

Codice A1403A

D.D. 30 dicembre 2015, n. 924

**Modalita' operative per l'esercizio dell'attivita' di continuita' assistenziale a valenza sanitaria (CAVS).**

Con la **D.G.R. n. 13-1439 del 28 gennaio 2011** sono stati individuati i criteri per la creazione di una nuova area di attività extraospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria, da realizzarsi in stretta continuità con l'area ospedaliera e territoriale al fine di poter assicurare ai pazienti il trattamento appropriato nell'ambito di un percorso di cura integrato ospedale-territorio.

La **D.G.R. n. 27-3628 del 28 marzo 2012** ha poi approvato il modello organizzativo per un percorso integrato di continuità di cura ospedale-territorio all'interno della rete dei servizi per interventi di tipo sanitario e socio-assistenziale.

Con **D.G.R. n. 6-5519 del 14 marzo 2013** è stato approvato il programma di revisione della rete ospedaliera regionale, nonché le tabelle di dettaglio sui fabbisogni e sulla conseguente redistribuzione delle risorse (numero di posti letto e dotazioni standard di strutture complesse), disponendo inoltre che ciascuna azienda provveda, per la parte di diretto interesse, alla predisposizione di un dettagliato programma di attuazione delle azioni delineate, coerente con i vincoli, le misure e l'indicazione dei tempi di realizzazione ivi previsti, nonché comprensivo delle azioni relative alla continuità assistenziale a valenza sanitaria. Tale provvedimento ha definito, tra l'altro, la tipologia dei soggetti possibili fruitori della funzione CAVS, con riferimento al livello di complessità clinico-assistenziale (alta o lieve-moderata), i criteri e le modalità di selezione ed ammissione dei soggetti, i requisiti organizzativi essenziali per espletare la funzione, nonché il fabbisogno conseguente di posti extra ospedalieri.

La **D.G.R. n. 1-6045 del 9 luglio 2013** ha approvato, nel rispetto della D.G.R. n. 6-5519 del 14 marzo 2013, i criteri necessari alla definizione del progetto di riconversione di funzioni per l'area della attività di post acuzie delle strutture sanitarie private accreditate con il S.S.R. (Case di Cura), nonché il progetto di riconversione della medesime strutture sanitarie.

Con **D.G.R. n. 14-7070 del 4 febbraio 2014**, come modificata dalla **D.G.R. n. 44-7346 del 31 marzo 2014**, è stato approvato, tra l'altro, in attuazione di quanto previsto con la D.G.R. n. 6-5519 del 14/03/2013, il programma di revisione della rete ospedaliera piemontese relativamente alle attività di post acuzie assicurata dai Presidi Ospedalieri pubblici e dai Presidi ex art 43 della L.833/78, delle strutture sanitarie ex art. 26 ed RSA, individuando il fabbisogno della funzione extraospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria per le singole ASL.

Con lo stesso provvedimento, tra l'altro, la Giunta regionale ha approvato la revisione dell'Allegato A alla D.G.R. n. 1-6045 del 9 luglio 2013 riformulando l'elenco delle strutture sanitarie private accreditate con il SSR (Case di Cura), e relativi posti letto, destinatarie del progetto di riconversione di funzioni degenziali dell'area delle attività di post acuzie.

La **D.G.R. n. 46-233 del 4 agosto 2014** ha disposto, fino al 31.12.2014 - o alla ridefinizione della rete ospedaliera, la sospensione, limitatamente alle parti inerenti l'individuazione della quantificazione e tipologia dei posti letto in ciascuna struttura della rete ospedaliera, degli effetti, tra l'altro, della D.G.R. n. 44-7346 del 31.3.2014, della D.G.R. n. 14-7070 del 4.2.2014, della D.G.R. n. 1-6045 del 9.7.2013, della D.G.R. 6-5519 del 14.3.2013.

Con **D.G.R. n. 1-600 del 19 novembre 2014** *“Adeguamento della rete ospedaliera agli standard*

della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale” e successiva D.G.R. n. 1-924 del 23.01.2015, sono stati definiti il “nuovo programma regionale di revisione della rete ospedaliera” e le “linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale” nella quale saranno investite molte delle risorse liberate dall’efficientamento della rete ospedaliera ottenuta dagli effetti dei suddetti provvedimenti regionali. In questo contesto si colloca anche la previsione dell’attivazione posti letto per la continuità assistenziale a valenza sanitaria nella misura dello 0,3 per 1000 abitanti, quale coerente riconversione dei letti ospedalieri pubblici e privati accreditati.

Con **D.G.R. n. 39-813 del 22 dicembre 2014** è stata disposta l’attivazione di una prima parte di posti letto extraospedalieri per attività di continuità assistenziale a valenza sanitaria con le caratteristiche organizzative definite con la D.G.R. n. 6-5519 del 14.3.2013, nelle more dell’approvazione degli schemi dei contratti con gli erogatori privati accreditati, i Presidi e gli IRCCS ex artt. 42 e 43 della L.833/1978 e conseguentemente dell’iter di sottoscrizione dei contratti. L’attivazione della funzione CAVS doveva essere garantita attraverso la riconversione di posti letto di post acuzie della rete ospedaliera a gestione diretta o attraverso la riconversione di posti letto convenzionati di RSA .

Con nota prot. n. 652 /A14000 del 16 gennaio 2015 sono state date le prime indicazioni operative alle ASL destinatarie del suddetto provvedimento.

Successivamente, la D.G.R. n. 67-1716 del 6.07.2015 e la D.G.R. n. 13-2022 del 5.08.2015 individuano le Case di Cura ed i Presidi con attività di continuità assistenziale a valenza sanitaria ed i relativi posti.

In particolare, con **D.G.R. n. 67-1716 del 6 luglio 2015** è stata definita “l’articolazione dei posti letto per attività di ricovero in acuzie e post-acuzie e per prestazioni di assistenza territoriale da contrattare con le strutture private accreditate con il S.S.R. erogatrici di attività di ricovero ed individuazione dei correlati tetti massimi di spesa”.

La medesima delibera ha previsto inoltre, fra i criteri generali che costituiscono parametro di riferimento per la determinazione della dotazione dei posti letto da assegnare alle singole strutture accreditate, che *“la capacità produttiva accreditata eventualmente eccedente il fabbisogno di prestazioni ospedaliere definito, in presenza di un’effettiva esigenza programmatoria, potrà essere, almeno in parte, oggetto di riconversione in attività ambulatoriali, di continuità assistenziale a valenza sanitaria – CAVS”*.

Con specifico riferimento alle strutture psichiatriche l’atto deliberativo di cui sopra ha altresì previsto che quelle per acuzie (cod. 40), data l’esigenza del superamento delle stesse in conformità alla legislazione nazionale vigente, potranno essere riconvertite in strutture psichiatriche di post acuzie (cod. 56.40, cod. 60.40) e/o in strutture territoriali, mentre le strutture psichiatriche di post acuzie (cod. 56.40, cod. 60.40) potranno essere convertite in strutture territoriali.

Successivamente, la **D.G.R. n. 13-2022 del 5 agosto 2015**, nell’ambito del fabbisogno programmato e dettagliato per singola struttura, che costituisce parametro di riferimento ex art. 8 ter D.Lgs n. 502/92 e s.m.i., ha recepito, tra l’altro, le intese sottoscritte con le strutture sanitarie private accreditate, nonché il relativo schema tipo di contratto/accordo per l’acquisto di prestazioni sanitarie da erogare per conto e a carico del S.S.R..

Il medesimo provvedimento subordinava l’attivazione dei posti letto di continuità assistenziale a valenza sanitaria all’emanazione delle ulteriori disposizioni regionali in materia.

Con la **DGR n. 43-2578 del 9 dicembre 2015** sono state approvate talune azioni atte al superamento delle criticità e necessità legate al maggior ricorso di interventi sanitari relativi alla stagione invernale 2015-2016, che prevede, tra l'altro, per il periodo 15 dicembre 2015 - 15 marzo 2016 l'attivazione straordinaria e temporanea di posti letto in CAVS.

Da ultimo, con la **D.G.R. n. 77-2775 del 29 dicembre 2015** si è provveduto alla complessiva definizione del fabbisogno della funzione extraospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria, assegnando i p.l. di CAVS alle singole Aziende Sanitarie Locali ad integrazione della D.G.R. n. 39-813/2014, rideterminando nel contempo i requisiti organizzativi minimi necessari a garantire la nuova funzione espressamente previsti dalla DGR n. 6-5519/2013.

Si rende pertanto necessario, al fine di dare attuazione alle disposizioni di cui ai sopra citati provvedimenti, definire le modalità operative per l'attività di continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS), atteso anche quanto indicato nella nota regionale prot. n. 652/A14000 del 16.01.2015, nonché approvare il relativo manuale di accreditamento per lo svolgimento dell'attività CAVS.

Tutto ciò premesso

#### IL DIRETTORE

Visto il D.Lgs. 165/2001;  
Vista la L.R. n. 23 del 28 luglio 2008 e s.m.i.;  
Vista la D.G.R. n. 13-1439 del 28 gennaio 2011;  
Vista la D.G.R. n. 27-3628 del 28 marzo 2012;  
Vista la D.G.R. n. 6-5519 del 14 marzo 2013 e s.m.i.;  
Vista la D.G.R. n. 14-7070 del 4 febbraio 2014;  
Vista la D.G.R. n. 44-7346 del 31 marzo 2014;  
Vista la D.G.R. n. 46-233 del 4 agosto 2014;  
Vista la D.G.R. n. 1-600 del 19 novembre 2014;  
Vista la D.G.R. n. 39-813 del 22 dicembre 2014;  
Vista la D.G.R. n. 67-1716 del 6 luglio 2015;  
Vista la D.G.R. n. 13-2022 del 5 agosto 2015;  
Vista la D.G.R. n. 77-2775 del 29 dicembre 2015.

#### DETERMINA

- di approvare il documento titolato "Modalità operative per l'esercizio dell'attività di continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS)" contenuto nell'allegato A) al presente provvedimento di cui forma parte integrante e sostanziale;
- di approvare il manuale di accreditamento dell'attività CAVS contenuto nell'allegato B) al presente provvedimento di cui forma parte integrante e sostanziale.

Avverso la presente determinazione è ammesso ricorso giurisdizionale entro il termine di 60 giorni innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato

entro 120 giorni. In tutti i casi il termine decorre dalla data di comunicazione o piena conoscenza del provvedimento.

La presente determinazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte, ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della Legge Regionale 12.10.2010, n. 22,

Il Direttore  
Dr. Fulvio Moirano

Allegato

## **Allegato A)**

# **MODALITÀ OPERATIVE PER L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE A VALENZA SANITARIA (CAVS)**

## **INDIRIZZI GENERALI**

La D.G.R. n. 14-7070 del 4 febbraio 2014 dispone che le nuove realtà organizzative eroganti attività di continuità assistenziale a valenza sanitaria, derivanti dalla riconversione di posti letto, devono possedere i requisiti organizzativi di cui alla D.G.R. n. 6-5519 del 14.03.2013 e s.m.i., mentre per i requisiti strutturali stabilisce che devono essere mantenuti quelli definiti dalla specifica regolamentazione di origine rispetto alla quale le strutture sono state autorizzate ed accreditate.

Il suddetto provvedimento stabilisce altresì che, nelle more dell'espletamento delle procedure di autorizzazione e di accreditamento, l'attivazione della funzione di continuità assistenziale potrà avvenire dietro presentazione, da parte del rappresentante legale delle singole strutture interessate alla nuova funzione, di autocertificazione resa ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 sul possesso dei requisiti organizzativi quali richiesti dalla D.G.R. n. 6-5519 del 14.03.2013 e s.m.i..

L'autocertificazione dovrà essere trasmessa dai soggetti interessati all'ASL territorialmente competente e alla Regione.

La verifica ai fini dell'accredimento è svolta dall'ARPA ai sensi della D.G.R. n. 3-6015 del 28.06.2013, sulla base di procedure e modalità operative definite dall'Amministrazione regionale con specifica regolamentazione.

L'ARPA svolgerà le verifiche di accreditamento dell'attività CAVS secondo il manuale di accreditamento di cui all'allegato B) del presente provvedimento.

Il procedimento amministrativo di accreditamento, di competenza regionale, dovrà concludersi entro 180 giorni dal ricevimento dell'istanza.

I contratti stipulati ai sensi dell'art. 8 quinquies D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. tra le strutture sanitarie e socio-sanitarie accreditate per l'attività di CAVS e le ASL di riferimento, dovranno essere trasmessi, a cura delle Aziende Sanitarie, alla Regione - Direzione "Sanità".

Qualora, nel corso delle verifiche da parte dei competenti organismi venga rilevata la mancanza di uno o più requisiti di autorizzazione/accredimento, la Regione potrà disporre la sospensione dell'attività di CAVS con modalità che garantiscano la continuità della presa in carico dei pazienti nel loro percorso di continuità assistenziale.

La Regione si avvale della Commissione di Vigilanza sulle attività sanitarie, costituita presso ogni

ASL, per la verifica del corretto svolgimento dell'attività CAVS e sul mantenimento dei requisiti di cui sopra. Le funzioni di vigilanza sono esercitate secondo le modalità e gli indirizzi indicati dai provvedimenti regionali di riferimento.

Al fine di una corretta applicazione della regolamentazione dell'attività CAVS si forniscono, di seguito, le seguenti indicazioni:

**a) Il requisito organizzativo** relativo alla presenza della **figura medica** e di cui alla D.G.R. n. 6-5519 del 14.03.2013 come modificata dalla D.G.R. n. 77-2775 del 29 dicembre 2015, è da parametrare sul numero di posti di cui è composto il nucleo CAVS. I requisiti relativi all'assistenza devono essere garantiti per singolo paziente.

**b) I farmaci utilizzati dalle RSA** per attività CAVS saranno distribuiti, di norma, dall'ASL sul cui territorio insiste la struttura e saranno detratti dalla tariffa giornaliera.

**c) Prestazioni diagnostiche e trasporti**

La struttura che esercita la funzione CAVS deve assicurare gli accertamenti diagnostici eventualmente necessari per il monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente. Per le RSA tali accertamenti vengono garantiti dalle strutture sanitarie delle ASL, che ne detrarranno l'importo all'atto della remunerazione della tariffa da riconoscere per l'attività CAVS effettuata.

Qualora nel corso della degenza il paziente necessiti di prestazioni sanitarie specialistiche ambulatoriali implicanti particolari attrezzature o qualificazioni professionali di cui la struttura non sia dotata le stesse dovranno essere garantite dalla rete delle ASL e, quindi, a carico del SSR.

In entrambi i casi le spese di trasporto sono a carico e sotto la responsabilità della struttura inviante che esercita la funzione CAVS.

Nel caso di necessità di ricovero urgente in altro setting assistenziale si dovrà procedere alla dimissione del paziente dal nucleo CAVS con chiusura della relativa scheda di dimissione.

**d) Guardia medica**

La guardia medica deve essere assicurata secondo le modalità già operanti presso le strutture e riferite alla specifica regolamentazione di origine rispetto alla quale le strutture sono state autorizzate ed accreditate (se case di cura o presidi ex artt. 42-43 attraverso il servizio di guardia

medica interno h. 24, se RSA o istituti ex art. 26 attraverso il servizio di continuità assistenziale dell'ASL di riferimento).

#### **e) Modalità di accesso**

L'appropriatezza di utilizzo della nuova funzione di continuità assistenziale a valenza sanitaria è direttamente collegata anche al corretto inserimento dei pazienti che necessitano di tale setting.

Questa attività rappresenta un setting di cura ulteriore per progettare sia le dimissioni dai reparti per acuti per pazienti le cui condizioni sanitarie ed assistenziali non consentono il diretto invio al domicilio, sia per rispondere ad esigenze di particolari situazioni clinico-assistenziali di pazienti provenienti da domicilio.

Pertanto l'appropriato utilizzo della funzione di continuità assistenziale dovrà avvenire atteso quanto previsto dalla D.G.R. n. 27-3628 del 28.03.2012.

In particolare, l'inserimento dei pazienti dovrà avvenire tramite il Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure (NDCC) dell'ASL di residenza del paziente stesso; per pazienti in fase di dimissione ospedaliera il NDCC dovrà operare in stretto collegamento con il Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure (NOCC), come previsto dalla D.G.R. n. 27-3628 del 28.03.2012.

In situazioni di urgenza (ad es. sovraffollamento del Pronto Soccorso) e in via eccezionale, nell'impossibilità di attivare sollecitamente i nuclei NDCC e NOCC, le Direzioni ospedaliere, su richiesta del Responsabile del Pronto Soccorso, potranno disporre direttamente il ricovero in posti letto di CAVS, dandone successiva comunicazione al nucleo NDCC.

Il NDCC, al fine dell'invio del paziente a tale setting di continuità delle cure, è tenuto a formulare specifica autorizzazione, la quale dovrà indicare anche la preventivata durata del ricovero, di norma non superiore a 30 gg, fatta salva la possibilità, nel caso la struttura presso cui è ricoverato il paziente in CAVS ne segnali la necessità, di un prolungamento fino ad un massimo di 30 gg a seguito di autorizzazione dello stesso NDCC sulla base di specifica valutazione riferita ad ogni singolo caso, in relazione a motivate necessità clinico-assistenziali sopravvenute.

L'autorizzazione, che dovrà essere contenuta nella cartella clinica del paziente ricoverato in continuità assistenziale a valenza sanitaria, dovrà indicare:

1. il numero di autorizzazione annuale progressivo all'interno dell'ASL
2. i dati anagrafici del paziente
3. il setting di provenienza del paziente
4. la valutazione sanitaria e sociale del NOCC
5. il quadro clinico-assistenziale e terapeutico del paziente
6. il livello di complessità individuato per il paziente (alta, moderata)
7. la struttura CAVS indicata per il ricovero

8. la data di decorrenza del ricovero in CAVS
9. i giorni indicativi di ricovero in CAVS

La compilazione e la gestione della cartella clinica devono seguire, per quanto compatibili, le linee guida presenti nella D.D. n. 497 del 23/07/2012.

#### **f) Rilevazione e valorizzazione attività**

Le strutture che erogano attività CAVS devono compilare una specifica scheda di dimissione per ogni episodio di ricovero, anche ai fini della valorizzazione tariffaria conseguente.

Nel caso di strutture sanitarie il pagamento della tariffa giornaliera per paziente è a carico dell'ASL dove insiste la struttura, mentre nel caso di strutture RSA il pagamento con fatturazione della tariffa è a carico dell'ASL inviante in cui è residente il paziente.

#### **INDIRIZZI PROCEDURALI**

##### **Strutture Sanitarie private** (Case di cura, Presidi ex artt. 42 e 43, Istituti ex art. 26)

Il rappresentante legale delle strutture sanitarie private interessate, come da fabbisogno risultante dall'articolazione dei posti letto da ultimo definiti con D.G.R. n. 77-2775 del 29.12.2015, dovrà presentare l'autocertificazione all'ASL territorialmente competente e alla Regione - Direzione Sanità, corredata dalla richiesta di autorizzazione/accreditamento per l'attivazione del relativo procedimento amministrativo. L'istanza dovrà interessare, oltre che i posti di CAVS, anche la modificata organizzazione risultante dalla riconversione dei posti letto in CAVS.

La presentazione dell'autocertificazione redatta secondo quanto sopra indicato permette alla struttura di avviare l'attività di CAVS.

Per quanto concerne, invece, la ricaduta della riconversione dei posti letto sull'assetto organizzativo di cui alla Legge Regionale 14 gennaio 1987, n. 5 e s.m.i., si richiama quanto già previsto dalla D.G.R. n. 8-9055 dell'1.08.2008, la quale stabilisce che il limite minimo della capacità ricettiva della singola Casa di Cura deve intendersi riferito al complesso delle attività degenziali sanitarie. L'attività di continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS) rientra in quest'ultima fattispecie.

Le ASL territorialmente competenti destinatarie dell'autocertificazione insieme alla Regione, predisporranno attraverso le proprie Commissioni di Vigilanza le necessarie verifiche che dovranno interessare, sia la sussistenza dei requisiti per l'attività di continuità assistenziale a valenza



sanitaria, sia il permanere dei requisiti strutturali ed organizzativi per l'attività di degenza residuale rispetto a quella oggetto di riconversione delle Casa di Cura e Presidi sanitari. Per quanto concerne i requisiti strutturali, si richiama quanto previsto dalla D.G.R. n. 14-7070 del 4.02.2014 che prevede il mantenimento di quelli definiti dalla specifica regolamentazione di origine rispetto alla quale le strutture sono state autorizzate ed accreditate.

Entro 60 giorni dal ricevimento dell'autocertificazione, le Aziende Sanitarie Locali dovranno dare comunicazione alla Direzione Sanità, per i successivi adempimenti di competenza, degli esiti delle verifiche effettuate, secondo le modalità previste dalla D.G.R. n. 24-6579 del 28.10.2013.

L'autorizzazione e l'accreditamento possono essere rilasciati contestualmente con un unico provvedimento regionale, a seguito delle risultanze delle verifiche espletate dai competenti organismi di verifica anche con l'effettuazione di sopralluogo congiunto tra la Commissione di Vigilanza dell'ASL e l'ARPA.

### **Strutture Residenziali Sanitarie Assistenziali (RSA)**

Al fine dell'attivazione della funzione di continuità assistenziale a valenza sanitaria nelle RSA, si specificano di seguito i criteri per il rilascio del provvedimento di autorizzazione al funzionamento e di accreditamento.

Le RSA che intendono svolgere l'attività di CAVS devono essere già autorizzate al funzionamento in regime definitivo, nonché accreditate ai sensi della D.G.R. n. 25-12129 del 14.09.2009.

Deve essere dedicato alla continuità un nucleo intero con un numero di posti letto non inferiore a 20.

Il legale rappresentante della struttura interessata all'attivazione di posti letto di CAVS deve presentare istanza alla Regione e all'ASL competente per territorio mediante autocertificazione resa ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, contenente il numero dei posti letto che intende attivare, l'indicazione della complessità (alta o moderata) che intende erogare e l'impegno a garantire gli standards assistenziali previsti dalla D.G.R. n. 6-5519 del 14.03.2013 come modificata dalla D.G.R. n. 77-2775 del 29 dicembre 2015.

Al fine dell'individuazione delle strutture RSA private accreditate da autorizzare all'attivazione di posti letto di CAVS, l'ASL competente per territorio, qualora necessario, provvederà alla definizione di apposita procedura comparativa fra le strutture istanti, dandone successiva comunicazione alla Regione - Direzione Sanità.

A seguito dell'istanza di cui sopra, dato atto che i requisiti strutturali sono quelli definiti dalla specifica autorizzazione al funzionamento come RSA, la procedura di autorizzazione/accreditamento dei posti letto di CAVS è la seguente:

### **RSA PRIVATE**

- verifica dei requisiti mediante sopralluogo della “Commissione di Vigilanza per le attività sanitarie” dell'ASL competente per territorio. Tale verifica deve essere espletata entro 60 giorni dal ricevimento dell'autocertificazione. Per le strutture che hanno già presentato istanza in conformità al fabbisogno definito con D.G.R. n. 39-813 del 22 dicembre 2014 e con le quali le ASL hanno già avviato o intendono avviare la collaborazione, la verifica deve essere realizzata entro 60 giorni dal presente provvedimento;
- rilascio del provvedimento di autorizzazione dei posti di CAVS da parte della Regione Piemonte - Direzione Sanità entro 30 giorni dal ricevimento delle risultanze del sopralluogo, contenente l'indicazione dei posti totali di CAVS;
- verifica dei requisiti dell'accREDITamento dei CAVS mediante sopralluogo dell'ARPA;
- rilascio del provvedimento di accREDITamento dei CAVS da parte della Regione Piemonte - Direzione Sanità sulla base delle risultanze delle verifiche svolte dall'ARPA.
- aggiornamento del provvedimento di autorizzazione e di accREDITamento dei restanti posti letto di RSA da parte della ASL competente per territorio, specificando che i posti letto RSA convertiti in CAVS sono decurtati dalla programmazione regionale del relativo Distretto ai sensi della DGR n. 46-528 del 4 agosto 2010.

### **RSA A GESTIONE DIRETTA**

- verifica dei requisiti mediante sopralluogo della Commissione di Vigilanza per le attività sanitarie dell'ASL secondo il procedimento stabilito dalla D.G.R. n. 32-8191 del 11.02.08, entro 60 giorni dal ricevimento dell'autocertificazione o dal presente provvedimento per le strutture che l'hanno già presentata in conformità al fabbisogno definito con D.G.R. n. 39-813 del 22 dicembre 2014;
- rilascio del provvedimento di autorizzazione dei posti di CAVS da parte della Regione (Direzione Sanità) entro 30 giorni dal ricevimento delle risultanze del sopralluogo, contenente l'indicazione dei posti totali di CAVS e di quelli eventualmente restanti di RSA;
- verifica dei requisiti dell'accREDITamento dei CAVS mediante sopralluogo dell'ARPA;
- rilascio del provvedimento di accREDITamento dei CAVS a cura della Regione - Direzione Sanità e aggiornamento accREDITamento dei restanti posti letto di RSA da parte della Regione –

Direzione Coesione Sociale sulla base delle risultanze delle verifiche svolte dall'ARPA, specificando che i posti letto RSA convertiti in CAVS sono decurtati dalla programmazione regionale del relativo Distretto ai sensi della DGR n. 46-528 del 4 agosto 2010.

L'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento possono essere rilasciati contestualmente con un unico provvedimento regionale, a seguito delle risultanze delle verifiche espletate dai competenti organismi di verifica anche con l'effettuazione di sopralluogo congiunto tra la Commissione di Vigilanza dell'ASL e l'Arpa.

I nuclei CAVS sono soggetti a vigilanza tramite gli organismi di vigilanza delle ASL, con modalità anche congiunte di intervento tra le Commissioni di vigilanza per le attività sanitarie e di quelle socio-sanitarie.

Si specifica che la verifica dei requisiti gestionali deve essere commisurata alla tipologia e alla presenza effettiva dei pazienti tranne che per la presenza medica quotidiana di area geriatrica/internistica/psichiatrica che è riferita all'intero nucleo di CAVS autorizzato, in proporzione al numero di posti letto del nucleo stesso.

In occasione dei sopralluoghi di vigilanza da parte delle Commissioni di vigilanza dell'ASL occorre che siano messe a disposizione la cartella clinica del paziente ricoverato e l'autorizzazione all'inserimento.

I posti letto RSA che vengono convertiti in CAVS sono decurtati dal numero di posti letto complessivi della RSA e, conseguentemente, dal relativo Distretto ai fini della programmazione regionale ai sensi della DGR n. 46-528 del 4 agosto 2010.

## **Allegato B)**

### **MANUALE DI ACCREDITAMENTO PER ATTIVITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE A VALENZA SANITARIA**

In coerenza con quanto già disciplinato dalla D.C.R. 616/2000 e relativi atti attuativi, il presente manuale contiene i requisiti di accreditamento distinti per tipologia:

- ❖ requisiti strutturali e tecnologici sia generali che specifici. Gli specifici fanno riferimento all'attività oggetto di accreditamento
- ❖ requisiti organizzativi sia generali che specifici. Gli specifici fanno riferimento all'attività oggetto di accreditamento.

Come già richiamato nella D.G.R. n. 77-2775 del 29 dicembre 2015, la D.G.R n. 14-7070 del 4 febbraio 2014 dispone che le nuove realtà organizzative eroganti attività di continuità assistenziale a valenza sanitaria, derivanti dalla riconversione di parte di attività sanitaria o socio-sanitaria già autorizzata ed accreditata, devono possedere i requisiti organizzativi di cui alla D.G.R. n. 6-5519 del 14.03.2013 (come da ultimo modificata dalla medesima DGR n. 77-2775), mentre per i requisiti strutturali stabilisce che devono essere mantenuti quelli definiti dalla specifica regolamentazione di origine rispetto alla quale le strutture sono state autorizzate ed accreditate.

Pertanto, per tale fattispecie le strutture sanitarie e socio-sanitarie coinvolte dovranno rispondere ai requisiti organizzativi sia generali che specifici di cui al presente manuale.

La DGR n. 77-2775 del 29 dicembre 2015 dispone che, in caso di riconversione globale di struttura sanitaria o struttura residenziale sanitaria assistenziale, devono essere assicurati sia ai fini autorizzativi che di accreditamento:

- i requisiti strutturali, impiantistici e tecnologici già previsti con la D.C.R. 616/2000 al capitolo "area di degenza" – allegati 1 e 2A - ;
- i requisiti organizzativi quali definiti con D.G.R. n. 6-5519 del 14.03.2013 come modificata dalla DGR n. 77-2775 del 29 dicembre 2015.

Ciò premesso, per tale fattispecie le strutture sanitarie e socio-sanitarie dovranno rispondere ai requisiti strutturali e tecnologici, sia generali che specifici, ed ai requisiti organizzativi sia generali che specifici di cui al presente manuale.

Leg	Codice	Requisiti per accreditamento/Classificazione in fasce	Evi Doc Mod	Specifiche	Requisito Soddisfatto	Note
1	<b>REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI</b>					
1	<b>P1</b>					
1	P1.1	Esiste a livello Aziendale un documento che espliciti la mission aziendale, l'organizzazione dell'Azienda e le funzioni di ciascuna struttura organizzativa identificata?	Doc Des PVD	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ presenza dell'Atto Aziendale o di documento equivalente,</li> <li>√ vigenza del documento stesso</li> <li>√ evidenza che lo stesso sia stato diffuso almeno con una modalità dimostrabile (lettera, mail, Intranet, Internet,...) e ai principali livelli dirigenziali e di coordinamento</li> </ul>	SI	NO
1	P1.2	Sono state definite le modalità con le quali sono gestite le urgenze e gli eventi imprevisti?	Doc Des PVD	evidenza di documentazione relativa a: <ul style="list-style-type: none"> <li>√ piani di gestione delle emergenze</li> <li>√ formazione ed aggiornamento del personale sui piani</li> </ul>	SI	NO
1	P1.3	E' adottato un sistema di valutazione delle prestazioni del personale secondo le indicazioni nazionali e/o regionali?	Doc Des PVD  Report	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ scheda di assegnazione alle strutture aziendali degli obiettivi di risultato (obiettivi economici e di miglioramento della qualità)</li> <li>√ nella scheda per ogni obiettivo il relativo indicatore e valore atteso</li> <li>√ sistema di monitoraggio e verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati</li> <li>√ Pianificazione azioni correttive in caso di mancato raggiungimento</li> <li>√ attivazione dell'Organismo di Valutazione aziendale (punto non applicabile nel privato)</li> </ul>	SI	NO
1	P1.4	Sono definite le modalità con le quali viene assicurata l'attività CAVS	Doc Des PVD	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ presenza di documenti formalizzati che esplicitino le modalità adottate (lettere, procedure, regolamenti, flow-chart) per la gestione del paziente in stretto collegamento con NDCC</li> <li>√ diffusi con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, Intranet, Internet,...) .</li> </ul>	SI	NO
1	P1.5	Sono definite le modalità con le quali viene garantito il rispetto della privacy?	Doc Des PVD	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ documento di nomina del responsabile del trattamento dei dati e dei suoi delegati</li> <li>√ documento programmatico sulla sicurezza</li> <li>√ modalità di acquisizione del consenso al trattamento dei dati sensibili (modulistica, timbro, ...)</li> <li>√ evidenza della diffusione con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, Intranet, Internet, ....)</li> </ul>	SI	NO
1	P1.6	E' previsto un servizio di assistenza religiosa?	Doc Des PVD	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ codifica delle modalità di attivazione per l'assistenza religiosa dei principali tipi di culto</li> </ul>	SI	NO
1	P1.7	Sono definite le modalità di accesso ai sistemi informatici ?	Doc Des PVD	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ presenza di Regolamento/documento approvato</li> <li>√ evidenza della diffusione con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, Intranet, Internet, ....)</li> </ul>	SI	NO

1	P1.8	Sono definite le modalità con le quali viene garantita la sicurezza dei lavoratori?	Doc Des PVD Verbali	√ nomina Responsabile SPP, Medico Competente e RLS √ elaborazione di documento di valutazione dei rischi √ evidenza di riunioni periodiche √ iniziative di formazione	SI	NO	
1	P1.9	Sono definite le modalità con cui assicurare: 1) compilazione, conservazione, rilascio, archiviazione e scarto dei documenti comprovanti un'attività sanitaria (cartelle cliniche, SDO, cartelle ambulatoriali, cartelle infermieristiche,...) 2) modalità di informazione del paziente anche finalizzata all'acquisizione del consenso informato 3) modalità di informazione sullo stato di salute a terzi?	Doc Des PVD Report	√ protocolli/procedure/ regolamenti √ resi disponibili con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, Intranet, Internet,...) √ monitoraggio della loro applicazione (solo per quanto riguarda la valutazione della qualità di compilazione delle cartelle cliniche) √ la copia della cartella clinica del paziente, se completata in tutte le sue parti, deve essere resa disponibile entro sette giorni lavorativi dalla richiesta √ per quanto riguarda il discorso delle informazioni fornite a terzi sarebbe opportuno che fosse specificato come avviene l'identificazione del terzo, cioè come ci si accerta che sia la persona che riferisce di essere	SI	NO	
1	P1.10	Sono messe in atto a livello aziendale almeno annualmente iniziative volte alla promozione della salute?	Doc Des PVD	√ evidenza di delibera costitutiva/lettera/ piano di organizzazione aziendale per la presenza a livello di ASL della funzione competente √ almeno una iniziativa promossa per ciascun anno, rivolta alla popolazione per le ASL	SI	NO	Requisito applicabile alle strutture pubbliche.
1	P1.11	Viene individuato un responsabile medico che garantisca l'organizzazione tecnico-sanitaria e il funzionamento della struttura?	Doc Des PVD	Evidenza del documento con il quale è stata attribuita la responsabilità.	SI	NO	
1	P1.12	All'interno delle strutture di degenza è prevista la funzione di guardia medica ?	Doc Des PVD	Presenza del documento da cui emerga come è garantita la funzione.	SI	NO	
1	P1.13	La struttura ha definito le modalità per assicurare l'intervento di specialisti per specifiche problematiche/esigenze?	Doc Des PVD	Presenza documento che descriva le modalità individuate Registrazione chiamate effettuate	SI	NO	
1	<b>P2 COMUNICAZIONE E RELAZIONI INTERNE ED ESTERNE</b>						
1	P2.1	Sono definiti ruoli, funzioni e responsabilità per le attività di comunicazione ?	Doc Des PVD	√ presenza di documento nel quale siano chiariti ruoli, funzioni e responsabilità delle diverse Strutture che si occupano di comunicazione (Ufficio Stampa, Ufficio Relazioni con il Pubblico , ....) e degli operatori singoli o associati √ evidenza che lo stesso sia stato diffuso almeno con una modalità dimostrabile (lettera, mail, Intranet, Internet,...)	SI	NO	
1	P2.2	E' definito un sistema di monitoraggio della soddisfazione degli utenti che preveda azioni di miglioramento in presenza di criticità?	Doc Des PVD Report	√ modalità e strumenti per l'ascolto degli utenti (gestione reclami/ disservizi/ elogi/ suggerimenti, indagini di customer satisfaction, attività di valutazione, attività di mediazione dei conflitti.....) √ evidenza della diffusione delle risultanze delle attività svolte all'interno dell'Azienda √ azioni di miglioramento in presenza di criticità	SI	NO	

1	P2.3	E' definito a livello Aziendale un documento informativo che descriva le principali attività erogate dall'Azienda e le modalità di accesso a tali prestazioni?	Doc Des PVD	√ presenza della Carta dei Servizi o di analogo documento √ sua disponibilità per l'utenza almeno con una modalità dimostrabile (invio a casa, pubblicazione in Internet, consultabile presso URP o altro punto in Azienda....)	SI	NO	
<b>P3 GESTIONE RISORSE UMANE</b>							
1	P3.1	E' presente un sistema integrato di gestione della formazione?	Doc Des PVD	√ presenza di un piano di formazione vigente che includa anche il personale convenzionato coerente con la mission dell'organizzazione √ esistenza di analisi dei bisogni e definizione degli obiettivi formativi condivisa con i responsabili delle articolazioni presenti nell'organizzazione; √ pianificazione delle attività, riesame di quanto erogato rispetto a quanto previsto, registrazione della formazione per ciascun operatore.	SI	NO	
1	P3.2	Esiste un sistema di valutazione del benessere organizzativo interno?	Doc Des PVD	√ evidenza documentale √ previsione di azioni di miglioramento in presenza di criticità	SI	NO	
<b>P4 GESTIONE DEL MIGLIORAMENTO</b>							
1	P4.1	E' attiva una funzione aziendale preposta alla gestione del miglioramento della Qualità?	Doc Des PVD	√ documentazione relativa all' istituzione, alle responsabilità, alle funzioni ed all'organizzazione interna √ documento di pianificazione annuale che descriva azioni/obiettivi, ambiti, tempi, responsabilità e modalità di valutazione/verifica √ evidenza che lo stesso sia stato diffuso almeno con una modalità dimostrabile (lettera, mail, Intranet, Internet,...) alle Strutture √ documento da cui si evincano le azioni correttive intraprese in presenza di criticità	SI	NO	
1	P4.2	Sono predisposte e diffuse Linee di Indirizzo per la gestione del Sistema documentale?	Doc Des PVD	√ presenza di documento contenente le indicazioni per la stesura, emissione, revisione, validazione dei documenti (es. protocolli, procedure, istruzioni di lavoro, percorsi diagnostici terapeutici,.....) √ evidenza della diffusione con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, Intranet, Internet,...)	SI	NO	presenza di documento contenente le indicazioni per la stesura, emissione, revisione, validazione e <b>diffusione</b> dei documenti
1	P4.3	Esiste una programmazione almeno annuale di attività di audit?	Doc Des PVD Report	√ presenza di documento che definisca le modalità di pianificazione/conduzione degli audit √ evidenza di report sulle attività programmate/effettuate (es. verbali, rapporti, azioni correttive, piani di miglioramento)	SI	NO	
<b>P5 GESTIONE DEL RISCHIO</b>							

1	P5.1	Risulta costituita ed attivata l'U.G.R. - Unità di Gestione del rischio clinico (multidisciplinare e multiprofessionale)?	Doc Des PVD	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ atto costitutivo dell'Unità di gestione del Rischio Clinico o Struttura dedicata</li> <li>√ documento che definisca le modalità di identificazione e gestione di eventuali rischi clinici (potenziali e principali )</li> <li>√ presenza di attività inerenti la gestione del rischio clinico che tengano anche conto delle indicazioni fornite dai documenti emessi dal Ministero della Salute e dalla Regione (implementazione di Raccomandazioni/Linee Guida/di indirizzo/Manuali, progetti di miglioramento, azioni correttive o preventive, monitoraggio, formazione, ....)</li> </ul>	SI	NO	
1	P5.2	L'UGRC ha definito le modalità e le responsabilità per la segnalazione di eventi sentinella e incidenti o mancati incidenti con dispositivi medici?	Doc Des PVD	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ esistenza di documento che definisca le modalità di segnalazione/gestione di eventi sentinella e incidenti o mancati incidenti e le responsabilità connesse</li> <li>√ diffusione con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, Intranet, Internet,..)</li> </ul>	SI	NO	
1	P5.3	Sono definite le modalità per la gestione dei farmaci?	Doc Des PVD	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ esistenza di documento che definisca le modalità di gestione dei farmaci e le responsabilità connesse (modalità di approvvigionamento, controllo scadenze, conservazione idonea, prescrizione, somministrazione, ....)</li> <li>√ diffusione con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, Intranet, Internet,..)</li> </ul>	SI	NO	
1	P5.4	Esiste una procedura per la comunicazione al Ministero della Salute, tramite il responsabile della Farmacovigilanza della struttura sanitaria di appartenenza, degli eventi negativi relativi ai farmaci quali le reazioni avverse sul paziente ed i difetti rilevati sui prodotti (per esempio colorazioni anomale, mal confezionamento)?	Doc Des PVD	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ esistenza di documento che definisca le modalità di segnalazione e le responsabilità connesse</li> <li>√ diffusione con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, Intranet, Internet,..)</li> </ul>	SI	NO	
1	P5.5	Esiste una struttura ed un CIO a supporto in coerenza con le disposizioni nazionali e/o regionali (p.es circolare regionale 1950/6 febbraio 2001) che gestiscono i programmi di prevenzione del rischio infettivo per pazienti, operatori e visitatori nelle strutture ospedaliere e territoriali.	Doc Des PVD	<p>Esiste evidenza (atti di riunioni, programmi in comune) di una integrazione con le strutture di Risk management e Prevenzione del rischio occupazionale.</p> <p>La responsabilità della struttura è medica, con adeguata formazione (p.es igienistica, microbiologica, infettivologica) ed include medico/medici ed infermiere/i adeguatamente formati (corsi specifici, direzione di attività specifiche) ed in misura coerente con le caratteristiche dell'istituzione (p.es almeno 1 a 200 pl infermiere, 1 a 1000 posti letto medico, per le strutture per acuti).</p> <p>Esiste un Comitato (Comitato infezioni associate assistenza sanitaria) multi professionale e multidisciplinare adeguato alle caratteristiche dell'istituzione, proprio o in convenzione con enti/professionisti esterni</p>	SI	NO	



1	P5.6	Esiste evidenza di un processo in atto in ambito di prevenzione del rischio infettivo?	Doc Des PVD	Presenza di documentazione relativa ad attività, pianificate annualmente, di sorveglianza, controllo e formazione coerenti con i rischi prevalenti identificati nella struttura ES; procedure di isolamento, controllo delle resistenze microbiche, disinfezione, sterilizzazione, lavaggio mani, gestione rifiuti, prevenzione delle infezioni chirurgiche, urinarie, batteriemie, polmoniti nosocomiali, tutela dal rischio infettivo per i lavoratori, gestione epidemie. Evidenza del coinvolgimento dei pazienti nelle strategie preventive.	SI	NO	
1	P5.7	La struttura che si occupa della prevenzione delle ICA a livello aziendale è coinvolta nelle valutazioni per gli specifici aspetti di competenza?	Doc Des PVD	Sono presenti atti formali (pareri scritti) che dimostrano il coinvolgimento dell'Unità nella valutazione di appalti (p.es cucine, rifiuti, pulizie), acquisizione di tecnologie, dotazione di DPI e strategie di prevenzione infezioni occupazionali, progettazione e ristrutturazione di unità, acquisto di presidi medici che possano coinvolgere aspetti della prevenzione del rischio infettivo	SI	NO	Sono presenti atti formali (pareri scritti) che dimostrano il coinvolgimento dell'Unità nelle procedure di affidamento di appalti
1	P5.8	L'attività preventiva viene monitorata attraverso l'uso di indicatori?	Doc Des PVD	Documento di monitoraggio degli indicatori scelti diffuso con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, intranet, internet,....)	SI	NO	
1	<b>P6 GESTIONE RISORSE TECNOLOGICHE</b>						
1	P6.1	E' attiva una funzione aziendale preposta alla gestione del patrimonio tecnologico biomedico?	Doc Des PVD	√ documentazione relativa all' istituzione, alle responsabilità e alle funzioni	SI	NO	
1	P6.2	E' predisposto un documento di programmazione per l'acquisizione di apparecchiature biomediche che tenga conto di: obsolescenza, evoluzione delle norme tecniche, della sicurezza per operatori e pazienti e dell'eventuale disponibilità di tecnologie innovative per il miglioramento dell'assistenza sanitaria?	Doc Des PVD	√ documentazione da cui si evinca la definizione dei bisogni di acquisto, e della loro sistemazione logistica, dei criteri di priorità e della valutazione clinica economica e tecnica secondo criteri comparativi ispirati all' HTA	SI	NO	
1	P6.3	E' prevista la partecipazione del personale della/e struttura/e organizzativa/e assegnataria/e delle apparecchiature alla redazione del capitolato di gara per la definizione delle specifiche tecniche, dei criteri per la scelta e della valutazione di materiale e fornitura?	Doc Des PVD	√ documenti/ delibere √ evidenza della presenza nelle commissioni di valutazione di personale della/e struttura/e organizzativa/e assegnataria/e delle apparecchiature Per le strutture private accreditate il parere tecnico sanitario deve essere documentato e coerente con l'acquisto	SI	NO	
1	P6.4	E' predisposto formalmente un momento di addestramento del personale nell'utilizzo di nuove attrezzature?	Doc Des PVD	√ programma di formazione √ registrazione delle presenze	SI	NO	

1	P6.5	E' predisposto un piano di manutenzione e verifica delle apparecchiature biomediche al fine di garantire la qualità e il livello di sicurezza delle prestazioni erogate ?	Doc Des PVD	<input checked="" type="checkbox"/> documento o sistema informatico da cui si evinca: a) l'elenco delle apparecchiature comprensivo di quelle di supporto alle funzioni vitali e grandi apparecchiature di diagnosi e cura; b) una pianificazione dettagliata per la manutenzione preventiva e correttiva c) registrazione puntuale di collaudo, manutenzione e dismissione d) una pianificazione dettagliata e aggiornata dei controlli di sicurezza elettrica e di funzionalità su dispositivi installati <input checked="" type="checkbox"/> presenza di documenti e registrazioni relativi all'uso delle apparecchiature presso la struttura utilizzatrice	SI	NO	e) identificazione delle apparecchiature ritenute maggiormente critiche dall'Azienda in caso di guasto per la continuità o il tempestivo ripristino del servizio
---	------	---	-------------------	---	----	----	--

Leg	Codice	Requisiti per accreditamento/Classificazione in fasce	Priorità	Evi Doc Mod	Specifiche	Requisito Soddisfatto		Note
<b>REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI CAVS</b>								
1	CSGTEC01	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di protezione antisismica?	A	Doc Des PVD	Documento firmato da un professionista o dall'ufficio tecnico che illustra come vengono soddisfatti i requisiti delle vigenti leggi in materia di protezione antisismica. In base alla Circ.Dip.Prot.Civile n.DPC/SISM/31471 del 21/04/2010 tutte le strutture devono presentare le schede di livello 0 per edifici ed infrastrutture strategici o rilevanti	SI	NO	
1	CSGTEC02	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di protezione antincendio, ovvero la sicurezza antincendio è assicurata ai sensi della normativa vigente (DM 10/03/1998 e DM 18/09/2002 e s.m.i.) e riguarda tutti gli ambienti della struttura.	A	Doc Des PVD	<b>Categoria A:</b> con oltre 25 posti letto e fino 50 posti letto. Sono considerate attività a basso rischio. È eliminato il parere di conformità sul progetto (non viene approvato), tramite la SCIA (dal momento della presentazione, presso il comando dei VVFF) avviene l'inizio dell'attività. I VVFF effettuano controlli a campione, non viene rilasciato il CPI, ma su richiesta, in caso di verifica, si può ottenere la copia del verbale di verifica tecnica. Per le strutture non ancora completamente adeguate alla regola tecnica di prevenzione incendi di cui al D.M. 18 settembre 2002, è necessario produrre il documento di valutazione del rischio incendio con l'identificazione delle zone con livello di rischio non accettabile e compensazione del medesimo con sistemi gestionali ed organizzativi idonei. Per le parti adeguate alla normativa ovvero per quelle in cui si è intervenuti sugli impianti dopo il 1990 occorre produrre le dichiarazioni di conformità ex lege 46/90.	SI	NO	
1	CSGTEC09	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di eliminazione delle barriere architettoniche?	A	Doc e Str Des PVD + VT a camp.	A fronte dei problemi strutturali esistenti per i quali è stato presentato un progetto di adeguamento, nelle more della messa a norma, sono previsti accorgimenti tecnologici e gestionali atti a rendere più agevole la visitabilità della struttura, quali risultanti dal combinato disposto della L. 503/96 e s.m.i. e L.13/89 e s.m.i.	SI	NO	
1	CSGTEC 10	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di smaltimento dei rifiuti ai sensi del DLgs n.152 5/02/2006 e s.m.i.?	A	Doc Des PVD	I documenti attesi sono: registri di carico e scarico, contratto di smaltimento, M.U.D., formulari di identificazione correttamente compilati, SISTRI, ecc	SI	NO	
1	CSGTEC 33	I rifiuti radioattivi sono smaltiti secondo quanto disposto dal DPR 14 gennaio 1972 n. 4 "Trasferimento alle Regioni a statuto ordinario delle funzioni amministrative statali di assistenza sanitaria ed ospedaliera e dei relativi personali ed uffici" ed in conformità al Decreto Legislativo 17 marzo 1995 n. 230 "Attuazione delle Direttive Euratom 80/836, 84/467, 84/466, 89/618, 90/641, 92/3 in materia di radiazioni ionizzanti"?	A	Doc Des PVD	Se la struttura non possiede rifiuti radioattivi il requisito non è applicabile	SI	NO	
1	CSGTEC 16	Per le strutture di nuova realizzazione che erogano prestazioni di ricovero assicurano una rete viaria di collegamento e zone di parcheggio differenziate per utenti esterni e per utenti interni?	B	Doc Des PVD	Per utenti interni si intendono i dipendenti, per esterni i pazienti e i parenti di essi. L'evidenza può essere costituita dalle planimetrie con l'evidenziazione di quanto richiesto. Nel caso in cui sussistano impedimenti alla realizzazione dei parcheggi il requisito è da considerare non applicabile Per strutture di nuove realizzazione si intendono quelle dall'entrata in vigore della DGR 616/00	SI	NO	
1	CSGTEC18	La tutela dell'inquinamento acustico è assicurata secondo le modalità e le prescrizioni della Legge 26.10.1995 n. 447 e delle successive norme attuative?	B	Doc Des PVD	Il documento atteso può essere la relazione di un tecnico competente che valuti il rispetto dei limiti imposti dal comune relativi a eventuali sorgenti rumorose proprie della struttura ospedaliera.	SI	NO	
1	CSGTEC21	Le vie di circolazione e di passaggio hanno larghezza adeguata al passaggio di letti e barelle senza creare intralci alla circolazione, con idonei spazi di manovra in corrispondenza degli ingressi alle camere di degenza o ad altri locali di cura, trattamento e servizio?	A	Doc e Str Des PVD + VT a camp.	In riferimento alle l.r. n.5/87, la larghezza del passaggio nei corridoi non deve essere inferiore a 2m al netto degli arredi e sedie.	SI	NO	

1	CSGTEC 29	Per le strutture sanitarie che provvedono all'assistenza in regime di ricovero, viene assicurata una dotazione idrica giornaliera minima di acqua potabile non inferiore a 200 litri per posto-letto, e viene garantita la continuità della fornitura in caso di interruzione?	A	Doc Des PVD	Il documento atteso può essere il contratto con l'impresa erogatrice, una relazione tecnica sull'impianto, ecc. La struttura può dotarsi di riserva idrica corrispondente almeno al 50% del fabbisogno complessivo di 1 giorno, realizzata mediante serbatoio o attraverso punti di approvvigionamento multipli.	SI	NO	
1	CSGTEC 34	Gli impianti elettrici ed i relativi componenti sono realizzati nel rispetto della vigente normativa di legge ai sensi della L.186/68 e DM.37/08. - E' previsto un impianto illuminazione di emergenza. - E' prevista la possibilità in caso di interruzione dell'alimentazione elettrica, l'automatica ed immediata disponibilità di energia elettrica adeguata ad assicurare almeno il funzionamento delle attrezzature e servizi (complesso operatorio, sale parto, unità di rianimazione e terapia intensiva, unità di dialisi, frigoemoteca, ecc.) che non possono rimanere inattivi nemmeno per brevissimo tempo, in conformità alle disposizioni delle norme CEI 64-8/7. - Le strutture sono protette dai fulmini nel rispetto delle disposizioni di legge?	A	Doc Des PVD	Il documento atteso è una relazione firmata da un professionista o dall'ufficio tecnico che illustra come viene soddisfatto il requisito accompagnato da tutte le certificazioni e documentazioni del caso (ad es. dichiarazione conformità, certificati di omologazione, veriche, ecc). Il documento atteso è una relazione che illustra la tipologia dei contratti di manutenzione previsti e le prove sotto carico dei gruppi elettrogeni. In particolare illustra la procedura prevista per le prove sotto carico dei gruppi elettrogeni, che dovranno essere documentate tramite apposito registro. Il documento atteso è una relazione firmata da un professionista o dall'ufficio tecnico che valuta il rischio di fulminazione (ex CEI 81-10). Le eventuali, conseguenti misure di protezione devono rispondere invece alla CEI 81-10. Se la struttura non è autoprotetta è presente un impianto di protezione dalle scariche atmosferiche realizzato secondo le norme di buona tecnica come ad esempio la Norma CEI 81-10 Parte1/2/3/4 "Protezione di strutture contro i fulmini"	SI	NO	
1	CSGTEC 41	'Gli impianti termici e di condizionamento sono realizzati nel rispetto della regola dell'arte e secondo quanto disposto dalla legge 9 gennaio 1991 n. 10 "Norme per l'attuazione del piano energetico nazionale in materia di uso razionale dell'energia" e successive modificazioni (e assicurano idonee condizioni microclimatiche tenendo conto delle caratteristiche climatiche locali, modificato e integrato dal DPR 380/01, il DLgs 192/05 e s.m.i. e la Legge 296/06?	B	Doc Des PVD	Deve essere esibita una relazione tecnica secondo l'allegato E al DLgs 311/06, la dichiarazione di conformità alle opere realizzate e l'attestato di qualificazione energetica secondo l'art.8 comma 2 del DLgs 192/05 come modificato dal DLgs 311/06 all' art.3 comma 1 e libretto di centrale o di impianto.	SI	NO	
1	CSGTEC46	La distribuzione dei gas medicali e l'impianto del vuoto vengono realizzati con impianto centralizzato e le relative tubazioni sono ubicate in apposite e distinte sedi, ispezionabili e sezionabili realizzate con accorgimenti atti ad evitare erronei collegamenti e senza interferire con altre reti.	A	Doc Des PVD + Str VT a camp.	Il documento descrittivo richiesto può essere una relazione tecnica che illustra come viene soddisfatto il requisito in ogni suo punto, comprese le attività di manutenzione e collaudo. Nelle strutture esistenti, nelle more della realizzazione dell'impianto centralizzato e comunque in caso di emergenza, per le quali può essere consentita l'utilizzazione di dispositivi mobili con carrelli all'uopo predisposti atti ad assicurare la stabilità dei recipienti di gas medicali compressi. Le bombole sono contenute in un apposito locale aerato, dotato di dispositivi di tenuta delle bombole, in ogni caso in conformità alle vigenti normative di sicurezza e prevenzione incendi. Le case di cura monospecialistiche neuro-psichiatriche possono non essere dotate di impianto centralizzato purché provvedano alla funzione con mezzi adeguati	SI	NO	
1	CSGTEC50	La distribuzione dei gas combustibili avviene nel rispetto del disposto della legge 16 dicembre 1971 n. 1083 "Norme per la sicurezza di impiego del gas combustibile" e dei decreti aggiuntivi ed in conformità alle norme di prevenzione incendi"?	A	Doc Des PVD	Devono essere fornite le certificazioni del caso.	SI	NO	
1	CSGTEC51	Gli impianti e gli apparecchi a pressione sono realizzati e mantenuti in esercizio secondo le norme di prevenzione infortuni, compresi i decreti modificativi e integrativi con le specificazioni tecniche applicative?	A	Doc e Str Des PVD + VT a camp.	Deve essere fornito l'elenco delle apparecchiature a pressione esistenti e la documentazione conseguente. Norme tecniche di riferimento: - DLgs 81/08 - DLgs 25/00 n. 93 Direttiva PED Marcatura CE, libretto e verifiche periodiche	SI	NO	

1	CSGTEC52	<p>Negli edifici a più piani sono previsti elevatori in numero adeguato ai flussi di traffico e comunque sono garantiti i flussi per lettighe ed ammalati, per visitatori, per materiale pulito e vitto, per materiale sporco (4 elevatori)?</p> <p>Nelle situazioni con ridotto flusso di traffico i collegamenti verticali sono organizzati con 3 impianti elevatori di cui almeno 1 per lettighe, e comunque rispetto all'utilizzo degli elevatori è verificato il protocollo igienico organizzativo-gestionale riferito e applicato al singolo presidio con l'analisi dei rispettivi flussi di traffico?</p> <p>Per le sole strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero a ciclo diurno, i collegamenti verticali sono funzionalmente organizzati con minimo due impianti elevatori di cui almeno uno per lettighe, e comunque, rispetto all'utilizzo degli elevatori, è elaborato il protocollo igienico-organizzativo-gestionale riferito e applicato al singolo presidio con l'analisi dei rispettivi flussi di traffico?</p>	B	<p>Doc e Str Des 'PVD + VT a camp.</p> <p>Almeno un elevatore deve avere caratteristiche adeguate al trasporto di persone portatrici di handicap.</p> <p>In tutti e tre i casi descritti almeno un elevatore deve avere le caratteristiche adeguate al trasporto delle persone disabili.</p> <p>La distanza intercorrente tra gli impianti elevatori, di un comparto è uguale o inferiore a 60 metri, e comunque nel rispetto della normativa, con particolare riferimento al D.M.I. 18.09.2002</p> <p>Il documento descrittivo esplicita l'analisi dei flussi. Il requisito richiede un minimo di 4 elevatori distinti (ad uso specifico per ammalati, per vitto, ecc). Il requisito non si applica al presidio nel suo insieme ma ad ogni edificio, gruppi di edifici, padiglioni.</p> <p>L'ascensore in caso di adeguamento di edifici preesistenti, ove non sia possibile l'installazione di cabine di dimensioni superiori, può avere le seguenti caratteristiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cabina di dimensioni minime di 1,20 m di profondità e 0,80 m di larghezza;</li> <li>- porta con luce netta minima di 0,75 m posta sul lato corto;</li> <li>- piattaforma minima di distribuzione anteriormente alla porta della cabina di 1,40 x 1,40 m.</li> </ul>	SI	NO
1	CSGTEC56	<p>Gli impianti, apparecchi e le macchine sono sottoposte a manutenzione ordinaria secondo le indicazioni dei costruttori, delle norme di buona tecnica e di legge e l'effettuazione degli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria e le indicazioni che ne derivano sono riportati su apposito documento?</p>	A	<p>Doc Des PVD</p> <p>Visione dei registri di manutenzione</p>	SI	NO
1	CSGTEC58	<p>Nelle strutture di ricovero sono previsti i seguenti spazi funzionali:</p> <p>a) ingresso, informazioni-accoglienza; b) attesa-soggiorno; c) servizi igienici; d) spazio ristoro?</p>	B	<p>Doc Des PVD+ VT</p>	SI	NO
1	CSGTEC60	<p>Negli spazi comuni delle strutture di nuova realizzazione è presente un impianto di condizionamento che garantisca le seguenti condizioni microclimatiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- temperatura interna invernale/estiva di 20°C - 28°C?</li> <li>- umidità relativa di 40 - 60%</li> <li>- numero di ricambi aria/ora di 2 v/h?</li> <li>- velocità dell'aria è non superiore a 0,15 m/s?</li> <li>- filtrazione con filtri a media efficienza Norma UNI10339?</li> </ul> <p>NEL CASO DI STRUTTURE ESISTENTI SE NON E' PRESENTE UN IMPIANTO DI CONDIZIONAMENTO DEVE ESSERE GARANTITA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- temperatura interna invernale/estiva di 20°C - 28°C?</li> </ul>	B	<p>Doc Des PVD</p> <p>Il documento descrittivo può essere un report che indica i risultati dei rilievi effettuati nel tempo. Per spazi comuni si intendono locali quali atrii, sale d'attesa, corridoi, accettazione.</p>	SI	NO
1	CSGTEC65	<p>Negli spazi comuni l'illuminazione generale è 200 lx?</p>	B	<p>Strutt VT a camp.</p>	SI	NO
1	CSGTEC66	<p>Nei servizi igienici è garantita un estrattore d'aria di almeno 8 v/h?</p>	B	<p>Doc e Str Des 'PVD + VT a camp.</p> <p>Il documento descrittivo è una relazione tecnica sui dispositivi installati. Il requisito si applica a tutti i servizi igienici, anche se dotati di finestre.</p>	SI	NO

Leg	Codice	Requisiti per accreditamento/Classificazione in fasce	Priorità	Evi Doc Mod	Specifiche	Requisito Soddisfatto		Note
<b>14 REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI SPECIFICI Reparto di degenza</b>								
14	CSSDEG01	La dotazione minima per gli ambienti di degenza prevede per la camera di degenza (al netto della superficie dei servizi igienici): 9 mq per posto letto (camera singola); 7 mq per posto letto (camera multipla); 9 mq per posto letto (camera pediatrica multipla); 12 mq per posto letto (camera singola con accompagnatore); non più di 4 posti letto per camera; almeno un servizio igienico ogni 4 posti letto, almeno il 10% delle stanze di degenza deve ospitare un solo letto e preferibilmente deve essere dotato di proprio servizio igienico? (fatto salvo il limite di tolleranza di cui al capitolo "Requisiti minimi strutturali e tecnologici generali, punto 1, lettera h")	A	Doc e Str Des PVD + VT	Il tipo di documento descrittivo può essere la planimetria con indicati i posti letto e i servizi igienici. Il requisito richiede che almeno il 10 % delle stanze complessive sia singolo: nel caso di arrotondamento si arrotonda per eccesso.	SI	NO	
14	CSSDEG02	La camera di degenza dotata di tutti gli arredi garantisce l'accesso ed il movimento di barelle e carrozzine, nonché le normali e urgenti operazioni del personale medico e non medico ai due lati di ciascun letto?	A	Strutt VT	Il requisito richiede che in ogni stanza sia possibile l'accesso ai letti, da almeno un lato, da parte di barelle e carrozzine. Inoltre richiede che da ambo i lati sia possibile l'accesso e la possibilità di operare adeguatamente al personale medico e non medico.	SI	NO	
14	CSSDEG04	La camera è dotata di pavimentazione antiscivolo dotata di certificazione UNI EN 13893 o equivalenti?	A	Doc Des PVD	L'evidenza è la certificazione del pavimento. Per equivalenti si intendono le certificazioni ammesse della comunità europea per il commercio dei pavimenti (es. DIN, BCRA)	SI	NO	
14	CSSDEG05	La dotazione minima per gli ambienti di degenza prevede: a) un locale per medici in ogni piano; b) uno spazio per il medico di guardia; c) un locale per soggiorno in ogni piano; d) un locale per il deposito del materiale pulito in ogni piano; e) un locale per deposito attrezzature in ogni piano; f) spazio attesa visitatori?	A	Strutt VT		SI	NO	
14	CSSDEG05b	La dotazione minima per gli ambienti di degenza prevede: a) per ogni piano e per ogni struttura un locale per visita e medicazioni dotato di lavabo con comandi non manuali; b) un locale di lavoro, presente in ogni piano di degenza e in ogni struttura, per il personale di assistenza diretta; c) per ogni piano e per ogni reparto uno spazio per capo-sala; d) un locale, presente in ogni piano di degenza, per il materiale sporco, e dotato di vuotatoio e lavapadelle; e) una cucina di reparto per struttura f) servizi igienici per il personale per ogni piano; g) un bagno assistito per ogni struttura (ad esclusione dei reparti per acuti dove se ne prevede uno ogni 100 pl)?; g) nel caso siano presenti frigoriferi per la conservazione dei farmaci questi sono dotati di controllo di temperatura e sistema di allarme in caso di mancata alimentazione?	A	Strutt VT		SI	NO	
14	CSSDEG06	Per le strutture di nuova realizzazione o ristrutturazione, la dotazione minima per gli ambienti di degenza, prevede servizi igienici dimensionati e attrezzati per consentire l'accessibilità o l'agevole adattabilità all'uso dell'utenza anche temporaneamente disabile? Sono inoltre asserviti alle camere di degenza direttamente (fino a 2 p.l.) o tramite antibagno (fino a 4 p.l.)? E' comunque è assicurata la presenza di un bagno accessibile in almeno il 20% delle camere?	A	Strutt VT	Per strutture di nuova realizzazione o ristrutturazione si intendono strutture in cui la fine lavori è stata successiva all'entrata in vigore della 616/2000.	SI	NO	
14	CSSDEG07	Per le degenze pediatriche sono previsti: a) spazi di soggiorno e svago ad uso esclusivo dei bambini, proporzionati al loro numero; b) lo spazio per la presenza dell'accompagnatore (letto, armadietto, sedia/poltrona) all'interno della camera di degenza?	A	Strutt VT	Nel caso in cui nella struttura non vi siano degenze pediatriche, il requisito può essere elencato nei SI non applicabili.	SI	NO	

14	CSSDEG09	Per le degenze psichiatriche sono previsti: a) un locale specifico per colloqui/visite specialistiche; b) un locale adibito esclusivamente a soggiorno in relazione al numero dei posti letto; c) un'area ricreativa specifica (è considerata area ricreativa anche l'area verde)?	A	Strutt VT	Nel caso in cui nella struttura non vi siano degenze psichiatriche, il requisito può essere elencato nei SI non applicabili.	SI	NO	
14	CSSDEG10	Nei locali di degenza per malattie infettive è attuato l'adeguamento previsto dalla legge 135/1990 e successive modifiche ed integrazioni?	A	Strutt VT	Nel caso in cui nella struttura non vi siano degenze per malattie infettive, il requisito può essere elencato nei SI non applicabili.	SI	NO	
14	CSSDEG12	E' presente la seguente dotazione minima impiantistica: · impianto illuminazione di emergenza; · impianto forza motrice nelle camere con almeno una presa per alimentazione normale; · impianto chiamata ai lati di ciascun letto con segnalazione acustica e luminosa; · impianto gas medicali: prese vuoti e ossigeno, nelle more della realizzazione è consentito l'utilizzo di apparecchi portatili di ossigeno e apparecchi che creano il vuoto?	A	Strutt VT	Per quanto riguarda l'ultimo punto(impianto gas medicali), in coerenza con quanto previsto dai requisiti generali, è opportuno richiedere l'adeguamento ai 5 anni. In assenza di impianto del vuoto deve essere comunque assicurata la funzione,immediatamente, anche tramite aspiratori portatili; la struttura dovrà fornire un documento che giustifichi un numero congruo di aspiratori portatili in relazione ai posti letto della degenza. Le case di cura monospecialistiche neuro-psichiatriche possono non essere dotate di impianto centralizzato purché provvedano alla funzione con mezzi adeguati	SI	NO	
14	CSSDEG13	E' presente, al piano, un carrello per la gestione dell'emergenza; è conosciuta la collocazione del carrello da parte degli operatori in modo da garantire una corretta gestione dell'emergenza?	A	Strutt VT		SI	NO	
14	CSSDEG14	E' presente, al piano, un carrello per la gestione terapia?	A	Strutt VT		SI	NO	
14	CSSDEG15	E' presente, al piano, un carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico?	A	Strutt VT		SI	NO	
14	CSSDEG16	La temperatura invernale/estiva è compresa entro 20°C - 28°C?	B	Doc Proc e Des PVD	Il documento descrittivo può essere un report che indica i risultati dei rilievi effettuati nel tempo. Il documento deve indicare inoltre gli accorgimenti da adottarsi nel caso di superamento dei limiti.	SI	NO	
14	CSSDEG17	Nelle degenze di nuova realizzazione è previsto un impianto di condizionamento in grado di garantire le condizioni microclimatiche di base: - temperatura 20° C - 28° C, - umidità 40 - 60%, - ricambi aria/ora minimo 2 vol/h, - filtri a media efficienza - velocità dell'aria < 0,15 m/s	B	Doc Des PVD	Il documento descrittivo può essere un report che indica i risultati dei rilievi effettuati nel tempo. Il documento deve indicare inoltre gli accorgimenti da adottarsi nel caso di superamento dei limiti.	SI	NO	
14	CSSDEG18	Nel caso in cui, nelle strutture esistenti, non è presente un impianto di condizionamento è ammesso il ricambio d'aria naturale (che si presume di 2 vol/h), la superficie ventilata è almeno pari a 1/8 della superficie del pavimento?	B	Strutt VT		SI	NO	
14	CSSDEG19	Nelle degenze non condizionate i WC ciechi sono dotati di estrazione forzata con ricambio aria/ora di 8 vol/ h (anche non continuativi), in caso di WC dotato di finestre è comunque richiesta la presenza di un estrattore?	A	Doc Des PVD	Il documento descrittivo è la relazione tecnica dell'impianto.	SI	NO	
14	CSSDEG21	La pressione è positiva o neutra per le camere di degenza?	B	Doc Des PVD	Il documento descrittivo è la relazione tecnica dell'impianto.	SI	NO	
14	CSSDEG24	L'illuminamento di esercizio è: 200 lx per l'illuminazione generale; nell'intervallo 300-750 lx per medicheria e sala visita?	B	Strutt VT		SI	NO	
14	CSSDEG27	E' presente l'impianto rilevazione incendi, ai sensi della normativa vigente in materia ?	A	Strutt VT		SI	NO	

14	CSSDEG28	E' previsto un estrattore d'aria per il deposito sporco dell'area di degenza se i locali non sono serviti da un impianto di condizionamento che garantisca una ricambio aria/ora di 8 vol/ h?	A	Doc e Str Des PVD + VT	Il documento descrittivo è costituito dalla relazione tecnica sull'estrattore installato.	SI	NO	
14	AQPDEG01	Ogni posto letto ha a disposizione armadio guardaroba singolo o anta di armadio multiplo?	B	Strutt VT		SI	NO	
14	AQPDEG02	Tutti i letti hanno schienale regolabile?	B	Strutt VT		SI	NO	
14	AQPDEG03	Tutti i posti letto hanno luce individuale funzionante?	B	Strutt VT		SI	NO	



**REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI**

Leg	Codice	Requisiti per accreditamento/Classificazione in fasce	Evi Doc Mod	Specifiche	Requisito Soddisfatto		Note
7	<b>PROCESSO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE IN CAVS</b>						
7	<b>PRENOTAZIONE/ACCESSO IN ELEZIONE O IN URGENZA/EMERGENZA</b>						
7	PRI1.1	Le modalità di inserimento del paziente sono aderenti alle disposizioni Regionali individuate dallo specifico provvedimento?	Doc Des PVD	✓ Documento che espliciti le modalità di accoglienza dell'utente da parte della struttura ✓ Presenza del documento di autorizzazione all'inserimento con i contenuti previsti dal documento regionale. ✓ Cartella sanitaria	SI	NO	
7	PRI1.2	Il paziente inserito ha a disposizione una documentazione informativa sull'organizzazione del nucleo CAVS?	Doc Des PVD	✓ Presenza di documento CAVS: continuità assistenziale a valenza sanitaria	SI	NO	
7							
7	<b>EROGAZIONE PRESTAZIONI</b>						
7	PRI2.1	Sono definite le modalità per la corretta informazione sulle procedure a cui è sottoposto l'assistito in CAVS?	Doc Des PVD	✓ Documento/i che espliciti le procedure sulla gestione degli accessi al paziente (portatori di CVC, catetere vescicale, PEG, colonstomia, ecc...)	SI	NO	
7	PRI2.2	Sono definite le modalità di gestione dei farmaci?	Doc Des V. Camp	✓ Documento che descriva le varie fasi dalla richiesta alla somministrazione. ✓ Verifica sul campo di: gestione scadenze; conservazione; stoccaggio	SI	NO	
7	PRI2.3	Sono definite le modalità organizzative adottate dall'equipe medica, infermieristica e assistenziale?	Doc Des PVD	✓ Esplicitazione del modello organizzativo adottato ✓ Piani di lavoro	SI	NO	
7	<b>DIMISSIONE</b>						
7	PRI3.1	Alla dimissione viene consegnata all'utente una relazione per il medico curante contenente almeno le seguenti informazioni: b) procedure diagnostiche e terapeutiche eseguite c) indicazione della terapia assunta d) condizioni/stato dell'utente alla dimissione	Doc Des V. Camp	✓ Copia di una lettera di dimissione in cui risultino le informazioni richieste dal requisito	SI	NO	