

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

SAPA (SEZIONE DI ALTA PROTEZIONE ALZHEIMER)

| 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 SAPA - REQUISITI STRUTTURALI

| | | | | | |
|--|---|-------------|--|--|--|
| SAPA01.AU.1.1 Termine di adeguamento: I mesi | Gli immobili sono in possesso di certificato di agibilità specifico | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| SAPA01.AU.1.2 Termine di adeguamento: I mesi | E' facilmente raggiungibile con mezzi pubblici | Entro 1 ora | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| SAPA01.AU.1.3 Termine di adeguamento: I mesi | La collocazione è in aree non rumorose | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| SAPA01.AU.1.4 Termine di adeguamento: I mesi | Si articola in sezioni, con minimo 10 p. l. massimo 15 p.l. | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| SAPA01.AU.1.5 Termine di adeguamento: I mesi | Le sezioni sono ospitate in RSA o altre strutture con almeno due NRSA | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| SAPA01.AU.1.6 Termine di adeguamento: I mesi | Ogni sezione presenta aspetto simile ad una normale abitazione. | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |

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

SAPA (SEZIONE DI ALTA PROTEZIONE ALZHEIMER)

| 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 SAPA - REQUISITI STRUTTURALI

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|
| SAPA01.AU.1.7 Termine di adeguamento: I mesi | Le stanze sono raggruppate e collegate ad aree per attività comuni | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| SAPA01.AU.1.7.1 Termine di adeguamento: I mesi | Ogni locale è identificato con l'uso idoneo dei colori, in applicazione semplice e con contrasti cromatici consoni | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| SAPA01.AU.1.8 Termine di adeguamento: I mesi | I locali risultano accessibili | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| SAPA01.AU.1.9 Termine di adeguamento: I mesi | Gli spazi aperti sono presenti, idoneamente attrezzati e controllati | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| SAPA01.AU.1.10 Termine di adeguamento: I mesi | Le finestre dei locali ad uso degli ospiti hanno vetri antifondamento, con aperture alte, apribili esclusivamente dal personale | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| SAPA01.AU.1.11 Termine di adeguamento: I mesi | Tutti gli arredi sono simili a quelli di civile abitazione di semplice utilizzo | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |

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

SAPA (SEZIONE DI ALTA PROTEZIONE ALZHEIMER)

| 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 SAPA - REQUISITI STRUTTURALI

| | | | | | |
|-----------------------------------|--|--|--|--|--|
| SAPA01.AU.1.12 | Esiste una sala comune per TV / musica | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| Termine di adeguamento: I mesi | | | | | |
| SAPA01.AU.1.13 | Esiste un locale ambulatorio dotato di WC per medico-psicologo | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| Termine di adeguamento: I mesi | | | | | |
| SAPA01.AU.1.14 | Esiste un locale per I.P. e OTA | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| Termine di adeguamento: I mesi | | | | | |
| SAPA01.AU.1.15 | Sono presenti servizi igienici per il personale e locale spogliatoio | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| Termine di adeguamento: I mesi | | | | | |
| SAPA01.AU.1.16 | È presente un vano per deposito Medicinali e Presidi Medico-Chirurgici | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| Termine di adeguamento: I mesi | | | | | |
| SAPA01.AU.1.17 | È presente un vano per deposito biancheria pulita | | <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

SAPA (SEZIONE DI ALTA PROTEZIONE ALZHEIMER)

| 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 SAPA - REQUISITI STRUTTURALI

| | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|
| SAPA01.AU.1.18 Termine di adeguamento: I mesi | È prevista una lavanderia se il servizio non è appaltato | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| SAPA01.AU.1.19 Termine di adeguamento: I mesi | È previsto un locale dispensa per porzionamento e distribuzione dei pasti | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |

2 SAPA - REQUISITI ORGANIZZATIVI

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|
| SAPA01.AU.2.2 Termine di adeguamento: I mesi | I letti delle camere sono regolabili in altezza | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
|--|---|--|--|--|--|

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

SAPA (SEZIONE DI ALTA PROTEZIONE ALZHEIMER)

| 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 SAPA - REQUISITI ORGANIZZATIVI

| | | | | | |
|---------------|--|--|--|--|--|
| SAPA01.AU.2.3 | Le figure previste sono dotate di formazione ed esperienza specifica. La dotazione organica del personale è rapportata alla tipologia delle attività (vedi documento di pianificazione) | 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. * | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <p>* 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. La check list indicativa per i valutatori è:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 IP ogni 8 ospiti; - 1 OSS ogni 2 ospiti; - Educatore /animatore : 1 ogni 15 ospiti comprensiva dei care giver; - Personale fisioterapista: 0,5 ogni 15 ospiti; - Sono assicurati 30 minuti die pro ospite di attività svolta dallo psicologo comprensiva dei care giver |
|---------------|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|---------------|---|--|--|--|--|
| SAPA01.AU.2.1 | Sono presenti sistemi di controllo che prevedono l'utilizzo di telecamere e segnalatori acustico-visivi | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
|---------------|---|--|--|--|--|

3 SAPA - REQUISITI TECNOLOGICI

| | | | | | |
|---------------|---|--|--|--|--|
| SAPA01.AU.3.1 | L'Ente gestore ha nominato un Responsabile di Sezione | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
|---------------|---|--|--|--|--|

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

SAPA (SEZIONE DI ALTA PROTEZIONE ALZHEIMER)

| 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 | | | |

3 SAPA - REQUISITI TECNOLOGICI

SAPA01.AU.3.2 Sono previste le seguenti figure professionali (anche a rapporto libero professionale e/o convenzionato)

SAPA01.AU.3.2.1 - psicologo

Termine di adeguamento:
I mesi

| | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> SI |
| <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NO |

SAPA01.AU.3.2.2 - infermiere professionale

Termine di adeguamento:
I mesi

| | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> SI |
| <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NO |

SAPA01.AU.3.2.3 - operatore socio-sanitario

Termine di adeguamento:
I mesi

| | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> SI |
| <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NO |

SAPA01.AU.3.2.4 - Educatore/Animatore

Termine di adeguamento:
I mesi

| | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> SI |
| <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NO |

SAPA01.AU.3.2.5 - Fisioterapista

Termine di adeguamento:
I mesi

| | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> SI |
| <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NO |

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

SAPA (SEZIONE DI ALTA PROTEZIONE ALZHEIMER)

| 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 SAPA - REQUISITI TECNOLOGICI

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| SAPA01.AU.3.2.6 Termine di adeguamento: I mesi | - Medico di medicina generale | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| SAPA01.AU.3.4 Termine di adeguamento: I mesi | L'Ente ha presentato una chiara descrizione del Programma di lavoro comprensivo dell'elenco delle prestazioni svolte. | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| SAPA01.AU.3.4.1 Termine di adeguamento: I mesi | Il Programma esplicita la tipologia delle persone oggetto dell'intervento e in particolare quelle con caratteristiche specifiche | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| SAPA01.AU.3.4.2 Termine di adeguamento: I mesi | Il Programma esplicita l'elevato contenuto umano, il sostegno psicologico, relazionale e spirituale offerto agli ospiti | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| SAPA01.AU.3.4.3 Termine di adeguamento: I mesi | Il Programma garantisce il sostegno psicologico ai familiari dell'assistito (care givers) | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| SAPA01.AU.3.5 Termine di adeguamento: I mesi | È stata fornita copia del programma nonché adeguata informazione agli utenti | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |

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