



**SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE DELLE STRUTTURE CHE EROGANO  
PRESTAZIONI CONNESSE CON L'ATTIVITÀ OPERATORIA  
-CENTRALE DI STERILIZZAZIONE-  
REQUISITI STRUTTURALI, IMPIANTISTICI E TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI**

**NOME ENTE<sup>1</sup>:**

**PRESIDIO (\*SOLO PER LE STRUTTURE PUBBLICHE):**

**INDIRIZZO DEL PRESIDIO:**

**CENTRALE DI STERILIZZAZIONE<sup>2-3</sup>:**

**IL DIRETTORE DELL'UO/IL RESP. DELLA CENTRALE:**

<sup>1</sup> Inserire la denominazione dell'Azienda/Struttura Privata

<sup>2</sup> Identificare le Centrali di Sterilizzazione all'interno del Presidio (es. centrale di sterilizzazione 1, centrale di sterilizzazione 2; oppure centrale di sterilizzazione del padiglione A, centr. di sterilizzazione del padiglione B)

<sup>3</sup> Con il termine di Centrale di Sterilizzazione si deve intendere una struttura centralizzata/autonoma e non le attività di sterilizzazione interne ai Reparti Operatori



## REQUISITI ORGANIZZATIVI, STRUTTURALI, IMPIANTISTICI E TECNOLOGICI

### A. DOTAZIONE STRUTTURALE

**A.1** I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate?

Si  No  Non pertinente

Note/Data adeguamento:

**A.2** Il percorso è progressivo dalla zona sporca a quella pulita?

Si  No  Non pertinente

Note/Data adeguamento:

**A.3** Esistono locali per ricezione, cernita, pulizia e preparazione?

Si  No  Non pertinente

Note/Data adeguamento:



**A.4** Esiste una zona per la sterilizzazione?

Si  No  Non pertinente

Note/Data adeguamento:

**A.5** Esiste una zona filtro per il personale, preliminare all'accesso al deposito dei materiali sterili, se sito fuori dal blocco operatorio?

Si  No  Non pertinente

Note/Data adeguamento:

**A.6** Esiste un locale per il deposito di materiale sterile?

Si  No  Non pertinente

Note/Data adeguamento:

**A.7** Esiste un locale per il deposito materiale sporco?

Si  No  Non pertinente

Note/Data adeguamento:

**A.8** Esistono servizi igienici del personale?

Si  No  Non pertinente

Note/Data adeguamento:



**B. DOTAZIONE IMPIANTISTICA**

**B.1** Il servizio di sterilizzazione dispone di un impianto di condizionamento che assicuri una temperatura interna invernale compresa tra 20-27 °C?

Si  No  Non pertinente

Note/Data adeguamento:

**B.2** Il servizio di sterilizzazione dispone di un impianto di condizionamento che assicuri un'umidità relativa estiva e invernale del 40-60%?

Si  No  Non pertinente

Note/Data adeguamento:

**B.3** Il servizio di sterilizzazione dispone di un impianto di condizionamento che assicuri ricambi aria/ora esterna 15v/h?

Si  No  Non pertinente

Note/Data adeguamento:

**B.4** Esiste un impianto di illuminazione di emergenza?

Si  No  Non pertinente

Note/Data adeguamento:



**B.5** Esiste un impianto di aria compressa?

Si  No  Non pertinente

Note/Data adeguamento:

**C. DOTAZIONE TECNOLOGICA**

**C.1** Si dispone di apparecchiatura di sterilizzazione?

Si  No  Non pertinente

Note/Data adeguamento:

**C.2** Si dispone di apparecchiatura per il lavaggio del materiale da sottoporre a sterilizzazione?

Si  No  Non pertinente

Note/Data adeguamento:

**C.3** Si dispone di bancone con lavello resistente agli acidi ed alcalini?

Si  No  Non pertinente

Note/Data adeguamento:



**C.4** Si dispone pavimenti antisdrucciolo nelle zone sporche?

Si  No  Non pertinente

Note/Data adeguamento:

**D. MODALITÀ ORGANIZZATIVE**

**D.1** La dotazione organica del personale addetto è rapportata al volume delle attività?

Si  No  Non pertinente

Note/Data adeguamento:

**D.2** E' garantita la presenza all'interno dell'equipe di almeno un infermiere?

Si  No  Non pertinente

Note/Data adeguamento:

**D.3** Le procedure utilizzate sono standardizzate e certificate ai sensi della normativa vigente (norme UNI EN 554, UNI EN 555)?

Si  No  Non pertinente

Note/Data adeguamento:



**D.4** Nel caso di servizi decentrati, sono adottati specifici protocolli che garantiscano l'omogeneità delle procedure adottate?

Si  No  Non pertinente

Note/Data adeguamento:

**D.5** Nel caso in cui si svolga un'attività di sterilizzazione centralizzata, sono previsti 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?

Si  No  Non pertinente

Note/Data adeguamento:

**D.6** Nei presidi autonomi di Day Surgery, l'attività di sterilizzazione è adeguata ed in funzione della complessità e della tipologia delle prestazioni da effettuare?

Si  No  Non pertinente

Note/Data adeguamento:

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del Legale Rappresentante/Titolare \_\_\_\_\_