

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

CENTRI E PRESIDI DI RIABILITAZIONE FUNZIONALE PER DISABILI

| 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 CTRP - REQUISITI STRUTTURALI

CTR01.AU.1.1 Oltre ai requisiti minimi strutturali previsti per gli ambulatori specialistici e per gli ambulatori di medicina fisica, riabilitazione, recupero e rieducazione funzionale (AMBFIS), i Centri devono possedere i seguenti requisiti:

CTR01.AU.1.1.1 - locale infermeria e spazio per armadio farmaceutico

Termine di adeguamento: _____ mesi

SI SI
 NO NO

CTR01.AU.1.1.2 - sale da pranzo e di soggiorno con una superficie minima complessiva, per ciascuna tipologia, di mq. 4 per utente, ridotti a 2 metri quadrati per utente di età inferiore a 13 anni

lo standard è calcolato in riferimento al numero di utenti pari alla presenza media giornaliera

Termine di adeguamento: _____ mesi

SI SI
 NO NO

CTR01.AU.1.1.3 - spazio guardaroba

Termine di adeguamento: _____ mesi

SI SI
 NO NO

CTR01.AU.1.1.4 - spazio per deposito pulito e deposito sporco

Termine di adeguamento: _____ mesi

SI SI
 NO NO

CTR01.AU.1.1.5 - cucinetta

Termine di adeguamento: _____ mesi

SI SI
 NO 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

CENTRI E PRESIDII DI RIABILITAZIONE FUNZIONALE PER DISABILI

| 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 CTRP - REQUISITI STRUTTURALI

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| CTR01.AU.1.1.6 Termine di adeguamento: I mesi | - spazio per attività di qualificazione e/o riqualificazione professionale, di attività didattica* e/o per l'addestramento alle attività della vita quotidiana in misura di 4 mq per utente ridotte a 2 mq se di età inferiore a 13 anni | * Linee guida per attività di riabilitazione, Conferenza Stato - Regioni del 07.05.1998, G.U. n.124 del 30.051998 | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| CTR01.AU.1.1.7 Termine di adeguamento: I mesi | - un bagno assistito almeno ogni 20 utenti | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| CTR01.AU.1.1.8 Termine di adeguamento: I mesi | - qualora il presidio accolga bambini da 0 a 6 anni deve essere disponibile anche uno spazio per il riposo pomeridiano | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| CTR01.AU.1.1.9 Termine di adeguamento: I mesi | - area verde secondo i parametri dettati dagli standard urbanistici. Comunque per le nuove realizzazioni non inferiori a 1/3 della superficie coperta, attrezzata per la sosta e i momenti ludico-terapeutici, esclusi i parcheggi | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| CTR01.AU.1.1.10 Termine di adeguamento: I mesi | - camere di degenza con massimo di 4 posti letto, con possibilità di accesso e rotazione completa delle carrozzine per le camere adibite a soggetti non deambulanti, con superficie minima di 7 mq. per posto per soggetti di età non superiore ai 18 anni | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| CTR01.AU.1.1.11 Termine di adeguamento: I mesi | - per i soggetti di età superiore a 18 anni sono disponibili camere a 2 letti con superficie minima di 18 mq e annesso bagno con vasca e/o doccia | | <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

CENTRI E PRESIDII DI RIABILITAZIONE FUNZIONALE PER DISABILI

| 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 CTRP - REQUISITI STRUTTURALI

| | | | | | |
|-----------------------------------|---|--|--|--|--|
| CTR01.AU.1.1.12 | - dotazione di servizi igienici annessi e non alle camere, conformi alle normative delle barriere architettoniche, dotati di vasca e/o doccia | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| Termine di adeguamento: [mesi] | | | | | |

2 CTRP - REQUISITI TECNOLOGICI

| | | | | | |
|-----------------------------------|--|---|--|--|--|
| CTR01.AU.2.1 | Se aggiuntivi ai requisiti già previsti per l'ambulatorio (AMB01) si devono applicare i requisiti tecnologici previsti sia dal DPR 17.01.97 sia dalle DD.GR n° 1699 e 2225 del 2001. | I locali di trattamento sono dotati di attrezzature e presidi-medico chirurgici, diagnostico-terapeutici e riabilitativi in relazione alla specificità della riabilitazione svolta e della tipologia della struttura. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| Termine di adeguamento: [mesi] | | | | | |

3 CTRP - REQUISITI ORGANIZZATIVI

| | | | | | |
|-----------------------------------|--|--|--|--|--|
| CTR01.AU.3.1 | Il funzionamento del presidio a ciclo diurno è di almeno 6/7 ore giornaliere e per almeno 5 giorni la settimana | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| Termine di adeguamento: [mesi] | | | | | |
| CTR01.AU.3.2 | La dotazione di personale è adeguata ai volumi dell'attività svolta rispetto agli standard di base ed "ulteriore standard" (DGR 2529/2000) come da prospetto allegato. | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| Termine di adeguamento: [mesi] | | | | | |
| | | Dichiarazione | | | |
| | | 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. | | | |
| CTR01.AU.3.2.1 | Il responsabile sanitario del Centro è un medico specializzato cui sono attribuite funzioni cliniche ed igienico-organizzative. Di norma, per l'età evolutiva un neuropsichiatra infantile, per l'età adulta uno specialista in med. fisica e riabilitazione | | <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

CENTRI E PRESIDI DI RIABILITAZIONE FUNZIONALE PER DISABILI

| 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 CTRP - REQUISITI ORGANIZZATIVI

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| CTR01.AU.3.2.2 Termine di adeguamento: [mesi] | Il responsabile sanitario è coadiuvato da altri medici specialisti e/o tecnici laureati (psicologi, ecc.) in rapporto di dipendenza o di consulenza | per i Centri che trattano soggetti in età evolutiva è necessario prevedere la presenza, con rapporto di dipendenza o a titolo di collaborazione, del pedagoga o del laureato in scienza dell'educazione | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| CTR01.AU.3.3 Termine di adeguamento: [mesi] | Per ogni singolo paziente deve essere redatto un progetto riabilitativo dall'equipe multiprofessionale, comprendente uno o più programmi terapeutici | Evidenza | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| CTR01.AU.3.4 Termine di adeguamento: [mesi] | E' effettuato il monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni delle disabilità del singolo paziente per ogni programma terapeutico | Evidenza | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| CTR01.AU.3.5 Termine di adeguamento: [mesi] | E' garantita una adeguata informazione e l'accesso ai familiari alla struttura | Evidenza | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| CTR01.AU.3.5.1 Termine di adeguamento: [mesi] | E' assicurato adeguato specifico addestramento del familiare prima del rientro del paziente al proprio ambiente di vita | Verifica | <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