

Lista di verifica REQUISITI MINIMI SPECIFICI E DI QUALITA' PER L'AUTORIZZAZIONE

RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA

Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
		Indicatori di risultato			

1 RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA - REQUISITI STRUTTURALI

RIAN01.AU.1.1	I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
RIAN01.AU.1.2	La dotazione minima di ambiente è la seguente:				
RIAN01.AU.1.2.1	- la zona filtro per i degenti		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
RIAN01.AU.1.2.2	- la zona filtro per il personale addetto		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
RIAN01.AU.1.2.3	- un locale per i pazienti infetti dotato di zona filtro		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
RIAN01.AU.1.2.4	- un locale per il personale medico		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					

I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni

Lista di verifica REQUISITI MINIMI SPECIFICI E DI QUALITA' PER L'AUTORIZZAZIONE

RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA

Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi Indicatori di risultato	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
--------	--	-------------------------------------	---------------------	------------------------	------

1 RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA - REQUISITI STRUTTURALI

RIAN01.AU.1.2.5 Termine di adeguamento: I mesi	- un locale di lavoro per il personale infermieristico		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RIAN01.AU.1.2.6 Termine di adeguamento: I mesi	- il deposito per presidi sanitari e altro materiale pulito		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RIAN01.AU.1.2.7 Termine di adeguamento: I mesi	- il deposito per il materiale sporco		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RIAN01.AU.1.2.8 Termine di adeguamento: I mesi	- i servizi igienici per il personale		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RIAN01.AU.1.2.9 Termine di adeguamento: I mesi	- degenza		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

2 RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA - REQUISITI IMPIANTISTICI

I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni

Lista di verifica REQUISITI MINIMI SPECIFICI E DI QUALITA' PER L'AUTORIZZAZIONE

RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi Indicatori di risultato	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note

2 RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA - REQUISITI IMPIANTISTICI

RIAN01.AU.2.1	Sistema di condizionamento che assicuri le seguenti caratteristiche igrotermiche:				
RIAN01.AU.2.1.1	- temperatura interna invernale ed estiva compresa tra i 20 e 24 °C		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Termine di adeguamento: (mesi)
RIAN01.AU.2.1.2	- umidità relativa estiva e invernale compresa tra 40 e 60%		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Termine di adeguamento: (mesi)
RIAN01.AU.2.1.3	- ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo) pari a 6 v/h		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Termine di adeguamento: (mesi)
RIAN01.AU.2.2	È presente l'impianto di gas medicali		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Termine di adeguamento: (mesi)
RIAN01.AU.2.3	È presente l'impianto allarme di segnalazione esaurimento dei gas medicali		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Termine di adeguamento: (mesi)

I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni

Lista di verifica REQUISITI MINIMI SPECIFICI E DI QUALITA' PER L'AUTORIZZAZIONE

RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA

Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
		Indicatori di risultato			

2 RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA - REQUISITI IMPIANTISTICI

RIAN01.AU.2.4	È presente un impianto per la rilevazione degli incendi		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					

3 RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA - REQUISITI TECNOLOGICI

RIAN01.AU.3.1	Sono presenti le seguenti attrezzature:				
---------------	---	--	--	--	--

RIAN01.AU.3.1.1	- letti tecnici		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					

RIAN01.AU.3.1.2	- apparecchio per anestesia (con spirometro e sistema di monitoraggio della concentrazione dell'O2 erogato)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					

RIAN01.AU.3.1.3	- respiratore automatico dotato anche di allarme per deconnessione dei pazienti		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					

I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni

Lista di verifica REQUISITI MINIMI SPECIFICI E DI QUALITA' PER L'AUTORIZZAZIONE

RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi Indicatori di risultato	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note

3 RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA - REQUISITI TECNOLOGICI

RIAN01.AU.3.1.4	- monitor per la rilevazione dei parametri vitali		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
RIAN01.AU.3.1.5	- lampada scialitica		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
RIAN01.AU.3.1.6	- aspiratori per broncoaspirazione		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
RIAN01.AU.3.1.7	- defibrillatore		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
RIAN01.AU.3.1.8	- diafanoscopio a parete		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
RIAN01.AU.3.1.9	- frigoriferi per la conservazione dei farmaci e emoderivati		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					

I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni

Lista di verifica REQUISITI MINIMI SPECIFICI E DI QUALITA' PER L'AUTORIZZAZIONE

RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi Indicatori di risultato	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note

4 RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA - REQUISITI ORGANIZZATIVI

RIAN01.AU.4.1	La dotazione organica del personale è rapportata alla tipologia e al volume dell' attività svolta		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	* I valutatori nella propria relazione di verifica dovranno dare espressa e chiara motivazione dei criteri utilizzati e di come sono pervenuti al giudizio finale formulato
Termine di adeguamento: 1 mese	<p>Documento ufficiale che dichiara il responsabile della struttura e il personale a tempo pieno equivalente, commisurato alle attività in autorizzazione, comprensivo delle qualifiche professionali e del rapporto di impiego. *</p>				

I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni