



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

NOME ENTE¹:

PRESIDIO (SOLO PER LE STRUTTURE PUBBLICHE):

INDIRIZZO DEL PRESIDIO:

UNITÀ OPERATIVA²:

DIRETTORE/RESPONSABILE DELL'UO:

¹ Inserire la denominazione dell'Azienda/Struttura Privata

² Inserire la denominazione dell'Unità Operativa che svolge attività di Anestesia e Rianimazione



REQUISITI ORGANIZZATIVI, STRUTTURALI, IMPIANTISTICI E TECNOLOGICI

A. DOTAZIONE STRUTTURALE

A.1 Esiste una zona filtro per i degenti?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

A.2 Esiste una zona filtro per il personale addetto?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

A.3 Le degenze sono dotate di spazio tale da consentire agevoli manovre assistenziali sui quattro lati?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

A.4 Esiste un locale separato per pazienti infetti dotato di zona filtro?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

A.5 Esiste un locale per i medici?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:



A.6 Esiste un locale di lavoro per gli infermieri?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

A.6-1 Se "SI", il locale di lavoro per gli infermieri ha un apposito spazio lavoro ai fini della preparazione delle terapie infusionali?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

A.7 Esistono dei servizi igienici per il personale?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

A.8 Esiste un deposito per i presidi sanitari e per altro materiale pulito?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

A.9 Esiste un deposito per il materiale sporco?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:



A.9-1 E' individuato un percorso separato per il pulito e per lo sporco?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

A.10 Esistono dei locali attesa per i parenti?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

A.10-1 Se "SI", i locali attesa per i parenti hanno adeguate poltrone ed arredi?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

B. DOTAZIONE IMPIANTISTICA

B.1-1 Per la terapia intensiva il sistema di condizionamento ambientale assicura una temperatura invernale ed estiva compresa tra 20-26 °C?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

B.1-2 Per la terapia intensiva il sistema di condizionamento ambientale assicura umidità relativa estiva e invernale compresa tra 40-60%?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:



B.1-3 Per la terapia intensiva il sistema di condizionamento ambientale assicura ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo) da 6 v/h-12 v/h?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

B.1-4 Per la terapia intensiva il sistema di condizionamento ambientale possiede i filtri aria assoluti con caratteristiche di filtraggio maggiori del 99%?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

B.2 Si dispone di un impianto di gas medicali?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

B.3 Si dispone di un impianto di rilevazione incendi?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

B.4 Si dispone di un impianto allarmi di segnalazione esaurimento gas medicali?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:



B.5 Si dispone di un impianto produzione vuoto?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

B.6 Si dispone di gruppo elettrogeno e gruppo di continuità, dimensionati alle reali esigenze del reparto in relazione ai posti letto?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

B.6-1 Se "SI", il gruppo elettrogeno ed il gruppo di continuità sono dimensionati alle reali esigenze del reparto in relazione ai posti letto?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

C. DOTAZIONE TECNOLOGICA

C.1 Si dispone di un letto tecnico attrezzato per la rianimazione?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

C.2 Si dispone di un ventilatore automatico da rianimazione?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:



C.3 Si dispone di un monitor ad 8 tracce modulari per la rilevazione dei parametri vitali (ECG, pressori incruenti e cruenti, curva respiratoria, capnografia e ossimetria, pvc, temperatura, gittata cardiaca ed EEG)?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

C.4 Si dispone di un sistema di riscaldamento paziente?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

C.5 Si dispone di aspiratori per broncoaspirazione?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

C.6 Si dispone di una fonte di illuminazione anche per piccoli interventi?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

C.7 Si dispone di un carrello portafarmaci per ogni letto?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:



C.8 Si dispone di 2 pompe di infusione venosa?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

C.9 Si dispone di una pompa di infusione centrale?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

C.10 Si dispone di un diafanoscopio a parete o su carrello?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

C.11 Si dispone di una centrale di monitoraggio ogni 4 p.l.?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

C.12 Si dispone di frigoriferi separati per la conservazione dei farmaci e emoderivati?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:



C.13 Si dispone di una lampada scialitica portatile?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

C.14 Si dispone di un carrello di emergenza urgenza?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

C.14-1 Se "SI", il carrello di emergenza urgenza è dotato di monitor defibrillatore?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

C.14-2 Se "SI", il carrello di emergenza urgenza è dotato di pace-maker esterno e sincronizzatore?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

C.14-3 Se "SI", il carrello di emergenza urgenza è dotato di ventilatore portatile?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:



C.15 Si dispone di un emogasanalizzatore?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

C.15-1 Se "SI", l'emogasanalizzatore è completo di carbossiemoglobinometro?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

C.15-2 Se "SI", vi è un emogasanalizzatore ogni 8 p.l.?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

C.16 Si dispone di un fibrobroncoscopio?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

C.17 Si dispone di un defibrillatore?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:



C.18 Si ha in dotazione uno strumentario chirurgico per piccoli interventi?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

C.19 Si dispone di un piccolo impianto di sterilizzazione anche portatile?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

C.20 Si ha la disponibilità in sede di apparecchiatura per emofiltrazione?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

C.21 Si dispone di un Rx portatile?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

C.22 Si dispone di un ecografo multifunzionale?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:



C.23 Si dispone di un ECG a 12 tracce?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

C.24 Si dispone di un apparecchio per gittata cardiaca incruenta?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

D. MODALITÀ ORGANIZZATIVE

D.1 La dotazione organica del personale medico ed infermieristico è rapportata alla tipologia ed al volume dell'attività svolta?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:

D.2 Sono predisposti e attivati regolamenti interni e linee guida per lo svolgimento delle principali attività di gestione concordati con le strutture organizzative interessate?

Si No Non pertinente

Note/Data adeguamento:



D.3 L'organizzazione del lavoro prevede le procedure per fornire risposte adeguate sia alle richieste routinarie sia alle richieste in emergenza-urgenza intraospedaliere ed a livello del pronto soccorso del DEU (Dipartimento Emergenza Urgenza)?

Si

No

Non pertinente

Note/Data adeguamento:

Data ____ / ____ / ____

Firma del Legale Rappresentante/Titolare _____