

Allegato 4

MACROATTIVITA' "ATTIVITA' DI RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA"

REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI

Cod Req	ACCR	Testo Requisito
XXX	SI	Per le nuove realizzazioni, la degenza ha una dotazione minima di 6 posti letto?
XXX	NO	La dotazione organica del personale medico ed infermieristico è rapportata alla tipologia dell'attività svolta e al volume complessivo degli interventi chirurgici effettuati?
XXX	SI	É garantita 24 ore su 24 la presenza medica, specialista in anestesia e rianimazione, e infermieristica?
XXX	SI	Esiste un protocollo, in cui siano formalizzate le procedure organizzative di gestione delle urgenze intraospedaliere e di Pronto Soccorso/DEA concordato con le Unità Operative coinvolte?
XXX	SI	L'assistenza infermieristica (misurata in minuto/paziente/die) garantita, è di 600 min/pz/die?
XXX	SI	Le condizioni cliniche dei pazienti sono costantemente monitorate e sono adottate specifiche scale di valutazione?

REQUISITI STRUTTURALI SPECIFICI

Cod Req	ACCR	Testo Requisito
XXX	NO	Esiste una zona filtro per i degenti?
XXX	NO	Esiste una zona filtro per il personale addetto?
XXX	NO	Esistono degenze?
XXX	NO	Esiste un locale per pazienti infetti dotato di zona filtro?
XXX	NO	Esiste un locale per i medici?
XXX	NO	Esiste un locale di lavoro per gli infermieri?
XXX	NO	Esistono dei servizi igienici per il personale?
XXX	NO	Esiste un deposito per i presidi sanitari e per altro materiale pulito?
XXX	NO	Esiste un deposito per il materiale sporco?
XXX	NO	Esiste un sistema di condizionamento ambientale che assicuri una temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20 e 24° C?
XXX	NO	Esiste un sistema di condizionamento ambientale che assicuri una umidità relativa estiva ed invernale del 40-60%?
XXX	NO	Esiste un sistema di condizionamento ambientale che assicuri ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo) di 6v/h?
XXX	SI	Esiste un sistema di condizionamento ambientale che assicuri possibilità di intervento sui gradienti di pressione per creare pressione positiva o negativa nell'area di degenza?
XXX	SI	Si dispone di un impianto di gas medicali con aspirazione, Ossigeno e aria compressa?
XXX	NO	Si dispone di un impianto rilevazione incendi?
XXX	NO	Si dispone di un impianto allarmi di segnalazione esaurimento gas medicali?
XXX	NO	Si dispone di un letto tecnico?

Cod Req	ACCR	Testo Requisito
XXX	NO	Si dispone di un apparecchio per anestesia con sistema di evacuazione del gas dotato anche di spirometro, di monitoraggio della concentrazione di ossigeno erogato, di respiratore automatico dotato anche di allarme per disconnessione del paziente?
XXX	NO	Si dispone di monitor per la rilevazione dei parametri vitali?
XXX	NO	Si dispone di aspiratori per broncoaspirazione?
XXX	NO	Si dispone di lampada scialitica?
XXX	NO	Si dispone di diafanoscopio a parete o altro sistema per la visualizzazione di immagini diagnostiche?
XXX	NO	Si dispone di frigoriferi per la conservazione di farmaci ed emoderivati?
XXX	NO	Si dispone di defibrillatore?
XXX	SI	La sala di rianimazione o di terapia intensiva ha una dimensione minima di 10 mq per posto letto?

MACROATTIVITA' "DEGENZA SEMINTENSIVA A": prontamente convertibile in terapia intensiva poiché dotata dei medesimi requisiti strutturali e tecnologici
REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI

Cod Req	ACCR	Testo Requisito
XXX	SI	Per le nuove realizzazioni, la degenza semi intensiva A ha una dotazione minima di 8 posti letto? Nel caso di degenza semi intensiva attivata in un'area integrata di terapia intensiva, la dotazione minima di posti letto è calcolata sull'intera area?
XXX	SI	È garantita 24 ore su 24 la presenza di almeno un medico, specialista in una delle discipline afferenti all'area semi intensiva?
XXX	NO	È garantito l'approccio multidisciplinare e multiprofessionale secondo i protocolli clinico terapeutici aziendali?
XXX	SI	L'assistenza medica è garantita quotidianamente dagli specialisti di ciascuna disciplina afferente o almeno di disciplina equipollente/affine?
XXX	SI	L'assistenza infermieristica è garantita da personale stabilmente assegnato ed è garantita l'assistenza di 300 min/paz/die?
XXX	SI	La presenza infermieristica nelle ore notturne è non inferiore ad un terzo di quella prevista nelle ore diurne?
XXX	NO	La dotazione organica del personale addetto è rapportata al volume delle attività?
XXX	SI	Il personale medico e infermieristico è adeguatamente formato per le manovre rianimatorie, almeno BLSD?
XXX	SI	Le condizioni cliniche dei pazienti sono costantemente monitorate e sono adottati specifiche scale di valutazione?

REQUISITI STRUTTURALI SPECIFICI

Cod Req	ACCR	Testo Requisito
XXX	NO	Esiste una zona filtro per i degenti?
XXX	NO	Esiste una zona filtro per il personale addetto?
XXX	NO	Esistono degenze?
XXX	NO	Esiste un locale per pazienti infetti dotato di zona filtro?
XXX	NO	Esiste un'area di lavoro per i medici?
XXX	NO	Esiste un'area di lavoro per gli infermieri?
XXX	NO	Esistono dei servizi igienici per il personale?

Cod Req	ACCR	Testo Requisito
XXX	NO	Esiste un deposito per i presidi sanitari e per altro materiale pulito?
XXX	NO	Esiste un deposito per il materiale sporco?
XXX	NO	Esiste un sistema di condizionamento ambientale che assicuri una temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20 e 24° C?
XXX	NO	Esiste un sistema di condizionamento ambientale che assicuri una umidità relativa estiva ed invernale del 40-60%?
XXX	NO	Esiste un sistema di condizionamento ambientale che assicuri ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo) di 6v/h?
XXX	SI	Esiste un sistema di condizionamento ambientale che assicuri possibilità di intervento sui gradienti di pressione per creare pressione positiva o negativa nell'area di degenza?
XXX	SI	Si dispone di un impianto di gas medicali con aspirazione, Ossigeno e aria compressa?
XXX	NO	Si dispone di un impianto rilevazione incendi?
XXX	NO	Si dispone di un impianto allarmi di segnalazione esaurimento gas medicali?
XXX	NO	Si dispone di un apparecchio per anestesia con sistema di evacuazione del gas dotato anche di spirometro, di monitoraggio della concentrazione di ossigeno erogato, di respiratore automatico dotato anche di allarme per deconnessione del paziente?
XXX	NO	Si dispone di monitor per la rilevazione dei parametri vitali?
XXX	NO	Si dispone di aspiratori per broncoaspirazione?
XXX	NO	Si dispone di lampada scialitica?
XXX	NO	Si dispone di diafanoscopio a parete o altro sistema per la visualizzazione di immagini diagnostiche?
XXX	NO	Si dispone di frigoriferi per la conservazione di farmaci ed emoderivati?
XXX	NO	Si dispone di defibrillatore?
XXX	SI	L'area di degenza ha una dimensione minima di 10 mq per posto letto?

MACROATTIVITA' "DEGENZA SEMINTENSIVA B": dotata di requisiti strutturali e tecnologici per il monitoraggio dei pazienti ma non necessariamente di tutti

REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI

Cod Req	ACCR	Testo Requisito
XXX	SI	Per le nuove realizzazioni, la degenza semi intensiva B ha una dotazione minima di 8 posti letto? Nel caso di degenza semi intensiva attivata in un'area integrata di terapia intensiva o di degenza, la dotazione minima di posti letto è calcolata sull'intera area?
XXX	SI	È garantita 24 ore su 24 la presenza di almeno un medico, specialista in una delle discipline afferenti all'area semi intensiva?
XXX	NO	È garantito l'approccio multidisciplinare e multiprofessionale secondo i protocolli clinico terapeutici aziendali?
XXX	SI	L'assistenza medica è garantita quotidianamente dagli specialisti di ciascuna disciplina afferente o almeno di disciplina equipollente/affine?
XXX	SI	L'assistenza infermieristica è garantita da personale stabilmente assegnato ed è garantita l'assistenza di 300 min/paz/die?
XXX	SI	La presenza infermieristica nelle ore notturne è non inferiore ad un terzo di quella prevista nelle ore diurne?
XXX	NO	La dotazione organica del personale addetto è rapportata al volume delle attività?

Cod Req	ACCR	Testo Requisito
XXX	SI	Il personale medico e infermieristico è adeguatamente formato per le manovre rianimatorie, almeno BLSD?
XXX	SI	Le condizioni cliniche dei pazienti sono costantemente monitorate e sono adottati specifiche scale di valutazione?

REQUISITI STRUTTURALI SPECIFICI

Cod Req	ACCR	Testo Requisito
XXX	SI	Qualora la degenza semintensiva è integrata in una area di degenza/terapia intensiva i requisiti relativi a tutti i locali/spazi di supporto si ritengono assolti da quelli esistenti nell'area di degenza stessa?
XXX	NO	L'area di degenza è strutturata in modo da garantire il rispetto della privacy dell'utente ed un adeguato comfort di tipo alberghiero?
XXX	NO	Sono garantiti spazi comuni di raccordo tra le degenze e/o i servizi sanitari nei quali prevedere 'utilities' per gli accompagnatori o visitatori?
XXX	NO	La camera di degenza a più posti letto ha una superficie netta di 9 mq per posto letto? (Nel computo dei metri quadri va considerato il locale di degenza ed eventuali locali accessori - servizio igienico, antibagno, disimpegno)
XXX	NO	La camera di degenza singola ha una superficie netta di 9 mq?
		Esiste un bagno dedicato?
XXX	NO	Esiste un locale per visita e medicazioni?
XXX	NO	Esiste un locale di lavoro, in ogni piano di degenza, per il personale di assistenza diretta?
XXX	NO	Esiste uno spazio per capo-sala?
XXX	NO	Esiste un area di lavoro per i medici?
XXX	NO	Esiste un locale per soggiorno?
XXX	NO	Esiste un locale per il deposito del materiale pulito?
XXX	NO	Esiste un locale per il deposito delle attrezzature?
XXX	NO	Esiste un locale, in ogni piano di degenza, per il deposito del materiale sporco, dotato di vuotatoio e lavapadelle?
XXX	NO	Esiste una cucina di reparto?
XXX	NO	Esistono servizi igienici per il personale, distinti da quelli per gli utenti?
XXX	NO	Esiste uno spazio attesa per i visitatori?
XXX	NO	Esiste un bagno assistito?
XXX	NO	Esiste un impianto di illuminazione di emergenza?
XXX	NO	Esiste un impianto di forza motrice con almeno una presa di alimentazione normale?
XXX	NO	Esiste un impianto di chiamata con segnalazione acustica e luminosa?
XXX	NO	Esiste un impianto di gas medicali (prese vuoti e ossigeno)?
XXX	NO	Si dispone di un carrello per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore e unità di ventilazione manuale?
XXX	NO	Si dispone di un carrello per la gestione terapia?
XXX	NO	Si dispone di un carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico?

Cod Req	ACCR	Testo Requisito
XXX	SI	La superficie minima netta del locale di degenza (nel cui computo non vanno considerati eventuali locali accessori - servizio igienico, antibagno, disimpegno) è di 7 mq per posto letto?
XXX	SI	L'altezza dei locali accessori, nel caso in cui questi vengano inseriti nel computo della superficie della camera di degenza, è non inferiore al requisito previsto dai vigenti regolamenti per i locali con permanenza continua di persone?
XXX	SI	Il servizio igienico ha una superficie minima netta di 2 mq?
XXX	SI	Nei servizi igienici, qualora sia prevista aerazione forzata, il gradiente di pressione garantisce il deflusso dell'aria in uscita dal locale di degenza verso il servizio igienico?
XXX	NO	Esiste un sistema di condizionamento ambientale che assicuri una temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20 e 24° C?
XXX	NO	Esiste un sistema di condizionamento ambientale che assicuri una umidità relativa estiva ed invernale del 40-60%?
XXX	NO	Esiste un sistema di condizionamento ambientale che assicuri ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo) di 6v/h?
XXX	SI	Esiste un sistema di condizionamento ambientale che assicuri possibilità di intervento sui gradienti di pressione per creare pressione positiva o negativa nell'area di degenza?
XXX	SI	Si dispone di un impianto di gas medicali con aspirazione, Ossigeno e aria compressa?