neonatali
PERFORMANCE CLINICO-TERAPEUTICHE	3		(V)	B	Viene valutata periodicamente l'applicazione e la conformità EBM della procedure
	4		(PH)	C	Sono utilizzati i dati raccolti per azioni di miglioramento della attività
	1		(P)	A	È presente procedure/protocollo per il collegamento funzionale con i centri di raccolta per la donazione del cordone ombelicale
	2		(E)	A	È attuata la procedura di collegamenti funzionale con i centri di raccolta per la donazione del cordone ombelicale
	3		(V)	B	Viene valutata periodicamente l'applicazione e la conformità alle procedure/protocolli sopra menzionati
	4		(PH)	C	Sono utilizzati i dati raccolti per azioni di miglioramento della attività

	1		(P)	A	Sono presenti procedure/protocolli per la regolamentazione delle attività di inizio dell'allattamento al seno
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure/protocolli per l'allattamento al seno
	3		(V)	B	Viene monitorata l'aderenza alle procedure per l'allattamento al seno
	4		(PM)	C	Sono utilizzati i dati raccolti per azioni di miglioramento delle attività
	1		(P)	A	E' presente procedura/protocollo per la gestione del rischio di errata identificazione madre-neonato
	2		(E)	A	E' applicata la procedura per l'identificazione della madre e del neonato
	3		(V)	B	Viene monitorata l'aderenza alla procedura per l'identificazione della madre e del neonato
	4		(PM)	C	Sono utilizzati i dati raccolti per azioni di miglioramento delle attività
	1		(P)	A	Sono presenti procedure condivise con il coinvolgimento delle strutture territoriali, dei Pediatra di Libera Scelta (PLS) e dei Medici di Medicina Generale (MMG) sulle le modalità di: - dimissione protetta della donna - dimissione precoce della madre e/o del neonato
	2	DIMISSIONE	(E)	A	È applicata la procedura per fornire al paziente e ai familiari informazioni riguardanti la lettera di dimissione (madre e neonato o della donna) e le modalità dei controlli successivi
	3		(V)	B	Viene valutata la correttezza e la completezza delle informazioni fornite
	4		(PM)	C	Sono utilizzati i dati raccolti per azioni di miglioramento della attività
	1		(P)	A	Viene definita la tipologia delle pazienti/neonati per le/i quali sono necessarie rivalutazioni/controlli successivi
	2		(E)	A	Sono attuate le procedure di follow up
	3		(V)	B	Sono valutate periodicamente la correttezza e l'adesione alle procedure di follow-up
	4	FOLLOW-UP	(PM)	C	Sono utilizzati i dati raccolti per azioni di miglioramento delle attività
	1		(P)	A	È pianificata l'attività di registrazione delle malformazioni congenite e delle malattie croniche neonatali/malattie rare
	2		(E)	A	Sono compilati i registri regionali per le malformazioni congenite e per le malattie croniche neonatali/malattie rare
	3		(V)	B	Viene valutata periodicamente la correttezza e la completezza delle registrazioni
	4		(PM)	C	Sono utilizzati i dati raccolti per azioni di miglioramento delle attività
	1		(P)	A	Sono state definite procedure che definiscano la modalità di documentazione di tutto il percorso ospedaliero madre/neonato
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure di documentazione pianificate
	3	DOCUMENTAZIONE	(V)	B	E' valutata la correttezza, la completezza e la comprensione della documentazione
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento sulla stesura e comunicazione della documentazione
	1			A	Sono stati definiti tipo di documentazione, flussi informativi per tutto il percorso ospedaliero madre/neonato

3.7 PERCORSO FRATTURA FEMORE

Codice: PFF

N° requ.	N°	Oggetto	Fase AMCO	Livello	Requisito
1	1	PRESA IN CARICO OSPEDALIERA DEL PAZIENTE CON FRATTURA DI FEMORE	(P)	A	Esistono linee-guida (LG) conformi all'EBM (Medicina Basata sulle Evidenze) per il trattamento intraospedaliero del paziente con frattura di femore
	2		(E)	A	Sono applicate le linee-guida per il corretto trattamento del paziente con frattura di femore
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle linee guida conformi all'EBM da parte degli operatori
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per il corretto trattamento della frattura di femore
2	1	GESTIONE EMERGENZA OSPEDALIERA DEL PAZIENTE CON FRATTURA DI FEMORE	(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure/protocolli operative che definiscano la modalità di gestione del paziente con frattura di femore a livello del PS/DEA della struttura
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure/protocolli per la gestione del paziente con frattura di femore a livello del PS/DEA della struttura
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure/protocolli per la gestione del paziente con frattura di femore a livello del PS/DEA della struttura
	4		(PM)	C	Sono predisposte e attuate azioni di miglioramento delle procedure di gestione del paziente con frattura di femore a livello del PS/DEA della struttura
3	1	GESTIONE OSPEDALIERA DEL PAZIENTE CON FRATTURA DI FEMORE	(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure/protocolli operative che definiscono la modalità di gestione del paziente con frattura di femore
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure/protocolli per la corretta gestione del paziente con frattura di femore che garantiscano il trattamento chirurgico precoce
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure per la gestione/trattamento del paziente con frattura di femore
	4		(PM)	C	Sono implementate azioni di miglioramento organizzativo sulle modalità pianificate di gestione/trattamento del paziente con frattura di femore
4	1		(P)	A	Esistono linee-guida conformi all'EBM per il corretto trattamento della frattura di femore
	2		(E)	A	Sono applicate le linee-guida per il corretto trattamento del paziente con frattura di femore
	3		(V)	B	E' valutata l'aderenza alle linee-guida conformi all'EBM da parte degli operatori
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per il corretto trattamento della frattura di femore
5	1	PERFORMANCE CLINICO-TERAPEUTICHE	(P)	A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure/protocolli per la definizione di percorsi fino al completamento dell'iter riabilitativo ospedaliero del paziente con frattura di femore
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure/protocolli conformi EBM di riabilitazione
	3		(V)	B	E' valutato periodicamente il raggiungimento degli obiettivi di riabilitazione
	4		(PM)	C	Sono adottate azioni di miglioramento organizzativo per correggere l'applicazione parziale e/o non conforme delle procedure pianificate
6	1		(P)	A	Esistono delle procedure/protocolli standardizzati per la prevenzione delle complicanze infettive e tromboemboliche
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure/protocolli standardizzati per la prevenzione delle complicanze infettive e tromboemboliche
	3		(V)	B	E' valutata periodicamente l'applicazione delle procedure/protocolli condivisi per la prevenzione delle complicanze infettive e tromboemboliche
	4		(PM)	C	Sono adottate azioni di miglioramento organizzativo per correggere l'applicazione parziale e/o non conforme delle procedure pianificate

1		(P)	A	E' pianificata la realizzazione di un progetto riabilitativo precoce di tipo multidisciplinare e multiprofessionale	
2		(E)	A	E' attuato il progetto riabilitativo di tipo multidisciplinare e multiprofessionale anche attraverso momenti di audit interno	
3		(V)	B	E' monitorato il raggiungimento degli obiettivi presenti nel progetto riabilitativo	
4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento	
1	DIMISSIONE	(P)	A	Sono stati definiti i percorsi che definiscano le modalità per le dimissioni, in collaborazione con il paziente ed il caregiver, che coinvolgano le strutture territoriali ed il Medico di Medicina Generale (MMG)	
2		(E)	A	Sono applicate le procedure di dimissioni pianificate (es: correttezza, completezza e comprensione della lettera di dimissione)	
3		(V)	B	E' valutata periodicamente l'applicazione delle procedure/protocolli condivisi che definiscono le modalità di dimissione (es. correttezza, completezza e comprensione della lettera di dimissione)	
4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento	
1	FOLLOW-UP	(P)	A	Le indicazioni della LG adottate sono state contestualizzate in procedure/protocolli operativi che definiscono la modalità di Follow-up del paziente con frattura di femore	
2		(E)	A	Sono applicate le procedure/protocolli condivisi (istruzioni operative) finalizzate alla gestione del follow-up	
3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici la gestione del follow-up	
4		(PM)	C	Sono predisposte e attuate azioni di miglioramento delle procedure di gestione del follow-up	
1	DOCUMENTAZIONE	(P)	A	Sono state definite procedure che definiscano le modalità di documentazione di tutto il percorso ospedaliero del paziente con frattura di femore	
2		(E)	A	Sono applicate le procedure di documentazione pianificate	
3		(V)	B	E' valutata la correttezza, la completezza e la comprensione della documentazione	
4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento sulla stesura e comunicazione della documentazione	
1			A	Sono stati definiti tipo di documentazione, flussi informativi per tutto il percorso ospedaliero del paziente con frattura di femore	

3.8 DIREZIONE DIPARTIMENTI

Codice: DD

N° Requisito:	Oggetto	N°	Liv.	Requisito
1	Direzione struttura	1	A	Il Consiglio di Dipartimento predispone, per la Direzione Aziendale, il piano annuale dipartimentale (PAD) che definisce gli obiettivi organizzativi, gestionali e scientifici. Il PAD è stato condiviso con i responsabili delle UU.OO. Dipartimentali
2		1	A	Il PAD è stato comunicato e divulgato a tutti gli operatori del dipartimento
3		1	A	Esiste un documento disciplinante l'organizzazione e il coordinamento delle attività sanitarie con altre strutture e istituzioni pubbliche e private, comprese le associazioni di volontariato
4	Gestione risorse umane	1	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori del dipartimento dell'atto relativo alla graduazione delle funzioni
5		1	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori del dipartimento dell'atto relativo al sistema premiante aziendale
6		1	A	E' applicata la procedura di affiancamento del personale neo assunto/trasferito
7	Formazione	1	A	Esiste il piano di formazione annuale in riferimento ai bisogni formativi ed agli obiettivi strategici, innovativi e specifici dipartimentali
8		1	A	Sono presenti report di verifica annuale tra quanto programmato e quanto realizzato
9		1	B	I dossier formativi individuali e di gruppo vengono valutati annualmente per verificarne la coerenza con la programmazione aziendale e lo sviluppo professionale
10		1	A	E' documentato l'utilizzo finalizzato del budget preventivato annualmente per l'attività di formazione
11	Qualità	1	A	La Direzione Dipartimentale monitora periodicamente lo stato di implementazione degli Audit sulle Linee Guida conformi alla Medicina Basata sulle Evidenze (EBM) adottate dalle UU.OO.
12		1	A	La Direzione Dipartimentale verifica i report sugli indicatori di appropriatezza, struttura, processo ed esito concordati con la Direzione Aziendale
13		1	A	La Direzione Dipartimentale monitora periodicamente lo stato di implementazione degli Audit sulla gestione del rischio clinico delle UU.OO., con il coinvolgimento del Responsabile Aziendale dell'U.O. Rischio Clinico e dell'Area Qualità
14		1	A	La Direzione Dipartimentale monitora periodicamente la qualità della gestione delle cartelle cliniche in uso nelle diverse UU.OO.
15		1	B	Il risultato delle indagini di soddisfazione degli utenti/pazienti afferenti alle UU.OO. del Dipartimento sono valutate dal Consiglio di Dipartimento con il coinvolgimento dell'URP aziendale

3.9 UNITA' OPERATIVE CLINICHE (requisiti comuni a tutte le UU.OO)

Codice: STG

N° requisito	N°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	Percorsi assistenziali	(P)	A	Sono identificate Linee Guida (nazionali o internazionali) conformi alla Medicina Basata sull'Evidenze (EBM) contestualizzate in percorsi assistenziali (diagnostico-terapeutico-riabilitativo-assistenziale) per almeno due delle patologie più rilevanti e frequenti individuate da ciascuna U.O.
	2		(E)	A	Sono attuati e documentati i percorsi assistenziali (diagnostico-terapeutico-riabilitativo-assistenziale) identificati
	3		(V)	B	Sono strutturati Audit clinici periodici (a cadenza almeno annuale) di aderenza alle Linee Guida
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento in base alle verifiche effettuate
2	1	Gestione complicanze	(P)	A	Sono presenti procedure per la prevenzione/gestione delle complicanze più frequenti e più gravi nelle patologie trattate dall'U.O.
	2		(E)	A	Sono attuate e documentate le procedure condivise per la gestione delle complicanze
	3		(V)	B	Sono strutturati Audit clinici periodici (a cadenza almeno annuale) di aderenza alle procedure
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento in base alle verifiche effettuate
3	1	Rischio clinico	(P)	A	Sono presenti procedure/protocolli con definizione di metodi, azioni e responsabilità relative a: a) il controllo di almeno una tipologia di infezione ospedaliera rilevante e frequente per la U.O. (per le UU.OO. chirurgiche è obbligatoria anche la sorveglianza delle infezioni del sito operatorio); b) il controllo di almeno un altro fattore di criticità rilevante e frequente per la sicurezza del paziente
	2		(E)	A	Sono attuate procedure/protocolli per la gestione dei rischi individuati
	3		(V)	B	Sono strutturati Audit clinici periodici (a cadenza almeno annuale) di aderenza alle procedure
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
4	1	Dimissione protetta	(P)	A	E' presente una procedura di dimissione protetta, concordata con il responsabile del Distretto, che preveda l'informazione del paziente e dei familiari
	2		(E)	A	E' attuata la procedura di dimissione protetta
	3		(V)	B	E' verificata annualmente l'adesione alla procedura
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento della procedura di dimissione protetta
5	1	Consenso		A	Vengono applicate le procedure per l'acquisizione del consenso informato all'atto sanitario
6	1	Privacy		A	Sono applicate le procedure relative al rispetto della privacy

3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA

Codice MLO

		Oggetto	Fase MCQ	Livello	Requisito
	1	Accesso campioni biologici	(P)	A	Sono presenti procedure documentate e condivise con la committenza per il processo di accettazione (comprese gestione delle urgenze/priorità)
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure relative al processo di accettazione
	3		(V)	B	Vengono realizzati periodici report che permettono di valutare l'applicazione delle procedure
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato
	1	Accesso	(P)	A	E' stata predisposta la lista delle prestazioni erogabili
	2		(E)	A	Viene fornita la lista delle prestazioni erogabili agli utenti esterni ed interni
	3		(V)	B	Viene controllata la diffusione e l'aggiornamento della lista
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato
	1	Presa in carico del Paziente	(P)	A	Sono presenti procedure per la gestione della documentazione sanitaria (es.storico degli esami precedentemente eseguiti) fornita dall'utente esterno/interno
	2		(E)	A	La gestione della documentazione sanitaria fornita dall'utente esterno ed interno è attuata con registrazione cartacea e/o informatica
	3		(V)	B	E' attuata una revisione periodica delle registrazioni al fine di valutarne la conformità a quanto pianificato
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato
	1	Presa in carico del Paziente	(P)	A	Esiste una procedura documentata per l'acquisizione del consenso informato, la corretta compilazione della richiesta di esami e per la tracciabilità del campione biologico
	2		(E)	A	È documentata l' applicazione della procedura per l'acquisizione del consenso informato, la corretta compilazione della richiesta di esami e della tracciabilità del campione biologico
	3		(V)	B	Viene valutata attraverso report periodici l'applicazione della procedura per l'acquisizione del consenso informato, la corretta compilazione della richiesta di esami e della tracciabilità del campione biologico
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato
	1	Presa in carico del Paziente	(P)	A	Sono presenti procedure per la verifica della qualità nelle fasi di: preparazione del paziente, modalità di prelievo, raccolta ed eventuale trattamento del campione biologico
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure relative alla preparazione del paziente, modalità di prelievo, raccolta ed eventuale trattamento del campione biologico
	3		(V)	B	Viene valutata l'adesione alle procedure attraverso Audit periodici
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato
	1	Appropriatezza clinica	(P)	A	Sono presenti linee guida conformi all'EBM condivise con tutte le UU.OO. inerenti i profili di esami appropriati per le specifiche e più frequenti patologie trattate
	2		(E)	A	Le richieste di esami vengono compilate in applicazione delle linee guida
	3		(V)	B	Viene valutata l'adesione alle linee guida attraverso Audit periodici
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato
	1	Appropriatezza clinica	(P)	A	Il Servizio di Medicina di Laboratorio ha partecipato alla definizione di protocolli diagnostici da inserire nei percorsi assistenziali e dei Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC), condivisi con gli specialisti ospedalieri, i Medici di Medicina Generali (MMG) ed i Pediatri di Libera Scelta (PLS)
	2		(E)	A	Vengono applicate le procedure previste dai percorsi diagnostico-terapeutici e dai PAC
	3		(V)	B	Viene valutata l'adesione alle procedure concordate attraverso Audit periodici
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato

1	Qualità analitica	(P)	A	Sono definite le procedure per la verifica delle performance analitiche : istruzioni operative, report di calibrazione, del controllo di qualità interno (CQI) ed esterno (VEQ) e della validazione del metodo analitico	
2		(E)	A	Sono applicate le procedure per la verifica delle performance analitiche : istruzioni operative, report di calibrazione, del controllo di qualità interno (CQI) ed esterno (VEQ) e della validazione del metodo analitico	
3		(V)	B	Vengono effettuati Audit periodici sulla qualità della performance analitica erogata	
4		(PM)	C	Sono messe in atto azioni di miglioramento correlate ai risultati dell'Audit	
1	Qualità analitica	(P)	A	Sono predisposte procedure per la gestione del rischio clinico associato ad errori pre-analitici, analitici e post-analitici	
2		(E)	A	Sono attuate le procedure di gestione del rischio clinico associato ad errori pre-analitici, analitici e post-analitici	
3		(V)	B	Vengono effettuati Audit periodici sulla gestione degli errori	
4		(PM)	C	Sono messe in atto azioni di miglioramento in relazione ai risultati dell'Audit	
1	Documentazione	(P)	A	Sono predisposte procedure documentate inerenti la refertazione (es. contenuto dei referti, i tempi, i modi di consegna, conservazione ed archiviazione)	
2		(E)	A	Sono applicate le procedure inerenti la refertazione (es. contenuto dei referti; i tempi; i modi di consegna, conservazione ed archiviazione)	
3		(V)	B	E' verificato che i referti siano conformi alle procedure inerenti la refertazione (es. contenuto dei referti, i tempi, i modi di consegna, conservazione ed archiviazione)	
4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento delle procedure inerenti la refertazione	

3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA

Codice: DI

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Livello	Requisito
1	1	Accesso	(P)	A	Sono state predisposte procedure documentate e condivise con la committenza per il processo di accettazione (comprese gestione delle urgenze/priorità)
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure relative al processo di accettazione
	3		(V)	B	Vengono realizzati periodici report che permettono di valutare l'applicazione delle procedure
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato
2	1	Accesso	(P)	A	E' stato predisposto il catalogo delle prestazioni
	2		(E)	A	Viene diffuso il catalogo agli utenti esterni ed interni
	3		(V)	B	Viene verificata la diffusione e l'aggiornamento del catalogo
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato
3	1	Presa in carico del Paziente	(P)	A	Sono state predisposte procedure per la gestione della documentazione sanitaria fornita dall'utente esterno/interno
	2		(E)	A	La gestione della documentazione sanitaria fornita dall'utente esterno ed interno è attuata con registrazione cartacea e/o informatica
	3		(V)	B	E' attuata una revisione periodica delle registrazioni al fine di valutarne la conformità a quanto pianificato
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato
4	1	Presa in carico del Paziente	(P)	A	Esiste una procedura documentata per l'acquisizione del consenso informato
	2		(E)	A	È documentata l' applicazione della procedura per l'acquisizione del consenso informato
	3		(V)	B	Viene valutata attraverso report periodici l'applicazione della procedura per l'acquisizione del consenso informato
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato
5	1	Presa in carico del Paziente	(P)	A	Sono presenti procedure per la verifica ed il miglioramento continuo della qualità per la preparazione del paziente
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure relative alla preparazione del paziente
	3		(V)	B	Viene valutata l'adesione alle procedure concordate attraverso Audit periodici
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato in relazione ai risultati dell'Audit

1	Appropriatezza clinica	(P)	A	Sono presenti Linee Guida conformi all'EBM, condivise con tutte le UU.OO. relativamente agli esami più appropriati per le specifiche e più frequenti patologie trattate	
2		(E)	A	Le richieste di esami vengono compilate nel rispetto delle linee guida	
3		(V)	B	Viene valutata l'adesione alle procedure concordate attraverso Audit periodici	
4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato in relazione ai risultati dell'Audit	
1	Appropriatezza clinica	(P)	A	Il Servizio di Diagnostica per Immagini ha partecipato, alla definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici e dei Pacchetti Ambulatoriali Complessi (P.A.C.), condivisi con gli specialisti ospedalieri, i Medici di Medicina Generale (MMG) ed i Pediatri di Libera Scelta (PLS)	
2		(E)	A	Vengono applicate le procedure previste dai percorsi diagnostico-terapeutici e dai PAC	
3		(V)	B	Viene valutata l'adesione alle procedure concordate attraverso Audit periodici	
4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato in relazione ai risultati dell'Audit	
1	Qualità delle prestazioni	(P)	A	Sono presenti linee guida conformi all'EBM e/o procedure per la corretta esecuzione di esami diagnostici	
2		(E)	A	Sono applicate le procedure e/o linee guida EBM per la corretta esecuzione di esami diagnostici	
3		(V)	B	Vengono effettuati Audit periodici sulle procedure adottate	
4		(PM)	C	Sono previste ed attuate azioni di miglioramento in relazione ai risultati dell'Audit	
1	Qualità delle prestazioni	(P)	A	Sono presenti procedure per la gestione del rischio clinico correlato alla tipologia di prestazioni erogate	
2		(E)	A	Sono attuate le procedure di gestione del rischio clinico correlato alla tipologia di prestazioni erogate	
3		(V)	B	Vengono effettuati Audit periodici sulla gestione degli errori	
4		(PM)	C	Sono previste ed attuate azioni di miglioramento in relazione ai risultati dell'Audit	
1	Documentazione	(P)	A	Sono presenti procedure documentate per definire il contenuto dei referti, i tempi, i modi di consegna, la loro corretta archiviazione	
2		(E)	A	Sono applicate le procedure che definiscono il contenuto dei referti, i tempi, i modi di consegna, la loro corretta archiviazione	
3		(V)	B	Vengono effettuate verifiche periodiche sul rispetto ed adesione alle procedure che definiscono il contenuto dei referti, i tempi, i modi di consegna, la loro corretta archiviazione	
4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento	

3.12 SERVIZIO TRASFUSIONALE
cfr "ALLEGATO C"

Pagina 31 di 94

4. STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE

4.1 RESIDENZIALITA' E SEMIRESIDENZIALITA' PER DISABILI

4.1.1 Unità Speciali di Accoglienza Prolungata (USAP)

Codice: USAP

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCO	Liv.	Requisito
1	1	Direzione struttura	(P)	A	Esiste un documento contenente mission, vision, organizzazione, prodotti/servizi erogati, obiettivi, standard e responsabilità
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori
	3		(V)	B	C'è evidenza che il documento è stato condiviso con i responsabili delle articolazioni organizzative
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito dei risultati ottenuti
2	1		(P)	A	Esiste un documento disciplinante l' organizzazione e il coordinamento delle attività sanitarie con altre strutture e istituzioni pubbliche e private, comprese le associazioni di volontariato
	2		(E)	B	Sono presenti verbali di riunioni tra i soggetti interessati
	3		(V)	C	Sono verificati e valutati i risultati derivanti dagli aspetti di collaborazione con altre strutture ed organizzazioni
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni migliorative messe in atto a seguito dei rapporti di collaborazione
3	1			A	Esiste documentazione della gestione delle liste d'attesa
4	1	Gestione risorse umane	(P)	A	E' stato definito l'atto di programmazione relativo alla gestione e organizzazione delle risorse umane, aggiornato annualmente
	2		(E)	A	Sono applicati i criteri relativi a reclutamento/tournover, organizzazione e gestione del personale
	3		(V)	B	È verificato che quanto è stato pianificato è stato attuato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
5	1		(P)	A	Esiste un atto/ regolamento contenente i criteri di attribuzione di compiti e responsabilità
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori dell'atto relativo alla graduazione delle funzioni
	3		(V)	B	È verificato che quanto è stato pianificato è stato realizzato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
6	1		(P)	A	E' pianificato l' inserimento del neo assunto/trasferito
	2		(E)	A	E' applicata la procedura di affiancamento del personale neo assunto/ trasferito
	3		(V)	B	Sono presenti report di valutazione del raggiungimento degli obiettivi pianificati
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento in base ai risultati ottenuti

N° Requisito	n°	Oggetto	Fase MCO	Liv.	Requisito
7	1	Formazione e aggiornamento del personale	(P)	A	Esiste il piano di formazione strategico annuale in riferimento ai bisogni formativi e agli obiettivi strategici, innovativi e specifici aziendali e regionali
	2		(E)	B	C' è evidenza della messa in atto del piano di formazione
	3		(V)	B	Sono presenti report di verifica annuale tra quanto programmato e realizzato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento da predisporre nel piano formativo
8	1		(P)	A	E' stata pianificata la creazione di dossier formativi individuali e di gruppo
	2		(E)	B	I dossier formativi individuali e di gruppo vengono aggiornati periodicamente
	3		(V)	B	I dossier formativi individuali e di gruppo vengono valutati annualmente per verificarne la coerenza con la programmazione aziendale e lo sviluppo professionale
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni mirate a migliorare la coerenza con gli obiettivi aziendali e di sviluppo professionale
9	1	Sistema informativo	(P)	A	E' presente il documento di pianificazione dei flussi informativi in riferimento a compiti, funzioni e responsabilità
	2		(E)	B	I flussi informativi sono gestiti in base alla pianificazione effettuata
	3		(V)	B	È attuata la verifica annuale sulle attività pianificate e attuate
	4		(PM)	C	È predisposto il miglioramento e l'adeguamento delle attività in ordine a variate e nuove esigenze aziendali
10	1		(P)	A	Sono previste procedure di raccolta e gestione dati e documenti
	2		(E)	B	Sono attuate le procedure di raccolta e gestione dei dati e della documentazione anche attraverso scheda/sistema informatizzato
	3		(V)	B	È monitorata l'applicazione delle procedure attraverso report
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito di verifica
11	1		(P)	A	Sono presenti protocolli che garantiscano la tutela della privacy e la qualità dell'informazione
	2		(E)	A	Sono attuate procedure di accesso, di gestione di informazioni e di conservazione dei dati informatici
	3		(V)	B	Sono valutati i report di verifica periodica dell'attuazione dei protocolli e di valutazione del rischio sulla perdita dei dati informatici
	4		(PM)	C	Sono messi in atto azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
12	1	Presa in carico		A	E' stato identificato per ogni ospite un case-manager responsabile del piano individuale di assistenza e dei rapporti con i familiari
13	1			A	E' documentata l'effettuazione di un controllo periodico da parte di uno specialista neurologo/rianimatore per valutare l'evoluzione dello stato clinico
14	1			A	E' identificata per ogni ospite una persona che lo rappresenta per quanto riguarda confidenzialità delle informazioni, consenso al trattamenti, gestione delle finanze e dei beni personali

N° requisito	n.ro	Oggetto	Base MCQ	Liv.	Requisito
15	1	Qualità (assistenza al paziente)	(P)	A	La Direzione Sanitaria ha individuato almeno due Linee Guida assistenziali (nazionali o internazionali), riferite alla tipologia dei pazienti ricoverati, [illegible]
	2		(E)	A	Esiste evidenza dell'applicazione delle Linee Guida [illegible]
	3		(V)	B	La Direzione Sanitaria effettua il monitoraggio periodico (almeno annuale) dell'applicazione delle Linee Guida
	4		(PM)	C	La Direzione Sanitaria mette in atto azioni di miglioramento sulla base delle verifiche effettuate e degli eventuali aggiornamenti delle Linee Guida
16	1			A	E' garantita la consulenza di un esperto di nutrizione clinica
17	1			B	E' garantito un programma di sostegno psicologico ai familiari
18	1			B	E' garantita l'attività di formazione dei familiari e di consulenza organizzativa per sostenere programmi di dimissione a domicilio
19	1	Qualità (Rischio clinico)	(P)	A	La Direzione Sanitaria della struttura ha attivato i gruppi di lavoro (con azioni e responsabilità) sui seguenti rischi: 1. infezioni nosocomiali, 2. piaghe da decubito, 3. somministrazione dei farmaci
	2		(E)	A	È attuato il piano di gestione del rischio delle infezioni nosocomiali, piaghe da decubito e somministrazione dei farmaci
	3		(V)	B	Viene valutato il report di verifica tra quanto pianificato e realizzato
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
20	1	Qualità (Cartella clinica)	(P)	A	E' stato pianificato un sistema di verifica della qualità delle cartelle cliniche, con criteri riferiti a: documentazione della completezza del percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo-assistenziale, integrazione delle attività medico-infermieristiche, identificabilità delle responsabilità delle attività svolte, documentazione, leggibilità, trasferimento in altra struttura extraospedaliera o ospedaliera, caratteristiche della lettera di dimissione
	2		(E)	B	Sono diffusi i criteri e le modalità operative previste nel documento di pianificazione
	3		(V)	B	È verificato lo stato di attuazione dei criteri su un campione di cartelle cliniche
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
21	1	Qualità (Soddisfazione pazienti)	(P)	A	Sono state pianificate indagini per valutare aspettative e qualità percepita dai familiari. Nella pianificazione sono state coinvolte le associazioni di tutela dei pazienti
	2		(E)	B	Vengono effettuate, almeno annualmente, indagini sulle aspettative e qualità percepita dai familiari
	3		(V)	B	Il risultato delle indagini di soddisfazione dei familiari sono valutate congiuntamente con le associazioni di tutela dei pazienti
	4		(PM)	C	Vengono predisposte azioni migliorative sulla base dei risultati delle indagini di soddisfazione dei familiari
22	1	Comfort		C	Lo spazio all'aperto è adeguatamente attrezzato in funzione delle esigenze degli utenti

4.1.2 RESIDENZE SANITARIE E SOCIO ASSISTENZIALI DISABILI

Residenze di Riabilitazione Intensiva (RRI) Residenze Riabilitazione Estensiva (RRE) – RSA disabili adulti (RSADA) – RA disabili adulti (RADA)

Codice: **RSSAD**

Requisiti per RRI - RRE - RSADA- RADA

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCO	Liv.	Requisito
1	1	Direzione struttura	(P)	A	Esiste un documento contenente mission, vision, organizzazione, prodotti/servizi erogati, obiettivi, standard e responsabilità
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori
	3		(V)	B	C'è evidenza che il documento è stato condiviso con i responsabili delle articolazioni organizzative
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito dei risultati ottenuti
2	1		(P)	A	Esiste un documento disciplinante l' organizzazione e il coordinamento delle attività sanitarie con altre strutture e istituzioni pubbliche e private, comprese le associazioni di volontariato
	2		(E)	B	Sono presenti verbali di riunioni tra i soggetti interessati
	3		(V)	C	Sono verificati e valutati i risultati derivanti dagli aspetti di collaborazione con altre strutture ed organizzazioni
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni migliorative messe in atto a seguito dei rapporti di collaborazione
3	1			A	Esiste documentazione della gestione delle liste d'attesa
4	1	Gestione risorse umane	(P)	A	E' stato definito l'atto di programmazione relativo alla gestione e organizzazione delle risorse umane, aggiornato annualmente
	2		(E)	A	Sono applicati i criteri relativi a reclutamento/tournover, organizzazione e gestione del personale
	3		(V)	B	È verificato che quanto è stato pianificato è stato attuato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
5	1		(P)	A	Esiste un atto/ regolamento contenente i criteri di attribuzione di compiti e responsabilità
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori dell'atto relativo alla graduazione delle funzioni
	3		(V)	B	È verificato che quanto è stato pianificato è stato realizzato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
6	1		(P)	A	E' pianificato l' inserimento del neo assunto/trasferito
	2		(E)	A	E' applicata la procedura di affiancamento del personale neo assunto/trasferito
	3		(V)	B	Sono presenti report di valutazione del raggiungimento degli obiettivi pianificati
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento in base ai risultati ottenuti

N. requisito	Oggetto	Fase di MCO	Tipo	Requisito
1	Formazione e aggiornamento del personale	(P)	A	Esiste il piano di formazione strategico annuale in riferimento ai bisogni formativi e agli obiettivi strategici, innovativi e specifici aziendali e regionali
2		(E)	B	C' è evidenza della messa in atto del piano di formazione
3		(V)	B	Sono presenti report di verifica annuale tra quanto programmato e realizzato
4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento da predisporre nel piano formativo
1	Sistema informativo	(P)	A	E' stata pianificata la creazione di dossier formativi individuali e di gruppo
2		(E)	B	I dossier formativi individuali e di gruppo vengono aggiornati periodicamente
3		(V)	B	I dossier formativi individuali e di gruppo vengono valutati annualmente per verificarne la coerenza con la programmazione aziendale e lo sviluppo professionale
4		(PM)	C	Sono attuate azioni mirate a migliorare la coerenza con gli obiettivi aziendali e di sviluppo professionale
1		(P)	A	E' presente il documento di pianificazione dei flussi informativi in riferimento a compiti, funzioni e responsabilità
2		(E)	B	I flussi informativi sono gestiti in base alla pianificazione effettuata
3		(V)	B	È attuata la verifica annuale sulle attività pianificate e attuate
4		(PM)	C	È predisposto il miglioramento e l'adeguamento delle attività in ordine a variate e nuove esigenze aziendali
1		(P)	A	Sono previste procedure di raccolta e gestione dati e documenti nel rispetto della normativa vigente sulla privacy
2		(E)	B	Sono attuate le procedure di raccolta e gestione dei dati e della documentazione anche attraverso scheda/sistema informatizzato
3		(V)	B	È monitorata l'applicazione delle procedure attraverso report
4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito di verifica
1		(P)	A	Sono presenti protocolli che garantiscano la tutela della privacy e la qualità dell'informazione
2		(E)	A	Sono attuate procedure di accesso, di gestione di informazioni e di conservazione dei dati informatici
3		(V)	B	Sono valutati i report di verifica periodica dell'attuazione dei protocolli e di valutazione del rischio sulla perdita dei dati informatici
4		(PM)	C	Sono messi in atto azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
1	Presa in carico		A	E' stato identificato per ogni ospite un case-manager responsabile del piano individuale di assistenza o del progetto riabilitativo e dei rapporti con i familiari
1			A	E' documentata l'effettuazione di una valutazione periodica del grado di disabilità del paziente (per le Residenze Riabilitazione Intensiva ed Estensiva coerentemente alla scadenza prevista dal progetto riabilitativo)
1			A	E' identificata, nelle condizioni ove richiesta, una persona che rappresenti l'ospite per quanto riguarda confidenzialità delle informazioni, consenso ai trattamenti, gestione delle finanze e dei beni personali
1	Presa in carico		A	Volontari e parenti sono addestrati a facilitare i movimenti degli ospiti
1			A	Vi sono programmi individuali di addestramento alla continenza e di accompagnamento alla toilette

N° criterio	Criterio	Oggetto criterio	Fase MOG	LIVELLO	Requisito
1	Qualità (assistenza al paziente)		(P)	A	La Direzione Sanitaria ha individuato almeno due Linee Guida assistenziali (nazionali o internazionali) riferite alla tipologia dei pazienti ricoverati
2			(E)	A	Esiste evidenza dell'applicazione delle Linee Guida
3			(V)	B	La Direzione Sanitaria effettua il monitoraggio periodico (almeno annuale) dell'applicazione delle Linee Guida
4			(PM)	C	La Direzione Sanitaria mette in atto azioni di miglioramento sulla base delle verifiche effettuate e degli eventuali aggiornamenti delle Linee Guida
18					
1				B	I familiari sono addestrati al nursing prima della dimissione
19					
1	Qualità (Rischio clinico)		(P)	A	La Direzione Sanitaria della struttura ha attivato I gruppi di lavoro (con azioni e responsabilità) sui seguenti rischi: 1. Infezioni nosocomiali; 2. piaghe da decubito, 3. cadute pazienti, 4. somministrazione dei farmaci
2			(E)	A	È attuato il piano di gestione del rischio delle infezioni nosocomiali, piaghe da decubito, cadute dei pazienti e somministrazione dei farmaci
3			(V)	B	Viene valutato il report di verifica tra quanto pianificato e realizzato
4			(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
20					
1	Qualità (Cartella clinica)		(P)	A	E' stato pianificato un sistema di verifica della qualità delle cartelle cliniche con criteri riferiti a: documentazione della completezza del percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo-assistenziale, integrazione delle attività medico-infermieristiche, identificabilità delle responsabilità delle attività svolte, documentazione, leggibilità, trasferimento in altra struttura extraospedaliera o ospedaliera, caratteristiche della lettera di dimissione
2	*Nota: Requisito valido per RRT-RRE-RSADA*		(E)	B	Sono diffusi i criteri e le modalità operative previste nel documento di pianificazione
3			(V)	B	È verificato lo stato di attuazione dei criteri su un campione di cartelle cliniche
4			(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
21					
1	Qualità (foglio clinico-terapeutico assistenziale)		(P)	A	E' stato pianificato un sistema di verifica della qualità del foglio clinico-terapeutico assistenziale, con criteri riferiti a: documentazione delle attività terapeutico-assistenziali e trasferimento in altra struttura residenziale o Istituti di ricovero
2			(E)	B	Sono diffusi i criteri e le modalità operative previste nel documento di pianificazione
3	*Nota: Requisito valido per RADA*		(V)	B	È verificato lo stato di attuazione dei criteri su un campione di fogli clinico-terapeutico assistenziali
4			(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
22					
1	Qualità (Soddisfazione pazienti)		(P)	A	Sono state pianificate indagini per valutare aspettative e qualità percepita degli ospiti/pazienti e familiari. Nella pianificazione sono state coinvolte le associazioni di tutela dei pazienti
2			(E)	B	Vengono effettuate, almeno annualmente, indagini sulle aspettative e qualità percepita dagli ospiti/pazienti
3			(V)	B	Il risultato delle indagini di soddisfazione degli ospiti/pazienti sono valutate congiuntamente con le associazioni di tutela dei pazienti
4			(PM)	C	Vengono predisposte azioni migliorative sulla base dei risultati delle indagini di soddisfazione degli ospiti/pazienti
23					
1	Comfort			C	Lo spazio all'aperto è adeguatamente attrezzato in funzione delle esigenze degli ospiti

4.1.3 STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI DI RIABILITAZIONE

Codice: SSR

Requisiti per SSR

N° requisito		Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	Direzione di struttura	(P)	A	Esiste un documento contenente mission, vision, organizzazione, prodotti/servizi erogati, obiettivi, standard e responsabilità
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori
	3		(V)	B	C'è evidenza che il documento è stato condiviso con i responsabili delle articolazioni organizzative
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito dei risultati ottenuti
2	1	Gestione risorse umane	(P)	A	E' stato definito un documento relativo alla gestione e organizzazione delle risorse umane, aggiornato annualmente
	2		(E)	A	Sono applicati i criteri relativi a reclutamento/tournover, organizzazione e gestione del personale
	3		(V)	B	È verificato che quanto è stato pianificato è stato attuato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
3	1	Formazione e aggiornamento del personale		A	Esiste un piano di formazione del personale
4	1			A	C' è evidenza della messa in atto del piano di formazione
5	1	Sistema Informativo	(P)	A	Sono previste procedure di raccolta e gestione dati di presenza e di attività
	2		(E)	B	Sono attuate le procedure di raccolta, gestione dei dati e della documentazione attraverso scheda/sistema informatizzato
	3		(V)	B	È monitorata l'applicazione delle procedure attraverso report
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito di verifica

6	1	Qualità (Rischio clinico)	(P)	A	E' presente una procedura sui seguenti rischi: 1. cadute pazienti, 2. somministrazione dei farmaci
	2		(E)	B	Sono attuate le procedure sui seguenti rischi: 1. cadute pazienti, 2. somministrazione dei farmaci
	3		(V)	B	Viene valutato il report di verifica tra quanto progettato e realizzato
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
8	1	Qualità (Cartella clinica)	(P)	A	E' stato pianificato un sistema di verifica della qualità delle cartelle cliniche, con criteri riferiti a:, documentazione della completezza del percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo-assistenziale, integrazione delle attività medico-infermieristiche, identificabilità delle responsabilità delle attività svolte, documentazione, leggibilità
	2		(E)	B	Sono diffusi i criteri e le modalità operative previste nel documento di pianificazione
	3		(V)	B	È verificato lo stato di attuazione dei criteri su un campione di cartelle cliniche
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
9	1	Qualità (assistenza al paziente)	(P)	A	La Direzione Sanitaria ha individuato almeno due Linee Guida assistenziali (nazionali o internazionali) riferite alla tipologia dei pazienti ricoverati
	2		(E)	A	Esiste evidenza dell'applicazione delle Linee Guida
	3		(V)	B	La Direzione Sanitaria effettua il monitoraggio periodico (almeno annuale) dell'applicazione delle Linee Guida
	4		(PM)	C	La Direzione Sanitaria mette in atto azioni di miglioramento in base alle verifiche effettuate e degli eventuali aggiornamenti delle Linee Guida

4.1.4 RESIDENZE MINORAZIONI PLURISENSORIALI ETA' EVOLUTIVA

Codice: RMPEE

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	Direzione struttura	(P)	A	Esiste un documento contenente mission, vision, organizzazione, prodotti/servizi erogati, obiettivi, standard e responsabilità
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori
	3		(V)	B	C'è evidenza che il documento è stato condiviso con i responsabili delle articolazioni organizzative
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito dei risultati ottenuti
2	1		(P)	A	Esiste un documento disciplinante l'organizzazione e il coordinamento delle attività sanitarie con altre strutture e istituzioni pubbliche e private, comprese le associazioni di volontariato
	2		(E)	B	Sono presenti verbali di riunioni tra i soggetti interessati
	3		(V)	C	Sono verificati e valutati i risultati derivanti dalle collaborazioni con altre strutture ed organizzazioni
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento messe in atto a seguito dei rapporti di collaborazione
3	1	Gestione risorse umane	(P)	A	E' stato definito l'atto di programmazione relativo alla gestione ed organizzazione delle risorse umane, aggiornato annualmente
	2		(E)	A	Sono applicati i criteri relativi a reclutamento/tournover, organizzazione e gestione del personale
	3		(V)	B	È verificato che quanto è stato pianificato è stato attuato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
4	1		(P)	A	Esiste un atto/ regolamento contenente i criteri di attribuzione di compiti e responsabilità
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori dell'atto relativo alla graduazione delle funzioni
	3		(V)	B	È verificato che quanto è stato pianificato è stato realizzato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
5	1		(P)	A	E' pianificato l' inserimento del neo assunto/trasferito
	2		(E)	A	E' applicata la procedura di affiancamento del personale neo assunto/trasferito
	3		(V)	B	Sono presenti report di valutazione del raggiungimento degli obiettivi pianificati
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento in base ai risultati ottenuti

6	1	Formazione e aggiornamento del personale	(P)	A	Esiste il piano di formazione strategico annuale in riferimento ai bisogni formativi e agli obiettivi strategici, innovativi e specifici aziendali / regionali
	2		(E)	B	Vi è evidenza della messa in atto del piano di formazione
	3		(V)	B	Sono presenti report di verifica annuale tra quanto programmato e realizzato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento da predisporre nel piano formativo
7	1		(P)	A	E' stata pianificata la creazione di dossier formativi individuali e di gruppo
	2		(E)	B	I dossier formativi individuali e di gruppo vengono aggiornati periodicamente
	3		(V)	B	I dossier formativi individuali e di gruppo vengono valutati annualmente per verificarne la coerenza con la programmazione aziendale e lo sviluppo professionale
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni mirate a migliorare la coerenza con gli obiettivi aziendali e di sviluppo professionale
8	1	Sistema informativo	(P)	A	E' presente il documento di pianificazione dei flussi informativi in riferimento a compiti, funzioni e responsabilità
	2		(E)	B	I flussi informativi sono gestiti in base alla pianificazione effettuata
	3		(V)	B	È attuata la verifica annuale sulle attività pianificate e attuate
	4		(PM)	C	È predisposto il miglioramento e l'adeguamento delle attività in ordine a variate e nuove esigenze aziendali
9	1		(P)	A	Sono previste procedure di raccolta e gestione dati e documenti
	2		(E)	B	Sono attuate le procedure di raccolta e gestione dei dati e della documentazione anche attraverso scheda/sistema informatizzato
	3		(V)	B	È monitorata l'applicazione delle procedure attraverso report
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito di verifica
10	1		(P)	A	Sono presenti protocolli che garantiscano la tutela della privacy e la qualità dell'informazione
	2		(E)	A	Sono attuate procedure di accesso, di gestione di informazioni e di conservazione dei dati informatici
	3		(V)	B	Sono valutati i report di verifica periodica dell'attuazione dei protocolli e di valutazione del rischio sulla perdita dei dati informatici
	4		(PM)	C	Sono messi in atto azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate

11	1	Presa in carico		A	E' stato identificato per ogni ospite un case-manager responsabile del Progetto Educativo Riabilitativo Individuale personalizzato e dei rapporti con i familiari
12	1			A	E' documentata l'effettuazione di una valutazione periodica del grado di disabilità dell'ospite
14	1	Qualità (assistenza al paziente)	(P)	A	La Direzione Sanitaria ha individuato almeno due Linee Guida assistenziali (nazionali o internazionali) riferite alla tipologia degli ospiti
	2		(E)	A	Esiste evidenza dell'applicazione delle Linee Guida
	3		(V)	B	La Direzione Sanitaria effettua il monitoraggio periodico (almeno annuale) dell'applicazione delle Linee Guida
	4		(PM)	C	La Direzione Sanitaria mette in atto azioni di miglioramento sulla base delle verifiche effettuate e degli eventuali aggiornamenti delle Linee Guida
15	1			B	E' garantito un programma di sostegno psicologico ai familiari
16	1			B	E' garantita l'attività di formazione dei familiari e di consulenza organizzativa per sostenere programmi di dimissione a domicilio
17	1	Qualità (Cartella clinica)	(P)	A	E' stato pianificato un sistema di verifica della qualità della cartella clinica, con criteri riferiti a: documentazione della completezza del percorso clinico-riabilitativo-assistenziale, integrazione delle attività medico-infermieristiche, identificabilità delle responsabilità delle attività svolte, documentazione, leggibilità, trasferimento in altra struttura extraospedaliera o ospedaliera, caratteristiche della lettera di dimissione
	2		(E)	B	Sono diffusi i criteri e le modalità operative previste nel documento di pianificazione
	3		(V)	B	È verificato lo stato di attuazione dei criteri su un campione di cartelle cliniche
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
18	1	Qualità (Soddisfazione pazienti)	(P)	A	Sono state pianificate indagini per valutare aspettative e qualità percepita dai familiari. Nella pianificazione sono state coinvolte le associazioni di tutela dei pazienti
	2		(E)	B	Vengono effettuate, almeno annualmente, indagini sulle aspettative e qualità percepita dai familiari
	3		(V)	B	Il risultato delle indagini di soddisfazione dei familiari sono valutate congiuntamente con le associazioni di tutela dei pazienti
	4		(PM)	C	Vengono predisposte azioni di miglioramento sulla base dei risultati delle indagini di soddisfazione dei familiari

4.1.5 Residenze Disturbi del Comportamento e Patologie Neuropsichiatriche Età Evolutiva

Codice: RDCPNEE

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	Direzione struttura	(P)	A	Esiste un documento contenente mission, vision, organizzazione, prodotti/servizi erogati, obiettivi, standard e responsabilità
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori
	3		(V)	B	C'è evidenza che il documento è stato condiviso con i responsabili delle articolazioni organizzative
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito dei risultati ottenuti
2	1		(P)	A	Esiste un documento disciplinante l'organizzazione e il coordinamento delle attività sanitarie con altre strutture e istituzioni pubbliche e private, comprese le associazioni di volontariato
	2		(E)	B	Sono presenti verbali di riunioni tra i soggetti interessati
	3		(V)	C	Sono verificati e valutati i risultati derivanti dalle collaborazioni con altre strutture ed organizzazioni
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento messe in atto a seguito dei rapporti di collaborazione
3	1	Gestione risorse umane	(P)	A	E' stato definito l'atto di programmazione relativo alla gestione e organizzazione delle risorse umane, aggiornato annualmente
	2		(E)	A	Sono applicati i criteri relativi a reclutamento/tournover, organizzazione e gestione del personale
	3		(V)	B	È verificato che quanto è stato pianificato è stato attuato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
4	1		(P)	A	Esiste un atto/regolamento contenente i criteri di attribuzione di compiti e responsabilità
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori dell'atto relativo alla graduazione delle funzioni
	3		(V)	B	È verificato che quanto è stato pianificato è stato realizzato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
5	1		(P)	A	E' pianificato l' inserimento del neo assunto/trasferito
	2		(E)	A	E' applicata la procedura di affiancamento del personale neo assunto/trasferito
	3		(V)	B	Sono presenti report di valutazione del raggiungimento degli obiettivi pianificati
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento in base ai risultati ottenuti

1		(P)	A	Esiste il piano di formazione strategico annuale in riferimento ai bisogni formativi ed agli obiettivi strategici, innovativi e specifici aziendali/regionali	
2		(E)	B	Vi è evidenza della messa in atto del piano di formazione	
3		(V)	B	Sono presenti report di verifica annuale tra quanto programmato e realizzato	
4	**Formazione e aggiornamento del personale**	(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento da predisporre nel piano formativo	
1		(P)	A	E' stata pianificata la creazione di dossier formativi individuali e di gruppo	
2		(E)	B	I dossier formativi individuali e di gruppo vengono aggiornati periodicamente	
3		(V)	B	I dossier formativi individuali e di gruppo vengono valutati annualmente per verificarne la coerenza con la programmazione aziendale e lo sviluppo professionale	
4		(PM)	C	Sono attuate azioni mirate a migliorare la coerenza con gli obiettivi aziendali e di sviluppo professionale	
1		(P)	A	E' presente il documento di pianificazione dei flussi informativi in riferimento a compiti, funzioni e responsabilità	
2		(E)	B	I flussi informativi sono gestiti in base alla pianificazione effettuata	
3		(V)	B	È attuata la verifica annuale sulle attività pianificate e attuate	
4		(PM)	C	È predisposto il miglioramento e l'adeguamento delle attività in ordine a variate e nuove esigenze aziendali	
1		(P)	A	Sono previste procedure di raccolta e gestione dati e documenti	
2		(E)	B	Sono attuate le procedure di raccolta e gestione dei dati e della documentazione anche attraverso scheda/sistema informatizzato	
3	**Sistema Informativo**	(V)	B	È monitorata l'applicazione delle procedure attraverso report	
4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito di verifica	
1		(P)	A	Sono presenti protocolli che garantiscano la tutela della privacy e la qualità dell'informazione	
2		(E)	A	Sono attuate procedure di accesso, di gestione di informazioni e di conservazione dei dati informatici	
3		(V)	B	Sono valutati i report di verifica periodica dell'attuazione dei protocolli e di valutazione del rischio sulla perdita dei dati informatici	
4		(PM)	C	Sono messi in atto azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

	1	Presa in carico		A	E' stato identificato per ogni ospite un case-manager responsabile del piano individuale di assistenza e dei rapporti con i familiari
12	1			A	E' documentata l'effettuazione di un controllo periodico per valutare l'evoluzione dello stato clinico
14	1	Qualità (assistenza al paziente)	(P)	A	La Direzione Sanitaria ha individuato almeno due Linee Guida assistenziali (nazionali o internazionali) riferite alla tipologia dei pazienti ricoverati
	2		(E)	A	Esiste evidenza dell'applicazione delle Linee Guida
	3		(V)	B	La Direzione Sanitaria effettua il monitoraggio periodico (almeno annuale) dell'applicazione delle Linee Guida
	4		(PM)	C	La Direzione Sanitaria mette in atto azioni di miglioramento sulla base delle verifiche effettuate e degli eventuali aggiornamenti delle Linee Guida
16	1			B	E' garantito un programma di sostegno psicologico ai familiari
17	1			B	E' garantita l'attività di formazione dei familiari e di consulenza organizzativa per sostenere programmi di dimissione a domicilio
19	1	Qualità (Cartella clinica)	(P)	A	E' stato pianificato un sistema di verifica della qualità delle cartelle cliniche, con criteri riferiti a: documentazione della completezza del percorso terapeutico-riabilitativo-assistenziale, integrazione delle attività medico-infermieristiche, identificabilità delle responsabilità delle attività svolte, documentazione, leggibilità, trasferimento in altra struttura extraospedaliera o ospedaliera, caratteristiche della lettera di dimissione
	2		(E)	B	Sono diffusi i criteri e le modalità operative previste nel documento di pianificazione
	3		(V)	B	È verificato lo stato di attuazione dei criteri su un campione di cartelle cliniche
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
20	1	Qualità (Soddisfazione pazienti)	(P)	A	Sono state pianificate indagini per valutare aspettative e qualità percepita dai familiari. Nella pianificazione sono state coinvolte le associazioni di tutela dei pazienti
	2		(E)	B	Vengono effettuate, almeno annualmente, indagini sulle aspettative e qualità percepita dai familiari
	3		(V)	B	Il risultato delle indagini di soddisfazione dei familiari sono valutate congiuntamente con le associazioni di tutela dei pazienti
	4		(PM)	C	Vengono predisposte azioni migliorative sulla base dei risultati delle indagini di soddisfazione dei familiari

Pagina 47 di 94

4.2 RESIDENZIALITA' SALUTE MENTALE

4.2.1 RESIDENZE SANITARIE PSICHIATRICHE

Residenze Riabilitative Psichiatriche per la post-acuzie (RRPPA); Case Famiglia (CF); Residenze Protette (RP)

Codice: RSP

Requisiti COMUNI per Residenze Riabilitative Psichiatriche per la post-acuzie ; Case Famiglia; Residenze Protette

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Livello	Requisito
1	1	Direzione struttura	(P)	A	Esiste un documento contenente mission, vision, organizzazione, prodotti/servizi erogati, obiettivi, standard e responsabilità
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori
	3		(V)	B	C'è evidenza che il documento è stato condiviso con i responsabili delle articolazioni organizzative
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito dei risultati ottenuti
2	1		(P)	A	Esiste un documento disciplinante l'organizzazione e il coordinamento delle attività sanitarie con altre strutture ed istituzioni pubbliche
	2		(E)	B	Sono presenti verbali di riunioni tra i soggetti interessati
	3		(V)	C	Sono verificati e valutati i risultati derivanti dalle collaborazione con altre strutture e organizzazioni
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento messe in atto a seguito dei rapporti di collaborazione
3	1	Gestione risorse umane	(P)	A	E' stato definito l'atto di programmazione relativo alla gestione e organizzazione delle risorse umane, aggiornato annualmente
	2		(E)	A	Sono applicati i criteri relativi a reclutamento/tournover, organizzazione e gestione del personale
	3		(V)	B	È verificato che quanto pianificato è stato attuato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
4	1		(P)	A	Esiste un atto/regolamento contenente i criteri di attribuzione di compiti e responsabilità
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori dell'atto relativo alla graduazione delle funzioni
	3		(V)	B	È verificato che quanto è stato pianificato è stato attuato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
5	1		(P)	A	E' pianificato l'inserimento del neo assunto/trasferito
	2		(E)	A	E' applicata la procedura di affiancamento del personale neo assunto/trasferito
	3		(V)	B	Sono presenti report di valutazione del raggiungimento degli obiettivi pianificati
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento in base ai risultati ottenuti

1		(P)	A	Esiste il piano di formazione annuale in riferimento alla tipologia di utenti/pazienti ospitati valido ai fini dell'ECM	
2		(E)	B	C' è evidenza della messa in atto del piano di formazione	
3		(V)	B	Sono presenti report di verifica tra quanto programmato e realizzato	
4	Formazione e aggiornamento del personale	(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento da predisporre nel piano formativo	
1		(P)	A	E' stata pianificata la creazione di dossier di sviluppo professionale continuo individuali e di gruppo	
2		(E)	B	I dossier formativi individuali e di gruppo vengono aggiornati periodicamente	
3		(V)	B	I dossier formativi individuali e di gruppo vengono valutati annualmente per verificarne la coerenza con la programmazione aziendale e lo sviluppo professionale	
4		(PM)	C	Sono attuate azioni mirate a migliorare la coerenza con gli obiettivi aziendali e di sviluppo professionale	
1		(P)	A	E' presente il documento di pianificazione dei flussi informativi in coerenza con il sistema informativo regionale (SISM)	
2		(E)	B	I flussi informativi sono gestiti in base alla pianificazione effettuata	
3		(V)	B	È attuata la verifica annuale sulle attività pianificate e attuate	
4		(PM)	C	È predisposto il miglioramento e l'adeguamento delle attività in ordine a variate e nuove esigenze aziendali	
1	Sistema informativo	(P)	A	Sono previste procedure di raccolta e gestione dati e documenti nel rispetto della normativa vigente sulla privacy	
2		(E)	B	Sono attuate le procedure di raccolta e gestione dei dati e della documentazione anche attraverso scheda/sistema informatizzato	
3		(V)	B	È monitorata l'applicazione delle procedure attraverso report	
4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito di verifica	
1			A	E' stato identificato per ogni ospite un case-manager responsabile del piano individuale di assistenza e dei rapporti con i familiari	
1			A	E' documentata l'effettuazione e la valutazione periodica dello stato psicosociale dell'utente/paziente	
1	Presa in carico		A	E' identificata per ogni utente/paziente una persona che lo rappresenti per quanto riguarda confidenzialità delle informazioni, consenso ai trattamenti, gestione delle finanze e dei beni personali	
1			B	Sono previsti programmi di inserimento lavorativo	
1			C	Associazioni e familiari sono coinvolti nei processi di socializzazione degli utenti/pazienti	

15	1	Qualità (Rischio clinico)	(P)	A	La Direzione Sanitaria della struttura ha attivato i gruppi di lavoro (con azioni e responsabilità) sui seguenti rischi: 1. autolesioni e condotte d'allarme 2. somministrazione dei farmaci
	2		(E)	A	È attuato il piano di gestione del rischio di autolesioni, condotte d'allarme e somministrazione dei farmaci
	3		(V)	B	Viene valutato il report di verifica tra quanto pianificato e realizzato
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
16	1	Qualità (Soddisfazione pazienti)	(P)	A	Sono state pianificate indagini per valutare aspettative e qualità percepita dagli utenti/pazienti e dai familiari, con il coinvolgimento delle associazioni di tutela dei pazienti
	2		(E)	B	Vengono effettuate, almeno annualmente, indagini sulle aspettative e qualità percepita dagli utenti/pazienti
	3		(V)	B	Il risultato delle indagini di soddisfazione degli utenti/pazienti sono valutate congiuntamente con le associazioni di tutela dei pazienti
	4		(PM)	C	Vengono predisposte azioni di miglioramento sulla base dei risultati delle indagini di soddisfazione degli utenti/pazienti

4.2.2 RESIDENZE SANITARIE PSICHIATRICHE

Residenze Riabilitative Psichiatriche per la post-acuzie (RRPPA) ; Case Famiglia (CF); Residenze Protette (RP)

Codice: RSP

Requisiti SPECIFICI per Residenze Riabilitative Psichiatriche per la post-acuzie

N° requisito	n°	Oggetto	Fase PMCQ	Liv.	Requisito
1	1	Qualità (assistenza al paziente)	(P)	A	La Direzione Sanitaria ha individuato almeno due Linee Guida terapeutiche (regionali o nazionali) contestualizzate e condivise con il CSM, in riferimento alla tipologia dei pazienti ricoverati
	2		(E)	A	Esiste evidenza dell'applicazione delle Linee Guida
	3		(V)	B	La Direzione Sanitaria effettua il monitoraggio periodico (almeno annuale) dell'applicazione delle Linee Guida
	4		(PM)	C	La Direzione Sanitaria mette in atto azioni di miglioramento in base alle verifiche effettuate
	1		(P)	A	La Direzione Sanitaria ha individuato almeno due procedure/protocolli condivisi con il CSM per il monitoraggio degli effetti collaterali derivanti dall'uso di psicofarmaci
	2		(E)	A	Esiste evidenza dell'applicazione delle procedure/protocolli
	3		(V)	B	La Direzione Sanitaria effettua il monitoraggio periodico (almeno annuale) dell'applicazione delle procedure/protocolli
	4		(PM)	C	La Direzione Sanitaria mette in atto azioni di miglioramento in base alle verifiche effettuate
2	1	Qualità (Cartella clinica)	(P)	A	E' stato pianificato un sistema di verifica della qualità delle cartelle cliniche con criteri riferiti a: documentazione della completezza del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale, integrazione delle attività medico-infermieristiche, identificabilità delle responsabilità delle attività svolte, documentazione di trasferimento in altra struttura residenziale o ospedaliera e caratteristiche della lettera di dimissione
	2		(E)	B	Sono diffusi i criteri e le modalità operative prevista nel documento di pianificazione
	3		(V)	B	È verificato lo stato di attuazione dei criteri su un campione di cartelle cliniche
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazioni e verifiche

Requisiti SPECIFICI per Case Famiglia/Residenze Protette

N° requisito	n°	Oggetto	Fase PMCQ	Liv.	Requisito
1	1	Qualità (assistenza al paziente)	(P)	A	La Direzione Sanitaria ha individuato almeno due Linee Guida (regionali o nazionali) contestualizzate e condivise con il CSM, in riferimento alla tipologia degli ospiti
	2		(E)	A	Esiste evidenza dell'applicazione delle Linee Guida
	3		(V)	B	La Direzione Sanitaria effettua il monitoraggio periodico (almeno annuale) dell'applicazione delle Linee Guida
	4		(PM)	C	La Direzione Sanitaria mette in atto azioni di miglioramento in base alle verifiche effettuate
2	1	Qualità (scheda clinico-terapeutico-assistenziale)	(P)	A	E' stato pianificato un sistema di verifica della qualità della scheda clinico- terapeutico-assistenziale con criteri riferiti a: documentazione della completezza del percorso clinico-terapeuti assistenziale, trasferimento in altra struttura residenziale o ospedaliera e caratteristiche della lettera di dimissione
	2		(E)	B	Sono diffusi i criteri e le modalità operative previste nel documento di pianificazione
	3		(V)	B	È verificato lo stato di attuazione dei criteri su un campione di schede clinico-terapeutico-asssitenziali
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche

4.2.3 GRUPPI APPARTAMENTO DI CONVIVENZA

Codice: GAC

N° requisito		Oggetto	Fase MCQ	Attività	Requisito
	1	Direzione di struttura	(P)	A	Esiste un documento contenente mission, vision, organizzazione, prodotti/servizi erogati, obiettivi, standard e responsabilità
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori
	3		(V)	B	C'è evidenza che il documento è stato condiviso con i responsabili delle articolazioni organizzative
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito dei risultati ottenuti
	1			A	Esiste un documento disciplinante l'integrazione con la rete dei servizi socio-sanitari e sociali del territorio
	1	Gestione risorse umane	(P)	A	E' stato definito un documento relativo alla gestione e organizzazione delle risorse umane, aggiornato annualmente
	2		(E)	A	Sono applicati i criteri relativi a reclutamento/tournover, organizzazione e gestione del personale
	3		(V)	B	È verificato che quanto è stato pianificato è stato attuato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
	1	Sistema Informativo	(P)	A	Sono previste procedure di raccolta e gestione dati di presenza e di attività svolte in collegamento con il CSM
	2		(E)	B	Sono attuate le procedure di raccolta e gestione dei dati e della documentazione attraverso scheda/sistema informatizzato
	3		(V)	B	È monitorata l'applicazione delle procedure attraverso report
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito di verifica
	1	Qualità (Rischio clinico)	(P)	A	E' presente una procedura sui seguenti rischi: 1. autolesioni e condotte d'allarme, 2. somministrazione dei farmaci
	2		(E)	B	Sono attuate le procedure sui seguenti rischi: 1. autolesioni e condotte d'allarme, 2. somministrazione dei farmaci
	3		(V)	B	Viene valutato il report di verifica tra quanto pianificato e realizzato
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento a seguito di valutazioni e verifiche
	1	Qualità (scheda terapeutico-socio-assistenziale)	(P)	A	E' stato pianificato un sistema di verifica della qualità della scheda terapeutico-socio-assistenziale, con criteri riferiti a: documentazione delle attività terapeutico-socio-assistenziali e trasferimento in altra struttura
	2		(E)	B	Sono diffusi i criteri e le modalità operative previste nel documento di pianificazione
	3		(V)	B	È verificato lo stato di attuazione dei criteri su un campione di schede terapeutico-socio-assistenziali
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche

4.2.4 CENTRI DIURNI PSICHIATRICI

Codice CDP

N. requisito	N.	Oggetto	Fase MCO	Liv.	Requisito
1	1	Direzione di struttura	(P)	A	Esiste un documento contenente mission, vision, organizzazione, prodotti/servizi erogati, obiettivi, standard e responsabilità
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori
	3		(V)	B	C'è evidenza che il documento è stato condiviso con i responsabili delle articolazioni organizzative
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito dei risultati ottenuti
2	1			A	Esiste un documento disciplinante l'integrazione con la rete dei servizi socio-sanitari e sociali del territorio
3	1	Gestione risorse umane	(P)	A	E' stato definito un documento relativo alla gestione e organizzazione delle risorse umane, aggiornato annualmente
	2		(E)	A	Sono applicati i criteri relativi a reclutamento/turnover, organizzazione e gestione del personale
	3		(V)	B	È verificato che quanto è stato pianificato è stato attuato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
4	1	Formazione e aggiornamento del personale		A	Esiste un piano di formazione annuale del personale
5	1			A	C' è evidenza della messa in atto del piano di formazione
6	1	Sistema informativo	(P)	A	Sono previste procedure di raccolta e gestione dati di presenza e di attività attraverso scheda/sistema informatizzato
	2		(E)	B	Sono attuate le procedure di raccolta e gestione dei dati e della documentazione attraverso scheda/sistema informatizzato
	3		(V)	B	È monitorata l'applicazione delle procedure attraverso report
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito di verifica
7	1	Qualità (Rischio clinico)	(P)	A	E' presente una procedura sui seguenti rischi: 1. condotte d'allarme, 2. somministrazione dei farmaci
	2		(E)	B	Sono attuate le procedure sui seguenti rischi: 1. condotte d'allarme, 2. somministrazione dei farmaci
	3		(V)	B	Viene valutato il report di verifica tra quanto pianificato e realizzato
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
8	1	Qualità (Cartella socio-sanitaria)	(P)	A	E' stato pianificato un sistema di verifica della qualità del cartella socio-sanitaria in uso, con criteri riferiti a: documentazione delle attività clinico-assistenziali-riabilitative e trasferimento in altra struttura residenziale o istituti di ricovero
	2		(E)	B	Sono diffusi i criteri previsti nel documento di pianificazione
	3		(V)	B	È verificato lo stato di attuazione dei criteri su un campione di fogli socio-assistenziali
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
9	1	Qualità (assistenza al paziente)	(P)	A	Sono presenti almeno due Linee Guida assistenziali (nazionali o internazionali) riferite alla tipologia dei pazienti ricoverati
	2		(E)	A	Esiste evidenza dell'applicazione delle Linee Guida
	3		(V)	B	Viene effettuato il monitoraggio periodico (almeno annuale) dell'applicazione delle Linee Guida
	4		(PM)	C	Sono messe in atto azioni di miglioramento in base alle verifiche effettuate e degli eventuali aggiornamenti delle Linee Guida

4.2.5 CENTRO DIURNO DISTURBI SPETTRO AUTISTICO

Codice CDDSA

Requisito		Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	Direzione di struttura	(P)	A	Esiste un documento contenente mission, vision, organizzazione, prodotti/servizi erogati, obiettivi, standard e responsabilità
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori
	3		(V)	B	C'è evidenza che il documento è stato condiviso con i responsabili delle articolazioni organizzative
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito dei risultati ottenuti
2	1			A	Esiste un documento disciplinante l' integrazione con la rete dei servizi socio-sanitari e sociali del territorio
3	1	Gestione risorse umane	(P)	A	E' stato definito un documento relativo alla gestione e organizzazione delle risorse umane, aggiornato annualmente
	2		(E)	A	Sono applicati i criteri relativi a reclutamento/tournover, organizzazione e gestione del personale
	3		(V)	B	È verificato che quanto è stato pianificato è stato attuato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
4	1	Formazione e aggiornamento del personale		A	Esiste un piano di formazione annuale del personale
5	1			A	C' è evidenza della messa in atto del piano di formazione
6	1	Sistema Informativo	(P)	A	Sono previste procedure di raccolta e gestione dati di presenza e di attività attraverso scheda/sistema informatizzato
	2		(E)	B	Sono attuate le procedure di raccolta e gestione dei dati e della documentazione attraverso scheda/sistema informatizzato
	3		(V)	B	È monitorata l'applicazione delle procedure attraverso report
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito di verifica
7	1	Qualità (Rischio clinico)	(P)	A	E' presente una procedura sui seguenti rischi: 1. condotte d'allarme, 2. somministrazione dei farmaci
	2		(E)	B	Sono attuate le procedure sui seguenti rischi: 1. condotte d'allarme, 2. somministrazione dei farmaci
	3		(V)	B	Viene valutato il report di verifica tra quanto pianificato e realizzato
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
8	1	Qualità (Cartella clinica)	(P)	A	E' stato pianificato un sistema di verifica della qualità della cartella clinica in uso, con criteri riferiti a: documentazione delle attività clinico-assistenziali-riabilitative e trasferimento in altra struttura residenziale o istituti di ricovero
	2		(E)	B	Sono diffusi i criteri previsti nel documento di pianificazione
	3		(V)	B	È verificato lo stato di attuazione dei criteri su un campione di cartelle cliniche
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
9	1	Qualità (assistenza al paziente)	(P)	A	Sono presenti almeno due Linee Guida assistenziali (nazionali o internazionali) riferite ai disturbi dello spettro autistico
	2		(E)	A	Esiste evidenza dell'applicazione delle Linee Guida
	3		(V)	B	Viene effettuato il monitoraggio periodico (almeno annuale) dell'applicazione delle Linee Guida
	4		(PM)	C	Sono messe in atto azioni di miglioramento in base alle verifiche effettuate e degli eventuali aggiornamenti delle Linee Guida

Pagina 55 di 94

4.3 RESIDENZIALITA' E SEMIRESIDENZIALITA' PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

4.3.1 RESIDENZE SANITARIE E SOCIO ASSISTENZIALI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

RSA Anziani (RSAA) - RSA Demenze (RSAD) - Residenze Assistenziali Anziani (RAA)

Codice RSSAA

Requisiti COMUNI per RSAA - RSAD - RAA

N° requisito	N°	Oggetto	Fase MCQ	Livello	Requisito
1	1	Direzione struttura	(P)	A	Esiste un documento contenente mission, vision, organizzazione, prodotti/servizi erogati, obiettivi, standard e responsabilità
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori
	3		(V)	B	C'è evidenza che il documento è stato condiviso con i responsabili delle articolazioni organizzative
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito dei risultati ottenuti
2	1		(P)	A	Esiste un documento disciplinante l'organizzazione e il coordinamento delle attività sanitarie con altre strutture e istituzioni pubbliche e private, comprese le associazioni di volontariato
	2		(E)	B	Sono presenti verbali di riunioni tra i soggetti interessati
	3		(V)	C	Sono verificati e valutati i risultati derivanti dagli aspetti di collaborazione con altre strutture e organizzazioni
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni migliorative messe in atto a seguito dei rapporti di collaborazione
3	1			A	Esiste documentazione della gestione delle liste d'attesa
4	1	Gestione risorse umane	(P)	A	E' stato definito l'atto di programmazione relativo alla gestione e organizzazione delle risorse umane, aggiornato annualmente
	2		(E)	A	Sono applicati i criteri relativi a reclutamento/tournover, organizzazione e gestione del personale
	3		(V)	B	È verificato che quanto è stato pianificato è stato attuato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
5	1		(P)	A	Esiste un atto/regolamento contenente i criteri di attribuzione di compiti e responsabilità
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori dell'atto relativo alla graduazione delle funzioni
	3		(V)	B	È verificato che quanto è stato pianificato è stato realizzato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
6	1		(P)	A	E' pianificato l' inserimento del neo assunto/trasferito
	2		(E)	A	E' applicata la procedura di affiancamento del personale neo assunto/neo inserito
	3		(V)	B	Sono presenti report di valutazione del raggiungimento degli obiettivi pianificati
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento in base ai risultati ottenuti

7	1	Formazione e aggiornamento del personale	(P)	A	Esiste il piano di formazione strategico annuale in riferimento ai bisogni formativi e agli obiettivi strategici, innovativi e specifici aziendali e regionali
	2		(E)	B	C'è evidenza della messa in atto del piano di formazione
	3		(V)	B	Sono presenti report di verifica annuale tra quanto programmato e realizzato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento da predisporre nel piano formativo
8	1		(P)	A	E' stata pianificata la creazione di dossier formativi individuali e di gruppo
	2		(E)	B	I dossier formativi individuali e di gruppo vengono aggiornati periodicamente
	3		(V)	B	I dossier formativi individuali e di gruppo vengono valutati annualmente per verificarne la coerenza con la programmazione aziendale e lo sviluppo professionale
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni mirate a migliorare la coerenza con gli obiettivi aziendali e di sviluppo professionale
9	1	Sistema informativo	(P)	A	E' presente il documento di pianificazione dei flussi informativi in riferimento a compiti, funzioni e responsabilità
	2		(E)	B	I flussi informativi sono gestiti in base alla pianificazione effettuata
	3		(V)	B	È attuata la verifica annuale sulle attività pianificate e attuate
	4		(PM)	C	È predisposto il miglioramento e l'adeguamento delle attività in ordine a variate e nuove esigenze aziendali
10	1		(P)	A	Sono previste procedure di raccolta e gestione dati e documenti
	2		(E)	B	Sono attuate le procedure di raccolta e gestione dei dati e della documentazione anche attraverso scheda/sistema informatizzato
	3		(V)	B	È monitorata l'applicazione delle procedure attraverso report
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito di verifica
11	1		(P)	A	Sono presenti protocolli che garantiscano la tutela della privacy e la qualità dell'informazione
	2		(E)	A	Sono attuate procedure di accesso, di gestione di informazioni e di conservazione dei dati informatici
	3		(V)	B	Sono valutati i report di verifica periodica dell'attuazione dei protocolli e di valutazione del rischio sulla perdita dei dati informatici
	4		(PM)	C	Sono messi in atto azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate

12	1	Presa in carico		A	E' stato identificato per ogni ospite un case-manager responsabile del piano individuale di assistenza e dei rapporti con i familiari
13	1			A	E' documentata l'effettuazione di una valutazione periodica dello stato di non autosufficienza del paziente
14	1			A	E' identificata, nelle condizioni ove richiesta, una persona che rappresenti l'ospite per quanto riguarda confidenzialità delle informazioni, consenso ai trattamenti, gestione delle finanze e dei beni personali
15	1			A	Volontari e parenti sono addestrati a facilitare i movimenti degli ospiti
16	1			A	Vi sono programmi individuali di addestramento alla continenza e di accompagnamento alla toilette
17	1	Qualità (Rischio clinico)	(P)	A	La direzione sanitaria della struttura ha attivato i gruppi di lavoro (con azioni e responsabilità) sui seguenti rischi: 1. infezioni nosocomiali, 2. piaghe da decubito, 3. cadute pazienti, 4. somministrazione dei farmaci
	2		(E)	A	È attuato il piano di gestione del rischio delle: infezioni nosocomiali, piaghe da decubito, cadute dei pazienti e somministrazione dei farmaci
	3		(V)	B	Viene valutato il report di verifica tra quanto progettato e realizzato
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
18	1	Qualità (Soddisfazione pazienti)	(P)	A	Sono state pianificate indagini per valutare aspettative e qualità percepita dagli utenti/pazienti e familiari. Nella pianificazione sono state coinvolte le associazioni di tutela dei pazienti
	2		(E)	B	Vengono effettuate, almeno annualmente, indagini sulle aspettative e qualità percepita dagli utenti/pazienti
	3		(V)	B	Il risultato delle indagini di soddisfazione degli utenti/pazienti sono valutate congiuntamente con le associazioni di tutela dei pazienti
	4		(PM)	C	Vengono predisposte azioni migliorative sulla base dei risultati delle indagini di soddisfazione degli utenti/pazienti
19	1	Comfort		C	Lo spazio all'aperto è adeguatamente attrezzato in funzione delle esigenze degli utenti

4.3.2 RESIDENZE SANITARIE E SOCIO ASSISTENZIALI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

RSA Anziani (RSAA) - RSA Demenze (RSAD) - Residenze Assistenziali Anziani (RAA)

Codice RSSAA

Requisiti SPECIFICI per RSAA - RSAD- RAA

Requisiti specifici per Residenze Assistenziali Anziani (RAA)

N° requisito	N°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	Qualità (Foglio clinico terapeutico assistenziale)	(P)	A	E' stato pianificato un sistema di verifica della qualità del foglio clinico terapeutico-assistenziale, con criteri riferiti a: documentazione delle attività terapeutico-assistenziali e trasferimento in altra struttura residenziale o istituti di ricovero
	2		(E)	B	Sono diffusi i criteri e le modalità operative previste nel documento di pianificazione
	3		(V)	B	È verificato lo stato di attuazione dei criteri su un campione di fogli clinici terapeutico assistenziali
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche

Requisiti specifici per RSA Anziani (RSAA)

1	1	Qualità (assistenza al paziente)	(P)	A	La direzione sanitaria ha individuato almeno due Linee Guida assistenziali (nazionali o internazionali) riferite alla tipologia dei pazienti ricoverati
	2		(E)	A	Esiste evidenza dell'applicazione delle Linee Guida
	3		(V)	B	La Direzione Sanitaria effettua il monitoraggio periodico (almeno annuale) dell'applicazione delle Linee Guida
	4		(PM)	C	La Direzione Sanitaria mette in atto azioni di miglioramento in base alle verifiche effettuate e degli eventuali aggiornamenti delle Linee Guida
2	1			B	I familiari sono addestrati al nursing prima della dimissione
3	1	Qualità (Cartella clinica)	(P)	A	E' stato pianificato un sistema di verifica della qualità delle cartelle cliniche in-uso, con criteri riferiti a: documentazione della completezza del percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo-assistenziale, integrazione delle attività medico-infermieristiche, identificabilità delle responsabilità delle attività svolte, documentazione, leggibilità, trasferimento in altra struttura extraospedaliera o ospedaliera, caratteristiche della lettera di dimissione
	2		(E)	B	Sono diffusi i criteri e le modalità operative previste nel documento di pianificazione
	3		(V)	B	È verificato lo stato di attuazione dei criteri su un campione di cartelle cliniche
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche

Requisiti specifici per RSA Demenze (RSAD)

1	1	Qualità (assistenza al paziente)	(P)	A	La direzione sanitaria ha individuato almeno due Linee Guida assistenziali (nazionali o internazionali) riferite alla tipologia dei pazienti ricoverati
	2		(E)	A	Esiste evidenza dell'applicazione delle Linee Guida
	3		(V)	B	La Direzione Sanitaria effettua il monitoraggio periodico (almeno annuale) dell'applicazione delle Linee Guida
	4		(PM)	C	La Direzione Sanitaria mette in atto azioni di miglioramento in base alle verifiche effettuate e degli eventuali aggiornamenti delle Linee Guida
2	1			A	Esistono procedure per l'uso di contenzione fisica
3	1			A	Sono individuate Linee Guida per l'uso di psicofarmaci

4	1			A	Esistono procedure per l'assunzione di liquidi ed alimenti	
5	1			A	Esistono procedure per i bisogni specifici dei pazienti con difficoltà cognitive	
				B	E' organizzata e facilitata l'attività di un gruppo di sostegno per i familiari	
6	1			B	Esistono programmi di incoraggiamento alla cura di sé appropriati alle condizioni dei pazienti	
7	1			B	I familiari sono addestrati al nursing prima della dimissione	
8	1			B	E' stato pianificato un sistema di verifica della qualità delle cartelle cliniche, con criteri riferiti a: documentazione della completezza del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale, integrazione delle attività medico-infermieristiche, identificabilità delle responsabilità delle attività svolte, documentazione, leggibilità, trasferimento in altra struttura extraospedaliera o ospedaliera, caratteristiche della lettera di dimissione	
9	1	Qualità (Cartella clinica)	(P)	A	Sono diffusi i criteri previsti nel documento di pianificazione	
10	2		(E)	B	È verificato lo stato di attuazione dei criteri su un campione di cartelle cliniche	
11	3		(V)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche	
12	4		(PM)	B	Esiste il Giardino Alzheimer	
13	1	Comfort		C		

4.3.3 SEMIRESIDENZE ANZIANI E SEMIRESIDENZE DEMENZE

Codice SA-SD

Requisiti COMUNI per SA-SD

N° requisito		Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	Direzione di struttura	(P)	A	Esiste un documento contenente mission, vision, organizzazione, prodotti/servizi erogati, obiettivi, standard e responsabilità
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori
	3		(V)	B	C'è evidenza che il documento è stato condiviso con i responsabili delle articolazioni organizzative
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito dei risultati ottenuti
2	1			A	Esiste un documento disciplinante l' integrazione con la rete dei servizi socio-sanitari e sociali del territorio
3	1	Gestione risorse umane	(P)	A	E' stato definito un documento relativo alla gestione e organizzazione delle risorse umane, aggiornato annualmente
	2		(E)	A	Sono applicati i criteri relativi a reclutamento/tournover, organizzazione e gestione del personale
	3		(V)	B	È verificato che quanto è stato pianificato è stato attuato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
4	1	Formazione e aggiornamento del personale		A	Esiste un piano di formazione annuale del personale
	1			A	C' è evidenza della messa in atto del piano di formazione
5	1	Sistema Informativo	(P)	A	Sono previste procedure di raccolta e gestione dati di presenza e di attività
	2		(E)	B	Sono attuate le procedure di raccolta e gestione dei dati e della documentazione attraverso scheda/sistema informatizzato
	3		(V)	B	È monitorata l'applicazione delle procedure attraverso report
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito di verifica
6	1	Qualità (Rischio clinico)	(P)	A	E' presente una procedura sui seguenti rischi: 1. cadute accidentali, 2. somministrazione dei farmaci
	2		(E)	B	Sono attuate le procedure sui seguenti rischi: 1. cadute accidentali, 2. somministrazione dei farmaci
	3		(V)	B	Viene valutato il report di verifica tra quanto progettato e realizzato
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche

4.3.4 SEMIRESIDENZE ANZIANI E SEMIRESIDENZE DEMENZE

Codice SA-SD

Requisiti SPECIFICI per SA-SD

Requisiti specifici per SA

N°requisito	N°criterio	Oggetto	Fase MCQ	Livello	Requisito
1	1	Qualità (Foglio socio assistenziale)	(P)	A	E' stato pianificato un sistema di verifica della qualità del foglio socio-assistenziale, con criteri riferiti a: documentazione delle attività terapeutico-assistenziali e trasferimento in altra struttura residenziale o istituti di ricovero
	2		(E)	B	Sono diffusi i criteri previsti nel documento di pianificazione
	3		(V)	B	È verificato lo stato di attuazione dei criteri su un campione di fogli socio-assistenziali
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
2	1	Qualità (assistenza al paziente)	(P)	A	Sono presenti almeno due Linee Guida assistenziali (nazionali o internazionali) riferite alla tipologia dei pazienti ricoverati
	2		(E)	A	Esiste evidenza dell'applicazione delle Linee Guida
	3		(V)	B	Viene effettuato il monitoraggio periodico (almeno annuale) dell'applicazione delle Linee Guida
	4		(PM)	C	Sono messe in atto azioni di miglioramento in base alle verifiche effettuate e degli eventuali aggiornamenti delle Linee Guida

Requisiti specifici per SD

N°requisito	N°criterio	Oggetto	Fase MCQ	Livello	Requisito
1	1	Qualità (Foglio socio assistenziale)	(P)	A	E' stato pianificato un sistema di verifica della qualità del foglio socio-assistenziale in uso, con criteri riferiti a: documentazione delle attività terapeutico-assistenziali e trasferimento in altra struttura residenziale o istituti di ricovero
	2		(E)	B	Sono diffusi i criteri previsti nel documento di pianificazione
	3		(V)	B	È verificato lo stato di attuazione dei criteri su un campione di fogli socio-assistenziali
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
2	1	Qualità (assistenza al paziente)	(P)	A	Sono presenti almeno due Linee Guida assistenziali (nazionali o internazionali) riferite alla tipologia dei pazienti ricoverati
	2		(E)	A	Esiste evidenza dell'applicazione delle Linee Guida
	3		(V)	B	Viene effettuato il monitoraggio periodico (almeno annuale) dell'applicazione delle Linee Guida
	4		(PM)	C	Sono messe in atto azioni di miglioramento in base alle verifiche effettuate e degli eventuali aggiornamenti delle Linee Guida
3	1	Comfort		C	Esiste il Giardino Alzheimer

Pagina 63 di 94

4.4 DIPENDENZE PATOLOGICHE

4.4.1 COMUNITA' TERAPEUTICHE PER TOSSICODIPENDENTI (requisiti COMUNI)

Codice: CTT

N° requisito		Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	Direzione struttura	(P)	A	Esiste un documento che formalizza, nel rispetto del PSR ed eventuale regolamento del Dipartimento delle Dipendenze, il rapporto di collaborazione (comprensivo della temporarizzazione e delle forme per lo scambio di informazione sui pazienti) tra i SER.T. territorialmente competenti e la Comunità Terapeutica
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori
	3		(V)	B	C'è evidenza che il piano è stato condiviso con i responsabili delle articolazioni organizzative
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito dei risultati ottenuti
2	1		(P)	A	Esiste un documento contenente mission, vision, organizzazione, prodotti/servizi erogati, obbiettivi, standard e responsabilità
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori
	3		(V)	B	C'è evidenza che il piano è stato condiviso con i responsabili delle articolazioni organizzative
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito dei risultati ottenuti
3	1		(P)	A	Esiste un documento disciplinante l' organizzazione e il coordinamento delle attività sanitarie con altre strutture e istituzioni pubbliche e private, comprese le associazioni di volontariato
	2		(E)	B	Sono presenti verbali di riunioni tra i soggetti interessati
	3		(V)	C	Sono verificati e valutati i risultati derivanti dagli aspetti di collaborazione con altre strutture e organizzazioni
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni migliorative messe in atto a seguito dei rapporti di collaborazione
4	1	Gestione risorse umane	(P)	A	E' stato definito l'atto di programmazione relativo alla gestione e organizzazione delle risorse umane, aggiornato annualmente
	2		(E)	A	Sono applicati i criteri relativi a reclutamento/tournover, organizzazione e gestione del personale
	3		(V)	B	È verificato che quanto è stato pianificato è stato attuato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
4.1	1		(P)	A	Esiste un atto/regolamento contenente i criteri di attribuzione di compiti e responsabilità
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori dell'atto relativo alla graduazione delle funzioni
	3		(V)	B	È verificato che quanto è stato pianificato è stato attuato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate

1		(P)	A	E' pianificato l' inserimento del neo assunto/trasferito	
2		(E)	A	E' applicata la procedura di affiancamento del personale neo assunto/trasferito	
3		(V)	B	Sono presenti report di valutazione del raggiungimento degli obiettivi pianificati	
4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento in base ai risultati ottenuti	
1	Formazione e aggiornamento del personale	(P)	A	Esiste il piano di formazione annuale in riferimento alla tipologia di utenti ospitati valido ai fini dell'ECM (ed in eventuale condivisione con il Ser.T.)	
2		(E)	B	C' è evidenza della messa in atto del piano di formazione	
3		(V)	B	Sono presenti report di verifica tra quanto pianificato e realizzato	
4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento da predisporre nel piano formativo	
1		(P)	A	E' stata pianificata la creazione di dossier formativi individuali e di gruppo	
2		(E)	B	I dossier formativi individuali e di gruppo vengono aggiornati periodicamente	
3		(V)	B	I dossier formativi individuali e di gruppo vengono valutati annualmente per verificarne la coerenza con la programmazione aziendale e lo sviluppo professionale	
4		(PM)	C	Sono attuate azioni mirate a migliorare la coerenza con gli obiettivi aziendali e di sviluppo professionale	
1	Sistema informativo	(P)	A	E' presente il documento di pianificazione dei flussi informativi, in coerenza con il sistema informativo regionale (SIND)	
2		(E)	B	I flussi informativi sono gestiti in base alla pianificazione effettuata	
3		(V)	B	È attuata la verifica annuale sulle attività pianificate e attuate	
4		(PM)	C	È predisposto il miglioramento ed l'adeguamento delle attività in ordine a variate e nuove esigenze aziendali	
1		(P)	A	Sono previste procedure di raccolta e gestione dati e documenti, anche attraverso scheda/sistema informatizzato, nel rispetto della normativa vigente sulla privacy	
2		(E)	B	Sono attuate le procedure di raccolta e gestione dei dati e della documentazione anche attraverso scheda/sistema informatizzato	
3		(V)	B	È monitorata l'applicazione delle procedure attraverso report	
4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito di verifica	
1	Presa in carico		A	E' stato identificato per ogni ospite un case-manager responsabile del piano individuale di assistenza e dei rapporti con i familiari	
1			A	E'documentata l'effettuazione e la valutazione periodica dello stato psicosociale del paziente	
1			A	Sono previsti programmi di inserimento lavorativo	
1			A	Volontari e parenti sono coinvolti nei processi di socializzazione degli ospiti	

14	1	Qualità (Rischio clinico)	(P)	A	La Direzione Sanitaria della struttura ha attivato i gruppi di lavoro (con azioni e responsabilità) per la gestione del rischio clinico in relazione a: 1. autolesioni e condotte aggressive 2. somministrazione dei farmaci
	2		(E)	A	È attuato il piano di gestione del rischio clinico in relazione a: 1. autolesioni e condotte aggressive 2. somministrazione dei farmaci
	3		(V)	B	Vengono valutati i report periodici di verifica tra quanto pianificato e quanto realizzato
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
15	1	Qualità (Soddisfazione pazienti)	(P)	A	Sono state pianificate indagini per valutare aspettative e qualità percepita dagli utenti/pazienti e familiari, con il coinvolgimento delle associazioni di tutela dei pazienti
	2		(E)	B	Vengono effettuate, almeno annualmente, indagini sulle aspettative e qualità percepita dagli utenti/pazienti
	3		(V)	B	Il risultato delle indagini di soddisfazione degli utenti/pazienti sono valutate congiuntamente con il Ser.T e con le associazioni di tutela dei pazienti
	4		(PM)	C	Vengono predisposte azioni di miglioramento sulla base dei risultati delle indagini di soddisfazione degli utenti/pazienti
16	1	Qualità	(P)	A	Sono state pianificate indagini per valutare i tassi di ritenzione in trattamento degli utenti/pazienti
	2		(E)	A	Vengono effettuate indagini per valutare i tassi di ritenzione in trattamento degli utenti/pazienti
	3		(V)	B	Il risultato delle indagini sui tassi di ritenzione in trattamento degli utenti pazienti sono valutate congiuntamente con il Ser.T
	4		(PM)	C	Vengono predisposte azioni migliorative sulla base dei risultati delle indagini di soddisfazione degli utenti/pazienti
17	1		(P)	A	Sono state pianificate indagini per valutare il perdurare dell'astinenza dall'uso di droghe e il successo del rinserimento sociale e lavorativo dei pazienti dopo un periodo di tempo programmato dal completamento del programma
	2		(E)	A	Vengono effettuate indagini per valutare il perdurare dell'astinenza dall'uso di droghe e il successo del rinserimento sociale e lavorativo dei pazienti dopo un periodo di tempo programmato dal completamento del programma
	3		(V)	B	Il risultato delle indagini per valutare il perdurare dell'astinenza dall'uso di droghe e il successo del rinserimento sociale e lavorativo dei pazienti dopo un periodo di tempo programmato dal completamento del programma sono oggetto di analisi congiuntamente con il Ser.T
	4		(PM)	C	Vengono predisposte azioni migliorative sulla base dei risultati delle indagini per valutare il perdurare dell'astinenza dall'uso di droghe e il successo del rinserimento sociale e lavorativo dei pazienti dopo un periodo di tempo programmato dal completamento del programma

4.4.2 COMUNITA' TERAPEUTICHE PER TOSSICODIPENDENTI (requisiti SPECIFICI)

Codice: CTT

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Livl	Requisito
1	1	Qualità (assistenza al paziente)	(P)	A	Il Responsabile dei Programmi Terapeutici Individualizzati ha condiviso con il Ser.T. il Programma Terapeutico di ciascuno dei pazienti ricoverati
	2		(E)	A	Esiste evidenza di tale condivisione
	4		(PM)	C	Il Responsabile dei Programmi Terapeutici Individualizzati mette in atto azioni di miglioramento in base alle verifiche effettuate
	1		(P)	A	Il Responsabile dei Programmi Terapeutici Individualizzati ha individuato almeno due procedure/protocolli condivisi con il Ser.T per il monitoraggio degli effetti collaterali derivanti dall'uso di psicofarmaci e farmaci sostitutivi
	2		(E)	A	Esiste evidenza dell'applicazione delle procedure/protocolli
	3		(V)	B	Il Responsabile dei Programmi Terapeutici Individualizzati effettua il monitoraggio periodico (almeno annuale) dell'applicazione delle procedure/protocolli
	4		(PM)	C	Il Responsabile dei Programmi Terapeutici Individualizzati mette in atto azioni di miglioramento in base alle verifiche effettuate
2	1	Qualità (Cartella clinica)	(P)	A	E' stato pianificato un sistema di verifica della qualità delle cartelle cliniche con criteri riferiti a: documentazione della completezza del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale; integrazione delle attività medico-infermieristiche; identificabilità delle responsabilità delle attività svolte; documentazione trasferimento in altra struttura residenziale o ospedaliera; caratteristiche della lettera di dimissione
	2		(E)	B	Sono diffusi i criteri e le modalità operative previste nel documento di pianificazione
	3		(V)	B	È verificato lo stato di attuazione dei criteri su un campione di cartelle cliniche
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche

5. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

5.1 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA MEDICA

Codice: ASM

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	Accesso amministrativo	(P)	A	È presente una procedura per l'accettazione contenente la descrizione dei sistemi di gestione delle liste e dei tempi di attesa
	2		(E)	A	È attuata la procedura per l'accettazione contenente la descrizione dei sistemi di gestione delle liste e dei tempi di attesa
	3		(V)	B	Sono monitorati i tempi di attesa dichiarati e degli appuntamenti disattesi
	4		(PM)	C	Sono messe in atto azioni di miglioramento per ridurre i tempi di attesa
2	1	Accesso sanitario	(P)	A	E' presente una procedura per la gestione della cartella/scheda clinica
	2		(E)	A	E' attuata la procedura di gestione della cartelle/scheda clinica
	3		(V)	B	E' valutata l'applicazione della procedura della gestione della cartelle/scheda clinica
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento della gestione della cartelle/scheda clinica
3	1	Presa in carico del paziente	(P)	A	E' presente una procedura per la gestione della eventuale documentazione sanitaria fornita dal paziente
	2		(E)	A	E' attuata la procedura di gestione della eventuale documentazione sanitaria fornita dal paziente
	3		(V)	B	E' valutata l'applicazione della procedura
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento
4	1	Performance Clinico-Terapeutica	(P)	A	Sono definiti i protocolli diagnostico – terapeutici per le principali patologie trattate
	2		(E)	A	Vengono applicati i protocolli diagnostico – terapeutici
	3		(V)	B	Viene eseguita una revisione periodica dei protocolli diagnostico-terapeutici
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento
5	1	Dimissione	(P)	A	E' presente una procedura per la gestione delle informazioni fornite all'utente sul proseguimento delle cure
	2		(E)	A	Viene attuata la procedura di gestione delle informazioni fornite all'utente sul proseguimento delle cure
	3		(V)	B	Viene valutata la comprensione dell'utente riguardo il proseguimento delle cure
	4		(PM)	C	Vengono predisposte ed attuate azioni di miglioramento
6	1	Dimissione	(P)	A	E' presente una procedura che garantisca l'eventuale accesso ad un altro livello di assistenza sanitaria
	2		(E)	A	La procedura di accesso ad un altro livello di assistenza è condivisa con i rispettivi livelli di responsabilità
	3		(V)	B	Viene eseguita una revisione periodica della procedura
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento

5.2 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA CHIRURGICA

Codice: ASC

Area Requisiti	Num.	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	Accesso amministrativo	(P)	A	E' presente una procedura per l'accettazione contenente la descrizione dei sistemi di gestione delle liste e dei tempi di attesa
	2		(E)	A	È attuata la procedura per l'accettazione contenente la descrizione delle modalità di gestione delle liste e dei tempi di attesa
	3		(V)	B	Sono monitorati i tempi di attesa dichiarati e degli appuntamenti disattesi
	4		(PM)	C	Sono messe in atto azioni di miglioramento per ridurre i tempi di attesa,
2	1	Accesso sanitario	(P)	A	Esiste una procedura per la gestione della cartella/scheda clinica
	2		(E)	A	E' attuata la procedura di gestione della cartelle/scheda clinica
	3		(V)	B	E' valutata l'applicazione della procedura
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento della gestione della cartella/scheda clinica
3	1	Accesso sanitario	(P)	A	Sono presenti procedure relative agli esami clinico-strumentali di preparazione alle prestazioni eseguite in regime ambulatoriale
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure relative agli esami clinico-strumentali previsti per le prestazioni eseguite in regime ambulatoriale
	3		(V)	B	E' valutata l'applicazione delle procedure relative agli esami clinico-strumentali
	4		(PM)	C	Vengono predisposte ed attuate azioni di miglioramento organizzativo
4	1	Presa in carico del Paziente	(P)	A	Sono presenti procedure per l'acquisizione del consenso informato
	2		(E)	A	E' attuata la procedura per l'acquisizione del consenso informato
	3		(V)	B	Sono valutati i report di verifica della corretta acquisizione
	4		(PM)	C	Vengono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la corretta acquisizione del consenso informato

1	Presa in carico del Paziente	(P)	A	Sono presenti protocolli diagnostico – terapeutici per le prestazioni chirurgiche ambulatoriali trattate	
2		(E)	A	Vengono applicati i protocolli diagnostico – terapeutici	
3		(V)	B	Viene eseguita una revisione periodica dei protocolli diagnostico-terapeutici	
4		(PM)	C	Vengono predisposte ed attuate azioni di miglioramento organizzativo	
1	Performance Clinico-Terapeutiche	(P)	A	Sono presenti procedure per la gestione del rischio clinico relativa a: - infezioni del sito operatorio (ISO) - lotto di strumentazione chirurgica (rintracciabilità)	
2		(E)	A	Vengono applicate le procedure per la di gestione del rischio clinico relativa a: - infezioni del sito operatorio (ISO) - lotto di strumentazione chirurgica (rintracciabilità)	
3		(V)	B	Vengono effettuati report periodici relativi al rispetto delle procedure per la gestione del rischio	
4		(PM)	C	Vengono predisposte ed attuate azioni di miglioramento organizzativo	
1	Performance Clinico-Terapeutiche	(P)	A	Sono presenti procedure per la gestione delle emergenze	
2		(E)	A	E' attuata la partecipazione ai corsi di formazione di BLS o RCP del personale sanitario	
3		(V)	B	Sono sottoposte a revisione periodica le procedure per la gestione delle emergenze	
4		(PM)	C	Vengono predisposte ed attuate azioni di miglioramento organizzativo	

5.3 AMBULATORIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Codice: APS

N°requisito	N°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito da verificare
1	1	Accesso amministrativo	(P)	A	E' presente una procedura per l'accettazione contenente la descrizione dei sistemi di gestione delle liste e dei tempi di attesa
	2		(E)	A	È attuata la procedura per l'accettazione contenente la descrizione dei sistemi di gestione delle liste e dei tempi di attesa
	3		(V)	B	Sono monitorati i tempi di attesa dichiarati e degli appuntamenti disattesi
	4		(PM)	C	Sono messe in atto azioni di miglioramento per ridurre i tempi di attesa,
2	1	Accesso sanitario	(P)	A	E' presente una procedura per la gestione della cartella infermieristica/fisioterapica
	2		(E)	A	E' attuata la procedura di gestione della cartella infermieristica/fisioterapica
	3		(V)	B	E' valutata l'applicazione della procedura
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento
3	1	Presa in carico del paziente	(P)	A	E' presente una procedura per la gestione della eventuale documentazione sanitaria fornita dal paziente
	2		(E)	A	E' attuata la procedura di gestione della eventuale documentazione sanitaria fornita dal paziente
	3		(V)	B	E' valutata l'applicazione della procedura
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento
4	1	Performance Assistenziale	(P)	A	Sono presenti protocolli assistenziali/riabilitativi per le principali condizioni patologiche trattate
	2		(E)	A	Vengono applicati i protocolli assistenziali/riabilitativi
	3		(V)	B	Viene eseguita una revisione periodica dei protocolli assistenziali/riabilitativi
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento

1			A	E' presente una procedura per la gestione delle informazioni fornite all'utente sul prosegulmento dell'assistenza/riabilitazione	
2	Dimissione	(E)	A	Viene attuata la procedura di gestione delle informazioni	
3	Dimissione	(V)	B	Viene valutata la comprensione da parte dell'utente/caregiver del prosegulmento dell'assistenza/riabilitazione	
4	Dimissione	(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento	
1		(P)	A	E' presente una procedura che garantisca l'eventuale accesso ad un altro livello di assistenza sanitaria	
2	Dimissione	(E)	A	La procedura di accesso ad un altro livello assistenziale è condivisa con i rispettivi livelli di responsabilità	
3	Dimissione	(V)	B	Viene eseguita una revisione periodica della procedura	
4	Dimissione	(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento	

5.4 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA ODONTOIATRICA

Codice: ASO

N° requisito	N°	Oggetto	Fase MEO	Liv.	Requisito
1	1	Accesso amministrativo	(P)	A	E' presente una procedura per l'accettazione contenente la descrizione dei sistemi di gestione delle liste e dei tempi di attesa
	2		(E)	A	È attuata la procedura per l'accettazione contenente la descrizione delle modalità di gestione delle liste e dei tempi di attesa
	3		(V)	B	Sono monitorati i tempi di attesa stabiliti e degli appuntamenti disattesi
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento per ridurre i tempi d'attesa
2	1	Accesso sanitario	(P)	A	E' presente una procedura per la gestione della cartella/scheda clinica dei pazienti odontoiatrici
	2		(E)	A	E' attuata la procedura di gestione della cartelle/scheda clinica dei pazienti odontoiatrici
	3		(V)	B	E' valutata l'applicazione della procedura
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento della gestione della cartelle/scheda clinica dei pazienti odontoiatrici
3	1	Accesso sanitario	(P)	A	Sono presenti procedure relative agli esami clinico-strumentali di preparazione alle prestazioni odontoiatriche eseguite in regime ambulatoriale
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure relative agli esami clinico-strumentali previsti per le prestazioni odontoiatriche eseguite in regime ambulatoriale
	3		(V)	B	E' valutata la applicazione delle procedure relative agli esami clinico-strumentali secondo quanto concordato
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento organizzativo
4	1	Presa in carico del Paziente	(P)	A	Sono presenti procedure per l'acquisizione del consenso informato dei pazienti
	2		(E)	A	Sono attuatele procedure per l'acquisizione del consenso informato dei pazienti
	3		(V)	B	Sono effettuati report di verifica della corretta acquisizione del consenso informato dei pazienti
	4		(PM)	C	Sono intraprese azioni di miglioramento per la corretta acquisizione del consenso informato dei pazienti

1		(P)	A	Sono presenti protocolli diagnostico – terapeutici per le prestazioni odontoiatriche ambulatoriali più rilevanti
2	Presa in carico del Paziente	(E)	A	Vengono applicati i protocolli diagnostico – terapeutici per le prestazioni odontoiatriche ambulatoriali più rilevanti
3		(V)	B	Viene eseguito una revisione periodica dei protocolli diagnostico-terapeutici
4		(PM)	C	Vengono predisposte azioni di miglioramento
1	Performance Clinico-Terapeutiche	(P)	A	Sono presenti procedure per la gestione del rischio clinico relativo a: - infezioni post interventi chirurgici odontoiatrici - sterilizzazione strumentazione per chirurgia odontoiatrica (rintracciabilità)
2		(E)	A	Sono attuate le procedure per la gestione del rischio clinico relativo a: - infezioni post interventi chirurgici odontoiatrici - sterilizzazione strumentazione per chirurgia odontoiatrica (rintracciabilità)
3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'attività relativa alla gestione del rischio clinico relativo a: - infezioni post interventi chirurgici odontoiatrici - sterilizzazione strumentazione per chirurgia odontoiatrica (rintracciabilità)
4		(PM)	C	Vengono predisposte azioni di miglioramento
1	Performance Clinico-Terapeutiche	(P)	A	Sono presenti procedure per la gestione delle emergenze
2		(E)	A	E' attuata la partecipazione ai corsi di formazione di BLS o RCP del personale sanitario
3		(V)	B	Sono sottoposte a revisione periodica le procedure per la gestione delle emergenze
4		(PM)	C	Vengono predisposte ed attuate azioni di miglioramento

5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE

Codice: MLA

N° requisito	N°	Oggetto	Fase MCQ	Liv	Requisito
1	1	Accesso campioni biologici	(P)	A	Sono presenti procedure documentate per il processo di accettazione
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure relative al processo di accettazione
	3		(V)	B	Vengono realizzati periodici report che permettono di valutare l'applicazione delle procedure
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato
2	1	Accesso	(P)	A	E' stato predisposta la lista delle prestazioni erogabili che include il costo delle stesse e il regime di convenzionamento con SSN
	2		(E)	A	La lista deve essere regolarmente aggiornata e facilmente consultabile dagli utenti
	3		(V)	B	Viene controllata la consultabilità e il regolare aggiornamento della lista
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato
3	1	Presa in carico del Paziente	(P)	A	Sono presenti procedure per la gestione della documentazione sanitaria fornita dagli utenti
	2		(E)	A	La gestione della documentazione sanitaria fornita dall'utente è attuata con registrazione cartacea e/o informatica
	3		(V)	B	E' attuata una revisione periodica delle registrazioni al fine di valutarne la conformità a quanto pianificato
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato
4	1	Presa in carico del Paziente	(P)	A	E' presente una procedura documentata per l'aquisizione del consenso informato, per la corretta compilazione della richiesta di esami e per la tracciabilità del campione biologico
	2		(E)	A	È documentata l'applicazione della procedura per l'aquisizione del consenso informato, la corretta compilazione della richiesta di esami e per la tracciabilità del campione biologico
	3		(V)	B	Viene valutata attraverso report periodici l'applicazione della procedura per l'aquisizione del consenso informato, per la corretta compilazione della richiesta di esami e per la tracciabilità del campione biologico
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato

Pagina 1 di 84

1			(P)	A	Sono presenti procedure per la verifica della qualità nelle fasi di: preparazione del paziente, modalità di prelievo, raccolta ed eventuale trattamento del campione biologico	
2	Presa in carico del Paziente		(E)	A	Sono applicate le procedure relative alla preparazione del paziente, modalità di prelievo, raccolta ed eventuale trattamento del campione biologico	
3			(V)	B	Viene valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure sopra menzionate	
4			(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato	
1	Qualità analitica		(P)	A	Sono presenti procedure per la verifica ed il miglioramento continuo delle performance analitiche: istruzioni operative, report di calibrazione, del controllo di qualità interno (CQI) ed esterno (VEQ) e della validazione del metodo analitico	
2			(E)	A	Sono applicate le procedure per il miglioramento continuo della performance analitica	
3			(V)	B	Viene valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure sopra menzionate	
4			(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato	
1	Qualità analitica		(P)	A	Sono predisposte procedure per la gestione del rischio clinico associato ad errori pre-analitici, analitici post-analitici	
2			(E)	A	Sono attuate le procedure di gestione del rischio clinico associato ad errori pre-analitici, analitici e pos analitici	
3			(V)	B	Viene valutata attraverso report periodici l'applicazione delle procedure sopra menzionate	
4			(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato	
1	Documentazione		(P)	A	Sono predisposte procedure documentate inerenti la refertazione (es: contenuto dei referti, tempi, modi di consegna, conservazione ed archiviazione)	
2			(E)	A	Sono applicate le procedure inerenti la refertazione (es. contenuto dei referti, tempi, modi di consegn conservazione ed archiviazione)	
3			(V)	B	E' verificato che i referti siano conformi alle procedure inerenti la refertazione (es: contenuto dei refer tempi, modi di consegna, conservazione ed archiviazione)	
4			(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento delle procedure inerenti la refertazione	

5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Codice paragrafo: DI

N° requisito		Oggetto	Fase MCQ	Livello	Requisito
1	1	Accesso	(P)	A	Sono presenti procedure documentate per il processo di accettazione
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure relative al processo di accettazione
	3		(V)	B	Vengono realizzati periodici report che permettono di valutare l'applicazione delle procedure
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato
2	1	Accesso	(P)	A	E' presente un catalogo delle prestazioni che include il costo delle stesse e l'erogabilità in regime di convenzionamento con SSN
	2		(E)	A	Il catalogo è a disposizione ed è facilmente consultabile dagli utenti
	4		(PM)	C	Il catalogo viene aggiornato ogni volta che si modificano i parametri contenuti nello stesso
3	1	Presa in carico del Paziente	(P)	A	Sono presenti procedure per la gestione della documentazione sanitaria degli utenti
	2		(E)	A	La gestione della documentazione sanitaria fornita dall'utente è attuata con registrazione cartacea e/o informatica
	3		(V)	B	E' attuata una revisione periodica delle registrazioni al fine di valutarne la conformità a quanto pianificato
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato
4	1	Presa in carico del Paziente	(P)	A	E' presente una procedura documentata per la raccolta del consenso informato
	2		(E)	A	È documentata l' applicazione della procedura per la raccolta del consenso informato
	3		(V)	B	Viene valutata attraverso una reportistica periodica l'applicazione della procedura per la raccolta del consenso informato
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato
5	1	Presa in carico del Paziente	(P)	A	Sono presenti procedure per la verifica ed il miglioramento continuo della qualità per la preparazione del paziente
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure relative alla preparazione del paziente
	3		(V)	B	E' attuata una revisione periodica delle procedure
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per la gestione del processo pianificato
6	1	Qualità delle prestazioni	(P)	A	Sono presenti linee guida EBM e/o procedure per la corretta esecuzione di esami diagnostici
	2		(E)	A	Sono applicate le linee guida EBM e/o procedure per la corretta esecuzione di esami diagnostici
	3		(V)	B	E' attuata una revisione periodica delle procedure adottate

4		(PM)	C	Sono previste ed attuate azioni di miglioramento in relazione ai risultati dell'Audit.		
1	Qualità delle prestazioni	(P)	A	Sono presenti procedure per la gestione del rischio clinico correlato alla tipologia di prestazioni erogate		
2		(E)	A	Sono attuate le procedure di gestione del rischio clinico correlato alla tipologia di prestazioni erogate		
3		(V)	B	Vengono effettuati Audit periodici sulla gestione degli errori		
4		(PM)	C	Sono previste ed attuate azioni di miglioramento in relazione ai risultati dell'Audit		
1	Documentazione	(P)	A	Sono presenti procedure documentate per definire il contenuto dei referti, i tempi, i modi di consegna, la loro corretta archiviazione		
2		(E)	A	Sono applicate le procedure che definiscono il contenuto dei referti, i tempi, i modi di consegna e la loro corretta archiviazione		
3		(V)	B	E' verificato periodicamente che vengano rispettate le procedure che definiscono il contenuto dei referti, i tempi, i modi di consegna, la loro corretta archiviazione		
4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento		

5.7 AMBULATORIO DI RIABILITAZIONE FISICA

Codice: ARF

N° Requisito	N° Item	Oggetto	Fase MCQ	Livello	Requisito
1	1	Accesso amministrativo	(P)	A	E' presente una procedura per l'accettazione contenente la descrizione dei sistemi di gestione delle liste e dei tempi di attesa
	2		(E)	A	È attuata la procedura per l'accettazione contenente la descrizione dei sistemi di gestione delle liste e dei tempi di attesa
	3		(V)	B	Sono monitorati i tempi di attesa dichiarati e degli appuntamenti disattesi
	4		(PM)	C	Sono messe in atto azioni di miglioramento per ridurre i tempi di attesa
2	1	Accesso sanitario	(P)	A	E' presente una procedura documentata e condivisa per definire tempi e modalità di accesso in relazione alle diverse situazioni clinico-riabilitative (controindicazioni, priorità, ecc.)
	2		(E)	A	E' applicata la procedura che definisce tempi e modalità di accesso in relazione alle diverse situazioni clinico-riabilitative
	3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici (derivanti dall'utilizzo di check list) l'applicazione della procedura
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento
3	1	Presa in carico del Paziente	(P)	A	E' presente una procedura che consente all'utente (o agli aventi diritto) di ottenere informazioni circa: - valutazioni cliniche ambientali e strumentali - interventi riabilitativi - risultati attesi - operatori coinvolti - identificazione del case manager responsabile del percorso riabilitativo
	2		(E)	A	Viene attuata la procedura, a tale scopo i piani di trattamento devono contenere informazioni su: - valutazioni cliniche ambientali e strumentali - interventi riabilitativi - risultati attesi - operatori coinvolti - identificazione del case manager responsabile del percorso riabilitativo
	3		(V)	B	Vengono valutati periodicamente i report sulla applicazione della procedura
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento
4	1	Presa in carico del Paziente	(P)	A	Sono definiti i criteri di costituzione del team multidisciplinare e multiprofessionale per tipologia di paziente
	2		(E)	A	Sono applicati i criteri di costituzione del team riabilitativo
	3		(V)	B	Vengono valutati periodicamente i report sulla applicazione dei criteri di costituzione del team riabilitativo
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni correttive
5	1	Performance Clinico-Terapeutiche	(P)	A	Sono definiti i protocolli diagnostico – riabilitativi per le principali patologie trattate consultabili da tutti coloro che intervengono nel trattamento
	2		(E)	A	Vengono applicati i protocolli diagnostico – riabilitativi sono regolarmente consultati ed applicati
	3		(V)	B	E' periodicamente monitorata la modalità di consultazione e l'applicazione dei protocolli
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento
6	1	Performance Clinico-Terapeutiche	(P)	A	Sono presenti procedure e/o Linee Guida conformi all'evidenza per la realizzazione di un progetto riabilitativo individuale multidisciplinare e multiprofessionale
	2		(E)	A	Vengono applicate le procedure inerenti il progetto riabilitativo individuale multidisciplinare e multiprofessionale
	3		(V)	B	Viene eseguita una revisione del progetto riabilitativo attraverso l'auditing
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento

1	Performance Clinico-Terapeutiche	(P)	A	E' presente una procedura per lo sviluppo ed il miglioramento del progetto riabilitativo individuale (verifica dei risultati conseguiti a seguito dei trattamenti riabilitativi, congruità delle prestazioni e del rapporto n. operatori/carico di lavoro specifico e n. pazienti/operatori)	
2		(E)	A	Viene applicata la procedura per lo sviluppo ed il miglioramento del progetto riabilitativo individuale (verifica dei risultati conseguiti a seguito dei trattamenti riabilitativi, congruità delle prestazioni e del rapporto n. operatori/carico di lavoro specifico e n. pazienti/operatori)	
3		(V)	B	Sono utilizzati strumenti di monitoraggio periodico per la verifica dell'adesione alla procedura per lo sviluppo ed il miglioramento del progetto riabilitativo individuale (verifica dei risultati conseguiti a seguito dei trattamenti riabilitativi, congruità delle prestazioni e del rapporto n. operatori/carico di lavoro specifico e n. pazienti/operatori)	
4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento	
1	Performance Clinico-Terapeutiche	(P)	A	Esiste una procedura per l'attivazione della erogazione dei materiali protesici (es. registrazione delle autorizzazioni)	
2		(E)	A	E' attuata la procedura per l'attivazione della erogazione protesi	
3		(V)	B	Vengono effettuati report periodici per verificare l'adesione alla procedura (es. registrazione delle autorizzazioni)	
4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento	
1	Dimissione	(P)	A	E' presente una procedura che, a conclusione del progetto riabilitativo, definisce i contenuti della lettera di dimissione e garantisce l'eventuale proseguimento delle cure e/o inserimento in una rete di servizi	
2		(E)	A	Viene attuata la procedura che, a conclusione del ciclo terapeutico, definisce i contenuti della lettera di dimissione e garantisce l'eventuale prosieguo di cura e/o inserimento in una rete di servizi	
3		(V)	B	E' valutata attraverso report periodici l'adesione alla procedura con particolare attenzione al grado di comprensione del paziente e dei familiari riguardo ai contenuti della lettera di dimissione	
4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento	
1	Follow-up	(P)	A	E' presente una procedura per la determinazione dei pazienti da sottoporre a follow-up	
2		(E)	A	Viene attuata la procedura riguardante il follow-up	
3		(V)	B	Esiste un monitoraggio per la valutazione della validità del follow-up	
4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento	

5.8 CONSULTORI FAMILIARI

Codice: CF

Espleta le funzioni di cui alle leggi 405/75 e 194/78.

N° requisito	Peso	Area di Progetto	Fase PCQ	Livello	Requisito
1	1	Valutazione della performance clinica		A	La struttura è dotata di criteri e strumenti di valutazione delle attività svolte che consentano di verificare l'appropriatezza delle procedure facendo riferimento a linee guida basate sulle evidenze scientifiche (EBM)
2	1	"core " di attività		A	La struttura rileva il seguente indicatore: N° di donne che accedono alla struttura annualmente/popolazione target
3	1			A	La struttura rileva il seguente indicatore:N° totale di accessi annuali/popolazione target
4	1			A	La struttura rileva il seguente indicatore: N° di gravide prese in carico e seguite per tutta la gravidanza/totale parti bacino di utenza di riferimento
5	1			A	La struttura rileva il seguente indicatore: N° di accessi per gravida
6	1			A	La struttura rileva il seguente indicatore: N° di puerpere seguite ambulatorialmente o domiciliarmente/totale nati bacino di utenza di riferimento
7	1			A	La struttura rileva il seguente indicatore: N° utenti per psicologia/popolazione target.
8	1	attività aggiuntive consultoriali		A	La struttura rileva il seguente indicatore: N° di gravide con cittadinanza extraUE prese in carico e seguite per tutta la gravidanza/totale parti donne residenti con cittadinanza extraUE;
9	1			A	La struttra rileva il seguente indicatore: N° di donne che rispondono allo screening di 2° livello/popolazione target
10	1			A	La struttra rileva il seguente indicatore: N° di donne che rispondono attività di screening /popolazione target (standard > 60%)
11	1			A	La struttra rileva il seguente indicatore: N° di gravide che si ritirano dai corsi non per motivi medici/totale donne partecipanti
12	1			A	La struttura rileva il seguente indicatore: N° di utenti dei corsi nascita/totale dei nati da residenti
13	1			A	La struttura rileva il seguente indicatore: N° di donne che allattano al seno almeno nei primi sei mesi/N° nati bacino di utenza di riferimento
14	1			A	La struttura rileva il seguente indicatore: N° ore di educazione sessuale agli adolescenti/popolazione target
15	1			A	La struttura rileva il seguente indicatore: N° utenti degli spazi giovani/popolazione target
16	1			A	La struttura rileva il seguente indicatore: N° certificati IVG/ IVG da residenti
17	1			A	La struttura rileva il seguente indicatore: N° utenti per contraccezione/popolazione target
18	1			A	La struttura rileva il seguente indicatore: N° utenti menopausa/popolazione target
19	1			A	La struttura rileva il seguente indicatore: N° protocolli adottati/ N° di protocolli valutati
20	1			A	Sono promosse iniziative finalizzate all'informazione, all'educazione e alla prevenzione dei tumori della sfera genitale

21	1	A	Si svolgono iniziative finalizzate alla promozione dell'allattamento al seno
22	1	A	Sono promosse iniziative finalizzate all'informazione, all'educazione sessuale, per la procreazione responsabile
23	1	A	Sono previsti e progettati interventi preventivi/educativi su popolazione a rischio di disfunzioni del piano perineale (gravide e donne in premenopausa)
24	1	A	Sono attivati piani formativi del personale
25	1	A	Sono promosse iniziative finalizzate all'educazione e prevenzione dei disturbi della menopausa
26	1	A	Sono promosse iniziative finalizzate all'educazione e prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse
27	1	A	Sono previsti corsi di formazione del personale all'utilizzo del computer
28	1	A	Sono previste procedure per la raccolta dei dati necessari per la sorveglianza epidemiologica, utilizzabili a scopo preventivo, statistico ed epidemiologico
29	1	A	E' prevista la informatizzazione della rilevazione dell'attività

5.9 AMBULATORI DI MEDICINA DELLO SPORT DI I° LIVELLO E CENTRI DI MED. DELLO SPORT DI II° E III° LIVELLO

codice paragrafo: AMSI, CMSII, CMSIII

Requisiti comuni Ambulatori di I° livello e Centri di II° e III° livello

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	Accesso amministrativo	(P)	A	E' presente una procedura per l'accettazione contenente la descrizione dei sistemi di gestione delle liste e dei tempi di attesa
	2		(E)	A	È attuata la procedura per l'accettazione contenente la descrizione dei sistemi di gestione delle liste e dei tempi di attesa
	3		(V)	B	Sono monitorati i tempi di attesa dichiarati e degli appuntamenti disattesi
	4		(PM)	C	Sono messe in atto azioni di miglioramento per ridurre i tempi di attesa,
2	1	Accesso sanitario	(P)	A	E' presente una procedura per la gestione della cartella clinica
	2		(E)	A	E' attuata la procedura per la gestione della cartella clinica
	3		(V)	B	E' valutata l'applicazione della procedura
	4		(PM)	C	Vengono messe in atto delle azioni di miglioramento della gestione della cartella clinica
3	1	Presa in carico del paziente	(P)	A	Esiste una procedura per la gestione della eventuale documentazione sanitaria fornita dal paziente
	2		(E)	A	E' attuata la procedura per la gestione della eventuale documentazione sanitaria fornita dal paziente
	3		(V)	B	E' valutata l'applicazione della procedura
	4		(PM)	C	Vengono messe in atto delle azioni di miglioramento
4	1	Performance Valutazioni Cliniche	(P)	A	Sono presenti protocolli di valutazione funzionale per la certificazione d'idoneità per le specifiche pratiche sportive
	2		(E)	A	Vengono applicati i protocolli di valutazione funzionale
	3		(V)	B	Viene eseguita una revisione periodica dei protocolli di valutazione funzionale
	4		(PM)	C	Vengono messe in atto delle azioni di miglioramento
5	1	Dimissione	(P)	A	E'presente una procedura che garantisca l'eventuale accesso ad un altro livello di strutture di medicina dello sport
	2		(E)	A	La procedura di accesso ad un altro livello di struttura è condivisa con i rispettivi livelli di responsabilità

	3	Dimissione	(V)	B	Viene eseguita una revisione periodica della procedura		
	4		(PM)	C	Vengono messe in atto delle azioni di miglioramento		

Requisiti specifici Centri di Medicina dello Sport di II° livello

1	1	Performance Clinico-Terapeutica	(P)	A	Esistono protocolli e/o linee guida conformi all'EBM per i soggetti con disabilità motorie		
	2		(E)	A	Vengono applicati i protocolli e/o linee guida		
	3		(V)	B	Viene eseguita una revisione periodica dei protocolli/ e/o linee guida		
	4		(PM)	C	Vengono messe in atto delle azioni di miglioramento		

Requisiti specifici Centri di Medicina dello Sport di III° livello

2	1	Performance Clinico-Terapeutica	(P)	A	Sono sviluppate attività didattiche e scientifiche, in collaborazione con la AUSL Regionali in materia di Medicina dello Sport		
	2		(E)	A	Viene attuata la programmata attività didattica e scientifica		
	3		(V)	B	Viene eseguita una revisione periodica dei contenuti dell'attività didattica e scientifica		
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento		
3	1	Performance Clinico-Terapeutica	(P)	A	Sono presenti protocolli e/o linee guida conformi all'EBM per la valutazione dei soggetti con disabilità motorie e valutazione psico-attitudinale		
	2		(E)	A	Vengono applicati i protocolli/linee guida		
	3		(V)	B	Viene eseguita una revisione periodica dei protocolli/linee guida		
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento		
4	1	Performance Clinico-Terapeutica	(P)	A	Sono presenti procedure per la valutazione funzionale d specifiche categorie a rischio		
	2		(E)	A	Sono attuate le procedure per la valutazione funzionale d specifiche categorie a rischio		
	3		(V)	B	Viene eseguita una revisione periodica delle procedure		
	4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento		
5	1		(P)	A	Sono presenti procedure/protocolli operativi condivisi con le Federazioni Sportive riconosciute dal CONI in relazione al fenomeno DOPING		

2	Performance Clinico-Terapeutica	(E)	A	Sono attuate le procedure/protocolli condivisi
3		(V)	B	Viene eseguita una revisione periodica delle procedure
4		(PM)	C	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento

5.10 STABILIMENTI TERMALI

Codice: ST

1	1	Accesso sanitario	(P)	A	Nel caso di pazienti afferenti alle cure riabilitative esiste una procedura documentata e condivisa per definire tempi e modalità di accesso in relazione alle diverse situazioni clinico-riabilitative (controindicazioni, priorità, ecc..)
	2		(E)	A	Nel caso di pazienti afferenti alle cure riabilitative è applicata la procedura che definisce tempi e modalità di accesso in relazione alle diverse situazioni clinico-riabilitative (controindicazioni, priorità, ecc..)
	3		(V)	B	Nel caso di pazienti afferenti alle cure riabilitative sono valutati periodicamente i report (derivanti dall'utilizzo di check list) sulla applicazione della procedura
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento
2	1	Accesso sanitario	(P)	A	Nel caso di pazienti afferenti alle cure riabilitative esiste una procedura per la gestione della cartella/scheda sanitaria
	2		(E)	A	Nel caso di pazienti afferenti alle cure riabilitative è attuata la procedura di gestione della cartelle/scheda sanitaria
	3		(V)	B	Nel caso di pazienti afferenti alle cure riabilitative vengono effettuati report periodici sull'applicazione della procedura
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento
3	1	Presa in carico del paziente	(P)	A	Nel caso di pazienti afferenti alle cure riabilitative esiste una procedura per la gestione della eventuale documentazione sanitaria fornita dal paziente
	2		(E)	A	Nel caso di pazienti afferenti alle cure riabilitative è attuata la procedura di gestione della eventuale documentazione sanitaria fornita dal paziente
	3		(V)	B	Nel caso di pazienti afferenti alle cure riabilitative vengono effettuati report periodici sull'applicazione della procedura
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento
4	1	Presa in carico del Paziente	(P)	A	Nel caso di pazienti afferenti alle cure riabilitative sono definiti i criteri di costituzione del team multidisciplinare e multiprofessionale per tipologia di paziente
	2		(E)	A	Nel caso di pazienti afferenti alle cure riabilitative sono applicati i criteri di costituzione del team riabilitativo
	3		(V)	B	Nel caso di pazienti afferenti alle cure riabilitative vengono valutati periodicamente i report sulla applicazione dei criteri di costituzione del team riabilitativo
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento

5	1	Performance Clinico-Terapeutica	(P)	A	Nel caso di pazienti afferenti alle cure riabilitative sono definiti i protocolli terapeutici per le principali patologie trattate
	2		(E)	A	Nel caso di pazienti afferenti alle cure riabilitative vengono applicati i protocolli terapeutici per le principali patologie trattate
	3		(V)	B	Nel caso di pazienti afferenti alle cure riabilitative vengono effettuati report periodici sull'applicazione dei protocolli terapeutici
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento
6	1	Dimissione	(P)	A	Nel caso di pazienti afferenti alle cure riabilitative esiste una procedura per la gestione delle informazioni fornite all'utente sul proseguimento delle cure (con particolare attenzione alla comprensione dell'utente)
	2		(E)	A	Nel caso di pazienti afferenti alle cure riabilitative viene attuata la procedura di gestione delle informazioni
	3		(V)	B	Nel caso di pazienti afferenti alle cure riabilitative vengono effettuati report periodici sull'applicazione della procedura (con particolare attenzione alla comprensione dell'utente riguardo il proseguimento delle cure)
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento

Pagina 89 di 94

6. STUDI PROFESSIONALI MEDICI, ODONTOIATRICI E DELLE PROFESSIONI SANITARIE

6.1 STUDIO DI SPECIALISTICA MEDICA

Codice: SSM

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	Accesso amministrativo	(P)	A	Esiste una procedura per l'accettazione contenente la descrizione dei sistemi di gestione delle liste e dei tempi di attesa
	2		(E)	A	È attuata la procedura per l'accettazione contenente la descrizione dei sistemi di gestione delle liste e dei tempi di attesa
2	1	Accesso sanitario	(P)	A	Esiste una procedura per la gestione della cartella/scheda clinica
	2		(E)	A	E' attuata la procedura per la gestione della cartelle/scheda clinica
3	1	Presa in carico del paziente	(P)	A	Esiste una procedura per la gestione della eventuale documentazione sanitaria fornita dal paziente
	2		(E)	A	E' attuata la procedura per la gestione della eventuale documentazione sanitaria fornita dal paziente
4	1	Performance Clinico-Terapeutica	(P)	A	Sono definiti i protocolli diagnostico – terapeutici per le principali patologie trattate
	2		(E)	A	Vengono applicati i protocolli diagnostico – terapeutici
5	1	Dimissione	(P)	A	Esiste una procedura per la gestione delle informazioni fornite all'utente sul proseguimento delle cure
	2		(E)	A	Viene attuata la procedura di gestione delle informazioni
6	1	Dimissione	(P)	A	Esiste una procedura che garantisce l'eventuale accesso ad un altro livello di assistenza sanitaria condivisa con i rispettivi livelli di responsabilità
	2		(E)	A	Viene attuata la procedura di accesso ad un altro livello di assistenza sanitaria condivisa con i rispettivi livelli di responsabilità
7	1			A	E' rispettata la normativa vigente in termini di abbattimento delle barriere architettoniche

6.2 STUDIO DI SPECIALISTICA CHIRURGICA

Codice:Ssc

N. requisito	Oggetto	Fase MCQ	Liv	Requisito	
1	Accesso amministrativo	(P)	A	E' presente una procedura per l'accettazione contenente la descrizione del sistemi di gestione dei tempi di attesa	
2		(E)	A	È attuata la procedura per l'accettazione contenente la descrizione delle modalità di gestione delle liste e dei tempi di attesa	
1	Accesso sanitario	(P)	A	E' presente una procedura per la gestione della cartella/scheda clinica	
2		(E)	A	E' attuata la procedura per la gestione della cartelle/scheda clinica	
1	Accesso sanitario	(P)	A	Sono presenti procedure relative agli esami clinico-strumentali di preparazione alle prestazioni eseguibili in regime ambulatoriale	
2		(E)	A	Sono applicate le procedure relative agli esami clinico-strumentali previsti per le prestazioni ambulatoriali	
1	Presa in carico del Paziente	(P)	A	Sono presenti procedure per l'acquisizione del consenso informato	
2		(E)	A	E' attuata la procedura per l'acquisizione del consenso informato	
1	Presa in carico del Paziente	(P)	A	Sono definiti i protocolli diagnostico e terapeutici per le prestazioni chirurgiche ambulatoriali trattate	
2		(E)	A	Vengono applicati i protocolli diagnostico e terapeutici	
1	Performance Clinico-Terapeutiche	(P)	A	Sono presenti procedure per la gestione del rischio clinico relative a: - infezioni del sito operatorio (ISO) - lotto di strumentazione chirurgica (rintracciabilità)	
2		(E)	A	Sono attuate le procedure di gestione del rischio clinico	
1	Performance Clinico-Terapeutiche	(P)	A	E' pianificata la gestione dell'emergenza	
2		(E)	A	E' attuata la partecipazione ai corsi di formazione di BLS o RCP del personale sanitario	
1		(P)	A	E' rispettata la normativa vigente in termini di abbattimento delle barriere architettoniche	

6.3 STUDIO DI SPECIALISTICA ODONTOIATRICA

Codice: SSO

N° requisito	N°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	Accesso amministrativo	(P)	A	Esiste una procedura per l'accettazione contenente la descrizione dei sistemi di gestione delle liste e dei tempi di attesa
	2		(E)	A	E attuata la procedura per l'accettazione contenente la descrizione delle modalità di gestione delle liste e dei tempi di attesa
2	1	Accesso sanitario	(P)	A	E' presente una procedura per la gestione della cartella/scheda sanitaria dei pazienti odontoiatrici
	2		(E)	A	E' attuata la procedura per la gestione della cartelle/scheda sanitaria dei pazienti odontoiatrici
3	1	Accesso sanitario	(P)	A	Sono presenti procedure relative agli esami clinico-strumentali di preparazione alle prestazioni odontoiatriche eseguite in regime ambulatoriale
	2		(E)	A	Sono applicate le procedure relative agli esami clinico-strumentali previsti per le prestazioni odontoiatriche eseguite in regime ambulatoriale
4	1	Presa in carico del Paziente	(P)	A	Sono presenti procedure per l'acquisizione del consenso informato dei pazienti
	2		(E)	A	E' attuata la procedura per l'acquisizione del consenso informato dei pazienti
5	1	Presa in carico del Paziente	(P)	A	Sono definiti i protocolli diagnostico – terapeutici per le prestazioni odontoiatriche ambulatoriali più rilevanti
	2		(E)	A	Vengono applicati i protocolli diagnostico – terapeutici per le prestazioni odontoiatriche ambulatoriali più rilevanti
6	1	Performance Clinico Terapeutiche	(P)	A	Sono presenti procedure per la gestione del rischio clinico relativo a: - infezioni post interventi chirurgici odontoiatrici - sterilizzazione strumentazione per chirurgia odontoiatrica (rintracciabilità)
	2		(E)	A	Sono attuate le procedure per la gestione del rischio clinico
7	1	Performance Clinico Terapeutiche	(P)	A	E' presente procedura per la gestione delle eventuali emergenze
	2		(E)	A	E' attuata la partecipazione ai corsi di formazione di BLS o RCP del personale sanitario
8	1			A	E' rispettata la normativa vigente in termini di abbattimento delle barriere architettoniche

6.4 STUDIO DI RIABILITAZIONE

Codice: SR

N° requisito	Tipo	Oggetto	Fase MGQ	Liv	Requisito
1	1	Accesso amministrativo	(P)	A	E' presente una procedura per l'accettazione contenente la descrizione dei sistemi di gestione delle liste e dei tempi di attesa
	2		(E)	A	E' attuata la procedura per l'accettazione contenente la descrizione dei sistemi di gestione delle liste e dei tempi di attesa
2	1	Accesso sanitario	(P)	A	E' presente una procedura documentata e condivisa per definire tempi e modalità di accesso in relazione alle diverse situazioni clinico-riabilitative (controindicazioni, priorità, ecc...)
	2		(E)	A	E' applicata la procedura che definisce tempi e modalità di accesso in relazione alle diverse situazioni clinico-riabilitative (controindicazioni, priorità, ecc...)
3	1	Presa in carico del Paziente	(P)	A	E' presente una procedura che consente all'utente (o agli aventi diritto) di ottenere informazioni sulle sue condizioni e sul percorso riabilitativo, a tale scopo i piani di trattamento devono contenere informazioni su: - valutazioni cliniche-riabilitative ambientali e strumentali; - interventi riabilitativi; - risultati attesi
	2		(E)	A	Viene attuata la procedura sopra descritta
4	1	Performance Clinico-Terapeutiche	(P)	A	Sono definiti i protocolli diagnostico – terapeutici per le principali patologie trattate consultabili da tutti coloro che intervengono nel trattamento
	2		(E)	A	Vengono applicati i protocolli diagnostico – terapeutici
5	1	Performance Clinico-Terapeutiche	(P)	A	E' presente una procedura per lo sviluppo e miglioramento del progetto riabilitativo individuale
	2		(E)	A	E' attuata la procedura per lo sviluppo e miglioramento del progetto riabilitativo
6	1	Performance Clinico-Terapeutiche	(P)	A	E' presente una procedura per l'attivazione della erogazione dei materiali protesici
	2		(E)	A	E' attuata la procedura per l'attivazione della erogazione dei materiali protesici

1	Dimissione	(P)	A	E' presente una procedura che, a conclusione del progetto riabilitativo, garantisce l'eventuale proseguimento delle cure e/o inserimento in una rete di servizi anche attraverso una relazione scritta al medico curante
2		(E)	A	Viene attuata la procedura che garantisce, a conclusione del ciclo terapeutico, l'eventuale prosieguo di cure e/o inserimento in una rete di servizi anche attraverso una relazione scritta al medico curante
1	Follow-up	(P)	A	E' presente una procedura per la determinazione dei pazienti da sottoporre a follow – up
2		(E)	A	Viene attuata la procedura riguardante il follow-up
1			A	E' rispettata la normativa vigente in termini di abbattimento delle barriere architettoniche

ALL. 5

Regione Abruzzo

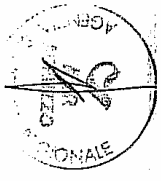
GIUNTA REGIONALE

La presente copia è conforme all'originale e si compone di fogli 7 e di 12 facciate ciascheduna vidimata da apposito timbro recante la dicitura "Regione Abruzzo: Direzione Sanità".
Pescara, li 26 GIU. 2008
Il Dirigente di Servizio
Dr. Anzo Marcinelli

Documento composto da n. 12 facciate,
ALLEGATO come parte integrante alla deliberazione n. 591/P del - 1 LUG. 2008
IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Dott. Walter Gariani)

Manuale Di Autorizzazione dei Servizi Trasfusionali

Giugno 2008



LISTA DI VERIFICA REQUISITI MINIMI SPECIFICI PER L'AUTORIZZAZIONE- ASR ABRUZZO

RIFERIMENTO: STRUTTURA TRASFUSIONALE

COD.	REQUISITI MINIMI STRUTTURALI		
	è presente un locale adibito a funzioni di segreteria per la gestione delle attività amministrative	Sì	No
	è presente un'area di attesa dei donatori dotato di posti a sedere che rispettino i picchi di frequenza degli accessi	Sì	No
	è presente un locale riservato all'accettazione del donatore e alle interviste personali dirette a valutare l'idoneità dei potenziali donatori e strutturato in modo tale da garantire il rispetto della privacy. Tale spazio è separato dall'area di raccolta	Sì	No
	è presente un'area dedicata alle indagini preliminari	Sì	No
	è presente un locale destinato al prelievo del sangue e degli emocomponenti strutturato in modo da garantire la sicurezza del donatore, evitare errori nella tracciabilità dei processi, assicurare criteri di igiene ed il rispetto della privacy	Sì	No
	è presente un'area adibita al primo soccorso	Sì	No
	è presente un locale/area adibito a sala ristoro per i donatori	Sì	No
	è presente un locale/area per l'accettazione dei campioni	Sì	No
	è presente un locale adibito a laboratorio di immunoematologia	Sì	No
	è presente un locale adibito alla qualificazione biologica del sangue e degli emocomponenti (la diagnostica molecolare, se effettuata, deve essere svolta in un locale dedicato)	Sì	No
	è presente un locale adibito alla preparazione degli emocomponenti	Sì	No
	è presente un locale dedicato alla conservazione del sangue e degli emocomponenti (in attesa di validazione, validato, compatibilizzato ed assegnato ai pazienti, destinato all'autotrasfusione)	Sì	No
	è presente un locale per il trattamento e la conservazione di sangue e di emocomponenti congelati	Sì	No
	è presente un locale/area per la distribuzione e assegnazione del sangue e degli emocomponenti	Sì	No
	è presente un locale per l'ambulatorio di medicina trasfusionale	Sì	No
	è presente un locale/area per la conservazione della documentazione prevista dalla normativa vigente	Sì	No
	è presente un locale per il lavaggio ed il trattamento del materiale d'uso (se non previsto in sede centrale)	Sì	No
	è presente un locale per lo stoccaggio delle scorte di reagenti e materiali di consumo	Sì	No

sono presenti locali adibiti a direzione e studi medici adeguati al personale operante	Sì	No
sono presenti locali adibiti al personale in guardia attiva (laddove questa sia prevista)	Sì	No
è presente un'area destinata al deposito temporaneo e sicuro dei residui, del materiale monouso nonché del sangue e degli emocomponenti, a qualunque titolo scartati	Sì	No
sono presenti servizi igienici distinti per il personale	Sì	No
sono presenti servizi igienici distinti per gli utenti, agibili per portatori di handicap	Sì	No
è presente un locale adibito a spogliatoio per il personale operante	Sì	No
I locali hanno pavimenti lavabili e disinfettabili	Sì	No
I locali hanno pareti con rivestimento impermeabile e lavabile	Sì	No
i locali destinati ad altre attività di diagnosi e cura o ad altre funzioni previste dalla programmazione aziendale e/o regionale sono separati dai locali individuati per l'attività trasfusionale	Sì	No

COD.	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI E IMPIANTISTICI		
	REQUISITI IMPIANTISTICI E TECNOLOGICI GENERALI		
	sono presenti caratteristiche illuminotecniche e igrotermiche secondo le normative vigenti	Sì	No
	REQUISITI TECNOLOGICI SPECIFICI		
	area di accettazione e prelievi: sono presenti attrezzature idonee alla esecuzione di prelievi da donatori di sangue intero o da aferesi	Sì	No
	area di preparazione emocomponenti: sono presenti attrezzature idonee alla produzione ed alla conservazione degli emocomponenti	Sì	No
	area di laboratorio per la qualificazione biologica: sono presenti attrezzature indispensabili per indagini diagnostiche di immunoematologia eritrocitaria, leucocitaria e piastrinica, sieroimmunologica, immunometrica e coagulazione con metodi immunologici, biologici e chimici	Sì	No
	area di diagnostica molecolare (ove presente): sono presenti attrezzature indispensabili per indagini diagnostiche molecolari	Sì	No
	area di assegnazione e distribuzione: sono presenti presidi ed attrezzature indispensabili per la tipizzazione dei pazienti e l'assegnazione delle unità compatibili	Sì	No
	area di prestazioni di medicina trasfusionale: sono presenti presidi ed attrezzature idonee all'esecuzione di salassi, trasfusioni, infusioni ed aferesi terapeutica	Sì	No
	esiste un sistema informativo, dotato di hardware e software correttamente dimensionati, che collega tutte le aree e garantisce la sicurezza del donatore, del ricevente e la tracciabilità di ogni operazione relativa alle unità di sangue ed emocomponenti	Sì	No
	esiste un sistema di controllo e di registrazione della temperatura, nonché di allarme acustico e visivo per le apparecchiature impiegate per la conservazione di sangue ed emocomponenti	Sì	No
	ELENCO DELLE ATTREZZATURE DI DOTAZIONE MINIMA		
	bilance da prelievo	Sì	No



poltrone da prelievo	Sì	No
sfigmomanometri	Sì	No
apparecchio per emometria	Sì	No
apparecchi per coagulazione	Sì	No
analizzatore per analisi estemporanee	Sì	No
separatori cellulari dedicati alla plasma produzione	Sì	No
distributore-analizzatore-lettore automatico	Sì	No
misuratore del pH	Sì	No
carrello attrezzato per rianimazione e trattamenti di emergenza (compreso defibrillatore)	Sì	No
bilancia analitica di precisione	Sì	No
cappa sterile	Sì	No
microscopio	Sì	No
centrifughe da laboratorio	Sì	No
centrifughe refrigerate per scomposizione delle sacche	Sì	No
premi sacche	Sì	No
termosaldatrice	Sì	No
riscaldatore per sangue ad uso trasfusionale	Sì	No
agitatore per piastrine termostatato	Sì	No
agitatore	Sì	No
frigoriferi comuni	Sì	No
armadi frigorifero + 4° C	Sì	No
emoteche standard	Sì	No
congelatore -20° C (temperatura di esercizio)	Sì	No
congelatore -30-40° C (temperatura di esercizio)	Sì	No
bagno termostatico	Sì	No
video terminali o personal computer in rete	Sì	No
stampanti	Sì	No
linea telefonica diretta	Sì	No
fax - telefono con linea diretta	Sì	No

ELENCO DELLE ATTREZZATURE DI DOTAZIONE MINIMA PER I LABORATORI DI DIAGNOSTICA MOLECOLARE (QUALIFICAZIONE BIOLOGICA)

cappa a flusso laminare	Sì	No
ultracentrifuga (ove richiesta dalle metodiche in uso)	Sì	No
strumentazione per amplificazione/rilevazione	Sì	No

COD.	REQUISITI GENERALI ORGANIZZATIVI		
	si dispone, per le attività svolte, di personale adeguato per quantità e profilo professionale in rapporto alle funzioni di raccolta, controllo, lavorazione, conservazione, assegnazione e distribuzione del sangue e degli emocomponenti, nonché per le attività assistenziali, secondo le normative vigenti	Sì	No
	esistono procedure per la sicurezza degli operatori, con la predisposizione e l'aggiornamento di regolamenti per l'utilizzo di dispositivi di protezione individuali e dei piani di emergenza	Sì	No
	esistono procedure per il trasferimento del materiale biologico dalle zone di prelievo alla struttura trasfusionale di riferimento	Sì	No
	esistono procedure per i processi di sanificazione (pulizia ambiente, procedure di disinfezione e di sterilizzazione, decontaminazione, smaltimento dei rifiuti)	Sì	No
	è garantita la pronta disponibilità nelle 24 ore	Sì	No

Per quanto riguarda la verifica degli specifici criteri di autorizzazione ed accreditamento delle attività cliniche in medicina trasfusionale, si fa riferimento ai relativi capitoli riportati nel presente manuale per la verifica dei criteri generali per l'autorizzazione e/o l'accreditamento degli ambulatori specialistici medici e del day-hospital medico.

LISTA DI VERIFICA REQUISITI MINIMI SPECIFICI PER L'AUTORIZZAZIONE- ASR ABRUZZO

RIFERIMENTO: UNITA' DI RACCOLTA FISSA AFFERENTE ALLA STRUTTURA TRASFUSIONALE

COD.	REQUISITI MINIMI STRUTTURALI		
	è presente un locale/area di attesa dei donatori dotato di posti a sedere che rispettino i picchi di frequenza degli accessi	Sì	No
	è presente un locale riservato all'accettazione del donatore e alle interviste personali dirette a valutare l'idoneità dei potenziali donatori e strutturato in modo tale da garantire il rispetto della privacy. Tale spazio è separato dall'area di raccolta	Sì	No
	è presente un'area dedicata alle indagini preliminari	Sì	No
	è presente un locale destinato al prelievo del sangue e degli emocomponenti strutturato in modo da garantire la sicurezza del donatore, evitare errori nella tracciabilità dei processi, assicurare criteri di igiene ed il rispetto della privacy	Sì	No
	è presente un'area adibita al primo soccorso	Sì	No
	è presente un locale/area adibito a sala ristoro per i donatori	Sì	No
	è presente un locale per l'ambulatorio di medicina trasfusionale	Sì	No



è presente un locale/area per la conservazione della documentazione prevista dalla normativa vigente	Sì	No
è presente un locale/area per lo stoccaggio delle scorte di reagenti e materiali di consumo	Sì	No
è presente un'area destinata al deposito temporaneo e sicuro dei residui, del materiale monouso nonché del sangue e degli emocomponenti, a qualunque titolo scartati	Sì	No
sono presenti servizi igienici distinti per il personale	Sì	No
sono presenti servizi igienici distinti per gli utenti, agibili per portatori di handicap	Sì	No
è presente un locale adibito a spogliatoio per il personale operante	Sì	No
I locali hanno pavimenti lavabili e disinfettabili	Sì	No
I locali hanno pareti con rivestimento impermeabile e lavabile	Sì	No
COD. REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI E IMPIANTISTICI		
REQUISITI IMPIANTISTICI E TECNOLOGICI GENERALI		
sono presenti caratteristiche illuminotecniche e igrotermiche secondo le normative vigenti	Sì	No
REQUISITI TECNOLOGICI SPECIFICI		
area di accettazione e prelievi: sono presenti attrezzature idonee alla esecuzione di prelievi da donatori di sangue intero o da aferesi	Sì	No
area di prestazioni di medicina trasfusionale: sono presenti presidi ed attrezzature idonee all'esecuzione di salassi, trasfusioni, infusioni.	Sì	No
esiste un sistema informativo, dotato di hardware e software correttamente dimensionati, che collega tutte le aree e garantisce la sicurezza del donatore, del ricevente e la tracciabilità di ogni operazione relativa alle unità di sangue ed emocomponenti	Sì	No
esiste un sistema di controllo e di registrazione della temperatura, nonché di allarme acustico e visivo per le apparecchiature impiegate per la conservazione di sangue ed emocomponenti	Sì	No
ELENCO DELLE ATTREZZATURE DI DOTAZIONE MINIMA		
bilance da prelievo	Sì	No
poltrone da prelievo	Sì	No
sfigmomanometri	Sì	No
apparecchio per emometria	Sì	No
separatori cellulari dedicati alla plasma produzione	Sì	No
carrello attrezzato per rianimazione e trattamenti di emergenza	Sì	No
termosaldatrice	Sì	No

frigoriferi comuni	Sì	No
emoteche standard	Sì	No
video terminali o personal computer (collegati in rete o in remoto con la struttura trasfusionale di riferimento)	Sì	No
stampanti	Sì	No
linea telefonica diretta	Sì	No
fax - telefono con linea diretta	Sì	No

COD.	REQUISITI GENERALI ORGANIZZATIVI		
	si dispone, per le attività svolte, di personale adeguato per quantità e profilo professionale in rapporto alle funzioni di raccolta, nonché per le attività assistenziali, secondo le normative vigenti	Sì	No
	esistono procedure per la sicurezza degli operatori, con la predisposizione e l'aggiornamento di regolamenti per l'utilizzo di dispositivi di protezione individuali e dei piani di emergenza	Sì	No
	esistono procedure per il trasferimento del materiale biologico dalle zone di prelievo alla struttura trasfusionale di riferimento	Sì	No
	esistono procedure per i processi di sanificazione (pulizia ambiente, procedure di disinfezione e di sterilizzazione, decontaminazione, smaltimento dei rifiuti)	Sì	No

Per quanto riguarda la verifica degli specifici criteri di autorizzazione ed accreditamento delle attività cliniche in medicina trasfusionale, si fa riferimento ai relativi capitoli riportati nel presente manuale per la verifica dei criteri generali per l'autorizzazione e/o l'accreditamento degli ambulatori specialistici medici e del day-hospital medico.

LISTA DI VERIFICA REQUISITI MINIMI SPECIFICI PER L'AUTORIZZAZIONE- ASR ABRUZZO

RIFERIMENTO: UNITA' DI RACCOLTA FISSA ASSOCIATIVA

COD.	REQUISITI MINIMI STRUTTURALI		
	è presente un locale/area di attesa dei donatori dotato di posti a sedere che rispettino i picchi di frequenza degli accessi	Sì	No
	è presente un locale riservato all'accettazione del donatore e alle interviste personali dirette a valutare l'idoneità dei potenziali donatori e strutturato in modo tale da garantire il rispetto della privacy. Tale spazio è separato dall'area di raccolta	Sì	No
	è presente un'area dedicata alle indagini preliminari	Sì	No
	è presente un locale destinato al prelievo del sangue e degli emocomponenti strutturato in modo da garantire la sicurezza del donatore, evitare errori nella tracciabilità dei processi, assicurare criteri di igiene ed il rispetto della privacy	Sì	No
	è presente un'area adibita al primo soccorso	Sì	No
	è presente un locale/area adibito a sala ristoro per i donatori	Sì	No

è presente un locale/area per la conservazione della documentazione prevista dalla normativa vigente	Sì	No
è presente un locale/area per lo stoccaggio delle scorte di reagenti e materiali di consumo	Sì	No
è presente un'area destinata al deposito temporaneo e sicuro dei residui, del materiale monouso nonché del sangue e degli emocomponenti, a qualunque titolo scartati	Sì	No
sono presenti servizi igienici distinti per il personale	Sì	No
sono presenti servizi igienici distinti per gli utenti, agibili per portatori di handicap	Sì	No
è presente un locale adibito a spogliatoio per il personale operante	Sì	No
I locali hanno pavimenti lavabili e disinfettabili	Sì	No
I locali hanno pareti con rivestimento impermeabile e lavabile	Sì	No
COD. REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI E IMPIANTISTICI		
REQUISITI IMPIANTISTICI E TECNOLOGICI GENERALI		
sono presenti caratteristiche illuminotecniche e igrotermiche secondo le normative vigenti	Sì	No
REQUISITI TECNOLOGICI SPECIFICI		
area di accettazione e prelievi: sono presenti attrezzature idonee alla esecuzione di prelievi da donatori di sangue intero o da aferesi (se prevista dalla programmazione aziendale)	Sì	No
esiste un sistema informativo, dotato di hardware e software correttamente dimensionati, che collega tutte le aree e garantisce la sicurezza del donatore, del ricevente e la tracciabilità di ogni operazione relativa alle unità di sangue ed emocomponenti	Sì	No
esiste un sistema di controllo e di registrazione della temperatura, nonchè di allarme acustico e visivo per le apparecchiature impiegate per la conservazione di sangue ed emocomponenti	Sì	No
ELENCO DELLE ATTREZZATURE DI DOTAZIONE MINIMA		
bilance da prelievo	Sì	No
poltrone da prelievo	Sì	No
sfigmomanometri	Sì	No
apparecchio per emometria	Sì	No
separatori cellulari dedicati alla plasma produzione	Sì	No
carrello attrezzato per rianimazione e trattamenti di emergenza	Sì	No
termosaldatrice	Sì	No
frigoriferi comuni	Sì	No

emoteche standard	Si	No
video terminali o personal computer (collegati in rete o in remoto con la struttura trasfusionale di riferimento)	Si	No
stampanti	Si	No
linea telefonica diretta	Si	No
fax - telefono con linea diretta	Si	No

COD.	REQUISITI GENERALI ORGANIZZATIVI		
	si dispone, per le attività svolte, di personale adeguato per quantità e profilo professionale in rapporto alle funzioni di raccolta, secondo le normative vigenti	Si	No
	esistono procedure per la sicurezza degli operatori, con la predisposizione e l'aggiornamento di regolamenti per l'utilizzo di dispositivi di protezione individuali e dei piani di emergenza	Si	No
	esistono procedure per il trasferimento del materiale biologico dalle zone di prelievo alla struttura trasfusionale di riferimento	Si	No
	esistono procedure per i processi di sanificazione (pulizia ambiente, procedure di disinfezione e di sterilizzazione, decontaminazione, smaltimento dei rifiuti)	Si	No

LISTA DI VERIFICA REQUISITI MINIMI SPECIFICI PER L'AUTORIZZAZIONE- ASR ABRUZZO

RIFERIMENTO: UNITA' DI RACCOLTA MOBILE ASSOCIATIVA

COD.	REQUISITI PER L'ACCREDITAMENTO		
	Il medico responsabile della unità di raccolta mobile garantisce che le unità di sangue siano raccolte conformemente alle normative vigenti e alle direttive tecniche fornite dal Direttore della Struttura Trasfusionale territorialmente competente. Le direttive tecniche riguardano, nel particolare:		
	la gestione delle tecnologie e dei materiali	Si	No
	la documentazione e le registrazioni	Si	No
	l'identificazione e la rintracciabilità	Si	No
	l'emovigilanza	Si	No
	la gestione dei donatori	Si	No
	la selezione dei donatori	Si	No
	la raccolta del sangue e degli emocomponenti	Si	No



la conservazione la conservazione, il trasporto e la consegna delle unità di sangue e degli emocomponenti e dei campioni biologici	Sì	No
COD. REQUISITI MINIMI STRUTTURALI		
è presente un'area riservata per l'accettazione e la selezione del donatore, individuata in modo tale da garantire il rispetto della privacy.	Sì	No
è presente un'area destinata alla raccolta del sangue, strutturata in modo da garantire la sicurezza del donatore, evitare errori nella tracciabilità dei processi, assicurare criteri di igiene, ed il rispetto della privacy	Sì	No
è presente un'area adibita a ristoro per i donatori (ricavabile anche presso strutture adiacenti alla collocazione dell'unità mobile)	Sì	No
è presente un'area adibita al primo soccorso	Sì	No
è presente uno spazio destinato al deposito temporaneo e sicuro dei residui, del materiale monouso impiegati durante la raccolta, il controllo, nonché del sangue e degli emocomponenti, a qualunque titolo scartati	Sì	No
è presente un servizio igienico (ricavabile anche presso strutture adiacenti alla collocazione dell'unità mobile)	Sì	No
l'unità mobile dispone di pavimenti lavabili e disinfettabili	Sì	No
l'unità mobile dispone di pareti con rivestimento impermeabile e lavabile	Sì	No
COD. REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI E IMPIANTISTICI		
REQUISITI IMPIANTISTICI E TECNOLOGICI GENERALI		
sono presenti caratteristiche illuminotecniche e igrotermiche secondo le normative vigenti	Sì	No
REQUISITI TECNOLOGICI SPECIFICI		
area di accettazione e prelievi: sono presenti attrezzature idonee alla esecuzione di prelievi da donatori di sangue intero	Sì	No
esiste un sistema di controllo e di registrazione della temperatura, nonchè di allarme acustico e visivo per le apparecchiature impiegate per la conservazione di sangue	Sì	No
ELENCO DELLE ATTREZZATURE DI DOTAZIONE MINIMA		
bilance da prelievo	Sì	No
poltrone da prelievo	Sì	No
sfigmomanometri	Sì	No
apparecchio per emometria	Sì	No
strumenti e presidi per rianimazione e trattamenti di emergenza	Sì	No
termosaldatrice portatile	Sì	No
frigorifero comune	Sì	No
emoteche autotrasportabile	Sì	No

COD.	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
	si dispone, per le attività svolte, di personale adeguato per quantità e profilo professionale in rapporto alle funzioni di raccolta, secondo le normative vigenti	SI	No
	esistono procedure per la sicurezza degli operatori, con la predisposizione e l'aggiornamento di regolamenti per l'utilizzo di dispositivi di protezione individuali e dei piani di emergenza	SI	No
	esistono procedure per il trasferimento del materiale biologico dalle zone di prelievo alla struttura trasfusionale di riferimento	SI	No
	esistono procedure per i processi di sanificazione (pulizia ambiente, procedure di disinfezione e di sterilizzazione, decontaminazione, smaltimento dei rifiuti)	SI	No

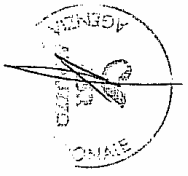
LISTA DI VERIFICA REQUISITI MINIMI SPECIFICI PER L'AUTORIZZAZIONE- ASR ABRUZZO

RIFERIMENTO: SERVIZIO DI EMOTECA

COD.	REQUISITI MINIMI STRUTTURALI		
	Esiste un locale destinato allo stazionamento del frigoemoteca e alla conservazione delle registrazioni previste dalla normativa vigente	SI	No
COD.	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		
	Il servizio di frigoemoteca è munito di una emoteca dotata di termoregistratore e di dispositivo di allarme acustico, collegato con postazioni di guardia ove il personale presente sia in grado di rilevare ogni eventuale anomalia ed avvisare tempestivamente il medico di turno responsabile dell'emoteca.	SI	No
COD.	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		
	La responsabilità della gestione della frigoemoteca è affidata al direttore sanitario della sede di ricovero.	SI	No
	Il direttore sanitario della sede di ricovero affida la gestione del servizio di emoteca ad uno dei reparti o servizi operanti nell'ospedale o casa di cura, che provvederà, con personale proprio, ai compiti di seguito indicati, che verranno svolti sulla scorta delle indicazioni impartite dal Direttore della struttura trasfusionale territorialmente competente.	SI	No
	E' stato organizzato, dalla direzione sanitaria della struttura di ricovero, il trasporto del sangue e dei campioni biologici mediante mezzi idonei	SI	No
	E' stata predisposta una convenzione con la struttura trasfusionale territorialmente competente	SI	No
	E' disponibile una procedura per la richiesta di sangue o emoderivati alla struttura trasfusionale territorialmente competente	SI	No
	E' disponibile una procedura relativa alla conservazione di unità trasfusionali assegnate al singolo paziente dalla struttura trasfusionale	SI	No



E' disponibile una procedura relativa alla conservazione delle unità di sangue per autotrasfusione	Sì	No
Esiste una procedura per la conservazione di unità globuli rossi di scorta per l'emergenza	Sì	No
La gestione del movimento delle unità trasfusionali e la tenuta registro "carico" e "scarico" avviene secondo i requisiti previsti normativamente	Sì	No
Sono registrati gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria delle dotazioni strumentali	Sì	No
Esiste la procedura per l'acquisizione del consenso informato del paziente alla terapia trasfusionale	Sì	No
Esiste la procedura per la trasmissione dei dati su eventuali reazioni trasfusionali	Sì	No
E' garantito un collegamento con un medico operante nela struttura trasfusionale di riferimento nel caso di un elevato bisogno di prestazioni di medicina trasfusionale	Sì	No
Il direttore sanitario della casa di cura privata o struttura pubblica dotata di frigoemoteca ha l'obbligo di nominare un medico referente per lo sviluppo delle attività inerenti la promozione della donazione autologa, dell'autotrasfusione e del buon uso del sangue, degli emocomponenti e degli emoderivati. A tal fine, il medico referente, in collaborazione con il comitato ospedaliero per il Buon Uso del sangue della struttura trasfusionale territorialmente competente, verifica, presso i reparti, l'attuazione delle linee-guida relative alla pratica trasfusionale e al ricorso alle tecniche di prelievo di sangue autologo. Tale figura è individuata tra i medici appartenenti al reparto o servizio cui è affidata la gestione operativa del servizio di emoteca.	Sì	No



ALL. 4

Regione Abruzzo

Documento composto da n. 24 facciate, ALLEGATO come parte integrante alla deliberazione n. 591/P del - 1 LUG. 2008
IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Dott. Walter Gariani)

GIUNTA REGIONALE

Manuale Di Accreditamento dei Servizi Trasfusionali

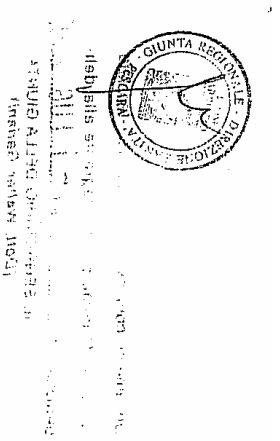
Giugno 2008

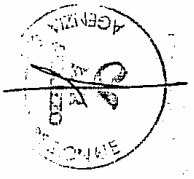
Impronta documento: conforme all'originale

e si compone di fogli 13 e di 86 (ventisei) facciate ciascheduna vidimata da apposito timbro recante la dicitura "Regione Abruzzo: Direzione Sanità".
Pescara, li 26 GIU. 2008
Il Dirigente di Servizio
Dr. Enzo Mancinelli

GIUNTA REGIONALE - DIREZIONE SANITÀ - PESCARA - REGIONE ABRUZZO

ASL AVEZZANO SULMONA L'AQUILA







LISTA DI VERIFICA REQUISITI - ASR ABRUZZO - MANUALE DI ACCREDITAMENTO

RIFERIMENTO: STRUTTURA TRASFUSIONALE

REQUISITI GENERALI DEL SERVIZIO TRASFUSIONALE

COD	DIREZIONE DELLA STRUTTURA TRASFUSIONALE		
	la Direzione predispone e documenta le funzioni, i compiti e le responsabilità di tutte le figure professionali presenti nella struttura.	Sì	No
	la Direzione definisce gli obiettivi assistenziali da perseguire nell'ambito della struttura e li comunica a tutto il personale coinvolto.	Sì	No
	la Direzione garantisce l'attuazione ed il mantenimento di un sistema di qualità, che deve ricomprendere la gestione, la garanzia, il controllo ed il miglioramento costante della qualità dei processi, dei prodotti e del servizio.	Sì	No
	la Direzione pianifica e controlla tutti i processi di erogazione del servizio e definisce per ciascuno di essi apposite procedure all'interno delle quali siano individuati: le responsabilità organizzative, la sequenza di attività che li costituiscono, le modalità operative adottate, i documenti prescrittivi di riferimento e le registrazioni da produrre.	Sì	No
	la Direzione attiva (con periodicità almeno annuale) un programma di verifica e monitoraggio sistematico degli obiettivi assistenziali e degli indicatori di qualità dei processi, dei prodotti e del servizio, sulle cui base vengono definiti specifici obiettivi di miglioramento e adeguate azioni correttive e preventive. Gli obiettivi specifici e le azioni di miglioramento della qualità sono comunicati a tutto il personale coinvolto.	Sì	No
	la Direzione garantisce che il personale possieda e sviluppi competenze professionali commisurate al livello di responsabilità ed ai compiti assegnati. A tale scopo la Direzione definisce sistematicamente il fabbisogno formativo del personale della struttura e pianifica adeguati interventi di formazione professionale.	Sì	No
	la Direzione definisce ed applica piani di inserimento del personale di nuova acquisizione o per il quale sia previsto un cambio di ruolo nell'ambito dell'organizzazione, al fine di garantire un addestramento adeguato prima dell'avviamento all'attività lavorativa, e ne documenta le attività	Sì	No
	la Direzione registra e documenta le attività di formazione svolte relativamente ad ogni soggetto operante nell'ambito dell'organizzazione.	Sì	No
	la Direzione attiva sistemi di valutazione periodica delle competenze del personale, al fine di assicurare che ogni operatore possa svolgere in modo adeguato i compiti assegnati.	Sì	No
	la Direzione adotta un sistema di registrazione (su supporto cartaceo e/o informatico) atto a documentare sistematicamente il corretto svolgimento di tutte le attività previste e il soddisfacimento dei requisiti organizzativi, gestionali, tecnico-professionali e degli standard operativi adottati dall'organizzazione.	Sì	No



la Direzione garantisce l'adozione di tecnologie adeguate e qualificate in relazione all'utilizzo previsto ed agli standard di prodotto-servizio definiti, conformi alle normative vigenti, assicurandone il corretto funzionamento e la continuità di esercizio.	Si	No
la Direzione effettua la programmazione della raccolta del sangue intero e degli emocomponenti, su base almeno annuale, con revisioni periodiche infra-annuali, in collaborazione con le Associazioni e Federazioni dei donatori di sangue	Si	No
la Direzione nomina il Referente per la Qualità.	Si	No

COD.	GESTIONE DELLE TECNOLOGIE E DEI MATERIALI		
	GESTIONE TECNOLOGIE		
	la ST garantisce che tutti i dispositivi tecnologici e le attrezzature impiegati per l'erogazione del servizio siano sottoposti a periodiche attività di manutenzione e controllo e che tali attività siano formalmente documentate.	Si	No
	la ST garantisce che tutti i dispositivi tecnologici e le attrezzature impiegati per l'erogazione del servizio siano corredati da idonee istruzioni per l'uso, in lingua italiana, consultabili da tutti gli operatori.	Si	No
	la ST identifica univocamente tutti i dispositivi tecnologici e le attrezzature impiegati per l'erogazione del servizio all'interno di appositi elenchi.	Si	No
	la ST garantisce che tutti i dispositivi tecnologici impiegati per l'erogazione del servizio siano collegati, ove necessario, ad un sistema di alimentazione tale da garantire il loro funzionamento anche in caso di interruzione dell'energia elettrica.	Si	No
	esistono procedure che, in caso di guasto o di caduta di tensione negli impianti di conservazione, prevedano il tempestivo intervento di ripristino	Si	No
	esistono procedure relative alle modalità di ricondizionamento di dispositivi medici, atte a prevenire i rischi di contaminazione del prodotto nelle diverse fasi del processo di erogazione del servizio e a garantire la sicurezza degli utenti e degli operatori	Si	No
	esistono procedure per effettuare l'accurata ispezione dei dispositivi e delle soluzioni infusionali per la raccolta del sangue intero e degli emocomponenti, al fine di accertare l'assenza di difetti e/o di alterazioni	Si	No
	GESTIONE MATERIALI		
	la ST utilizza solo reagenti e materiali provenienti da fornitori riconosciuti che soddisfano le prescrizioni e le cui specifiche documentate siano conformi ai requisiti previsti dalla normativa vigente	Si	No
	la ST utilizza materiali qualificati, prima del loro utilizzo, allo scopo di verificarne l'adeguatezza e la conformità rispetto all'impiego previsto ed agli standard definiti	Si	No



la ST definisce univocamente e chiaramente i materiali disponibili in appositi elenchi	Sì	No
la ST garantisce la conservazione dei materiali, farmaci e confezioni, in condizioni controllate, e che gli stessi non siano utilizzati oltre la data di scadenza.	Sì	No
la ST verifica che reagenti, materiale di controllo, materiale di calibrazione presentino 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	Sì	No

GESTIONE SISTEMA INFORMATIVO-INFORMATICO

la ST adotta un unico ed univoco sistema informatico convalidato per la registrazione, conservazione, aggiornamento, revisione delle informazioni sanitarie, che sia accessibile anche alle Associazioni e Federazioni dei donatori limitatamente alle informazioni di loro competenza	Sì	No
esistono procedure per il back-up dei dati dei sistemi informativi-informatici e delle attrezzature che utilizzano dotazioni informatiche	Sì	No
la ST garantisce che il sistema informatico implementato sia corredato dalle istruzioni per l'uso fornite dall'azienda produttrice, in lingua italiana	Sì	No
la ST documenta l'effettuazione di controlli regolari di affidabilità dei sistemi informatici in dotazione, software, hardware e procedure di back-up. la ST garantisce la protezione di software e hardware contro un uso non autorizzato o modifiche non ammesse	Sì	No

COD.	DOCUMENTAZIONE E REGISTRAZIONI		
	la ST adotta sistemi atti a garantire la corretta gestione di tutti i documenti prescrittivi previsti istituzionalmente e normativamente.	Sì	No
	la ST predispone e mantiene aggiornati appositi elenchi che indicano i documenti prescrittivi emessi ed applicati.	Sì	No
	esistono procedure atte ad assicurare l'identificazione, il costante reperimento ed aggiornamento dei documenti di origine esterna applicabili nell'ambito dell'organizzazione.	Sì	No
	la ST elabora, rende disponibile ed utilizza sistematicamente adeguata modulistica, su supporto cartaceo o elettronico, destinata alla registrazione di dati ed attività secondo quanto previsto dalle procedure in vigore presso l'organizzazione.	Sì	No
	esistono procedure atte a garantire la corretta gestione dei dati e delle registrazioni della qualità prodotti nell'ambito dell'organizzazione.	Sì	No
	la ST predispone e mantiene aggiornati appositi elenchi che indicano le registrazioni che essa si impegna a produrre e a conservare per periodi di tempo stabiliti.	Sì	No
	la ST garantisce la registrazione e la conservazione dei dati e delle informazioni prescritte ai fini del Registro nazionale e regionale sangue e plasma e dei dati relativi alla relazione annuale delle attività.	Sì	No



	la ST garantisce di adottare misure di protezione dei dati e misure di salvaguardia per prevenire aggiunte, soppressioni o modifiche non autorizzate negli archivi riguardanti i donatori, o nei registri di donatori esclusi, o trasferimenti indebiti di informazioni.	Sì	No
COD	IDENTIFICAZIONE E RINTRACCIABILITA'		
	la ST garantisce la rintracciabilità di tutte le unità di sangue e di emocomponenti in ogni fase del processo trasfusionale e per qualunque uso siano destinate, in conformità con le normative vigenti.	Sì	No
	esistono procedure atte a garantire l'identificazione univoca del donatore, delle unità di sangue e di emocomponenti donate, dei campioni biologici e del paziente trasfuso, nonché un sistema di registrazione e di etichettatura che consenta di identificare le unità trasfusionali in ogni fase del processo trasfusionale, secondo le normative vigenti. Le registrazioni sono effettuate in modo tale da garantire che sia sempre possibile risalire al personale e al medico responsabile delle singole fasi di processo.	Sì	No
COD	EMOVIGILANZA		
	esistono procedure per la gestione dell' emovigilanza, documentazione e segnalazione degli eventi avversi (reazioni trasfusionali, effetti indesiderati e incidenti gravi), rilevazioni epidemiologiche relative alle malattie trasmissibili attraverso il sangue, nonché istruzioni per le misure finalizzate alle azioni correttive e preventive.	Sì	No
	PRODUZIONE SANGUE ED EMOCOMPONENTI	Sì	No
COD	GESTIONE DONATORI		
	esistono procedure atte a garantire al donatore un adeguato livello di informazione e di educazione sanitaria in merito a tutti gli aspetti inerenti alla donazione del sangue e degli emocomponenti, anche ai fini del rilascio del consenso informato.	Sì	No
	esistono procedure atte a garantire l'implementazione di un sistema sicuro di registrazione dei donatori (su supporto informatico o cartaceo) che ne consenta l' identificazione univoca, la classificazione, la convocazione e la rintracciabilità.	Sì	No
	esistono procedure atte a garantire lo scambio dei flussi informativi per la gestione programmata dei servizi di chiamata gestiti dalle Associazioni e Federazioni dei donatori.	Sì	No
	esistono procedure atte a garantire al donatore la riservatezza di tutte le informazioni riguardanti il proprio stato di salute, i risultati delle indagini effettuate per la qualificazione biologica del sangue donato, per la rintracciabilità del sangue, dei suoi derivati e i dati genetici.	Sì	No
	la ST garantisce la comunicazione al donatore degli esiti degli accertamenti diagnostici effettuati sia in occasione di ogni donazione e sia periodicamente, ai fini della tutela della salute del donatore.	Sì	No

la ST, sulla base di specifici accordi definiti con le Associazioni e Federazioni di donatori, certifica per ciascuna Associazione e Federazione l'elenco dei propri donatori che hanno donato, il numero e la tipologia di donazione, le sospensioni temporanee e definitive, al fine di consentire a ciascuna Associazione e Federazione l'aggiornamento del proprio archivio donatori, la gestione del servizio di chiamata e la riscossione dei contributi regionali previsti dalle vigenti convenzioni regionali e/o aziendali.	Sì	No

COD.	SELEZIONE DONATORI		
	esistono procedure per la selezione del donatore che esplicitino in particolare i criteri anamnestici e clinici di ammissibilità alla donazione, gli accertamenti diagnostici da effettuare preliminarmente alla donazione e le norme/linee-guida cui la ST fa riferimento.	Sì	No
	esistono procedure per la selezione del donatore da avviare alla donazione in aferesi che esplicitino in particolare i criteri anamnestici e clinici di ammissibilità del donatore alla donazione, gli accertamenti diagnostici da effettuare preliminarmente alla donazione e le norme/linee-guida cui la ST fa riferimento.	Sì	No
	esistono procedure per le donazioni derivanti da donatori che hanno soggiornato in aree epidemiologicamente a rischio, ovvero appartenenti a gruppi etnici caratterizzati da maggiori rischi epidemiologici, per le donazioni "dedicate" e le donazioni da parte di minori, e che esplicitino i criteri di ammissibilità e le modalità di rilascio del consenso informato.	Sì	No
	esistono procedure per la gestione del donatore risultato non idoneo (sospeso temporaneamente o definitivamente).	Sì	No
	esistono procedure per l'effettuazione di indagini retrospettive sul donatore, in relazione all'accertamento del rischio di malattie trasmissibili attraverso il sangue ed i suoi derivati (Look Back).	Sì	No
	la ST predispone per ogni donatore una cartella sanitaria, da compilare ad ogni donazione a cura del personale sanitario e dal medico responsabile della selezione del donatore. La cartella è compilata secondo le modalità previste dalle normative/linee-guida vigenti in materia e deve essere sottoscritta dal medico responsabile della selezione e dal donatore, riportando in particolare il giudizio finale di idoneità ed il consenso alla donazione ed al trattamento dei dati personali.	Sì	No

COD.	RACCOLTA DEL SANGUE E DEGLI EMOCOMPONENTI		
	esistono procedure atte a garantire, preliminarmente e successivamente al prelievo, l'accurata ispezione dei dispositivi e delle soluzioni infusionali destinate alla raccolta del sangue e degli emocomponenti.	Sì	No
	esistono procedure finalizzate a garantire la corretta effettuazione della raccolta del sangue intero e dell'aferesi produttiva, in conformità a quanto previsto dalle normative vigenti e dalle linee-guida delle Società Scientifiche e degli Organismi Sanitari Internazionali accreditati	Sì	No
	esistono procedure diagnostiche atte a garantire la qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti raccolti, definite sulla base delle normative vigenti e delle linee-guida delle Società Scientifiche e degli Organismi Sanitari Internazionali accreditati.	Sì	No
	esistono procedure finalizzate a garantire la corretta e tempestiva gestione di eventuali eventi avversi accorsi al donatore durante e subito dopo la raccolta del sangue o degli emocomponenti mediante aferesi.	Sì	No

esistono procedure in cui si indicano i tempi massimi che possono intercorrere tra la raccolta e l'inizio della lavorazione relativamente alla tipologia degli emocomponenti che si dichiara volere ottenere dal sangue raccolto e alla tipologia di emocomponenti che si dichiara di raccogliere.	Sì	No
esistono procedure per la raccolta del sangue cordonale.	Sì	No

COD	LAVORAZIONE		
	esistono procedure per la regolamentazione delle attività di produzione di emocomponenti sulla base delle modalità operative e degli standard di qualità e sicurezza previsti dalle normative vigenti, delle linee-guida delle Società Scientifiche e degli Organismi Sanitari Internazionali accreditati.	Sì	No

COD	QUALIFICAZIONE BIOLOGICA E VALIDAZIONE		
	esistono procedure per l'esecuzione degli accertamenti diagnostici finalizzati alla qualificazione biologica del sangue e degli emocomponenti allogenici, sulla base delle modalità operative e degli standard di qualità e sicurezza previsti dalle normative vigenti e delle linee-guida delle Società Scientifiche e degli Organismi Sanitari Internazionali accreditati.	Sì	No
	esistono procedure e modalità operative da adottare ai fini della validazione del sangue e degli emocomponenti allogenici, sulla base delle modalità operative e degli standard di qualità e sicurezza previsti dalle normative vigenti e delle linee-guida delle Società Scientifiche e degli Organismi Sanitari Internazionali accreditati. .	Sì	No
	la ST affida la responsabilità della validazione biologica esclusivamente a personale con qualifica dirigenziale.	Sì	No
	esistono procedure per l'effettuazione di indagini e valutazioni retrospettive relative al rischio di malattie trasmissibili con la trasfusione (Look Back)	Sì	No
	esistono procedure per le modalità di trattamento degli emocomponenti che non hanno superato il processo di validazione.	Sì	No
	esistono procedure nel caso in cui l'emocomponente finale non sia validato per un risultato positivo confermato da un test di screening per infezione, che impone il recupero di tutti gli altri componenti e prodotti derivanti dalla stessa donazione; la procedura impone anche il look-back dei componenti preparati da precedenti donazioni fatte dallo stesso donatore.	Sì	No
	esistono procedure per l'etichettatura degli emocomponenti allogenici e autologhi in ogni fase produttiva e per il controllo dell'avvenuta corretta etichettatura finale. In mancanza di un sistema informatizzato convalidato per il controllo dello stato, le etichette devono consentire di distinguere chiaramente le unità di sangue e gli emocomponenti in quarantena e quelli validati. Per quanto riguarda sangue e emocomponenti autologhi, l'etichetta deve essere conforme alle prescrizioni disposte dalla normativa vigente.	Sì	No

COD	CONSERVAZIONE		
	esistono procedure per la conservazione e lo stoccaggio del sangue e degli emocomponenti, al fine di garantire il mantenimento delle caratteristiche biologiche e qualitative durante l'intero periodo di conservazione.	Sì	No
	esistono procedure per la conservazione e lo stoccaggio del sangue e degli emocomponenti destinati alla lavorazione industriale.	Sì	No

la ST conserva separatamente il sangue e gli emocomponenti autologhi dagli emocomponenti raccolti e preparati per scopi specifici.	Sì	No
esistono procedure per la gestione delle unità scadute e delle unità a carico, e se ne documenta la gestione.	Sì	No
esistono procedure per la corretta conservazione dei campioni biologici destinati alla qualificazione biologica e al controllo dello stato di salute del donatore.	Sì	No
esistono procedure per il confezionamento ed il trasporto delle unità di sangue e degli emocomponenti (e per lo smaltimento dei dispositivi utilizzati, in caso di trasfusione domiciliare).	Sì	No

COD.	GESTIONE SCORTE - DISTRIBUZIONE		
	la ST definisce la consistenza quali-quantitativa delle proprie scorte di sangue ed emocomponenti, sulla base di fabbisogni programmati e delle necessità del sistema urgenza/emergenza.	Sì	No
	la ST partecipa ai programmi di compensazione intra ed interregionali, in relazione al raggiungimento degli obiettivi di autosufficienza.	Sì	No
	esistono procedure atte a garantire la corretta gestione della compensazione.	Sì	No
	esistono procedure al fine di garantire una corretta gestione della cessione del plasma congelato alle aziende convenzionate per la lavorazione farmaceutica del plasma e per la distribuzione dei prodotti farmaceutici di ritorno.	Sì	No
	la ST garantisce la corretta tenuta dei registri di inventario e di distribuzione e registra le giacenze e le distribuzioni.	Sì	No

COD.	EMOCOMPONENTI PER USO NON TRASFUSIONALE		
	esistono procedure per la regolamentazione delle attività di produzione, distribuzione e assegnazione degli emocomponenti per uso non trasfusionale.	Sì	No

COD.	ELENCO EMOCOMPONENTI PRODOTTI DALLA ST		
	la ST predispone l'elenco aggiornato degli emocomponenti prodotti.	Sì	No
	La ST ha attivato la produzione dei seguenti emocomponenti:		
	emazie concentrate	Sì	No
	emazie concentrate con aggiunta di soluzioni additive	Sì	No
	emazie concentrate prive di buffy-coat	Sì	No
	emazie concentrate prive di buffy-coat e risospese in soluzioni additive	Sì	No

emazie lavate	Si	No
emazie leucodeplete mediante filtrazione	Si	No
emazie congelate	Si	No
concentrato di emazie da aferesi	Si	No
concentrato piastrinico da singola unità di sangue intero	Si	No
concentrato piastrinico da pool di buffy-coat	Si	No
concentrato piastrinico da aferesi	Si	No
concentrato piastrinico da plasmapiastrino-aferesi	Si	No
concentrato piastrinico da aferesi multicomponente	Si	No
piastrine criopreservate da aferesi	Si	No
concentrato granulocitario da aferesi	Si	No
plasma fresco congelato da singola unità di sangue intero	Si	No
plasma fresco congelato da aferesi	Si	No
plasma fresco congelato da plasmapiastrino-aferesi	Si	No
plasma fresco congelato da afersi multicomponente	Si	No
crioprecipitato	Si	No
plasma privo di crioprecipitato	Si	No
emocomponenti irradiati	Si	No
sangue intero e/o emocomponenti da predeposito per autotrasfusione	Si	No
gel piastrinico	Si	No
colla di fibrina	Si	No
colla di fibrina autologa	Si	No
concentrati di cellule staminali midollari omologhe	Si	No

concentrati di cellule staminali midollari autologhe Sì No

concentrati di cellule staminali da cordone ombelicale Sì No

EMERGENZA - URGENZA

COD	EMERGENZA - URGENZA		
	esistono procedure per la convocazione dei donatori in situazione di emergenza-urgenza	Sì	No
	esistono procedure per la raccolta, lavorazione, qualificazione biologica e validazione del sangue e degli emocomponenti in situazioni di emergenza-urgenza	Sì	No
	esistono procedure per la gestione delle scorte, della distribuzione e del trasporto del sangue e degli emocomponenti in situazioni di urgenza ed emergenza aziendale, regionale ed interregionale, in accordo con l'organismo di coordinamento regionale.	Sì	No
	esistono procedure per la assegnazione di emocomponenti in situazioni di emergenza ed urgenza.	Sì	No

ATTIVITA' DI DIAGNOSI E CURA

COD	ASSEGNAZIONE		
	esistono procedure informative per la gestione del processo trasfusionale, rivolte a strutture/soggetti che fanno riferimento al servizio per l'erogazione dei trattamenti trasfusionali. Le procedure definiscono modalità e flussi operativi per le seguenti attività:		
	a) identificazione univoca del paziente e dei campioni biologici per i test di compatibilità pre-trasfusionale ed abbinamento richiesta-paziente-campioni.	Sì	No
	b) invio delle richieste trasfusionali e dei relativi campioni biologici per i test di compatibilità pre-trasfusionale.	Sì	No
	c) ritiro e trasporto delle unità di emocomponenti.	Sì	No
	d) accesso ai servizi di emoteca, ove esistenti.	Sì	No
	e) gestione degli emocomponenti all'interno della unità/luogo di cura e delle procedure trasfusionali al letto del paziente.	Sì	No
	f) gestione della restituzione alla ST delle unità di emocomponenti non trasfuse.	Sì	No
	g) gestione delle attestazioni comprovanti la destinazione finale delle unità di emocomponenti non restituite alLa ST.	Sì	No

h) segnalazione di eventi avversi, errori di processo e near misses correlati al percorso trasfusionale.	Si	No
La ST predispone la modulistica da impiegare per le richieste di trasfusione, la quale deve contenere almeno i seguenti elementi:		
a) identificazione della struttura sanitaria sede di formulazione della richiesta.	Si	No
b) identificazione del paziente.	Si	No
c) informazioni cliniche e biologiche necessarie per la valutazione della appropriatezza della richiesta.	Si	No
d) tipologia e quantità di emocomponenti richiesti.	Si	No
e) data della richiesta.	Si	No
f) nominativo e firma del medico che ha formulato la richiesta.	Si	No
la ST effettua il sistematico controllo della richiesta trasfusionale e dei relativi campioni biologici.	Si	No
la ST adotta le linee guida per l'utilizzo appropriato degli emocomponenti, condivise con i reparti utilizzatori all'interno del Comitato BUS.	Si	No
esistono procedure per la esecuzione delle indagini diagnostiche pre-trasfusionali atte a a garantire l'accertamento della compatibilità immunologica fra il donatore ed il ricevente.	Si	No
esistono procedure che regolamentano le attività di consegna e l'eventuale rientro delle unità di emocomponenti assegnate.	Si	No
la ST realizza audit periodici inerenti ai consumi e all'appropriatezza nell'utilizzo degli emocomponenti e i risultati dell'audit sono verificati e condivisi con i reparti utilizzatori all'interno del Comitato BUS.	Si	No

COD: ATTIVITA' CLINICHE IN MEDICINA TRASFUSIONALE

Per quanto riguarda la verifica degli specifici criteri di autorizzazione ed accreditamento delle attività cliniche in medicina trasfusionale, si fa riferimento ai relativi capitoli riportati nel presente manuale per la verifica dei criteri generali per l'autorizzazione e/o l'accreditamento degli ambulatori specialistici medici e del day-hospital medico.

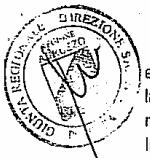
COD: ATTIVITA' DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO IN MEDICINA TRASFUSIONALE

esiste l'elenco delle prestazioni diagnostiche di laboratorio effettuate e sono disponibili per i soggetti interessati adeguate informazioni in merito alle modalità di accesso alle prestazioni e ai tempi di refertazione.	Si	No
esistono procedure per la convalida dei processi analitici.	Si	No
esistono procedure per la regolamentazione del processo di gestione della fase pre-analitica per tutti i test di laboratorio.	Si	No

esistono procedure atte a garantire la sistematica verifica dei sistemi analitici impiegati.	Sì	No
esistono procedure per il controllo di qualità intra-laboratorio.	Sì	No
esistono procedure per la regolamentazione del processo di gestione della fase analitica per tutti i test di laboratorio.	Sì	No
esistono procedure per l'elaborazione, la verifica e l'emissione dei referti.	Sì	No
esistono procedure per le modalità di gestione dei campioni biologici al termine della fase analitica.	Sì	No
La ST garantisce la partecipazione a programmi di Valutazione Esterna della Qualità delle attività diagnostiche di laboratorio effettuate.	Sì	No
La ST regolamenta con specifici accordi e con procedure condivise l'affidamento dell'esecuzione di uno o più test affidati ad altre strutture operanti nella propria azienda sanitaria.	Sì	No

COD.	AUTOTRASFUSIONE		
	esistono procedure per la definizione ed attuazione di programmi di predeposito per autotrasfusione definite di concerto con i responsabili delle aree assistenziali interessate.	Sì	No
	esistono procedure per la selezione del paziente che esplicitino i criteri anamnestici e clinici di ammissibilità al predeposito, gli accertamenti diagnostici da effettuare preliminarmente e le norme/linee-guida di riferimento.	Sì	No
	esistono procedure finalizzate a garantire la corretta effettuazione del predeposito, in conformità a quanto previsto dalle normative vigenti e dalle linee-guida delle Società Scientifiche e degli Organismi Sanitari Internazionali accreditati	Sì	No
	esistono procedure finalizzate alla produzione, qualificazione e validazione biologica di emocomponenti destinati all'autotrasfusione (predeposito), sulla base delle modalità operative e degli standard di qualità e sicurezza previsti dalle normative vigenti e delle linee-guida delle Società Scientifiche e degli Organismi Sanitari Internazionali accreditati.	Sì	No
	esistono procedure per la conservazione, lo stoccaggio ed il trasporto degli emocomponenti destinati all'autotrasfusione (predeposito).	Sì	No
	esistono procedure per la valutazione dell'appropriatezza della richiesta di emocomponenti per uso autologo.	Sì	No
	esistono procedure per lo smaltimento degli emocomponenti per uso autologo non utilizzati.	Sì	No
	la ST definisce ed utilizza specifiche procedure per il coordinamento e l'organizzazione delle attività di recupero perioperatorio e della emodiluizione.	Sì	No

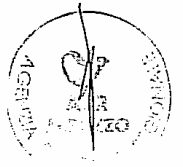
COD.	ALTA SPECIALIZZAZIONE IN MEDICINA TRASFUSIONALE



esistono procedure e modalità operative atte a garantire che le attività di alta specializzazione in Medicina Trasfusionale, con particolare riferimento alla raccolta, lavorazione, qualificazione biologica, validazione, conservazione ed assegnazione delle cellule staminali midollari, periferiche e cordonali, siano effettuate sulla base delle modalità operative e degli standard di qualità e sicurezza previsti dalle normative vigenti e delle linee-guida delle Società Scientifiche e degli Organismi Sanitari Internazionali accreditati. Sì No

COD.	ALTRE ATTIVITÀ DI DIAGNOSI E CURA

Per quanto riguarda la verifica degli specifici criteri di autorizzazione ed accreditamento delle altre attività di diagnosi e cura, si fa riferimento ai relativi capitoli riportati in altre parti del manuale di accreditamento.



RIFERIMENTO: UNITA' DI RACCOLTA FISSA AFFERENTE ALLA STRUTTURA TRASFUSIONALE

REQUISITI GENERALI DEL SERVIZIO TRASFUSIONALE

COD.	GESTIONE DELLE TECNOLOGIE E DEI MATERIALI		
	GESTIONE TECNOLOGIE		
	la UdR Fissa garantisce che tutti i dispositivi tecnologici e le attrezzature impiegati per l'erogazione del servizio siano sottoposti a periodiche attività di manutenzione e controllo e che tali attività siano formalmente documentate.	Si	No
	la UdR Fissa garantisce che tutti i dispositivi tecnologici e le attrezzature impiegati per l'erogazione del servizio siano corredati da idonee istruzioni per l'uso, in lingua italiana, consultabili da tutti gli operatori.	Si	No
	la UdR Fissa identifica univocamente tutti i dispositivi tecnologici e le attrezzature impiegati per l'erogazione del servizio all'interno di appositi elenchi.	Si	No
	la UdR Fissa garantisce che tutti i dispositivi tecnologici impiegati per l'erogazione del servizio siano collegati, ove necessario, ad un sistema di alimentazione tale da garantire il loro funzionamento anche in caso di interruzione dell'energia elettrica.	Si	No
	esistono procedure che, in caso di guasto o di caduta di tensione negli impianti di conservazione, prevedano il tempestivo intervento di ripristino.	Si	No
	esistono procedure relative alle modalità di ricondizionamento di dispositivi medici, atte a prevenire i rischi di contaminazione del prodotto nelle diverse fasi del processo di erogazione del servizio e a garantire la sicurezza degli utenti e degli operatori	Si	No
	esistono procedure per effettuare l'accurata ispezione dei dispositivi e delle soluzioni infusionali per la raccolta del sangue intero e degli emocomponenti, al fine di accertare l'assenza di difetti e/o di alterazioni.	Si	No

GESTIONE MATERIALI

la UdR Fissa utilizza solo reagenti e materiali provenienti da fornitori riconosciuti che soddisfano le prescrizioni e le cui specifiche documentate siano conformi ai requisiti previsti dalla normativa vigente	Sì	No
la UdR Fissa utilizza materiali qualificati, prima del loro utilizzo, allo scopo di verificarne l'adeguatezza e la conformità rispetto all'impiego previsto ed agli standard definiti	Sì	No
la UdR Fissa definisce univocamente e chiaramente i materiali disponibili in appositi elenchi	Sì	No
la UdR Fissa garantisce la conservazione dei materiali, farmaci e confezioni, in condizioni controllate, e che gli stessi non siano utilizzati oltre la data di scadenza.	Sì	No
la UdR Fissa verifica che reagenti, materiale di controllo, materiale di calibrazione presentino 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	Sì	No

GESTIONE SISTEMA INFORMATIVO-INFORMATICO

la UdR Fissa adotta un unico ed univoco sistema informatico convalidato per la registrazione, conservazione, aggiornamento, revisione delle informazioni sanitarie, che sia accessibile anche alle Associazioni e Federazioni dei donatori limitatamente alle informazioni di loro competenza. il sistema informatico dell'UdR Fissa è collegato (in remoto o in rete) con il sistema informatico della struttura trasfusionale di riferimento.	Sì	No
la UdR Fissa predispone e utilizza procedure per il back-up dei dati dei sistemi informativi-informatici e delle attrezzature che utilizzano dotazioni informatiche	Sì	No
la UdR Fissa garantisce che il sistema informatico implementato sia corredato dalle istruzioni per l'uso fornite dall'azienda produttrice, in lingua italiana	Sì	No
la UdR Fissa documenta l'effettuazione di controlli regolari di affidabilità dei sistemi informatici in dotazione, software, hardware e procedure di back-up. la UdR Fissa garantisce la protezione di software e hardware contro un uso non autorizzato o modifiche non ammesse	Sì	No

COD.	DOCUMENTAZIONE E REGISTRAZIONI		
	La UdR Fissa adotta sistemi atti a garantire la corretta gestione di tutti i documenti prescrittivi previsti istituzionalmente e normativamente, in relazione alle funzioni affidate.	Sì	No
	La UdR Fissa predispone e mantiene aggiornati appositi elenchi che indicano i documenti prescrittivi emessi ed applicati.	Sì	No
	esistono procedure atte ad assicurare l'identificazione, il costante reperimento ed aggiornamento dei documenti di origine esterna applicabili nell'ambito dell'organizzazione.	Sì	No
	La UdR Fissa elabora, rende disponibile ed utilizza sistematicamente adeguata modulistica, su supporto cartaceo o elettronico, destinata alla registrazione di dati ed attività secondo quanto previsto dalle procedure in vigore presso l'organizzazione.	Sì	No

esistono procedure atte a garantire la corretta gestione dei dati e delle registrazioni della qualità prodotti nell'ambito dell'organizzazione.	Sì	No
La UdR Fissa predispone e mantiene aggiornati appositi elenchi che indicano le registrazioni che essa si impegna a produrre e a conservare per periodi di tempo stabiliti.	Sì	No
La UdR Fissa garantisce di adottare misure di protezione dei dati e misure di salvaguardia per prevenire aggiunte, soppressioni o modifiche non autorizzate negli archivi riguardanti i donatori, o nei registri di donatori esclusi, o trasferimenti indebiti di informazioni.	Sì	No
COD. IDENTIFICAZIONE E RINTRACCIABILITA'		
la UdR Fissa garantisce la rintracciabilità di tutte le unità di sangue e di emocomponenti raccolte, in conformità con le normative vigenti.	Sì	No
esistono procedure atte a garantire l'identificazione univoca del donatore, delle unità di sangue e di emocomponenti donate e dei campioni biologici, nonchè un sistema di registrazione e di etichettatura che consenta di identificare le unità donate in ogni fase del processo trasfusionale, secondo le normative vigenti. Le registrazioni sono effettuate in modo tale da garantire che sia sempre possibile risalire al personale e al medico responsabile della raccolta.	Sì	No
COD. EMOVIGILANZA		
esistono procedure per la gestione dell' emovigilanza, documentazione e segnalazione degli eventi avversi (reazioni trasfusionali, effetti indesiderati e incidenti gravi), nonché istruzioni per le misure finalizzate alle azioni correttive e preventive.	Sì	No
COD. GESTIONE DONATORI		
esistono procedure atte a garantire al donatore un adeguato livello di informazione e di educazione sanitaria in merito a tutti gli aspetti inerenti alla donazione del sangue e degli emocomponenti, anche ai fini del rilascio del consenso informato.	Sì	No
esistono procedure atte a garantire l'implementazione di un sistema sicuro di registrazione dei donatori (su supporto informatico o cartaceo) che ne consenta l' identificazione univoca, la classificazione, la convocazione e la rintracciabilità.	Sì	No
esistono procedure atte a garantire lo scambio dei flussi informativi per la gestione programmata dei servizi di chiamata gestiti dalle Associazioni e Federazioni dei donatori.	Sì	No
esistono procedure atte a garantire al donatore la riservatezza di tutte le informazioni riguardanti il proprio stato di salute, i risultati delle indagini effettuate per la qualificazione biologica del sangue donato, per la rintracciabilità del sangue, dei suoi derivati e i dati genetici.	Sì	No
La UdR Fissa garantisce la comunicazione al donatore degli esiti degli accertamenti diagnostici effettuati sia in occasione di ogni donazione e sia periodicamente, ai fini della tutela della salute del donatore.	Sì	No
COD. SELEZIONE DONATORI		

Si No

esistono procedure per la selezione del donatore che esplicitino in particolare i criteri anamnestici e clinici di ammissibilità alla donazione, gli accertamenti diagnostici da effettuare preliminarmente alla donazione e le norme/linee-guida cui la UdR Fissa fa riferimento.



esistono procedure per la selezione del donatore da avviare alla donazione in aferesi che esplicitino in particolare i criteri anamnestici e clinici di ammissibilità del donatore alla donazione, gli accertamenti diagnostici da effettuare preliminarmente alla donazione e le norme/linee-guida cui la UdR Fissa fa riferimento. Sì No

esistono procedure per le donazioni derivanti da donatori che hanno soggiornato in aree epidemiologicamente a rischio, ovvero appartenenti a gruppi etnici caratterizzati da maggiori rischi epidemiologici, per le donazioni "dedicate" e le donazioni da parte di minori, e che esplicitino i criteri di ammissibilità e le modalità di rilascio del consenso informato. Sì No

esistono procedure per la gestione del donatore risultato non idoneo (sospeso temporaneamente o definitivamente). Sì No

esistono procedure per l'effettuazione di indagini retrospettive sul donatore, in relazione all'accertamento del rischio di malattie trasmissibili attraverso il sangue ed i suoi derivati (Look Back). Sì No

La UdR Fissa predispone per ogni donatore una cartella sanitaria, da compilare ad ogni donazione a cura del personale sanitario e dal medico responsabile della selezione del donatore. La cartella è compilata secondo le modalità previste dalle normative/linee-guida vigenti in materia e deve essere sottoscritta dal medico responsabile della selezione e dal donatore, riportando in particolare il giudizio finale di idoneità ed il consenso alla donazione ed al trattamento dei dati personali. Sì No

COD. RACCOLTA DEL SANGUE E DEGLI EMOCOMPONENTI

esistono procedure atte a garantire, preliminarmente e successivamente al prelievo, l'accurata ispezione dei dispositivi e delle soluzioni infusionali destinate alla raccolta del sangue e degli emocomponenti. Sì No

esistono procedure finalizzate a garantire la corretta effettuazione della raccolta del sangue intero e dell'aferesi produttiva, in conformità a quanto previsto dalle normative vigenti e dalle linee-guida delle Società Scientifiche e degli Organismi Sanitari Internazionali accreditati Sì No

esistono procedure diagnostiche atte a garantire la qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti raccolti, definite sulla base delle normative vigenti e delle linee-guida delle Società Scientifiche e degli Organismi Sanitari Internazionali accreditati. Sì No

esistono procedure finalizzate a garantire la corretta e tempestiva gestione di eventuali eventi avversi accorsi al donatore durante e subito dopo la raccolta del sangue o degli emocomponenti mediante aferesi. Sì No

esistono procedure in cui si indicano i tempi massimi che possono intercorrere tra la raccolta e l'inizio della lavorazione relativamente alla tipologia degli emocomponenti che si dichiara volere ottenere dal sangue raccolto e alla tipologia di emocomponenti che si dichiara di raccogliere. Sì No

COD. CONSERVAZIONE

esistono procedure per la conservazione e lo stoccaggio temporaneo del sangue e degli emocomponenti raccolti, al fine di garantire il mantenimento delle caratteristiche biologiche e qualitative durante l'intero periodo di conservazione. Sì No



esistono procedure per il corretto trattamento dei campioni biologici destinati alla qualificazione biologica e al controllo dello stato di salute del donatore. Si No

esistono procedure per il confezionamento ed il trasporto delle unità di sangue e degli emocomponenti presso la struttura trasfusionale di riferimento. Si No

COD.	AUTOTRASFUSIONE

esistono procedure per la definizione ed attuazione di programmi di predeposito per autotrasfusione definite di concerto con i responsabili delle aree assistenziali interessate. Si No

esistono procedure per la selezione del paziente che esplicitino i criteri anamnestici e clinici di ammissibilità al predeposito, gli accertamenti diagnostici da effettuare preliminarmente e le norme/linee-guida di riferimento. Si No

esistono procedure finalizzate a garantire la corretta effettuazione del predeposito, in conformità a quanto previsto dalle normative vigenti e dalle linee-guida delle Società Scientifiche e degli Organismi Sanitari Internazionali accreditati Si No

esistono procedure per la conservazione, lo stoccaggio temporaneo ed il trasporto degli emocomponenti destinati all'autotrasfusione (predeposito). Si No

esistono procedure per la valutazione dell'appropriatezza della richiesta di emocomponenti per uso autologo. Si No

esistono procedure per lo smaltimento degli emocomponenti per uso autologo non utilizzati. Si No

COD.	ATTIVITA' CLINICHE IN MEDICINA TRASFUSIONALE

Per quanto riguarda la verifica degli specifici criteri di autorizzazione ed accreditamento delle attività cliniche in medicina trasfusionale, si fa riferimento ai relativi capitoli riportati nel presente manuale per la verifica dei criteri generali per l'autorizzazione e/o l'accreditamento degli ambulatori specialistici medici e del day-hospital medico.

LISTA DI VERIFICA REQUISITI - ASR ABRUZZO - MANUALE DI ACCREDITAMENTO

RIFERIMENTO: UNITA' DI RACCOLTA FISSA ASSOCIATIVA

REQUISITI GENERALI DEL SERVIZIO TRASFUSIONALE

COD.	DIREZIONE DELL'UNITÀ DI RACCOLTA FISSA E MOBILE ASSOCIATIVA		
	L'Associazione (o Federazione) dei donatori designa la persona responsabile (Direttore) della Unità di Raccolta Fissa e Mobile Associativa e ne comunica il nominativo agli uffici competenti della Regione.		
	Il Direttore è in possesso dei requisiti professionali previsti dalle normative vigenti.	Sì	No
	Il Direttore garantisce che le unità di sangue e di emocomponenti siano raccolte conformemente alle normative vigenti e alle direttive tecniche fornite dal Direttore della Struttura Trasfusionale territorialmente competente. Le direttive tecniche riguardano, nel particolare:		
	la gestione delle tecnologie e dei materiali	Sì	No
	la documentazione e le registrazioni	Sì	No
	l'identificazione e la rintracciabilità	Sì	No
	l'emovigilanza	Sì	No
	la gestione dei donatori	Sì	No
	la selezione dei donatori	Sì	No
	la raccolta del sangue e degli emocomponenti	Sì	No
	la conservazione la conservazione, il trasporto e la consegna delle unità di sangue e degli emocomponenti e dei campioni biologici	Sì	No
	Il Direttore garantisce che la programmazione della raccolta del sangue e degli emocomponenti avvenga in base alle indicazioni concordate a livello di programmazione regionale e aziendale.	Sì	No
	Il Direttore predispone e documenta le funzioni, i compiti e le responsabilità di tutte le figure professionali presenti nella struttura.	Sì	No
	Il Direttore garantisce che il personale possieda e sviluppi competenze professionali commisurate al livello di responsabilità ed ai compiti assegnati. A tale scopo il Direttore definisce sistematicamente il fabbisogno formativo del personale della struttura e pianifica adeguati interventi di formazione professionale.	Sì	No
	Il Direttore definisce ed applica piani di inserimento del personale di nuova acquisizione o per il quale sia previsto un cambio di ruolo nell'ambito dell'organizzazione, al fine di garantire un addestramento adeguato prima dell'avviamento all'attività lavorativa, e ne documenta le attività	Sì	No
	Il Direttore registra e documenta le attività di formazione svolte relativamente ad ogni soggetto operante nell'ambito dell'organizzazione.	Sì	No
	Il Direttore attiva sistemi di valutazione periodica delle competenze del personale, al fine di assicurare che ogni operatore possa svolgere in modo adeguato i compiti assegnati.	Sì	No



COD. GESTIONE DELLE TECNOLOGIE E DEI MATERIALI

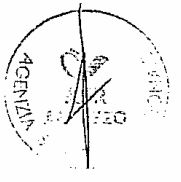
GESTIONE TECNOLOGIE

la UdR Fissa garantisce che tutti i dispositivi tecnologici e le attrezzature impiegati per l'erogazione del servizio siano sottoposti a periodiche attività di manutenzione e controllo e che tali attività siano formalmente documentate.	Si	No
la UdR Fissa garantisce che tutti i dispositivi tecnologici e le attrezzature impiegati per l'erogazione del servizio siano corredati da idonee istruzioni per l'uso, in lingua italiana, consultabili da tutti gli operatori.	Si	No
la UdR Fissa identifica univocamente tutti i dispositivi tecnologici e le attrezzature impiegati per l'erogazione del servizio all'interno di appositi elenchi.	Si	No
la UdR Fissa garantisce che tutti i dispositivi tecnologici impiegati per l'erogazione del servizio siano collegati, ove necessario, ad un sistema di alimentazione tale da garantire il loro funzionamento anche in caso di interruzione dell'energia elettrica.	Si	No
esistono procedure che, in caso di guasto o di caduta di tensione negli impianti di conservazione, prevedano il tempestivo intervento di ripristino.	Si	No
esistono procedure relative alle modalità di ricondizionamento di dispositivi medici, atte a prevenire i rischi di contaminazione del prodotto nelle diverse fasi del processo di erogazione del servizio e a garantire la sicurezza degli utenti e degli operatori	Si	No
esistono procedure per effettuare l'accurata ispezione dei dispositivi e delle soluzioni infusionali per la raccolta del sangue intero e degli emocomponenti, al fine di accertare l'assenza di difetti e/o di alterazioni.	Si	No

GESTIONE MATERIALI

la UdR Fissa utilizza solo reagenti e materiali provenienti da fornitori riconosciuti che soddisfano le prescrizioni e le cui specifiche documentate siano conformi ai requisiti previsti dalla normativa vigente	Si	No
la UdR Fissa utilizza materiali qualificati, prima del loro utilizzo, allo scopo di verificarne l'adeguatezza e la conformità rispetto all'impiego previsto ed agli standard definiti	Si	No
la UdR Fissa definisce univocamente e chiaramente i materiali disponibili in appositi elenchi	Si	No
la UdR Fissa garantisce la conservazione dei materiali, farmaci e confezioni, in condizioni controllate, e che gli stessi non siano utilizzati oltre la data di scadenza.	Si	No
la UdR Fissa verifica che reagenti, materiale di controllo, materiale di calibrazione presentino 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	Si	No

GESTIONE SISTEMA INFORMATIVO-INFORMATICO



la UdR Fissa adotta un unico ed univoco sistema informatico convalidato per la registrazione, conservazione, aggiornamento, revisione delle informazioni sanitarie, che sia accessibile anche alle Associazioni e Federazioni dei donatori limitatamente alle informazioni di loro competenza. il sistema informatico dell'UdR è collegato (in remoto o in rete) con il sistema informatico della struttura trasfusionale di riferimento.	Sì	No
la UdR Fissa predispone e utilizza procedure per il back-up dei dati dei sistemi informativi-informatici e delle attrezzature che utilizzano dotazioni informatiche	Sì	No
la UdR Fissa garantisce che il sistema informatico implementato sia corredato dalle istruzioni per l'uso fornite dall'azienda produttrice, in lingua italiana	Sì	No
la UdR Fissa documenta l'effettuazione di controlli regolari di affidabilità dei sistemi informatici in dotazione, software, hardware e procedure di back-up. la UdR Fissa garantisce la protezione di software e hardware contro un uso non autorizzato o modifiche non ammesse	Sì	No

COD.	DOCUMENTAZIONE E REGISTRAZIONI		
	La UdR Fissa adotta sistemi atti a garantire la corretta gestione di tutti i documenti prescrittivi previsti istituzionalmente e normativamente, in relazione alle funzioni affidate.	Sì	No
	La UdR Fissa predispone e mantiene aggiornati appositi elenchi che indicano i documenti prescrittivi emessi ed applicati.	Sì	No
	esistono procedure atte ad assicurare l'identificazione, il costante reperimento ed aggiornamento dei documenti di origine esterna applicabili nell'ambito dell'organizzazione.	Sì	No
	La UdR Fissa elabora, rende disponibile ed utilizza sistematicamente adeguata modulistica, su supporto cartaceo o elettronico, destinata alla registrazione di dati ed attività secondo quanto previsto dalle procedure in vigore presso l'organizzazione.	Sì	No
	esistono procedure atte a garantire la corretta gestione dei dati e delle registrazioni della qualità prodotti nell'ambito dell'organizzazione.	Sì	No
	La UdR Fissa predispone e mantiene aggiornati appositi elenchi che indicano le registrazioni che essa si impegna a produrre e a conservare per periodi di tempo stabiliti.	Sì	No
	La UdR Fissa garantisce di adottare misure di protezione dei dati e misure di salvaguardia per prevenire aggiunte, soppressioni o modifiche non autorizzate negli archivi riguardanti i donatori, o nei registri di donatori esclusi, o trasferimenti indebiti di informazioni.	Sì	No

COD.	IDENTIFICAZIONE E RINTRACCIABILITÀ		
	la UdR Fissa garantisce la rintracciabilità di tutte le unità di sangue e di emocomponenti raccolte, in conformità con le normative vigenti	Sì	No
	esistono procedure atte a garantire l'identificazione univoca del donatore, delle unità di sangue e di emocomponenti donate e dei campioni biologici, nonchè un sistema di registrazione e di etichettatura che consenta di identificare le unità donate in ogni fase del processo trasfusionale, secondo le normative vigenti. Le registrazioni sono effettuate in modo tale da garantire che sia sempre possibile risalire al personale e al medico responsabile della raccolta.	Sì	No

COD.	EMOVIGILANZA

esistono procedure per la gestione dell' emovigilanza, documentazione e segnalazione degli eventi avversi (reazioni trasfusionali, effetti indesiderati e incidenti gravi), nonché istruzioni per le misure finalizzate alle azioni correttive e preventive.	Si	No

COD	GESTIONE DONATORI		
	esistono procedure atte a garantire al donatore un adeguato livello di informazione e di educazione sanitaria in merito a tutti gli aspetti inerenti alla donazione del sangue e degli emocomponenti, anche ai fini del rilascio del consenso informato.	Si	No
	esistono procedure atte a garantire l'implementazione di un sistema sicuro di registrazione dei donatori (su supporto informatico o cartaceo) che ne consenta l' identificazione univoca, la classificazione, la convocazione e la rintracciabilità.	Si	No
	esistono procedure atte a garantire lo scambio dei flussi informativi per la gestione programmata dei servizi di chiamata.	Si	No
	esistono procedure atte a garantire al donatore la riservatezza di tutte le informazioni riguardanti il proprio stato di salute, i risultati delle indagini effettuate per la qualificazione biologica del sangue donato, per la rintracciabilità del sangue, dei suoi derivati e i dati genetici.	Si	No
	La UdR Fissa garantisce la comunicazione al donatore degli esiti degli accertamenti diagnostici effettuati sia in occasione di ogni donazione e sia periodicamente, ai fini della tutela della salute del donatore.	Si	No

COD	SELEZIONE DONATORI		
	esistono procedure per la selezione del donatore che esplicitino in particolare i criteri anamnestici e clinici di ammissibilità alla donazione, gli accertamenti diagnostici da effettuare preliminarmente alla donazione e le norme/linee-guida cui la UdR Fissa fa riferimento.	Si	No
	esistono procedure per la selezione del donatore da avviare alla donazione in aferesi, se prevista dalla programmazione aziendale, che esplicitino in particolare i criteri anamnestici e clinici di ammissibilità del donatore alla donazione, gli accertamenti diagnostici da effettuare preliminarmente alla donazione e le norme/linee-guida cui la UdR Fissa fa riferimento.	Si	No
	esistono procedure per le donazioni derivanti da donatori che hanno soggiornato in aree epidemiologicamente a rischio, ovvero appartenenti a gruppi etnici caratterizzati da maggiori rischi epidemiologici, per le donazioni "dedicate" e le donazioni da parte di minori, e che esplicitino i criteri di ammissibilità e le modalità di rilascio del consenso informato.	Si	No
	esistono procedure per la gestione del donatore risultato non idoneo (sospeso temporaneamente o definitivamente).	Si	No
	esistono procedure per l'effettuazione di indagini retrospettive sul donatore, in relazione all'accertamento del rischio di malattie trasmissibili attraverso il sangue ed i suoi derivati (Look Back).	Si	No
	La UdR Fissa predispone per ogni donatore una cartella sanitaria, da compilare ad ogni donazione a cura del personale sanitario e dal medico responsabile della selezione del donatore. La cartella è compilata secondo le modalità previste dalle normative/linee-guida vigenti in materia e deve essere sottoscritta dal medico responsabile della selezione e dal donatore, riportando in particolare il giudizio finale di idoneità ed il consenso alla donazione ed al trattamento dei dati personali.	Si	No

COD.	RACCOLTA DEL SANGUE E DEGLI EMOCOMPONENTI		
	esistono procedure atte a garantire, preliminarmente e successivamente al prelievo, l'accurata ispezione dei dispositivi e delle soluzioni infusionali destinate alla raccolta del sangue e degli emocomponenti.	Sì	No
	esistono procedure finalizzate a garantire la corretta effettuazione della raccolta del sangue intero e dell'aferesi produttiva (se prevista dalla programmazione aziendale), in conformità a quanto previsto dalle normative vigenti e dalle linee-guida delle Società Scientifiche e degli Organismi Sanitari Internazionali accreditati	Sì	No
	esistono procedure diagnostiche atte a garantire la qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti raccolti, definite sulla base delle normative vigenti e delle linee-guida delle Società Scientifiche e degli Organismi Sanitari Internazionali accreditati.	Sì	No
	esistono procedure finalizzate a garantire la corretta e tempestiva gestione di eventuali eventi avversi accorsi al donatore durante e subito dopo la raccolta del sangue o degli emocomponenti mediante aferesi (se prevista dalla programmazione aziendale).	Sì	No
	esistono procedure in cui si indicano i tempi massimi che possono intercorrere tra la raccolta e l'inizio della lavorazione relativamente alla tipologia degli emocomponenti che si dichiara volere ottenere dal sangue raccolto e alla tipologia di emocomponenti che si dichiara di raccogliere.	Sì	No
COD.	CONSERVAZIONE		
	esistono procedure per la conservazione e lo stoccaggio temporaneo del sangue e degli emocomponenti raccolti, al fine di garantire il mantenimento delle caratteristiche biologiche e qualitative durante l'intero periodo di conservazione.	Sì	No
	esistono procedure per il corretto trattamento dei campioni biologici destinati alla qualificazione biologica e al controllo dello stato di salute del donatore.	Sì	No
	esistono procedure per il confezionamento, il trasporto e la consegna delle unità di sangue e degli emocomponenti e dei campioni biologici presso la struttura trasfusionale di riferimento	Sì	No

ALL. 5

Regione Abruzzo

GIUNTA REGIONALE

Manuale di Autorizzazione ed Accreditamento

GLOSSARIO

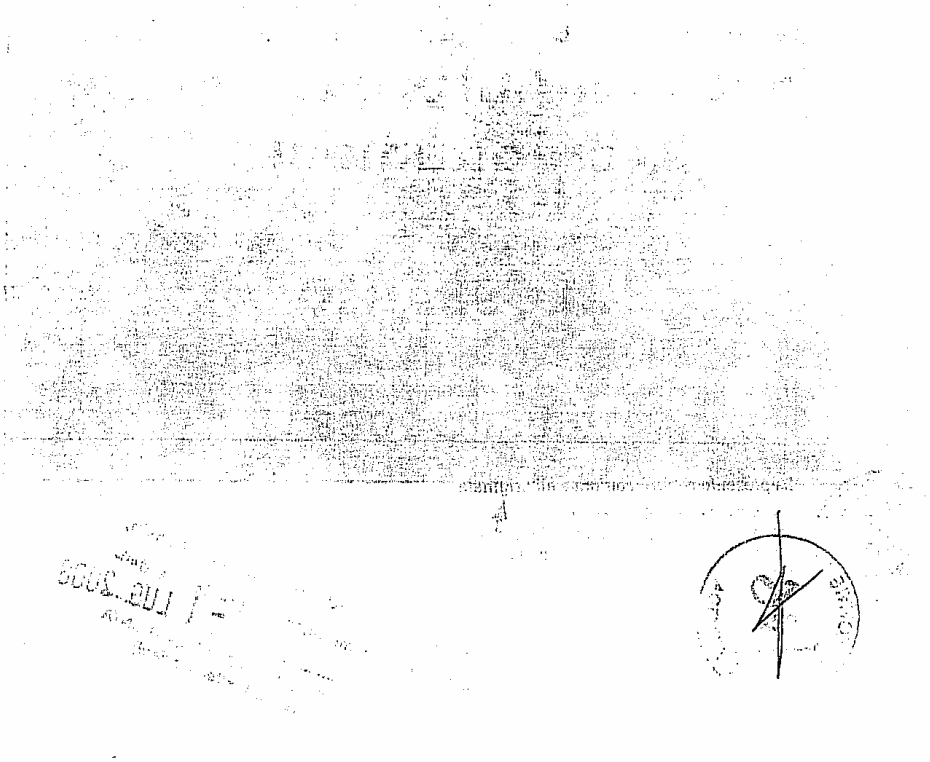
Giugno 2008

La presente copia è conforme all'originale
e si compone di fogli 7 e di 4 (TAVOLE)
facciate ciascheduna vidimata da apposito
timbro recante la dicitura "Regione Abruzzo:
Direzione Sanità".
Pescara, li 26 GIU 2008

Il Dirigente di Servizio
Dr. Luigi Mancinelli

Documento composto da n. 13 facciate,
ALLEGATO come parte integrante alla deliberazione n. 591/D del - 1 LUG. 2008
IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Dott. Walter Gariani)





GLOSSARIO

Accesso

Per accesso si intende la possibilità per i pazienti/utenti o gruppi di accedere o utilizzare i servizi, in luoghi e tempi appropriati e programmati, in funzione dei bisogni.

Accreditamento Istituzionale

Per Accreditamento Istituzionale si intende il provvedimento con il quale si riconosce alle strutture pubbliche e private già autorizzate, munite dei requisiti esplicitati nell'apposito Manuale di Accreditamento, lo status di potenziali erogatori di prestazioni nell'ambito e per conto del servizio sanitario nazionale. Tale processo tende a garantire assistenza sanitaria di buona qualità ed efficienza organizzativa.[1]

Addestramento

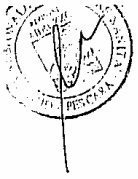
Acquisizione di abilità ("saper fare"), idonee ad una funzione ben definita e precisa.

Ambulatorio

Per ambulatorio si intende la struttura aperta al pubblico, con vincoli di giorni ed orari di apertura, avente individualità autonoma rispetto a quella dei professionisti. Nell'ambulatorio si determina un regime di impresa e una specifica separazione tra attività professionale espletata e gestione amministrativa. Esso può essere gestito in forma individuale, associata o in forma societaria ed avvalersi esclusivamente di professionisti sanitari regolarmente abilitati o iscritti agli ordini o agli albi professionali di competenza. (art.1,comma 6 lett.c LR n.32/2007)

---

[1] *Nota:*
***Decreto Legislativo 502/92** (art. 8 comma 7) e successive modifiche e integrazioni e D.Lgs. 229/99 (articolo 8 quater). Compete alle Regioni l'introduzione di sistemi di sorveglianza e di strumenti e metodologie per la verifica della qualità dei servizi a partire dalla autorizzazione ad operare già posseduta (requisiti minimi: DPR 14.1.97) per riconoscere ai soggetti già autorizzati all'esercizio di attività sanitarie lo status di potenziali erogatori di prestazioni nell'ambito e per conto del Servizio sanitario nazionale.*



Attività

Per Attività si intende l'insieme di operazioni organizzate e finalizzate. L'insieme di attività connota il processo.
Le attività si realizzano con il concorso equilibrato degli individui, dei metodi di lavoro e delle tecnologie.

Attrezzatura

Per Attrezzatura si intende qualsiasi macchina, apparecchio, utensile destinato ad essere utilizzato durante il lavoro (rif. D.Lgs. 626/94), ivi comprese anche le apparecchiature biomediche con o senza parti applicate al paziente, quelle che emettono o rilevano radiazioni o utilizzano materiali ionizzanti, quelle di laboratorio destinate a contenere, conservare, trattare od effettuare diagnosi su materiale biologico.
Sono da considerare attrezzature i beni previsti dal regolamento sull'inventario dei beni mobili. In particolare si distinguono:
a) apparecchiature biomediche,
b) apparecchiature informatiche, altre attrezzature rilevanti (es. ambulanze..).

Autorizzazione

Per Autorizzazione si intendono i distinti provvedimenti che consentono la realizzazione e l'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie da parte di soggetti pubblici e privati.

Azienda sanitaria

Per Azienda Sanitaria si intende il soggetto giuridico, pubblico e privato, che offre attività o prestazioni sanitarie.

Bisogno

Per Bisogno si intende l'esigenza di natura fisica, mentale, emotiva, sociale o spirituale per raggiungere il benessere. I bisogni possono o meno essere percepiti o espressi dalle persone e devono essere distinti dalle domande che sono desideri espressi e non necessariamente bisogni.

Caratteristica

Per Caratteristica si intende ciascuno degli aspetti peculiari che costituiscono le note distintive di un oggetto (nel nostro caso di un servizio/prestazione).



Le caratteristiche scelte per rappresentare l'oggetto si definiscono caratteristiche qualitative quando derivano da un requisito.

Cartella clinica

Per Cartella clinica si intende lo strumento informativo individuale, finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche significative relative ad un paziente e ad un singolo episodio di ricovero. Deve rispondere a criteri di rintracciabilità, chiarezza, accuratezza, veridicità, pertinenza e completezza. Deve definire i bisogni assistenziali, le prestazioni erogate da parte di tutti gli operatori sanitari (cartella integrata medico-infermieristica) ed i risultati ottenuti. Le informazioni possono essere raccolte in forma scritta, in forma di registrazione audio/video e fotografica.

Consenso

Per Consenso si intende l'accordo o l'approvazione data volontariamente da un paziente/utente in merito alle informazioni su: condizioni di salute, prestazioni proposte, rischi, benefici, risultati potenziali, opzioni ed alternative diagnostico/terapeutiche se esistenti, conseguenze derivanti dall'accettare o rifiutare le prestazioni proposte. La procedura per il consenso sancisce il diritto dei maggiorenni di accettare o rifiutare servizi e prestazioni e di nominare un decisore sostituto nell'eventualità in cui essi non fossero più in grado di prendere la decisione. Con lo stesso significato è utilizzata anche l'espressione

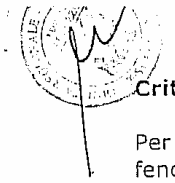
Consenso informato. Nei soggetti minorenni, ambedue i genitori devono essere coinvolti nella acquisizione del consenso .

Continuità assistenziale

Per Continuità assistenziale si intende un sistema in cui i diversi luoghi di erogazione, le prestazioni, gli operatori e i livelli di servizio sono integrati e coordinati temporalmente, senza interruzioni per soddisfare globalmente i bisogni dei pazienti/utenti o della popolazione di riferimento.

Contratto/Convenzione

Per Contratto/Convenzione si intende un accordo formale che definisce i termini e le condizioni per la fornitura o l'acquisto di beni e servizi da e per altre organizzazioni. Il contratto e i servizi erogati sono oggetto di monitoraggio e coordinamento da parte dell'organizzazione stessa.



Criterio

Per Criterio si intende l'enunciato che dichiara che si vuole investigare un fenomeno al fine di valutarlo mediante l'osservazione di sue caratteristiche pre-definite.
Il criterio è, pertanto, un punto di vista di osservazione di un oggetto e/o fenomeno legato strettamente al soggetto osservante. Il criterio è definito come riferimento concettuale (espresso) per costruire un giudizio di qualità.

Dipartimento

Con il termine dipartimento ci si riferisce ad un modello organizzativo attraverso il quale si realizza l'obiettivo di integrare funzioni tra loro affini o complementari anche se afferenti a contesti organizzativi diversi.
E' costituito da unità operative autonome ,semplici e/o complesse .

Documento e Documentazione

Per Documento/Documentazione si intende qualsiasi forma di attestazione, cartacea, informatica o altro, anche non strutturalmente codificata, comprovante un fatto avvenuto.

Formazione continua

Per formazione continua si intende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente.
L'aggiornamento professionale è l'attività successiva al corso di diploma, laurea, specializzazione, formazione complementare, formazione specifica in medicina generale, diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita lavorativa le conoscenze professionali. La formazione permanente comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali ed i comportamenti degli operatori sanitari rendendole coerenti al progresso scientifico e tecnologico. La formazione continua consiste in attività di qualificazione specifica per i diversi profili professionali, attraverso la partecipazione a corsi, convegni, seminari, organizzati da istituzioni pubbliche o private, nonché soggiorni di studio e la partecipazione a studi clinici controllati e ad attività di ricerca. L'obiettivo è quello di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal SSN

Governance

Per Governance si intende la funzione di determinare la direzione dell'organizzazione, stabilendo gli obiettivi specifici e sviluppando le politiche per guidare l'organizzazione verso il raggiungimento della propria mission.



Indicatore

Per Indicatore si intende l'elemento (misuratore quanti o qualitativo) che quantifica l'oggetto o il fenomeno che si intende misurare.

Linee guida

Per Linee guida si intende l'insieme di raccomandazioni procedurali, finalizzate ad assistere gli operatori in specifiche circostanze e con le seguenti caratteristiche:

- sono basate sull'evidenza scientifica
- sono sviluppate e supportate da gruppi di esperti
- sono orientative
- sono focalizzate sulla gestione di "casi" (mancano cioè di elementi di contestualizzazione e di personalizzazione)
- sono di applicazione generale (oltre le condizioni locali).

Manutenzione

Per Manutenzione si intende la combinazione di tutte le azioni tecniche ed amministrative, incluse le azioni di supervisione, volte a mantenere o riportare un'entità in uno stato in cui possa eseguire la funzione richiesta.

Miglioramento continuo della qualità (MCQ)

Per Miglioramento continuo della qualità (MCQ) si intende un sistema di gestione della qualità, fondato sull'analisi dei processi di produzione-erogazione di beni e servizi. Esso si basa sul concetto di "tensione continua" degli operatori alla ricerca, allo sviluppo, al mantenimento ed al miglioramento dei livelli di qualità perseguibili nell'organizzazione. Lo scopo che si intende raggiungere con l'applicazione di tale sistema di gestione nelle aziende sanitarie è quello di organizzare l'intero processo assistenziale in modo da perseguire la massima soddisfazione dell'utente garantendo, al tempo stesso, livelli elevati di efficienza gestionale, organizzativa e di economicità. In tale senso le iniziative di MCQ prevedono l'identificazione di un problema, la definizione dei criteri di buona qualità, la progettazione e l'effettuazione dell'intervento migliorativo, la valutazione di impatto dell'intervento migliorativo, la diffusione a tutti gli interessati, il monitoraggio nel tempo dei livelli di qualità raggiunti, la ricerca di nuovi elementi di miglioramento.

Mission

Per Mission si intende il motivo per cui un'organizzazione esiste; è la ragion d'essere stessa dell'organizzazione; ciò che essa sceglie di fare per soddisfare i bisogni dell'utenza.

Modello

Il Modello, in generale, rappresenta un insieme standardizzato di elementi che costituiscono un esemplare riproducibile, utile in riferimento ad obiettivi prefissati. Il modello può essere imitato e utilizzato per l'autovalutazione e per la valutazione esterna. Può essere soggetto a revisione.

Monitoraggio

Per Monitoraggio si intendono le misurazioni ripetute e continuative di una varietà di indicatori, operate per identificare potenziali problemi, per presidiare un fenomeno, per misurare l'evoluzione e il miglioramento continuo.

Organigramma

Per Organigramma si intende il modo di rappresentare la configurazione di una organizzazione per livelli di responsabilità

Organizzazione

Per Organizzazione si intende un sistema costituito da elementi, tra loro legati da rapporti di interdipendenza, all'interno di processi intenzionalmente orientati al raggiungimento di uno scopo.

Politica (Policy)

Per Politica si intendono le dichiarazioni scritte che indicano chiaramente i valori e la posizione di un'organizzazione in rapporto ad un tema specifico. Con lo stesso significato è utilizzato il termine **Politiche.**

Programma

Il Programma è la risposta organizzata per eliminare o ridurre uno o più problemi; include uno o più obiettivi, lo svolgimento di una o più attività e il consumo di risorse. E', infine, il complesso di attività che, attraverso idonee soluzioni organizzative, assicura l'unitarietà della programmazione, della organizzazione e della valutazione di processi organizzativi o di percorsi assistenziali.

Presidio

Per presidio si intende la struttura fisica, ovvero lo stabilimento ospedaliero in forma singola o di stabilimenti ospedalieri riuniti, poliambulatorio, residenza sanitaria eccetera, dove si effettuano le prestazioni e/o le attività sanitarie[2]

Procedure – Protocolli operativi

Come i protocolli diagnostico-terapeutici, indicano una procedura di comportamento ben determinata, ma non sono applicati a processi di diagnosi e cura, bensì a contesti tecnico-gestionali (p. es. procedure per disinfezione, sanificazione, accoglienza paziente).

Sono:

- basati quanto possibile sull'evidenza scientifica
- sviluppati generalmente a livello locale
- applicabili a situazioni bene identificabili
- poco flessibili
- prescrittivi.

Processo

Per Processo si intende l'organizzazione di persone, materiali, strumenti, metodi e tecnologie indispensabili per creare sequenze logiche di azioni capaci di produrre risultati significativi di valore per pazienti/utenti, convertendo input misurabili in output altrettanto misurabili mediante una successione organizzata di azioni.

Profili di assistenza

I profili di assistenza (definiti in inglese *clinical o critical pathways*) sono piani interdisciplinari di cura creati per rispondere a specifici problemi clinici di diagnosi o di terapia.

I profili di assistenza hanno le seguenti caratteristiche:

- sono basati sulle evidenze scientifiche e su linee guida
- vengono costruiti a partire dal contesto locale
- possono avere una diversa estensione (c'è sempre comunque un punto di partenza ed un punto di arrivo)
- possono essere costruiti anche attraverso la sommatoria di sub-profili con la partecipazione di diverse professionalità
- sono rivolti ai singoli "pazienti" e non soltanto ai "casi" prendendo in considerazione i diversi aspetti dell'assistenza, ivi inclusi i bisogni psico-sociali (educazione del paziente e dei familiari, pianificazione della post-dimissione, etc.).

[2] (art.1 comma6 lett.a LR n. 32/2007)

Protocolli diagnostico-terapeutici

Indicano una procedura di comportamento, ben determinata.
Sono:

- basati sull'evidenza scientifica
- sviluppati e supportati da gruppi di esperti
- di aiuto nella gestione di cure e interventi
- applicabili a situazioni specifiche
- poco flessibili
- prescrittivi
- di applicazione generale (oltre le condizioni locali).

Qualità

Disponibilità di un mix di servizi sanitari diagnostici e terapeutici tali da produrre con la maggiore probabilità, per il paziente, l'esito di un'assistenza sanitaria ottimale, compatibilmente con le conoscenze raggiunte dalla scienza medica ed il rapporto con fattori biologici quali l'età del paziente, la malattia da cui é affetto, le diagnosi secondarie concomitanti, le risposte al regime terapeutico, ed altri fattori connessi; con il minimo dispendio di risorse per raggiungere questo risultato; con il minor rischio possibile di ulteriorI danni o disabilità in conseguenza a tale terapia; e con la massima soddisfazione possibile del paziente riguardo al processo di assistenza, alla sua personale interazione con il sistema sanitario ed ai risultati ottenuti (W.H.O., 1988)

Qualità organizzativa

La Qualità organizzativa è intesa come congruenza tra elementi costitutivi dell'organizzazione. Caratterizzata da un uso più efficace e produttivo delle risorse all'interno dei limiti e delle direttive stabiliti dalle autorità preposte/acquirenti.

Qualità percepita

La Qualità percepita è intesa come scarto fra osservato ed atteso dall'operatore nel vissuto della organizzazione e dall'utente nel ricevere la prestazione.

Qualità tecnica

La Qualità tecnica è la capacità del professionista di soddisfare i bisogni degli utenti, così come da lui stesso definiti, utilizzando tecniche e procedure corrette ed appropriate.

Regolamenti interni

I Regolamenti interni definiscono le modalità di comportamento o successione di azioni definite da documenti formali o dalla normativa, che devono essere sistematicamente ottemperate.

Requisiti organizzativi

I Requisiti organizzativi sono le caratteristiche vincolanti di gestione delle organizzazioni sanitarie ai fini della realizzazione dei processi clinico-assistenziali.

Requisito

Per Requisito si intende ciascuna delle caratteristiche necessarie e richieste affinché un prodotto/servizio risponda allo scopo (vedi qualità).
In relazione all'Autorizzazione/Accreditamento: ciascuna delle caratteristiche necessarie e richieste affinché la struttura organizzativa/servizio sia gestita in qualità.
In questo contesto si definiscono requisiti generali, validi per tutte le tipologie di strutture e requisiti specifici, di dettaglio o aggiuntivi, rispetto ai precedenti da applicarsi a definite tipologie di strutture o attività sanitarie.

Rianimazione Cardio-Polmonare di base (attrezzature)

Con il termine "Rianimazione Cardio-Polmonare" si intendono le seguenti attrezzature:

- farmaci d'emergenza (check list disponibile)
- aghi cannula
- lacci emostatici
- siringhe (varie misure)
- deflussori (normali e microgoccia)
- pallone Ambu (autoespansibile) pediatrico ed adulto
- maschere
- cannule orofaringee (Mayo, Guedel),cannule laringee
- fonendoscopio
- sfigmomanometro.

Servizio

Per Servizio si intende ciò che risulta da una relazione basata su uno scambio economico, informativo, operativo, emotivo, affettivo sostenuto da una sostanziale interdipendenza fra i protagonisti della relazione.

Dalla significatività di tale interdipendenza si può misurare la dimensione della qualità. Nelle organizzazioni tale relazione presuppone una partecipazione di tre attori: cittadino/paziente, professionista, contesto organizzativo.

Sistema qualità

Il Sistema di qualità è la struttura organizzata, riconosciuta e documentata della qualità, articolata in un sistema multidimensionale integrato, spesso orientato a migliorare non soltanto la "gestione della produzione" (prodotti, processi, risultati), ma anche la funzione di "governo" del sistema-organizzazione (e i processi decisionali connessi) ed i suoi macro-risultati.

Sorveglianza

Con il termine Sorveglianza si intende il monitoraggio e la verifica continui dello stato di un'entità, analisi dei dati rilevati per assicurare che i requisiti specificati vengano soddisfatti.

Struttura Complessa

Le Strutture organizzative complesse sono strutture organizzative complesse del Dipartimento (Vedi) che aggregano risorse professionali di tipo medico, infermieristico, tecnico, amministrativo e finanziario e assicurano la direzione e l'organizzazione delle attività di competenza, nel rispetto degli indirizzi aziendali, degli obiettivi e dei criteri definiti nell'ambito del dipartimento di appartenenza.
Rappresentano una articolazione del Dipartimento, per disciplina e/o funzione e comprendono diverse aree di attività: day hospital, ricovero ordinario, sale operatorie, area ambulatoriale, oppure attività specializzate.

Struttura organizzativa

La Struttura organizzativa è la dimensione organizzativa complessiva della funzione svolta ad esempio: dipartimento, unità operativa, struttura complessa, struttura semplice.

Struttura sanitaria

Per struttura sanitaria e socio-sanitaria si intende qualunque struttura che eroga attività finalizzate alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nel contesto sanitario e socio-sanitario nel rispetto di quanto stabilito dagli atti

della programmazione sanitaria regionale ovvero piano sanitario, piani stralcio, atto del fabbisogno.[3]

Studio medico

Per studio medico, odontoiatrico o di altre professioni sanitarie si intende il luogo ove un determinato professionista sanitario regolarmente abilitato o iscritto all'ordine o all'albo di competenza esercita, in forma singola o associata, la propria attività professionale[4]

Tecnologia

Farmaci, strumenti, attrezzature e procedure mediche e chirurgiche utilizzate nell'assistenza medica ed i sistemi organizzativi e di supporto nel cui ambito l'assistenza viene erogata.

Valutazione e miglioramento della qualità

La Valutazione e il miglioramento della qualità sono attività che hanno lo scopo di garantire all'utente che le prestazioni o i servizi ricevuti siano di buona qualità. Tali iniziative possono riguardare processi/esiti di prestazioni dirette agli utenti o processi/esiti delle attività di supporto (gestionali, organizzative, amministrative, etc.).

Per iniziative di valutazione e miglioramento della qualità si intendono progetti che prevedono:

- l'identificazione di un problema (intesa come occasione di miglioramento)
- la determinazione delle cause possibili
- la definizione dei criteri, degli indicatori e dei livelli soglia di buona qualità
- la progettazione e l'effettuazione di uno o più studi per precisare la differenza tra i valori attesi e quelli osservati nonché per identificare le cause di tale discrepanza
- la progettazione e l'effettuazione dell'intervento migliorativo
- la valutazione di impatto a breve e medio termine dell'intervento migliorativo nei confronti del problema affrontato
- la diffusione dei risultati a tutti gli interessati.

[3] (art.1 comma 6 LR32/2007)

[4] (art.1 comma 6 lett.b)



Verifica

Per verifica si intende la conferma sostenuta da evidenze oggettive del soddisfacimento di requisiti specificati.
Si tratta cioè di una operazione di controllo per mezzo della quale si procede, con prove, misure all'accertamento delle congruenze, regolarità di un 'azione, di un progetto, di un prodotto, di un esito.



ALL. 6

Regione Abruzzo

GIUNTA REGIONALE

LEGGE REGIONALE 31 LUGLIO 2007, N. 32

Norme Regionali di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private

PROCEDURE

Procedura Autorizzazione alla realizzazione
Procedura Autorizzazione all'esercizio
Procedura di Accreditamento Istituzionale

Giugno 2008

La presente copia è conforme all'originale
e si compone di fogli 16 e di (ZERO)
facciate ciascheduna vidimata da apposito
timbro recante la dicitura "Regione Abruzzo;
Direzione Sanità"
Pescara, lì 26 GIU 2008
Il Dirigente di Servizio
Dr. Enzo Marcinelli

Documento composto da n. 31 facciate,
ALLEGATO come parte integrante alla deliberazione n. 591/P del 1 LUG 2008
IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Dott. Walter Gariani)

INDICE

Procedura autorizzazione alla realizzazione .....pag. 2

Procedura autorizzazione all'esercizio.....pag. 5

Procedura di accreditamento istituzionale.....pag. 7

Modulo "Domanda per l'autorizzazione alla realizzazione".....pag. 10

Istruzioni per la compilazione del modulo "Domanda per l'autorizzazione alla realizzazione".....pag. 13

Modulo "Domanda per l'autorizzazione all'esercizio".....pag. 15

Istruzioni per la compilazione del modulo "Domanda per l'autorizzazione all'esercizio".....pag. 18

Modulo "Domanda per l'accreditamento istituzionale" .....pag. 20

Istruzioni per la compilazione del modulo "Domanda per l'accreditamento istituzionale".....pag. 22

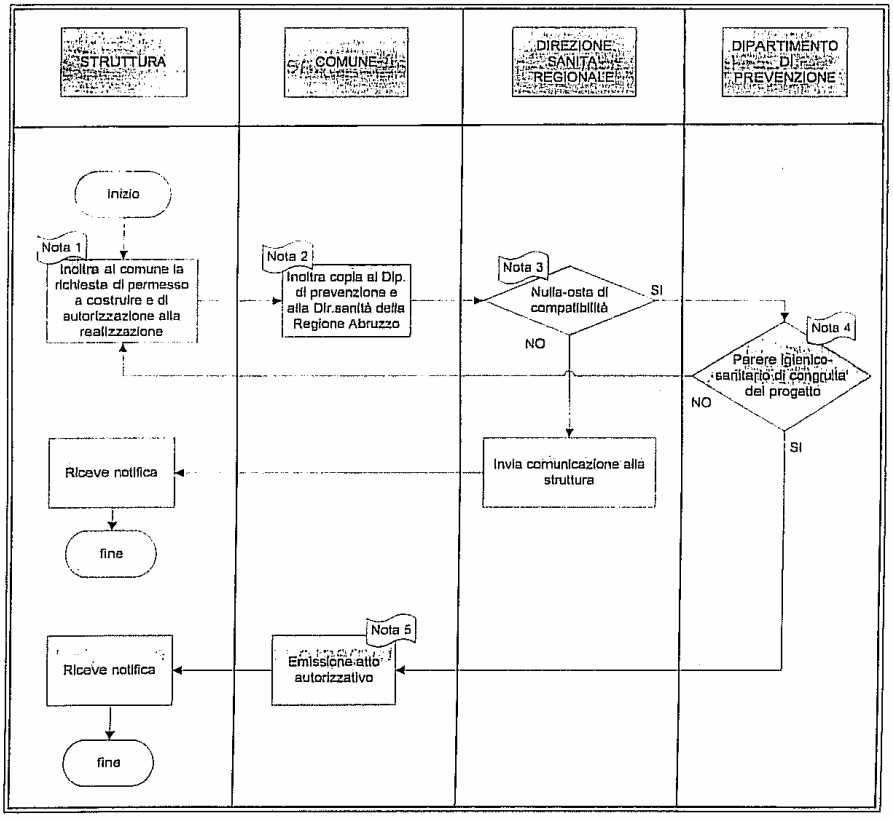
Allegato A alla domanda di rilascio dell'accreditamento istituzionale.....pag. 24

LEGGE REGIONALE 31 Luglio 2007, n. 32
Norme Regionali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private

PROCEDURA AUTORIZZAZIONE REALIZZAZIONE
(Articolo 3)

Lo scopo del presente documento è quello di definire la procedura (fasi, tempi, responsabilità, modulistica) di richiesta e di concessione dell'autorizzazione alla realizzazione, secondo quanto previsto dall'art. 3 L.R. n. 32/2007. Tale procedura si applica a tutti gli aventi causa di cui all'art. 2 comma 1 della L.R. n. 32/2007 che chiedono la realizzazione, l'ampliamento ed il trasferimento in altro Comune di struttura sanitaria o socio-sanitaria e a tutte le strutture, gli studi ed i professionisti autorizzati predefinitivamente ai sensi dell'art. 11 della L.R. n. 32/2007 che intendono chiedere l'autorizzazione definitiva.

La **procedura di autorizzazione alla realizzazione** è descritta nel seguente diagramma di flusso e nelle note associate.





Descrizione delle attività

NOTA 1:
I soggetti pubblici e privati che intendono realizzare, ampliare, trasformare o trasferire una struttura di cui all'art. 2 comma 1 della L.R. n. 32/2007 inoltrano al comune territorialmente competente:

- la richiesta di permesso a costruire;
- la richiesta di autorizzazione alla realizzazione della struttura.

La richiesta di permesso a costruire deve essere corredata da:

- attestazione di avvenuto pagamento dei diritti sanitari;
- relazione tecnico illustrativa dell'intervento proposto;
- copia del progetto architettonico: planimetrie, prospetti, sezioni, che deve garantire il rispetto dei requisiti minimi tecnologici strutturali ed impiantistici dettagliati nel Manuale di Autorizzazione;
- i certificati di agibilità degli impianti;
- il certificato prevenzione incendi.

La richiesta di autorizzazione alla realizzazione della struttura deve essere redatta in forma di domanda su apposito modulo (MOD01) allegando i documenti sotto elencati:

- autocertificazione concernente la conformità del progetto al possesso dei requisiti minimi costituita da una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà firmata dal Responsabile della struttura con allegate copie fotostatiche del Manuale di autorizzazione autocompilate e firmate singolarmente dal Responsabile della singola struttura organizzativa, in numero corrispondente alle aree di intervento oggetto di autorizzazione;
- eventuali documenti attestanti il possesso di requisiti contrassegnati nel Manuale con un asterisco. Qualora in uno stesso documento sia attestato il possesso di più requisiti, questi vanno segnalati in allegato al documento stesso, richiamando il codice paragrafo e il numero del requisito;
- esclusivamente per l'autorizzazione predefinitiva (di cui all' art. 11 L.R. n. 32/2007) autocertificazione relativa allo stato di fatto della struttura e dettagliato Programma di Adeguamento di cui al comma 2 art. 11 L.R. n. 32/2007.

Le documentazioni e autocertificazioni necessarie devono indicare inoltre:

- i dati anagrafici del soggetto richiedente nel caso lo stesso sia persona fisica;
- la sede e la ragione sociale nel caso in cui il soggetto richiedente sia una società;
- la sede e la denominazione nel caso in cui il richiedente sia un soggetto pubblico;
- la tipologia delle prestazioni che si intendono erogare;
- la tipologia di regime (ambulatoriale, ricovero ospedaliero, residenziale/semiresidenziale, termale).

Entro 90 giorni dalla deliberazione di Giunta di cui al comma 2 dell'art. 4 L.R. n. 32/2007 i Rappresentanti legali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private operanti sul territorio trasmettono al Comune competente domanda di autorizzazione definitiva corredata di autocertificazione relativa allo stato di fatto



della rispettiva struttura rispetto ai requisiti minimi autorizzativi e di eventuale Programma di Adeguamento degli stessi.

I soggetti pubblici e privati che intendono realizzare, ampliare, trasformare o trasferire una struttura di cui all'art. 2 comma 1 della L.R. n. 32/2007 devono inoltre far pervenire presso l'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR Abruzzo) copia dell'autovalutazione su supporto informatico del modulo relativo al Manuale di autorizzazione, (scaricabile dal sito internet dell'Agenzia Sanitaria Regionale), in numero corrispondente alle aree di intervento oggetto di autorizzazione.

NOTA 2
La documentazione della richiesta di cui alla NOTA 1 è inviata dalla struttura al Comune in duplice copia. Una copia della documentazione è immediatamente trasmessa dal Comune al Dipartimento di Prevenzione dell'azienda USL competente per territorio per il parere igienico sanitario di congruità del progetto (art. 3, comma 5 lettera a L.R. n. 32/ 2007), e un'altra copia alla Direzione Sanità regionale per il nulla-osta di compatibilità (art. 3, comma 5 lettera b L.R. n. 32/2007).
Il Comune e la Regione possono richiedere, previa reciproca informazione, eventuale integrazione della documentazione fornita dagli aventi causa.

NOTA 3
Il nulla-osta di compatibilità di cui all'art. 3, comma 5 lettera b) L.R. n. 32/2007, viene determinato a cura del competente Servizio della Direzione Sanità e rilasciato previo parere obbligatorio e vincolante, da rendere entro e non oltre sessanta giorni - per le strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale e per gli studi professionali singoli e associati, mono o polispecialistici di cui al comma 2 dell'art. 8 ter D.Lgs 30.12.1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni – ed entro e non oltre centoventi giorni per le strutture residue a più elevata complessità – dalla presentazione della domanda e comunque entro sessanta giorni dall'istruzione della pratica da parte del servizio competente, della Conferenza Permanente Regione-Aziende Sanitarie Locali, della tipologia di attività richieste in relazione al fabbisogno complessivo ed alla localizzazione territoriale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie presenti in ambito regionale.

NOTA 4
Il Dipartimento di Prevenzione territorialmente competente rilascia il parere positivo igienico-sanitario di cui all'art. 3, comma 5 lettera a) L.R. n. 32/ 2007, previa verifica, entro sessanta giorni dalla ricezione della domanda, della congruità del progetto rispetto ai requisiti minimi strutturali, tecnologici ed impiantistici previsti nell'apposito manuale di cui al comma 2 art. 4 L.R. n. 32/2007.

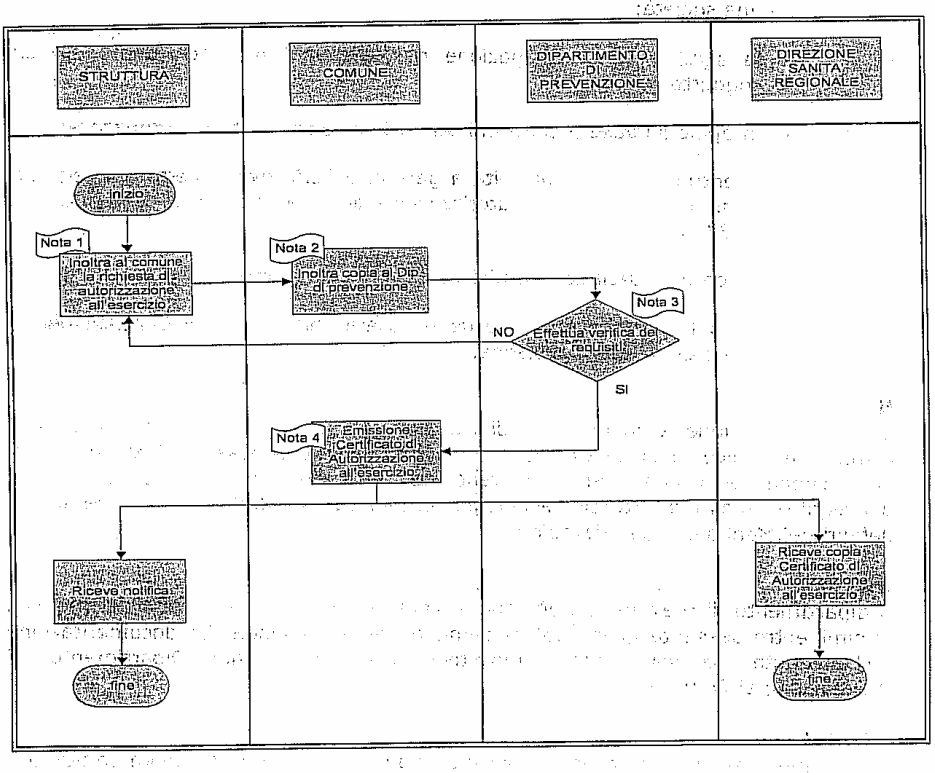
NOTA 5
Il permesso a costruire e l'autorizzazione alla realizzazione sono rilasciate dal comune contestualmente, entro centottanta giorni dalla presentazione della domanda.
Il Comune non può rilasciare le autorizzazioni di sua spettanza senza l'esito positivo della verifica di compatibilità regionale e del parere igienico sanitario (art. 3 comma 5 lettera a e lettera b della L.R. n. 32/2007).

LEGGE REGIONALE 31 Luglio 2007, n. 32
Norme Regionali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private

PROCEDURA AUTORIZZAZIONE ESERCIZIO
(Articolo 4)

Lo scopo del presente documento è quello di definire la procedura (fasi, tempi, responsabilità, modulistica) di richiesta e di concessione dell'autorizzazione all'esercizio d'attività sanitaria e socio-sanitaria, secondo quanto previsto dall'art. 4 L.R. n. 32/2007. Tale procedura si applica a tutti i soggetti, già autorizzati ai sensi dell'art. 3 L.R. n. 32/2007, per l'avvio delle specifiche attività descritte al comma 1 dell'art. 2 L.R. n. 32/2007.

La **procedura di autorizzazione all'esercizio** è descritta nel seguente diagramma di flusso e nelle note associate.



NOTA 1

I soggetti autorizzati alla realizzazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie ai sensi dell'articolo 3 della L.R. n. 32/2007 terminati i lavori e comunque prima dell'utilizzo delle medesime, devono chiedere al comune il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio delle specifiche attività descritte al comma 1 dell'art. 2 L.R. n. 32/2007.

La domanda redatta su apposito modulo (MOD02) di cui al comma 2 dell'art. 4 L.R. n. 32/2007 contiene le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà concernenti la *conformità dell'opera al progetto approvato e le necessarie autocertificazioni* relative al possesso dei requisiti minimi definiti nel Manuale di autorizzazione di cui al comma 2 art. 4 L.R. n. 32/ 2007.

Le documentazioni e autocertificazioni necessarie devono indicare inoltre:

- i dati anagrafici del soggetto richiedente nel caso lo stesso sia persona fisica;
- *la sede e la ragione* sociale nel caso in cui il soggetto richiedente sia una società;
- la sede e la denominazione nel caso in cui il richiedente sia un soggetto pubblico;
- la tipologia delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie autorizzate;
- eventuali prescrizioni volte a garantire l'effettivo rispetto dei requisiti *minimi condizionanti l'autorizzazione alle realizzazioni di cui art. 3* L.R. n. 32/ 2007;
- il nome e i titoli accademici del direttore sanitario.

La sostituzione del direttore sanitario deve essere comunicata al Comune per la variazione del decreto di autorizzazione.

NOTA 2

La documentazione della richiesta di cui alla Nota 1 è inviata dalla struttura al comune in duplice copia. Una copia è immediatamente trasmessa al Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda USL competente per territorio per la verifica del rispetto dei requisiti minimi strutturali, tecnologici, organizzativi e di dotazione di personale definiti nel Manuale di autorizzazione.

NOTA 3

Il dipartimento di prevenzione effettua la verifica dell'effettivo rispetto dei requisiti minimi entro sessanta giorni dal ricevimento della domanda. La documentazione dell'avvenuta verifica viene tempestivamente inviata dal Dipartimento di Prevenzione al Comune.

NOTA 4

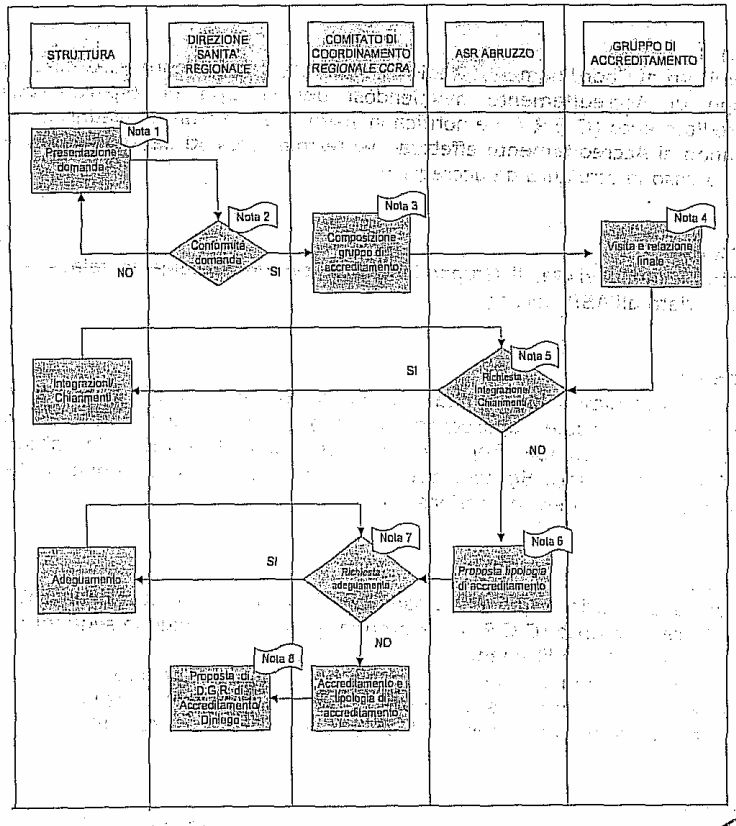
Il Comune rilascia il certificato di autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria o socio-sanitaria al rappresentante legale richiedente entro novanta giorni dalla presentazione della domanda.
Copia di tale certificato va inoltrata dal Comune alla Direzione Sanità Regionale.

LEGGE REGIONALE 31 Luglio 2007, n. 32
Norme Regionali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private

PROCEDURA ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE
(Art. 6, comma 2, lettera b)

Lo scopo del presente documento è quello di definire la procedura (fasi, tempi, responsabilità, modulistica) di richiesta e di concessione dell'accreditamento istituzionale, secondo quanto previsto dall'art. 6 L.R. n.32/2007. Tale procedura si applica a tutte le strutture, gli studi e i professionisti autorizzati all'esercizio dell'attività sanitaria ai sensi dell'art. 4 della L.R. n. 32/2007 e a tutte le strutture, gli studi e i professionisti accreditati predefinitivamente ai sensi dell'art. 12 della L.R. n. 32/2007 che intendono chiedere l'accreditamento istituzionale.

La **procedura di accreditamento** è descritta nel seguente diagramma di flusso e nelle note associate.



NOTA 1
I soggetti autorizzati all'esercizio dell'attività sanitaria ai sensi dell'articolo 4 della L.R. n. 32/2007 ed i soggetti accreditati predefinitivamente ai sensi dell'art. 12 L.R. n. 32/2007 che intendono chiedere l'accreditamento istituzionale inoltrano la relativa domanda alla Direzione Sanità Regionale. La domanda va redatta sull'apposito "Modulo per l'Accreditamento Istituzionale" (Mod. Acc. Ist. 01) Allegato 1.

NOTA 2
Il Dirigente del servizio competente della Direzione Sanità Regionale, verifica la completezza della documentazione (domanda ed allegati). In caso di esito negativo della verifica di conformità della domanda, il Dirigente del servizio competente della Direzione Sanitaria Regionale respinge la domanda e comunica il relativo provvedimento all'interessato nel termine di trenta giorni dal ricevimento della domanda medesima. Le domande accettate vengono inviate dalla Direzione Sanità della Regione al Comitato di Coordinamento Regionale per l'Accreditamento (C.C.R.A.).

NOTA 3
Il Comitato di Coordinamento Regionale per l'Accreditamento (C.C.R.A.) compone il Gruppo di Accreditamento avvalendosi del Gruppo di Esperti Regionali per l'Accreditamento (G.E.R.A.) e notifica la visita alla struttura richiedente.
Il Gruppo di Accreditamento effettua, nei termini previsti dal regolamento, apposita visita presso la struttura da accreditare.

NOTA 4
Al termine della visita, il Gruppo di Accreditamento redige la relazione finale che viene inviata all'ASR Abruzzo.

NOTA 5
Qualora l'ASR rilevi l'opportunità di eventuali integrazioni e/o chiarimenti, verranno comunicate al legale rappresentante della struttura che entro 15 giorni dalla comunicazione dell'ASR Abruzzo farà pervenire alla stessa le integrazioni e i chiarimenti necessari. Se necessario l'ASR Abruzzo attiverà nuovamente il Gruppo di Accreditamento per un'ulteriore visita.

NOTA 6
L'Agenzia Sanitaria Regionale trasmette al Comitato di Coordinamento Regionale per l'Accreditamento (C.C.R.A.) la propria proposta secondo la seguente scala:

- Diniego Accreditamento;
- Accreditamento con prescrizioni e tempi di adeguamento;
- Accreditamento Istituzionale con definizione della classe di accreditamento, ai sensi dell'articolo 6 della L.R. n. 32/2007.

NOTA 7
Il Comitato di Coordinamento Regionale per l'Accreditamento (C.C.R.A.) valuta la tipologia di Accreditamento, su proposta motivata dall'ASR Abruzzo, e formula la valutazione finale da trasmettere alla Direzione Sanità Regionale. Nel caso di



Accreditamento con prescrizione sarà richiesto al Legale rappresentante della struttura di provvedere, entro novanta giorni, all'adeguamento.

NOTA 8

La Direzione Sanità Regionale propone alla Giunta Regionale la deliberazione per il livello di accreditamento o il diniego dello stesso.
La Giunta Regionale entro venti giorni dal ricevimento della proposta con deliberazione di giunta formalizza l'atto.
I relativi atti formali vengono notificati dal Servizio competente della Direzione Sanità Regionale al rappresentante legale della struttura e, per conoscenza, all'ASR Abruzzo.



DOMANDA PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE (NUOVA COSTRUZIONE, AMPLIAMENTO, TRASFORMAZIONE, TRASFERIMENTO) DI UNA STRUTTURA SANITARIA O SOCIO-SANITARIA (ART. 3 L.R. 31 luglio 2007, n. 32)

MOD 01

Al Sindaco del Comune di

_____

e p.c. :

Al Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria Locale di _____

Via _____

_____

Al Direttore della Direzione Sanità Regionale
Regione Abruzzo
Via Conte di Ruvo, 74
65127 PESCARA

A

Il/la sottoscritto/a in qualità di titolare o di delegato dello Studio Associato_____

_____

Nato/a a_____ Prov. di _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n° _____

Codice Fiscale n° _____ Telefono n° _____

B

In qualità di titolare/legale rappresentante della Società/Ente/Azienda_____

_____

Partita IVA _____con Sede in _____

Via _____ n° _____

Consapevole che:

1) è vietata la realizzazione di strutture sanitarie o socio-sanitarie non compatibili con gli strumenti della programmazione sanitaria regionale previsti dalla L.R. n. 32 del 2007 (Piano Sanitario Regionale, piani stralcio, atto del fabbisogno);
2) le stesse strutture devono rispettare i requisiti minimi tecnologici, strutturali ed impiantistici previsti nel manuale di Autorizzazione

con la presente

CHIEDE

il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione:

C

di una struttura sanitaria (o socio-sanitaria) denominata (1):

_____

per l'erogazione di prestazioni (2): _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

in regime (3): _____

con una dotazione di n° _____ posti letto

D

di uno studio di professione sanitaria: _____

_____

nella unità immobiliare da realizzare (o sita) in codesto Comune, via _____

_____

avente le caratteristiche indicate nel progetto redatto in conformità ai requisiti minimi tecnologici, strutturali ed impiantistici dettagliati nel manuale di Autorizzazione e per la quale (ove dovuto) chiede il rilascio del permesso a costruire.

Si elencano di seguito i documenti allegati:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Data_____ Firma _____

Istruzioni per la compilazione del MOD 01 "Domanda per l'autorizzazione alla realizzazione (nuova costruzione, ampliamento, trasformazione, trasferimento) di una struttura sanitaria o socio-sanitaria (L.R. n. 32/2007)

La domanda di autorizzazione alla realizzazione, ampliamento, trasformazione, trasferimento di una struttura sanitaria o socio sanitaria, di uno studio odontoiatrico, o medico, o di altra professione sanitaria ove si intendano praticare prestazioni che comportano rischio per la sicurezza del paziente, va presentata congiuntamente alla richiesta di permesso a costruire corredata da:

- attestazione di avvenuto pagamento dei diritti sanitari;
- relazione tecnico illustrativa dell'intervento proposto;
- copia del progetto architettonico: planimetrie, prospetti, sezioni, che deve garantire il rispetto dei requisiti minimi tecnologici strutturali ed impiantistici dettagliati nel Manuale di Autorizzazione;
- i certificati di agibilità degli impianti;
- il certificato prevenzione incendi.

La richiesta di autorizzazione deve essere prodotta in n. tre copie (una per il Comune, una per la Regione ed una per l'Azienda USL) per tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private, redatta in forma di domanda su apposito modulo (MOD01) allegando i documenti sotto elencati:

- autocertificazione concernente la conformità del progetto al possesso dei requisiti minimi costituita da una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà firmata dal Responsabile della struttura con allegate copie fotostatiche del Manuale di autorizzazione autocompilate e firmate singolarmente dal Responsabile della singola struttura organizzativa, in numero corrispondente alle aree di intervento oggetto di autorizzazione;
- eventuali documenti attestanti il possesso di requisiti contrassegnati nel Manuale con un asterisco. Qualora in uno stesso documento sia attestato il possesso di più requisiti, questi vanno segnalati in allegato al documento stesso, richiamando il codice paragrafo e il numero del requisito;
- esclusivamente per l'autorizzazione predefinitiva (di cui all'art. 11 L.R. n. 32/2007) autocertificazione relativa allo stato di fatto della struttura e dettagliato Programma di Adeguamento di cui al comma 2 art. 11 L.R. n. 32/2007.

Le documentazioni e autocertificazioni necessarie devono indicare inoltre:

- i dati anagrafici del soggetto richiedente nel caso lo stesso sia persona fisica;
- la sede e la ragione sociale nel caso in cui il soggetto richiedente sia una società;
- la sede e la denominazione nel caso in cui il richiedente sia un soggetto pubblico;
- la tipologia delle prestazioni che si intendono erogare;
- la tipologia di regime (ambulatoriale, ricovero ospedaliero, residenziale/semiresidenziale, termale).

Il riquadro A deve essere sempre compilato integralmente. Nel caso degli studi associati libero-professionali la domanda deve essere sottoscritta da uno dei soci dello studio delegato a sottoscrivere da tutti gli altri soci. Copia della delega alla firma va allegata alla domanda.

Il riquadro B deve essere compilato nel caso in cui la titolarità della struttura sia di una Società, Ente, Azienda o comunque di una persona giuridica.

Il riquadro C deve essere compilato nel caso della realizzazione di una struttura indicando:
al punto (1) la denominazione della struttura;
al punto (2) la tipologia delle prestazioni che si intende erogare;
al punto (3) specificare la tipologia di regime come di seguito indicato:

3.1. regime ambulatoriale:

1) Ambulatori di specialistica medica
2) Ambulatori di specialistica chirurgica
3) Ambulatori di specialistica odontoiatrica
4) Ambulatori delle professioni specialistiche sanitarie
5) Medicina di laboratorio
6) Diagnostica per immagini
7) Ambulatori di riabilitazione (stabilimenti di fisiochinesi terapia)
8) Recupero e rieducazione funzionale (ex art. 26 L. 833 del 23.12.1978 "Istituzione del sistema sanitario nazionale")
9) Dialisi
10) Terapia iperbarica
11) Consultori familiari
12) Centri di salute mentale,
13) Trattamento delle tossicodipendenze
14) Poliambulatori

3.2. regime di ricovero ospedaliero:

1) Presidi Ospedalieri che erogano prestazioni a ciclo continuativo o diurno per acuti e post acuti.

3.3. regime residenziale e semiresidenziale:

1) attività riabilitativa extraospedaliera per portatori di disabilità sensoriali fisiche e psichiche (art. 2 comma 1 lettera C n. 1 L.R. n. 32/2007);
2) attività di tutela della salute mentale ad esclusione delle strutture destinate all'accoglienza di persone con problematiche psico-sociali (art. 2 comma 1 lettera C n. 2 L.R. n. 32/2007),
3) attività di tutela di soggetti affetti da dipendenze patologiche; (art. 2 comma 1 lettera C n. 3 L.R. n. 32/2007);
4) attività di assistenza di soggetti non esclusivamente anziani, in esiti di patologie fisiche, psichico-sensoriali o miste, non autosufficienti e non assistibili a domicilio (Centri Residenziali, Residenze Assistite, Residenze Sanitarie Assistenziali) (art. 2 comma 1 lettera C n. 4 L.R. n. 32/2007);
5) attività di cure palliative rivolte ai malati terminali (Hospice); (art. 2 comma 1 lettera C n. 5 L.R. n. 32/2007).

3.4. regime termale (complessi e stabilimenti termali).

Il riquadro D deve essere compilato nel caso in cui la domanda si riferisca alla realizzazione di studi medici, odontoiatrici e delle professioni sanitarie di cui al comma 1 dell'art. 8 ter del D.Lgs. 229/99 eroganti prestazioni di chirurgia ambulatoriale elencate nell'Allegato B4 "Lista procedure chirurgiche eseguibili in regime ambulatoriale" L.R. 23.06.2006 n. 20, ovvero procedure diagnostiche di particolare complessità o che comportino un concreto rischio per la sicurezza del paziente ai sensi del comma 1 dell'art. 8 ter del D.Lgs 229/1999.

La domanda deve essere sottoscritta dal titolare della struttura (o studio) o dal suo legale rappresentante.

Questa domanda non deve essere presentata nel caso in cui si proceda alla realizzazione di modifiche non strutturali e nei casi per i quali è sufficiente la comunicazione di cui al MOD 04 (comunicazione all'ASL territorialmente competente) secondo quanto previsto all'art. 2 comma 3 L.R. n. 32/2007.

DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' SANITARIA O SOCIO-SANITARIA (ART. 4 L.R. n. 32/2007)

MOD 02

Al Sindaco del Comune di

_____

e p.c.:

Al Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria Locale di _____

Via _____

_____

Al Direttore della Direzione Sanità Regionale
Regione Abruzzo
Via Conte di Ruvo, 74
65127 PESCARA

A

Il/la sottoscritto/a in qualità di titolare o di delegato dello Studio Associato_____

_____

Nato/a a_____ Prov. di _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n° _____

Codice Fiscale n° _____ Telefono n° _____

B

In qualità di titolare/legale rappresentante della Società/Ente/Azienda_____

_____

Partita IVA _____con Sede in _____

Via _____ n° _____

Chiede il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria (o socio-sanitaria)

C

nella struttura sanitaria (o socio-sanitaria) denominata (1) :

_____

per l'erogazione di prestazioni (2): _____

in regime (3): _____

con una dotazione di (4) n: _____ posti letto

D

di uno studio di professione sanitaria: _____

realizzato nella unità immobiliare sita in codesto Comune, via _____

_____

A tale scopo, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara:

- che la/lo struttura/studio è stata/o realizzata/o in conformità al progetto approvato in sede di autorizzazione alla realizzazione dell'unità immobiliare;
- che la/lo stessa/o rispetta la normativa vigente in materia igienico-sanitaria e di sicurezza del lavoro ed è dotata dei requisiti minimi indicati nelle schede allegate redatte, sottoscritte e documentate in conformità a quanto richiesto nel manuale integrativo di cui al comma 2 art. 4 L.R. n. 32/2007;
- che la direzione sanitaria/responsabilità è affidata al Dott. _____

nato il _____ Laureato in _____

presso l'Università degli studi di _____ il _____

specialista in _____

iscritto presso l'Ordine dei _____ della Provincia di _____

Il quale, con la sottoscrizione qui apposta, anch'egli consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci dichiara che i titoli personali sopra indicati sono effettivamente quelli posseduti, che non ha in corso provvedimenti restrittivi della professione e che non esercita altre attività incompatibili.

Si elencano di seguito i documenti allegati:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Data _____

Firma del Direttore sanitario : _____
(per esteso)

Firma del Titolare o Legale rappresentante: _____
(per esteso)

Istruzioni per la compilazione del MOD 02 "Domanda per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria o socio-sanitaria art. 4 L.R. n. 32/2007"

La domanda di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria va presentata, da chi sia stato autorizzato alla realizzazione di una struttura sanitaria o socio sanitaria o di uno studio odontoiatrico o medico o di altra professione sanitaria ove si intendano praticare prestazioni che comportino rischio per la sicurezza del paziente, prima dell'inizio dell'attività e deve essere allegata alla domanda per il rilascio del certificato di agibilità quando dovuto, unitamente alle tabelle redatte, sottoscritte e documentate in conformità a quanto richiesto nel manuale integrativo di cui al comma 2 art. 4 L.R. n. 32/2007.

La stessa deve essere prodotta in tre copie (una per il Comune, una per la Regione ed una per l'Azienda USL del territorio) per tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private, allegando i documenti sottoelencati:

- autocertificazione concernente la conformità della struttura al possesso dei requisiti minimi costituita da una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà firmata dal Legale rappresentante con allegate copie fotostatiche del Manuale di autorizzazione autocompilate e firmate singolarmente dal Responsabile della singola struttura organizzativa, in numero corrispondente alle aree di attività oggetto di autorizzazione;
- eventuali documenti attestanti il possesso di requisiti contrassegnati nel Manuale con un asterisco. Qualora in uno stesso documento sia attestato il possesso di più requisiti, questi vanno segnalati in allegato al documento stesso, richiamando il codice paragrafo e il numero del requisito;
- esclusivamente per l'autorizzazione predefinitiva (di cui all'art. 11 L.R. n. 32/2007) autocertificazione relativa allo stato di fatto della struttura e dettagliato Programma di Adeguamento di cui al comma 2 art. 11 L.R. n. 32/2007.

Le documentazioni e autocertificazioni necessarie devono indicare inoltre:

- i dati anagrafici del soggetto richiedente nel caso lo stesso sia persona fisica;
- la sede e la ragione sociale nel caso in cui il soggetto richiedente sia una società;
- la sede e la denominazione nel caso in cui il richiedente sia un soggetto pubblico;
- la tipologia delle prestazioni che si intendono erogare;
- la tipologia di regime (ambulatoriale, ricovero ospedaliero, residenziale/semiresidenziale, termale).

Il riquadro A deve essere sempre compilato integralmente. Nel caso degli Studi associati soggetti ad autorizzazione vanno indicati i nominativi ed i dati anagrafici di tutti gli associati.

Il riquadro B deve essere compilato nel caso in cui la titolarità della struttura sia di una Società, Ente, Azienda o comunque di una persona giuridica.

Il riquadro C deve essere compilato indicando:

al punto (1) la denominazione della struttura;
al punto (2) la tipologia delle prestazioni che si intende erogare;
al punto (3) specificare la tipologia di regime come di seguito indicato:

3.1. regime ambulatoriale:

15) ambulatori di specialistica medica,
16) ambulatori di specialistica chirurgica,
17) ambulatori di specialistica odontoiatrica,
18) ambulatori delle professioni specialistiche sanitarie,
19) medicina di laboratorio,
20) diagnostica per immagini,
21) ambulatori di riabilitazione (stabilimenti di fisiochinesi terapia),
22) recupero e rieducazione funzionale (ex art. 26 L. 833 del 23.12.1978 "Istituzione del sistema sanitario nazionale),
23) dialisi,
24) terapia iperbarica,

25) consultori familiari,
26) centri di salute mentale,
27) trattamento delle tossicodipendenze,
28) poliambulatori

3.2. regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti e post acuti.

3.3. regime residenziale e semiresidenziale:

6) attività riabilitativa extraospedaliera per portatori di disabilità sensoriali fisiche e psichiche (art. 2 comma 1 lettera C n° 1 L.R. n. 32/2007);
7) attività di tutela della salute mentale ad esclusione delle strutture destinate all'accoglienza di persone con problematiche psico-sociali (art. 2 comma 1 lettera C n° 2 L.R. n. 32/2007);
8) attività di tutela di soggetti affetti da dipendenze patologiche (art. 2 comma 1 lettera C n°3 L.R. n. 32/2007);
9) attività di assistenza di soggetti non esclusivamente anziani, in esiti di patologie fisiche, psichico-sensoriali o miste, non autosufficienti e non assistibili a domicilio (Centri Residenziali, Residenze Assistite, Residenze Sanitarie Assistenziali) (art. 2 comma 1 lettera C n° 4 L.R. n. 32/2007);
10) attività di cure palliative rivolte ai malati terminali (Hospice); (art. 2 comma 1 lettera C n° 5 L.R. n. 32/2007).

3.4. regime termale (complessi e stabilimenti termali).

3.5. studi medici, odontoiatrici e delle professioni sanitarie di cui al comma 1 dell'art. 8 ter del D. Lgs. 229/99 eroganti prestazioni di chirurgia ambulatoriale elencate nell'Allegato B4 "Lista procedure chirurgiche eseguibili in regime ambulatoriale" L.R. 23.06.2006 n. 20.

al punto (4) la dotazione dei posti letto nel caso di presidi ospedalieri o strutture residenziali o semiresidenziali.

Il riquadro D deve essere compilato nel caso in cui la domanda si riferisca ad uno studio odontoiatrico, medico o di altre professioni sanitarie di cui al comma 1 dell'art. 8 ter del D.Lgs. 229/99 eroganti prestazioni di chirurgia ambulatoriale elencate nell'Allegato B4 "Lista procedure chirurgiche eseguibili in regime ambulatoriale" L.R. 23.06.2006 n. 20, ovvero procedure diagnostiche di particolare complessità o che comportino un concreto rischio per la sicurezza del paziente ai sensi del comma 1 dell'art. 8 ter del D.Lgs 229/1999.

La domanda deve essere sottoscritta dal titolare della struttura (o studio) o dal suo legale rappresentante; in caso di studi associativi libero-professionali da uno dei soci dello studio delegato a sottoscrivere da parte di tutti gli altri soci; copia della delega alla firma va allegata alla domanda.

N.B.
La stessa domanda va presentata dopo la realizzazione della struttura anche quando non sia prescritto il certificato di agibilità.

DOMANDA PER IL RILASCIO DELL' ACCREDITAMENTO E DI MODIFICA DELLA CLASSE DI ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE (ART. 6 L.R. n. 32/2007)

Mod. Acc. Ist. 01

Al Direttore della Direzione Sanità Regionale

Regione Abruzzo
Via Conte di Ruvo, 74
65127 PESCARA

A

Il/la sottoscritto/a_____

Nato/a a_____ Prov. di _____il _____

Residente a_____Via_____n°_____

Codice Fiscale n°: _____Telefono n° _____

B

☐ titolare ☐ legale rappresentante della: ☐ Società ☐ Ente ☐ Azienda ☐ Studio

_____

Partita IVA_____ con Sede in_____

Via_____n°_____

Chiede il rilascio:

☐ **dell'accreditamento istituzionale**

☐ **della modifica della classe di accreditamento da _____ a_____**

C

Per: ☐ il Presidio ☐ l'Ambulatorio ☐ lo Studio Medico

Denominato (1): _____

Sito nel Comune di_____

Via / P. zza _____n. _____

Tipologia di struttura (2): _____

la cui configurazione è riportata nell'allegato A alla presente domanda debitamente compilato ed accluso alla presente.

N.B.: Va indicato l'esatto numero di P.L. ove presenti.
Per servizi ed ambulatori la presenza va indicata con un "Si" o con un "No"

A tale scopo, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci dichiara:

- che per il Presidio, Ambulatorio, Studio Medico (*) è stata rilasciata l'autorizzazione definitiva all'esercizio dell'attività sanitaria o socio-sanitaria, oppure è stata presentata domanda di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria o socio sanitaria (art 4 della L.R. n. 32/2007);
- che la struttura si trova nella condizione di accreditamento predefinitivo di cui alla lettera a) comma 1 art. 12 della L.R. n. 32/2007;
- che il Presidio, Ambulatorio, Studio Medico (*) possiede i requisiti di accreditamento come indicato nelle schede allegate redatte, sottoscritte e documentate in conformità a quanto previsto dalla procedura di accreditamento riportata nella prima parte del Manuale di Accreditamento;
- che la direzione sanitaria/responsabilità (*) è affidata a:

Dott._____

nato il_____ Laureato in_____

il_____ presso l'Università degli studi di_____

specialista in_____

iscritto presso l'Ordine dei_____della Provincia di _____

il quale, con la sottoscrizione qui apposta, anch'egli consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara che i titoli personali sopra indicati sono effettivamente quelli posseduti, che non ha in corso provvedimenti restrittivi della professione e che non esercita altre attività incompatibili.
Allega inoltre alla domanda la necessaria documentazione, così come specificato nelle istruzioni per la compilazione della stessa.

Data: _____

Firma del Direttore Sanitario

_____

Firma del Titolare o Legale rappresentante

_____

(*) Cancellare la voce che non interessa

Istruzioni per la compilazione del Mod. Acc. Ist. 01 "Domanda per il rilascio dell'accreditamento e di modifica della classe di accreditamento delle strutture sanitarie o socio-sanitarie (Art. 6 L.R. n.32/2007)"

La domanda di accreditamento, ai sensi degli art. 6 e 12 della L.R. n.32/2007, va presentata unitamente alle tabelle redatte, sottoscritte e documentate in conformità a quanto richiesto dalla procedura di accreditamento riportata nella prima parte del Manuale di Accreditamento.

La stessa deve essere prodotta in copia unica.

Il riquadro A deve essere sempre compilato integralmente. La domanda deve essere sottoscritta dal titolare del Presidio, Ambulatorio, Studio Medico o dal suo legale rappresentante, in caso di studi associativi libero-professionali da uno dei soci dello studio delegato a sottoscrivere da parte di tutti gli altri soci. Copia della delega alla firma va allegata alla domanda.

Il riquadro B deve essere sempre compilato in tutte le parti di interesse;

Il riquadro C deve essere compilato in tutte le parti di interesse indicando:

al punto (1) la denominazione del Presidio, Ambulatorio, Studio Medico;

al punto (2) specificare la tipologia di struttura come di seguito indicato:

- regime ambulatoriale,
- regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti e post acuti,
- regime residenziale e semiresidenziale,
- regime termale (complessi e stabilimenti termali),
- studi medici, odontoiatrici e delle professioni sanitarie di cui al comma 1 dell'art. 8 ter del D.Lgs. 229/99 eroganti prestazioni di chirurgia ambulatoriale elencate nell'Allegato B4 "Lista procedure chirurgiche eseguibili in regime ambulatoriale" L.R. n. 20/2006.

La domanda deve essere sottoscritta dal direttore sanitario o comunque dal sanitario responsabile e dal titolare del Presidio, Ambulatorio, Studio Medico o dal suo legale rappresentante o dal delegato alla firma (vedi riquadro A).

Alla domanda deve essere allegata la documentazione descritta di seguito:

1) copia dell'atto di autorizzazione definitiva all'esercizio dell'attività sanitaria o socio-sanitaria, rilasciato dal Comune competente per territorio, oppure copia della domanda di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria o socio-sanitaria, ai sensi dell'art. 4 della L.R. n. 32/2007;

2) autocertificazione concernente la conformità al possesso dei requisiti per l'accreditamento costituita da:

a) una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (contenuta nel modulo della domanda stessa) firmata dal Responsabile del Presidio, Ambulatorio, Studio Medico o dal suo legale rappresentante;

b) copie fotostatiche delle parti del Manuale di Accreditamento, firmate singolarmente, attinenti i criteri generali di accreditamento della struttura e quelli specifici per le attività per cui si chiede l'accreditamento e riportate nell'allegato A;

c) dichiarazione autocertificante il possesso di tutti i requisiti considerati come livello essenziale per l'accreditamento (Art. n. 6, comma 3/b L.R. n. 32/2007);

3) fotocopia di un documento di identità dei sottoscrittori la domanda qualora quest'ultima venga inviata per posta.

ALLEGATO A Alla Domanda Di Rilascio Accreditamento

STRUTTURE: RESIDENZE EXTRAOSPEDALIERE				
TIPOLOGIA STRUTTURA	Posti Letto autorizzati all'esercizio	Posti Letto residenziali da Accreditare	Posti Letto semi-residenziali da Accreditare	Attività Ambulatoriale da Accreditare
RESIDENZE PER ANZIANI NON-AUTOSUFFICIENTI				
RSA Anziani				
RSA Demenze				
Residenze Assistenziali				
RESIDENZE PSICHIATRICHE				
Residenze riabilitative per la post-acuzie				
Case famiglia				
Gruppi appartamento di convivenza				
Residenze protette				
RESIDENZE RIABILITATIVE PER PORTATORI DI DISABILITA'				
Residenze di Riabilitazione Estensiva				
USAP				
RSA Disabili adulti				
RSA Disabili adulti gravi				
Residenze minorazioni plurisensoriali età evolutiva				
Residenze disturbi comportamento e patologie neuropsichiatriche età evolutiva				
Semiresidenziale/Ambulatoriale				
RESIDENZE PER DIPENDENZE PATOLOGICHE				
Comunità terapeutiche				
HOSPICE				
Hospice				
Altro: _____				

STRUTTURE: Ospedali/Case di Cura e Ambulatori						
Ospedale/Casa di Cura		N. Posti Letto Totali dello P.O./C.C.				
Cod Min	DISCIPLINE	PL Ordinari	PL Day	Servizio	PL di AFO	Ambulatorio
1	Allergologia					
2	Day Hospital (esclusivamente dedicato ad attività di Day Hospital Multispecialistico)					
5	Angiologia					
6	Cardiochirurgia pediatrica					
7	Cardiochirurgia					
8	Cardiologia (Per i letti di Unità Coronarica inclusi nel reparto utilizzare il codice 50)					
9	Chirurgia generale					
10	Chirurgia maxillo-facciale					
11	Chirurgia pediatrica					
12	Chirurgia plastica					
13	Chirurgia toracica					
15	Medicina sportiva					
14	Chirurgia vascolare					
18	Ematologia					
19	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione					
Cod Min	DISCIPLINE	PL Ordinari	PL Day	Servizio	PL di AFO	Ambulatorio
20	Immunologia (Per i Posti Letto utilizzare il codice 18)					

21	Geriatria					
24	Malattie Infettive e Tropicali					
25	Medicina del Lavoro					
26	Medicina Generale					
27	Medina Legale					
28	Unità Spinale					
29	Nefrologia					
30	Neurochirurgia					
32	Neurologia					
33	Neurospichiatria infantile					
34	Oculistica					
36	Ortopedia e traumatologia					
37	Ostetricia e ginecologia (Per il nido codice 39.31)					
38	Otorinolaringoiatria					
39	Pediatria					

Cod Min	DISCIPLINE	PL Ordinari	PL Day	Servizio	PL di AFO	Ambulatorio
40	Psichiatria					
41	Medicina termale					
42	Tossicologia					
43	Urologia					
46	Grandi Ustioni pediatriche					
47	Grandi ustionati					
48	Nefrologia (abilitazione trapianto rene)					
49	Terapia intensiva					
49.07	Unità Intensiva cardiochirurgica					
50	Unità coronarica					
52	Dermatologia					
55	Farmacologia clinica					
56	Recupero e riabilitazione funzionale					
57	Fisiopatologia della riproduzione umana					
58	Gastroenterologia					
60	Lungodegenti					

Cod Min	DISCIPLINE	PL Ordinari	PL Day	Servizio	PL di AFO	Ambulatorio
61	Medina nucleare					
62	Neonatologia					
64	Oncologia					
65	Oncoematologia pediatrica					
66	Oncoematologia					
67	Pensionanti					
68	Pneumologia					
70	Radioterapia					
71	Reumatologia					
73	Terapia intensiva neonatale					
74	Radioterapia oncologica					
75	Neuro-riabilitazione					
76	Neurochirurgia pediatrica					
77	Nefrologia pediatrica					
78	Urologia pediatrica					

Cod Min	DISCIPLINE	PL Ordinari	PL Day	Servizio	PL di AFO	Ambulatorio

Cod. Min	POSTI LETTO TECNICI	Posti Letto
35	Odontoiatria	
39.31	Pediatria Nido	
54	Emodialisi	
51	Osservazione Breve (Ex codice Astanteria)	
97	Detenuti	

Cod. Min	SERVIZI	Servizio da Accreditare
3	Anatomia ed istologia patologica	
69	Radiologia	
	Anestesia	
	Laboratorio analisi	
	Farmacia	
	Sala operatoria	
	Centro trasfusionale	

La presente copia è conforme all'originale
e si compone di fogli 6 e di
Pescara, li 26 GIU 2008
Il Dirigente di Servizio
Dr. Enzo Mancinelli

Regione Abruzzo

GIUNTA REGIONALE

Manuale di Autorizzazione

DEFINIZIONE DEL FABBISOGNO DELLE RISORSE INFERMIERISTICHE, FISIOTERAPISTI, DEL PERSONALE DI SUPPORTO E DEL PERSONALE SANITARIO DELLA RIABILITAZIONE

Giugno 2008

La presente copia è conforme all'originale
e si compone di fogli 7 e di 12
facciate ciascheduna vidimata da apposito
timbro recante la dicitura "Regione Abruzzo:
Direzione Sanità".
Pescara, li 26 GIU. 2008
Il Dirigente di Servizio
Dr. Enzo Mancinelli

Documento composto da n. 12 facciate,
ALLEGATO come parte integrante alla deliberazione n. 591/P del 1 LUG 2008
IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Dott. Walter Gariani)

DEFINIZIONE DEL FABBISOGNO DELLE RISORSE INFERMIERISTICHE, FISIOTERAPISTI, DEL PERSONALE DI SUPPORTO E DEL PERSONALE SANITARIO DELLA RIABILITAZIONE

La definizione del fabbisogno delle risorse infermieristiche e del personale di supporto atto a garantire adeguati ed appropriati livelli assistenziali nelle diverse aree cliniche rappresenta sicuramente un elemento centrale nel contesto di una programmazione sanitaria, anche in coerenza ed attuazione degli Atti Aziendali.

Occorre infatti l'esigenza di rispondere alla domanda di sicurezza dei pazienti e della qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate, da una parte e del rispetto delle diverse professionalità coinvolte dall'altra.

A tal fine si è ritenuto opportuno ispirarsi alla formulazione diversificata che più rispondesse a criteri di:

1. complessità di assistenza;
2. effettivo numero di pazienti assistiti in rapporto ai posti letto attivati (tasso di occupazione).

La complessità assistenziale è definita dall'interazione di più variabili e si traduce nella capacità di presa in carico globale e continua del paziente da parte del sistema sanitario.

Una valutazione della **complessità assistenziale** (per certi versi assimilabile ad un risk assessment individuale) richiede l'analisi di tre fondamentali variabili:

1. valutazione della stabilità/instabilità clinica;
2. valutazione della capacità del paziente di comprensione/scelta adeguata o inadeguata;
3. valutazione della possibilità/capacità di agire coerentemente e quindi della autonomia/dipendenza.

La valutazione del livello di complessità di ciascuno degli assistiti è atto multidisciplinare svolto collegialmente da tutti i professionisti sanitari in maniera paritaria e ciascuno secondo le proprie competenze. E' possibile, sulla base delle definizioni sopra esposte, riconoscere che la valutazione della stabilità/instabilità clinica è prevalentemente di competenza medica; la valutazione dei livelli di autonomia/dipendenza è prevalentemente di competenza infermieristica; mentre la valutazione di comprensione/scelta è condivisa dai diversi professionisti che intervengono nei processi di cura ed assistenza.

L'adeguata valutazione del livello di complessità assistenziale degli assistiti dei servizi residenziali (ospedalieri e non) è di fondamentale importanza per una corretta impostazione di tutti gli interventi assistenziali che dovranno essere adottati.

La valutazione dei diversi livelli di complessità dei bisogni assistenziali va effettuata con l'adozione di scale validate.

L'organizzazione dei servizi, dei presidi ospedalieri e delle strutture residenziali non ospedaliere va reimpostata progressivamente e contestualmente ai processi di dipartimentalizzazione secondo una organizzazione che, superata l'articolazione per Unità Operativa, faccia riferimento alla complessità del bisogno assistenziale così come definito precedentemente.

Sono, pertanto, individuabili aree di degenza e servizi con 4 livelli di complessità (Fig.1):

- a bassa complessità assistenziale;
- a media complessità assistenziale;
- ad alta complessità assistenziale;
- di assistenza intensiva.

Una corretta valutazione del fabbisogno del personale infermieristico deve tenere conto della effettiva potenzialità lavorativa in considerazione delle molteplici variabili che possono ridurre il tempo lavoro (maternità, part-time, L. 104/92, idoneità con limitazioni per motivi di salute).

Si sottolinea l'obbligo di utilizzare in **modo appropriato** le risorse infermieristiche, in quanto da dati nazionali emerge che una quota stimabile attorno al 30% del Tempo Lavoro degli infermieri, è utilizzato per lo svolgimento di attività non specifiche.

In questa cornice assume risalto la disponibilità di un adeguato numero di personale ausiliario, operatori socio-sanitari ed amministrativi per lo svolgimento di tutte le attività e funzioni afferenti a tali figure.

Fig. 1 - I 4 livelli di complessità assistenziale correlati alle 3 fondamentali variabili

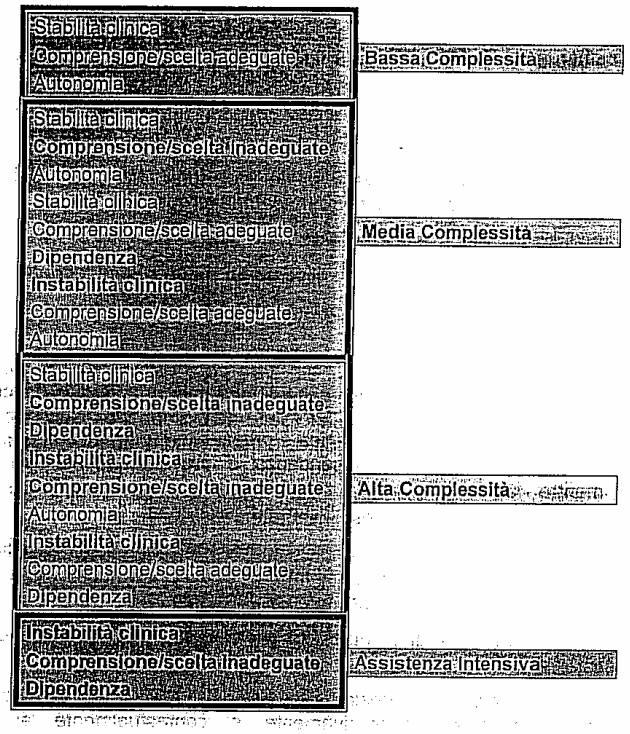


Tabella 1 - Standard organizzativo per infermieri e operatori di supporto in relazione alla complessità assistenziale.

	Infermieri	Personale di supporto
Bassa Complessità	0,23	0,18
Media Complessità	0,35	0,21
Alta Complessità	0,53	0,21
Assistenza Intensiva	2	0,35

MODALITÀ DI CALCOLO DEL FABBISOGNO INFERMIERISTICO E DEL PERSONALE DI SUPPORTO

L'indice di Case-Mix permette di definire il livello di complessità assistenziale (pur con la intrinseca limitazione).

Definiamo:

BASSA COMPLESSITÀ	per valori di Case-Mix < 0,80
MEDIA COMPLESSITÀ	per valori di Case-Mix ≥ 0,80 ≤ 1,50
ALTA COMPLESSITÀ	per valori di Case-Mix > 1,50 ≤ 3,00
ASSISTENZA INTENSIVA	per valori di Case-Mix > 3,00

Il calcolo delle risorse per ciascuna Unità Operativa viene elaborato tenendo conto dei posti-letto attivati e del tasso di occupazione rilevato.

Pazienti effettivamente assistiti = posti-letto attivati X tasso di occupazione

Il prodotto di tale moltiplicazione va ulteriormente moltiplicato per gli *Indici Infermieri* (Standard organizzativo) della classe di complessità assistenziale di appartenenza (vedi Tabella 1).

Esempio:

Unità Operativa X

Case-Mix	Num. P.L.	Tasso Occupaz.	Complessità Assistenziale
0.92	20	80%	MEDIA

Indici Infermieri: 0.35

Operatori di Supporto: 0.21

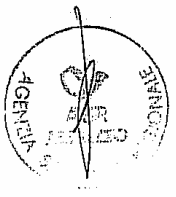
FORMULA per il CALCOLO del Fabbisogno **INFERMIERISTICO**

PL x O.M. x I.C.M. x Ore Eff. x G.A / O.M.L.A.

Formula Calcolo Fabbisogno Infermieristico				
		esempio		
PL attivati	x	20		
occupazione media 80 %	x	0,80	16	presenza media
Indice di case mix 0,92	x	0,35	5,6	n. inf. presenti nelle 24 h
ore effettuate x turno 8	x	8	44,8	ore totali necessarie nelle 24 h
giorni assistenza annui 365	x	365	16352	ore totali necessarie nell'anno
ore medie lavorate annue1420	/	1420	11,51	n. inf. totali necessari
totale unità infermieristiche		12		fabbisogno infermieristico
minuti ass/paz/die		168,00		minuti ass. inf./paz/die

LEGENDA

PL	Posti Letto
T.O.M.	Tasso di Occupazione Media
I.C. M.	Indice Case Mix
Ore Eff.	Ore Effettuate per turno dal Dipendente
G. A.	Giorni Assistenza Anno
O.M.L.A	Ore Medie Lavorate Anno



FORMULA per il CALCOLO del Fabbisogno **Operatori Socio Sanitari**

		esempio		
PL attivati	x	20		
Tasso occupaz. media 80 %	x	0,80	16	presenza media
Indice di case mix	x	0,21	3,36	n. O.S.S. presenti nelle 24 h
ore effettuate x turno 6	x	6	20,16	ore totali necessarie nelle 24 ore
giorni assistenza annui 365	x	365	7358	ore totali necessarie nell'anno
ore medie lavorate annue 1420	/	1420	5,18	n. O.S.S. totali necessari
totale unità di supporto.		5,18		fabbisogno O.S.S.
minuti ass./paz./die		75,60		minuti ass.O.S.S./paz./die

Per le UU.OO. ove sono previsti gli O.S.S. in turno anche di notte, (es. Pronto Soccorso etc..) bisogna considerare per il calcolo del fabbisogno il turno di 8 ore anziché quello di 6 ore, previste normalmente.

MODALITÀ DI CALCOLO DEL FABBISOGNO DEL **Personale AUSILIARIO**

Per la dotazione organica del personale Ausiliario si deve fare riferimento agli Standard definiti nel D.Min.Sanità del 13/09/1988.

Criteri per definire la presenza di infermieri e personale di supporto nei servizi sanitari ospedalieri e territoriali.

Il calcolo della dotazione organica, in prima applicazione, deve essere stimato considerando un **tasso di occupazione ottimale** del **80%** dei posti letto per Unità Operativa previsti al 31.12.2008, dal Piano di Riordino dei posti letto (L.R. 6/2007).

Come indicatore di complessità assistenziale o **case-mix**, in prima applicazione, deve intendersi il **Peso Medio Ministeriale Regionale** della Disciplina, quindi si dovrà considerare il **Peso Medio Ministeriale** della **specifica** Unità Operativa, unico parametro allo stato attuale, fruibile a tale finalità, pur con le note intrinseche limitazioni.

Peso medio ministeriale – Peso specifico DRG x n. di dimissioni_DRG (somma: peso totale)/ totale dimissioni_DRG. Per il calcolo dell'indicatore sono stati utilizzati i pesi ministeriali del sistema DRG versione 19 (NB: il 2006 rappresenta il primo anno di applicazione). L'indicatore 'peso medio' esprime la complessità dei casi trattati (case-mix) in termini di peso_DRG includendo tutti i DRG della disciplina e/o struttura (indicatore di case-mix utilizzato a livello ministeriale).

Tale dotazione deve intendersi come "virtuale", la dotazione realmente adottabile invece, deve far riferimento al calcolo dell'indice di occupazione e dell'indice di case mix per singola Unità Operativa.

Una corretta valutazione del fabbisogno di personale infermieristico deve tenere, pertanto, conto della effettiva potenzialità lavorativa in considerazione delle variabili precedentemente analizzate, nonché del fatto che una assistenza infermieristica efficace, qualificata e personalizzata si basa sulla stima e sulla verifica sistematica della complessità della situazione assistenziale di ogni singolo paziente (espressione reale della domanda d'assistenza) e sulla pianificazione delle tipologie d'intervento necessarie (espressione efficace ed efficiente della risposta assistenziale).

Peraltro una corretta valutazione della domanda d'assistenza infermieristica non può prescindere dall'utilizzo costante di strumenti e metodi mirati alla rilevazione dell'impegno infermieristico, correlato alla complessità delle situazioni assistenziali.

Su questa base della definizione data di complessità assistenziale e delle considerazioni precedentemente esposte sono state stabilite le seguenti classi di intensità assistenziale.

Relativamente alle aree di degenza ordinaria ospedaliera si formula la seguente proposta:

a) gli standard di infermieri ed operatori di supporto vanno calcolati sulla base della rilevazione del numero di pazienti effettivamente presenti nelle diverse aree di degenza il Dipartimento Infermieristico Tecnico Riabilitativo Ostetrico (D.I.T.R.O.), (vedi P.S.R. 2008-2010) provvede a definire le modalità per il calcolo dei posti letto occupati secondo cui determinare l'attribuzione di personale;

b) l'attribuzione di personale deve considerare che, comunque, debba essere garantita la sicurezza dei pazienti e degli operatori, pertanto, fermo restando il rispetto degli indici, il **numero minimo** di operatori presenti in ciascun turno **non può essere inferiore a 2**, anche contestualizzando il concetto di **Unità assistenziale** derivante dalla fusione gestionale di Unità Operative di aree omogenee, contigue;

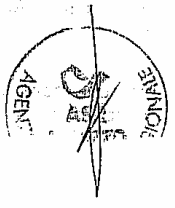
c) l'attribuzione dei pazienti secondo la complessità assistenziale determinata dalle oggettive condizioni dovrà essere effettuata, come già detto, in maniera adeguata e secondo specifici strumenti di valutazione (Indice di Complessità Assistenziale – ICA); la rivalutazione della complessità assistenziale dei pazienti, nel corso della degenza, dovrà essere effettuata periodicamente ed ogni volta si determini un cambiamento di stato; la rivalutazione del paziente determina la permanenza o il suo trasferimento all'area a complessità assistenziale più adeguata al suo stato;

d) l'allocazione di infermieri e personale di supporto va effettuata secondo i criteri sopra esposti e secondo gli indici definiti; e va considerato anche un **criterio di equità** per cui essa deve equamente tendere allo standard organizzativo in tutte le aree del dipartimento.

In coerenza a quanto sopra definito, ed in considerazione di possibili variazioni delle attività delle singole UU.OO. (v.Tasso di occupazione e livello di Complessità assistenziale...), a cadenza annuale, devono essere effettuate **verifiche** della definizione del fabbisogno organico.

In ottemperanza a quanto contenuto nella Legge Regionale 6/2007 di riordino dei posti letto della rete ospedaliera della Regione, la suddetta dotazione organica si riferisce, come già prima dichiarato, al numero di posti letto attivati al 31/12/2008, NON sono previsti, nè attivabili POSTI letto aggiuntivi, salvo che per eventi straordinari (maxi-emergenze) e nel rispetto della normativa vigente, ottimizzando al massimo, l'utilizzazione dei posti letto dei Dipartimenti Aziendali intra ed extramurali.

Nel rispetto delle normative vigenti, l'adeguata valutazione dei bisogni assistenziali dei pazienti, la definizione di un piano assistenziale e l'organizzazione e la supervisione degli atti assistenziali delegati sono atti propri delle funzioni infermieristiche.



STANDARD ORGANIZZATIVO.

Lo standard organizzativo permette di attivare tutte le funzioni infermieristiche.

Per quanto riguarda la costruzione dell'indicatore, di norma:

- nel *numeratore* si rileva il personale realmente in servizio;
- nel *denominatore* la complessità assistenziale di ogni paziente che determina i carichi di lavoro.

ASSISTENZA TERRITORIALE

Assistenza Domiciliare Integrata. Standard per servizio ADI.

Dalla rilevazione delle attività infermieristiche in assistenza domiciliare integrata e dal numero di accessi necessari per garantire la continuità assistenziale, dalla presa in carico alla dimissione, possiamo ritenere che il fabbisogno assistenziale per paziente, compresi i tempi di percorrenza per il raggiungimento del domicilio, si attesta intorno alle *60/90 h/anno.* Il bisogno assistenziale relativo alle 60 h/anno, viene utilizzato per lo più per i pazienti > 65 anni mentre le 90 h/anno, vengono utilizzate per i pazienti terminali.

Per quanto riguarda l'assistenza infermieristica domiciliare per tutti quei pazienti non eletti in ADI, si procederà alla quantificazione dei tempi di ogni prestazione, aggiungendo il tempo medio di percorrenza per ogni accesso domiciliare effettuato.

Indicatore: *N. ore effettive lavoro infermiere anno*

N. ore fabbisogno assistenziale paziente in carico in ADI

Tabella 2 - Standard per ADI e cure palliative domiciliari

ORE EFFETIVE LAVORO INFER. ANNO	BISOGNO ASSISTENZIALE PAZIENTI IN ADI > 65 ANNI	PAZIENTI PRESI IN CARICO > 65 ANNI DA OGNI UNITA' INFERMIERISTICA PER ANNO
1420 h	60 h	24 casi
ORE EFFETIVE LAVORO INFER. ANNO	BISOGNO ASSISTENZIALE PAZIENTI IN ADI TERMINALI	PAZIENTI PRESI IN CARICO TERMINALI DA OGNI UNITA' INFERMIERISTICA PER ANNO
1420 h	90 h	16 casi

Per le Residenze Sanitarie Assistite e le Residenze Assistenziali (ex Centri Residenziali) per anziani non autosufficienti e disabili, si può considerare applicabile il modello della complessità assistenziale, considerando però che una parte consistente degli interventi assistenziali, trovandosi di fronte a quadri clinici stabilizzati, costituiscono atti assistenziali delegati dagli infermieri agli operatori di supporto (prevalentemente OSS).

Fatte queste brevi considerazioni si possono valutare queste strutture inquadrabili in un livello di bassa complessità assistenziale infermieristico con indice minimo di 0.1 e la presenza di almeno un infermiere per ciascun turno nelle RSA, mentre il personale di supporto andrebbe rapportato ad un indice minimo di 0.30 (e la presenza di almeno un OSS per turno).

Nota:
per le strutture già operanti alla data dell'entrata in vigore del presente manuale provvisoriamente accreditate, sono fatte salve le norme transitorie di cui alla DGR n. 361 del 16 Maggio 2003 per tutto il personale presente a tale data e tutt'ora in servizio. Le figure professionali degli "addetti all'assistenza" continuano ad operare, con obbligo di riqualificazione nei tempi e modi stabiliti dalla Regione e comunque nell'arco temporale massimo di cinque anni dalla data di efficacia del presente manuale.

STANDARD PER I DAY HOSPITAL

L'attività di Day Hospital è caratterizzata da un elevato contenuto clinico in cui vengono privilegiate le attività diagnostiche e di terapia. Il ruolo assistenziale in questi ambiti è, pertanto, prevalentemente di collaborazione con l'attività del medico specialista.

Tale attività necessita di elevate capacità tecniche e di competenze comunicative ed educative da parte degli infermieri.

Considerando l'attività dei DH sulle 12 ore giornaliere dal lunedì al venerdì e l'attivazione di 6 ore nella giornata di sabato, con un indice di rotazione sul posto letto o poltrona disponibile pari a 3, lo standard di infermieri calcolato sempre in rapporto al numero di accessi, che si ritiene di indicare è di 0,2; per il personale di supporto l'indice consigliato è dello 0,1, salvo forme di integrazione e centralizzazione dei servizi che ciascun azienda potrebbe attivare e di cui andrebbe valutata l'efficacia. Per il Day Surgery, lo standard di infermieri, calcolato sempre in rapporto al numero di accessi, che si ritiene di indicare è di 0,40.

STANDARD PER LE SALE OPERATORIE.

Negli ospedali dell'emergenza e negli ospedali di territorio in cui ha sede il punto nascita, le sale operatorie possono essere attive nelle 24h per l'emergenza pomeridiana e notturna.

Indicatore numero operatori presenti/postazione di lavoro attiva di sala operatoria.Tabella 3 Standard Personale Sale Operatorie

Tabella 3 - Standard Personale Sale Operatore

Interventi a ALTA e MEDIA complessità

Presenza nelle 24 h	Presenza per postazione di lavoro attiva
Standard infermieri	3

Interventi a BASSA complessità

Presenza nelle 24 h	Presenza per postazione di lavoro attiva

Standard infermieri	2
O.S.S	1

Per **postazione di lavoro** attiva di Sala Operatoria si intende una funzione specifica che svolge ogni infermiere, continuativa nel tempo, in base al modello organizzativo e alla complessità degli interventi.

Per quanto riguarda il personale di supporto lo stesso va definito il base al modello organizzativo specifico e alla logistica del servizio:

- OSS per le attività di sterilizzazione ogni 2 sale (laddove non è presente servizio centralizzato);
- OSS per le attività di collegamento (trasporto malati, materiale biologico ecc.) con tutti i servizi ospedalieri.

STANDARD PER IL PRONTO SOCCORSO.

La presenza è da ritenersi applicabile nei Pronto Soccorso delle Aziende ospedaliere nei quali si evidenzia una distribuzione dei codici in percentuale pressoché omogenea e gli infermieri sono utilizzati in modo distinto per le funzioni di triage, servizio 118 ed osservazione temporanea.

Nei Pronto Soccorso delle Aziende sanitarie territoriali dove gli infermieri svolgono contemporaneamente tutte le funzioni summenzionate incluso quella di pronto soccorso, ogni azienda individua la presenza consigliata utilizzando uno strumento basato sull'analisi dei tempi infermieri occorrenti per svolgere in modo integrato le funzioni di triage, servizio 118 ed osservazione temporanea. Si consiglia, pertanto, che le aziende sanitarie conducano un'analisi comparata dei dati.

Tabella 4 - Standard per il Pronto Soccorso

Presenza nelle 24h	Presenza minima	Presenza consigliata
Standard infermieri	2 sempre presenti per turno nelle 24h entro 30 accessi + 1 ogni 30 accessi	2 sempre presenti per turno nelle 24h entro 20 accessi + 1 ogni 20 accessi
Standard personale di supporto	1 unità sempre presente per turno nelle 24h fino a 50 accessi	1 unità sempre presente per turno nelle 24h + 1 unità oltre 50 accessi ulteriori

Nella **strutture territoriali** è da prevedere la presenza di una unità aggiuntiva nel periodo di picco di accessi in P.S., sulla base di analisi dei dati di affluenza relativi a ciascuna U.O., per lo svolgimento delle funzioni del 118.

STANDARD PER IL SERVIZIO DIALISI

Indicatore numero operatori presenti

numero letti dialisi attivi 12 h

Tabella 5 - Standard Servizio Emodialisi

Presenza nelle 12 h	Presenza
Standard Infermieri	1,0
Standard Personale supporto	0,30

STANDARD PER LE ATTIVITÀ AMBULATORIALI E DI SERVIZI OSPEDALIERI.

È da tenere presente che l'area ambulatoriale rappresenta una opportunità di inserimento per tutto il personale che per motivi di salute, non può essere impiegato nell'assistenza diretta sulle 24h.

Indicatore: ore presenze operatori

ore di apertura al pubblico

Tabella 6 - Standard per le attività ambulatoriali

Tipologia ambulatori	Presenza infermieri	Presenza personale supporto e/o amministrativo
Ambulatori nei quali è appropriata la presenza infermieristica	**1,0**	
Ambulatori nei quali non è appropriata la presenza infermieristica		**1,2**
Laddove esiste un'aggregazione di		**Almeno una unità di personale amministrativo per**

ambulatori		l'accoglienza degli utenti

DOTAZIONE MINIMA PERSONALE SANITARIO DELLA RIABILITAZIONE

Trattamenti **ambulatoriali:** 1 paziente ogni ora, con una presa in carica effettiva di 45 minuti, per un totale massimo di 36 pazienti settimanali.

Trattamenti **domiciliari**:1 paziente ogni 108 minuti, comprensivi dei tempi di spostamento e con una presa in carico effettiva di 45 minuti, per un totale massimo di 20 pazienti settimanali.

Trattamenti in **regime di ricovero**, il trattamento riabilitativo si deve effettuare con il rispetto degli stessi tempi previsti per lo svolgimento delle attività ambulatoriali.

ALL. 8

REGIONE ABRUZZO
DIREZIONE SANITA' - PESCARA
26 GIU 2008
Posiz. 16047/S-DG-4-7
9-13-8-1

Regione Abruzzo

La presente copia è conforme all'originale
e si compone di fogli 6 e di
facciate ad uso
ufficio della Regione - Direzione
Sanità.
Pescara, li 26 GIU. 2008
Il Dirigente di Servizio

GIUNTA REGIONALE

Manuale di Accreditamento

TIPOLOGIE DI ACCREDITAMENTO

Giugno 2008

Documento composto da n. 6 facciate,
ALLEGATO come parte integrante alla delibera n. 591/P del - 1 LUG 2008
IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Dott. Walter Gariani)

TIPOLOGIE DI ACCREDITAMENTO

1. L'AGGREGAZIONE DEI REQUISITI

Il presente Manuale si rivolge a strutture, pubbliche e private, per la tipologia: ambulatoriale e di ricovero e cura (ospedale).

Ogni tipologia di struttura deve rappresentare se stessa aggregando:

- macroarea Diritti del paziente
- macroarea Servizi di supporto
- macroarea Percorsi assistenziale (in parte o per intero)

2. LAYOUT TABELLE

I requisiti sono di norma inseriti in una tabella costruita rappresentando il ciclo del miglioramento continuo della qualità (Ciclo di Deming) e gli elementi specifici di ogni macroarea. Solo alcuni requisiti non presentano tale sviluppo sequenziale ma sono di tipo aggiuntivo per la valenza intrinseca di qualità.

Ogni macroarea e ogni requisito è nella tabella contraddistinto da un codice.

Le macroaree hanno i seguenti codici alfabetici:

Diritti paziente.....DP

Direzione della Struttura e Servizi supporto.....SS

OSPEDALI

Percorsi assistenziali:

- ✓ paziente oncologico.....PO
- ✓ paziente con ictus.....PI
- ✓ paziente con IMA.....PIMA
- ✓ paziente chirurgico.....PACH
- ✓ paziente nefropatico cronico.....PNC
- ✓ percorso nascita.....PN
- ✓ percorso frattura del femore.....PFF
- ✓ dipartimenti ospedalieri o misti (ospedale/territorio)..DD

- ✓ unità operative cliniche.....STG
- ✓ medicina di laboratorio ospedaliera.....MLO
- ✓ diagnostica per immagini.....DI
- ✓ servizio trasfusionale (in apposito manuale)

STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE

RESIDENZIALITA' E SEMIRESIDENZIALITA' PER DISABILI

- Requisiti per le Unità Speciali di Accoglienza Prolungata (USAP).....USAP
- Requisiti per le Residenze di Riabilitazione Intensiva - Riabilitazione Estensiva - RSA Disabili Adulti - RA Disabili Adulti.....RSSAD
- Requisiti per le Strutture Semiresidenziali di Riabilitazione.....SSR
- *Residenze Minorazioni Plurisensoriali Età Evolutiva*.....RMPEE
- Residenze Disturbi Comportamento e Patologie Neuropsichiatriche Età Evolutiva.....RDCPNE
- Comunità Socio-Riabilitative Familiari Per Disabili *(in corso di definizione con l'Assessorato alle Politiche Sociali)*

RESIDENZIALITA' SALUTE MENTALE

- Requisiti comuni per: Residenze Riabilitative Psichiatriche per la post-acuzie - Casa Famiglia - Residenze Protette.....RSP
- Requisiti specifici per: Residenze Riabilitative Psichiatriche per la post-acuzie - Casa Famiglia - Residenze Protette.....RSP
- Requisiti specifici per Gruppi Appartamento di Convivenza.....GAC
- Requisiti per Centri Diurni Psichiatrici.....CDP
- Requisiti per Centro Diurno Disturbi Spettro artistico.....CDDSA

RESIDENZIALITA' E SEMIRESIDENZIALITA' PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

- Requisiti comuni per: RSA Anziani - RSA Demenze - RA Anziani.....RSSAA
- Requisiti specifici per: RSA Anziani - RSA Demenze - RA Anziani.....RSSAA
- Requisiti comuni per semiresidenze anziani e demenze.....SA-SD

- Requisiti specifici per semiresidenze anziani e demenze

DIPENDENZE PATOLOGICHE

- Requisiti comuni per Comunità Terapeutiche per Tossicodipendenti.....CTT
- Requisiti specifici per Comunità Terapeutiche per Tossicodipendenti.....CTT

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

- Ambulatori di specialistica medica.....ASM
- Ambulatori di specialistica chirurgica.....ASC
- Ambulatori delle professioni sanitarie.....APS
- Ambulatori odontoiatrici.....ASO
- Ambulatori di Medicina di laboratorio.....MLA
- *Ambulatori di Diagnostica per Immagini*.....*DI*
- Ambulatori di riabilitazione fisica.....ARF
- Consultori Familiari.....CF
- Centri di Medicina dello Sport.....AMSI, CMSII, CMSIII
- Stabilimenti Termali.....ST

STUDI PROFESSIONALI MEDICI, ODONTOIATRICI E DELLE PROFESSIONI SANITARIE

- Studio Specialistica Medica.....SSM
- Studio Specialistica Chirurgica.....SSC
- Studio Specialistica Odontoiatrica.....SSO
- Studio di Riabilitazione.....SR
- Studio delle Professioni Sanitarie.....SPS

Ogni requisito ha un codice che lo identifica rispetto alla sua posizione nel ciclo di Deming.

Esempio:

PAZIENTE ONCOLOGICO

CODICE: PO

N° requ.	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	PRESA IN CARICO OSPEDALIERA DEL PAZIENTE ONCOLOGICO	(P)	A	Esistono linee-guida (LG) conformi all'EBM (Medicina Basata sulle Evidenze) condivise tra i diversi operatori interni (oncologi, chirurghi, radioterapisti, terapisti del dolore, ecc.) per la gestione/trattamento del paziente oncologico
	2		(E)	A	Sono applicate le LG per il trattamento/gestione del paziente oncologico condivise tra operatori interni
	3		(V)	B	E' valutata attraverso reports periodici l'applicazione delle LG condivise da parte degli operatori
	4		(PM)	C	Sono predisposte ed attuate azioni di miglioramento per il corretto trattamento del paziente oncologico
2	1			A	Le indicazioni delle LG adottate sono state contestualizzate in procedure operative che definiscano la modalità di gestione intraospedaliera del paziente oncologico
	1			B	Sono attuati audit di verifica per l'applicazione delle procedure diagnostico-terapeutiche conformi all'EBM
	1			C	Vengono attuate azioni di miglioramento per i problemi riscontrati (es. revisione periodica delle procedure in relazione all'EBM)

3. LA VALUTAZIONE

La Valutazione dei requisiti prevede livelli crescenti di qualità basati sul possesso complessivo dei requisiti.

Il passaggio da un livello al successivo avviene attraverso due ordini di principi applicati sempre al fattore "possesso dei requisiti":

- il primo riguarda il completamento di uno stesso requisito per tutto il ciclo di Deming,
- il secondo riguarda l' estensione della numerosità dei requisiti posseduti.

I requisiti sono contrassegnati per poter consentire l'abbinamento degli stessi ai livelli di accreditamento.

4. CLASSIFICAZIONE DELLE STRUTTURE RISPETTO ALLA QUALITA'

Sulla base della rispondenza ai requisiti di tipo A, B, e C le strutture vengono classificate in 4 classi di qualità secondo il seguente schema:

LIVELLI CLASSI DI ACCREDITAMENTO	
Classe	**Criteri**
1	ACCREDITAMENTO DI **BASE** 100 % dei requisiti livello A posseduti
2	Requisiti livello A = 100 % Requisiti livello B = 100 %
3	Requisiti livello A = 100 % Requisiti livello B = 100 % Requisiti livello C = 50 %
4	ACCREDITAMENTO DI **ECCELLENZA** Requisiti livello A = 100 % Requisiti livello B = 100 % Requisiti livello C = 100 %

- Tutti i requisiti del livello A debbono essere corrisposti necessariamente per ottenere l'accreditamento istituzionale (**classe 1**).
- La corrispondenza, oltre a tutti gli A, anche al 100% dei requisiti di livello B determina l'inserimento della struttura nella **classe 2.**
- La corrispondenza, oltre a tutti gli A, anche al 100% dei requisiti di tipo B ed al 50% dei requisiti di tipo C determina l'inserimento della struttura nella **classe 3.**
- La corrispondenza per intero dei requisiti A, B, e C determina l'inserimento della struttura nella **classe 4** Accreditamento di **Eccellenza.**

REGIONE ABRUZZO

GIUNTA REGIONALE

DIREZIONE SANITA'
Serv. Pianificazione e Sviluppo Risorse Umane - DG12

Pescara, 26 GIU. 2008

Prot. n. 16028 /DG12

Documento composto da n. 3 facciate,
ALLEGATO come parte integrante alla deliberazione n. 591/P del - 1 LUG. 2008
IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Dott. Walter Gariani)

Al Direttore Regionale
Direzione Sanità
SEDE

p.c. Al Dirigente del Servizio
Assistenza Ospedaliera
Pubblica e Privata
Lucrativa e non lucrativa
SEDE

Al Dirigente del Servizio
Programmazione Sanitaria
SEDE

OGGETTO: Trasmissione Manuali Autorizzazione e Accreditamento.

E' stata consegnata in data 25 giugno 2006 a questo Servizio la documentazione in oggetto trasmessa alla S.V. dal Direttore dell'Agenzia Sanitaria Regionale.

A tal proposito si evidenzia che, in relazione a quanto previsto dalla deliberazione di Giunta Regionale n° 206 del 23/02/2000, il Servizio Assistenza Ospedaliera pubblica e privata lucrativa e non lucrativa cura "in raccordo con il Servizio "Programmazione" gli adempimenti relativi all'autorizzazione e all'accreditamento delle strutture di ricovero (Ospedali-Case di Cura- Strutture protette e semiprotette). Vigila, in raccordo con il Servizio "Controllo e Vigilanza" sulla permanenza dei requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento ".

In base a quanto sopra, è di tutta evidenza che la materia de qua non rientra nella competenza di questo Servizio.

Si fa presente, inoltre, che il materiale consegnato si compone di n. 562 pagine, la cui semplice lettura, da conciliare con i numerosi adempimenti di competenza di questa struttura, richiede un lasso di tempo pari a circa tre mesi, senza tener conto del notevole aggravio lavorativo per un Servizio la

MC/ac
Let50.08ac

Via Conte di Ruvo n. 74 - 65100 PESCA
Tel. 085/7672612 - Fax 085/7672637

Mod. GRA.A01 - Paper's World S.r.l. - Teramo

REGIONE ABRUZZO

GIUNTA REGIONALE

cui forza lavoro è costituita dal Dirigente e da uno Specialista Amministrativo , nonostante i ripetuti solleciti rivolti alla S.V. volti almeno a sostituire l'altra dipendente – Dott.ssa Ivana Mancini- Esperto Amministrativo- assente per maternità dal 2/01/2008.

Premesso quanto sopra, si fa presente che allo stato attuale si è provveduto alla sola lettura del Manuale di Autorizzazione relativo alla "Definizione del fabbisogno delle risorse infermieristiche, fisioterapisti, del personale di supporto e del personale sanitario della riabilitazione", che è di identico contenuto a quello a suo tempo trasmesso via e-mail e per il quale questo Servizio aveva effettuato alcuni rilievi con nota prot. 12169/DG12 del 13/5/2008 che ad ogni buon fine si allega in copia.

Nel confermare il contenuto della surrichiamata nota, del 13/05/2008, che qui si intende integralmente riportato, si ribadisce la necessità, prima dell'emanazione del manuale in questione, di procedere ad una valutazione di impatto economico dell'applicazione degli standards previsti sugli attuali modelli organizzativi dalle USL regionali, atteso che, in relazione alle vigenti disposizioni in materia di dotazioni organiche, è possibile che le Unità Sanitarie Locali non solo non possano assumere il personale necessario visti i limiti di spesa vigenti, ma addirittura non possono prevedere i posti necessari nelle proprie dotazioni organiche.

Distinti Saluti.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
(Dott.ssa Maria Crocco)

Mod. GRA-A01 - Paperia World S.r.l. - Teramo

MC/ac
Let50.08ac

Via Conte di Ruvo n. 74 - 65100 PESCA
Tel. 085/7672612 - Fax 085/7672637

REGIONE ABRUZZO

GIUNTA REGIONALE

DIREZIONE SANITA'
Serv. Pianificazione e Sviluppo Risorse Umane – DG12

Pescara, 13 MAG. 2008

Prot. n. 12169 /DG12

Al Direttore Regionale
della Direzione Sanità
SEDE

OGGETTO: Bozza manuale di accreditamento.

In relazione alla bozza di manuale di accreditamento inerente la definizione del Fabbisogno delle Risorse Infermieristiche e del Personale di Supporto , si richiama l'attenzione sulla necessità che si proceda ad una valutazione di impatto economico dell'applicazione degli standards previsti sugli attuali modelli organizzativi adottati dalle USL della Regione.
Infatti, atteso che il costo del personale non può superare i tetti massimi di spesa fissati, per ciascuna Unità Sanitaria Locale, nel Piano di rientro e che il costo delle dotazioni organiche non può superare quello fissato dalla normativa vigente ed indicato nella deliberazione di Giunta Regionale n° 1439 del 18/02/2006, qualora la definizione del fabbisogno di personale, in applicazione degli standards previsti, non consentisse di contenere la spesa per il personale nei tetti previsti, è necessario che la regione proceda, **preliminariamente**, ad una rivisitazione sia della rete ospedaliera sia delle linee- guida per la ridefinizione degli atti aziendali.

Distinti Saluti

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
(Dott.ssa Maria Crocco)

Consegnata personalmente
al Dott. D. Cesare

MC/ac
Let40

Via Conte di Ruvo n. 74 - 65100 PESCARA
Tel. 085/7672612 - Fax 085/7672637

Mod. GRA-A01 - Paper's World S.r.l. - Teramo

ASR ABRUZZO
AGENZIA SANITARIA REGIONALE

Del/1347/DG14
Del9/DG13/DG18
DG12

Prot. n.1434

Pescara 20 Giugno 2008

REGIONE ABRUZZO
DIREZIONE SANITA' - PESCARA
20 GIU 2008
Posiz. 15080/DG-7-4
9-13-8-12

DIREZIONE SANITA'
Dott. Giampiero Di Cesare
Via Conte di Ruvo, 74
65127 - Pescara

Oggetto: Trasmissione Manuali Autorizzazione e Accreditamento

Si trasmette alla S.V., in adempimento a quanto espressamente previsto dalla Legge Regionale n. 5 del 21 Marzo 2008, Piano Sanitario Regionale 2008-2010 *"Un Sistema di Garanzie per la Salute"* e Dalla Legge Regionale 31 Luglio 2007, n. 32: *"Norme regionali in materia di Autorizzazione, Accreditamento istituzionale e Accordi Contrattuali delle Strutture Sanitarie e Sociosanitarie pubbliche e private"*, i seguenti documenti:

1. Manuale di Autorizzazione (numero pagine 369);
2. Manuale di Accreditamento;
3. Manuale di Autorizzazione dei Servizi Trasfusionali;
4. Manuale di Accreditamento dei Servizi Trasfusionali;
5. Glossario Manuali di Autorizzazione e Accreditamento;
6. Procedure (Procedura Autorizzazione alla Realizzazione, Procedura all'Esercizio, Procedura Accreditamento Istituzionale);
7. Definizione del Fabbisogno delle Risorse Infermieristiche, Fisioterapisti, de Personale di Supporto e del Personale Sanitario della Riabilitazione.

Cordiali saluti.

La presente copia è conforme all'originale e si compone di fogli 1 e di 1 fac simile ciascheduna vidimata da apposito timbro recante la dicitura "Regione Abruzzo: Direzione Sanità".
Pescara, li 26 GIU. 2008

Il Direttore dell'Agenzia Sanitaria Regionale
Prof. Francesco Di Stanislao

Il Dirigente di Servizio
Dr. Enzo Mancinelli

ALLEGATO come parte integrante alla deliberazione n. 591/P del 1 LUG. 2008
IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Dott. Walter Gariani)

ASR ABRUZZO - AGENZIA SANITARIA REGIONALE
Via Attilio Monti, 9 - 65127 Pescara - Tel. 085 4508711 - Fax 085 4508720
agenzia.sanitaria@asrabruzzo.it

CONSIGLIO REGIONALE DELL'ABRUZZO

5^ COMMISSIONE CONSILIARE "AFFARI SOCIALI E TUTELA DELLA SALUTE"

VIII LEGISLATURA

Parere n 135/P/08 – D.G.R. n. 591/P del 01 luglio 2008 –"Approvazione manuali di autorizzazione ed accreditamento, nonché delle relative procedure delle strutture sanitarie e socio-sanitarie"

L'anno 2008, il giorno 24 del mese di settembre alle ore 10,00, si è riunita, in seduta ordinaria, nella sede del Consiglio regionale di L'Aquila, la 5^ Commissione Consiliare nominata con Decreto Presidenziale n. 73/2008 del 31.07.2008, convocata con nota n. 13753/1.9.1.2 del 18 settembre 2008.

Sono presenti i Consiglieri:

Antonella Bosco (Presidente) La Morgia Maria Rosaria (Cons. Segretario), Melilla Gianni, Misticoni Stefania, Verini Antonio, Benucci Filippo, Piluso Luciano, D'Alessandro Cesare, Palomba Paolo, Aceto Liberato, Orlando Angelo, Macera Antonio, Di Paolo Angelo, Caporale Walter, Pagano Nazario, Tagliente Giuseppe, Castiglione Alfredo, Amicone Mario, Di Bartolomeo Claudio, Di Paolo Bruno, Sabatini Bruno e Desiati Massimo.

Sono assenti i Consiglieri: D'Alessandro Camillo, Pisegna Orlando Nicola e Orsini Leo.

LA 5^ COMMISSIONE CONSILIARE

VISTA la L.R. del 5 giugno 1996 n. 32, concernente: "Ridefinizione dei termini per la espressione dei pareri delle commissioni consiliari";

VISTA la L.R. 31 luglio 2007 n. 32 recante: "Norme regionali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private", che all'art. 3 comma 6 recita: Entro novanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge, con deliberazione della G.R., sentita la Commissione consiliare competente in materia, sono stabilite le procedure di autorizzazione alla realizzazione, ampliamento, trasformazione o trasferimento di strutture sanitarie e socio-sanitarie, i modelli di richiesta indicanti la documentazione da allegare e le necessarie auto-certificazioni", e all'art.4, comma 2 recita:" Entro novanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge con deliberazione di Giunta regionale, sentita la competente Commissione Consiliare, sono stabilite le procedure di autorizzazione i termini, il modello di richiesta di autorizzazione all'esercizio indicante le documentazioni da allegare, le necessarie autocertificazioni ed il manuale di autorizzazione integrativo rispetto alla L.R. 29 luglio 1998, n. 62 – Recepimento e atto di indirizzo e coordinamento contenuto nel DPR 14 gennaio 1997";

PREMESSO che in data 03.07.2008 è pervenuta al Consiglio regionale la deliberazione della Giunta regionale n. 591/P del 01 luglio 2008 "Approvazione manuali di autorizzazione ed accreditamento, nonché delle relative procedure delle strutture sanitarie e socio-sanitarie"

alla 5^ Commissione Consiliare in data 10.07.2008 per gli adempimenti previsti dalla richiamata L.R. 31 luglio 2007 n. 32;

ESAMINATA la predetta deliberazione di G.R n. 591/P del 01 luglio 2008;

RITENUTO di condividere le motivazioni ed il contenuto della deliberazione come proposti dalla Giunta regionale;

per le motivazioni in premessa all'unanimità con 20 voti

DECIDE

- di esprimere parere favorevole in ordine alla deliberazione n. 591/P del 01 luglio 2008 nel testo proposto dalla Giunta regionale;
- di trasmettere la presente decisione al Servizio Affari della Giunta regionale per i successivi adempimenti, ai sensi del comma 2^ dell'art.2, della L.r. 32/1996.

IL CONSIGLIERE SEGRETARIO
(Dr.ssa Maria Rosaria LA MORGIA)

LA PRESIDENTE
(Avv. Antonella BOSCO)

AVVISO AGLI ABBONATI

Dal prossimo anno 2009 gli abbonamenti al Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo avranno decorrenza dal 1° gennaio al 31 dicembre.

Dovendo, pertanto, allineare tutte le scadenze degli abbonamenti al 31 dicembre 2008 è necessario, per gli abbonamenti annuali in scadenza prima di tale data, provvedere al loro rinnovo solo per la rimanente frazione di anno (es: per un mese, due mesi, ecc. considerando solo il mese per intero). L'importo da corrispondere per il rinnovo sarà calcolato moltiplicando € 6,45 mensili per il numero di mesi di riferimento.

L'importo deve essere versato sul c.c.p. n. 12101671 intestato a : Regione Abruzzo Bollettino Ufficiale – 67100 l'Aquila.

Gli abbonati che non intendono effettuare il rinnovo sono comunque invitati a darne comunicazione a mezzo tel. 0862-364669/4690/4660 o via e-mail bura@regione.abruzzo.it

******

AVVISO AGLI UTENTI

A seguito della modifica alla L.R. 63/1999 pubblicata sul Bollettino n° 6 Serie - Straordinaria del 5/10/2007 (art.12 L.R. n° 34 del 1 Ottobre 2007) si comunica che
"**l'accesso al Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo, per via informatica, è libero e gratuito per tutti, ma non riveste carattere di ufficialità e legalità.**"

Si comunica che la sede del Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo si è trasferita da Corso Federico II n. 51 - 67100 L'Aquila a
Palazzo Farinosi - Branconi, Piazza San Silvestro - 67100 L'Aquila
si comunica inoltre che non ci sono state variazioni sui numeri telefonici e di fax



DIREZIONE AFFARI DELLA PRESIDENZA
POLITICHE LEGISLATIVE E COMUNITARIE, RAPPORTI ESTERNI
Servizio Coordinamento e Supporto, Affari Generali e B.U.R.A.

UFFICIO BURA

DIREZIONE - REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE:
Palazzo Farinosi - Branconi. PIAZZA S. SILVESTRO
67100 - L'Aquila

centralino: 0862 3631
Tel. 0862/364660 - 364661 - 364663 - 364670
Fax. 0862 364665
Sito Internet: http://bura.regione.abruzzo.it
e-mail: bura@regione.abruzzo.it