

Requisiti minimi per le strutture psichiatriche

**S.ORD. ALLA G.U. N. 042 SERIE GENERALE PARTE PRIMA DEL 20 02 1997
SUPPLEMENTO 037 DEL 20 02 1997
DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 14 gennaio 1997.**

Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visto l'art. 8, comma 4, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, che prevede la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, mediante atto di indirizzo e coordinamento, emanato d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentito il Consiglio superiore di sanità, nonché la periodicità dei controlli sulla permanenza dei requisiti stessi; Visto l'art. 1, comma 1, lettera hh), della legge 12 gennaio 1991, n.13; Sentito il Consiglio superiore di sanità, nella seduta del 18 dicembre 1996; Vista l'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 19 dicembre 1996; Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 30 dicembre 1996; Sulla proposta del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la funzione pubblica e gli affari regionali; Decreta:

E' approvato il seguente atto di indirizzo e coordinamento.

Art. 1.

Approvazione requisiti

1. Ferma restando la competenza delle regioni e delle province autonome nel disciplinare la materia delle autorizzazioni sanitarie, sono approvati i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, riportati nell'allegato, che fa parte integrante del presente decreto.

Art. 2.

Definizione dei requisiti

1. Le strutture di cui al successivo art. 4 sono tenute a rispettare e ad adeguarsi ai requisiti minimi generali e specifici, di cui all'art. 1. Restano ferme le prescrizioni contenute nella normativa nazionale, regionale e nei regolamenti edilizi comunali.
2. Le regioni disciplinano le modalità per l'accertamento e la verifica del rispetto dei requisiti minimi.
3. La verifica della permanenza dei requisiti minimi deve essere effettuata con periodicità almeno quinquennale e ogni qualvolta le regioni ne ravvisino la necessità ai fini del buon andamento delle attività sanitarie.
4. Le regioni determinano, ai sensi del combinato disposto dei commi 4 e 7 dell'art. 8, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, gli standards di qualità che costituiscono requisiti ulteriori per l'accreditamento di strutture pubbliche e private in possesso dei requisiti minimi per l'autorizzazione di cui all'art. 1.
5. Nella determinazione dei requisiti ulteriori, le regioni si attengono ai seguenti criteri generali, volti ad assicurare: a) che l'accreditamento della singola struttura sia funzionale alle scelte di programmazione regionale, nell'ambito delle linee di programmazione nazionale; b) che il regime di concorrenzialità tra strutture pubbliche e private sia finalizzato alla qualità delle prestazioni sanitarie e si svolga secondo il criterio dell'eguaglianza di diverse strutture, quale presupposto per la libera scelta da parte dell'assistito; c) che sia rispettato il livello quantitativo e qualitativo di dotazioni strumentali, tecnologiche e amministrative correlate alla tipologia delle prestazioni erogabili, nonché alla classe di appartenenza della struttura; d) che le strutture richiedenti presentino risultanza positiva rispetto al controllo di qualità anche con riferimento agli indicatori di efficienza e di qualità dei servizi e delle prestazioni previsti dagli articoli 10, comma 3, e 14, comma 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni.
6. Le regioni disciplinano le modalità per la richiesta di accreditamento da parte delle strutture autorizzate, la concessione e l'eventuale revoca dello stesso, nonché la verifica triennale circa la permanenza dei requisiti ulteriori richiesti per l'accreditamento medesimo.
7. La qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli appositi rapporti di cui all'art. 8, commi 5 e 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, nell'ambito del livello di spesa annualmente definito.

8. I requisiti ulteriori, di cui ai commi 4 e 5, oltre che presupposto per l'accreditamento, costituiscono altresì il fondamento dei piani annuali preventivi, così come previsti e definiti dalla normativa vigente.

Art.3.

Modalità di applicazione

1. Le regioni entro un anno dalla pubblicazione del presente decreto, nell'ambito della propria autonomia, danno attuazione alle presenti disposizioni.
2. I requisiti minimi di cui al presente decreto trovano immediata applicazione nel caso di realizzazione di nuove strutture e di ampliamento o trasformazione di ampliamento si intende un aumento del numero dei posti letto o l'attivazione di funzioni sanitarie aggiuntive rispetto a quelle precedentemente svolte; per trasformazione si intende la modifica delle funzioni sanitarie già autorizzate o il cambio d'uso, con o senza lavori, degli edifici o di parti di essi destinati a ospitare nuove funzioni sanitarie.
3. Con lo stesso provvedimento le regioni dettano disposizioni circa i tempi e le modalità per l'adeguamento delle strutture sanitarie pubbliche e private già autorizzate e in esercizio ai requisiti minimi stabiliti dal presente decreto, da prevedersi nell'arco massimo di cinque anni.
4. Le regioni disciplinano l'accesso all'accreditamento delle strutture pubbliche e private in possesso dei requisiti ulteriori di cui ai commi 4 e 5 dell'art. 2, ancorché in precedenza non convenzionate.

Art.4.

Classificazione delle strutture

1. Le regioni classificano le strutture in relazione alla tipologia delle prestazioni contemplate dai livelli di assistenza in: a) strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti; b) strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio; c) strutture che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo e/o diurno.
2. Le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno possono essere distinte: a) in relazione alla destinazione funzionale: secondo le attività per l'acuzie e la post-acuzie; b) in relazione alla tipologia dell'istituto: aziende ospedaliere di rilievo nazionale e di alta specializzazione, aziende ospedaliere regionali, presidi ospedalieri della USL, policlinici universitari, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ospedali militari.
3. Le strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale possono essere distinte a seconda dell'entità e della tipologia delle prestazioni erogabili e delle dotazioni strumentale, tecnologica ed organizzativa possedute.
4. Le strutture che erogano prestazioni in regime residenziale, in riferimento all'attività a ciclo continuativo e/o diurno, possono essere distinte in tipologie connesse ai livelli di assistenza previsti dal Piano sanitario nazionale.

Art. 5.

Norma di garanzia per le province autonome

1. Le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono alle finalità del presente atto di indirizzo e coordinamento nell'ambito delle proprie competenze, secondo quanto previsto dai rispettivi ordinamenti.

Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana. Dato a Roma, addì 14 gennaio 1997
SCALFARO PRODI, Presidente del Consiglio dei Ministri BINDI, Ministro della sanità BASSANINI, Ministro per la funzione pubblica e gli affari regionali Registrato alla Corte dei conti il 7 febbraio 1997 Registro n. 1 Sanità, foglio n. 15 S.ORD. ALLA G.U. N. 042 SERIE GENERALE PARTE PRIMA DEL 20 02 1997 SUPPLEMENTO 037 DEL 20 02 1997

PROVVEDIMENTO

PREMESSA

Ai fini della applicazione dei requisiti minimi e tenuto conto che con il termine di requisito organizzativo si intende l'azione organizzativa, si definisce:

AZIENDA: il soggetto giuridico, pubblico e privato che offre attività o prestazioni sanitarie

PRESIDIO: Struttura fisica (ospedale, poliambulatorio, ambulatorio ecc.) dove si effettuano le prestazioni e/o le attività sanitarie

STRUTTURA ORGANIZZATIVA: Dimensione organizzativa complessiva della funzione svolta.

VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA': Tali attivita' hanno lo scopo di garantire all'utente che le prestazioni od i servizi ricevuti siano di buona qualita'. Per iniziative di valutazione e miglioramento della qualita' si intendono progetti che prevedono: 1) l'identificazione di un problema (intesa come occasione di miglioramento); 2) la determinazione delle cause possibili; 3) la definizione dei criteri, degli indicatori e dei livelli soglia di buona qualita'; 4) la progettazione e l'effettuazione di uno o piu' studi per precisare la differenza tra i valori attesi e quelli osservati nonche' per identificare le cause di tale discrepanza; 5) la progettazione e l'effettuazione dell'intervento migliorativo; 6) la valutazione di impatto a breve e medio termine dell'intervento migliorativo nei confronti del problema affrontato; 7) la diffusione dei risultati a tutti gli interessati. Tali iniziative possono riguardare processi/esiti di prestazioni dirette agli utenti o processi/esiti delle attivita' di supporto (gestionali, organizzativi, amministrative, etc.).

LINEE GUIDA: insieme di indicazioni procedurali suggerite, finalizzate ad assistere gli operatori in specifiche circostanze.

REGOLAMENTI INTERNI: definiscono le modalita' di comportamento o successione di azioni definite da documenti formali o dalla normativa, che devono essere sistematicamente ottemperate.

PROCEDURE: insieme di azioni professionali finalizzate ad un obiettivo.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI GENERALI

Il presente documento indica i requisiti minimi relativi ai seguenti aspetti organizzativi:

1. - politica, obiettivi ed attivita'; organizzativa; 3. - gestione delle risorse umane; 4. - gestione delle risorse tecnologiche; 5. - gestione, valutazione e miglioramento della qualita', linee guida e regolamenti interni; 6. - sistema informativo;

1) POLITICA, OBIETTIVI ED ATTIVITA'

La Direzione aziendale provvede alla definizione delle politiche complessive dell'azienda ed esplicita gli obiettivi da raggiungere, sia per la tipologia ed i volumi che per la qualita' delle prestazioni e dei servizi che intende erogare. La Direzione deve esplicitare ai presidi, alle unita' operative ed alle altre articolazioni organizzative, il ruolo, gli obiettivi e le funzioni assegnate agli stessi. E' adottato un documento in cui sono esplicitati: - la missione, e cioe' la ragion d'essere dell'organizzazione ed i valori cui si ispira; - le politiche complessive, e cioe' l'indirizzo dato dalla Direzione Generale, che consiste nel definire i campi prioritari di azione e quali metodi adottare per raggiungere gli obiettivi; - gli obiettivi: a) devono essere articolati nel tempo; b) devono risultare congruenti con gli obiettivi dei livelli organizzativi sovraordinati; - l'organizzazione interna con particolare riferimento a: a) l'organigramma con il quale vengono individuati i responsabili delle articolazioni operative e delle funzioni di supporto tecnico- amministrativo e definite le loro funzioni; b) i livelli di responsabilita'; c) le modalita' di erogazione del servizio; d) le prestazioni e/o le attivita' erogate; La Direzione definisce annualmente il piano di lavoro che comprende: - la tipologia ed il volume di attivita' previste; - il piano organizzativo. La Direzione predisponde materiale informativo a disposizione dell'utenza, che specifichi tipologia delle prestazioni erogate, operatori responsabili delle prestazioni, orari, costi.

2) STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La Direzione definisce ed esplicita l'organizzazione e le politiche di gestione delle risorse umane ed economiche per: - le attivita' ambulatoriali; - le attivita' di ricovero a ciclo continuativo e diurno (acuti e post-acuti); La Direzione definisce le modalita' con cui garantisce la continuita' dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici).

3) GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

La Direzione definisce il fabbisogno di personale: - in termini numerici (equivalenti a tempo pieno) per ciascuna professione o qualifica professionale; - per posizione funzionale; - per qualifica; - in rapporto ai volumi ed alle tipologie delle attivita', secondo criteri specificati dalla normativa regionali. E' indispensabile che tutti i ruoli e le posizioni funzionali siano ricoperti da personale in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente. Deve essere predisposto un piano di formazione-aggiornamento del personale, con indicazione del responsabile. Devono essere normalizzate le modalita' per favorire l'inserimento operativo del personale di nuova acquisizione.

4) GESTIONE DELLE RISORSE TECNOLOGICHE

Si devono prevedere specifiche procedure di programmazione degli acquisti delle apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici che devono tenere conto dell'obsolescenza, dell'adeguamento alle norme tecniche, della eventuale disponibilita' di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria. La Direzione adotta un inventario delle apparecchiature in dotazione. Deve esistere un piano per la manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature biomediche; tale piano deve essere documentato per ciascuna apparecchiatura e reso noto ai diversi livelli operativi. La Direzione deve provvedere affinche' in ogni presidio sia garantito l'uso sicuro, appropriato ed economico delle apparecchiature biomediche.

5) GESTIONE, VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA', LINEE GUIDA E REGOLAMENTI INTERNI

La Direzione e' responsabile della creazione delle condizioni organizzative che facilitino e consentano la promozione e il supporto ad attivita' valutative e di miglioramento dei processi di erogazione dei servizi e delle prestazioni, secondo le indicazioni contenute in questo stesso documento o nella normativa gia' emanata a livello nazionale o locale. In tutti i presidi devono essere attivati programmi di valutazione e miglioramento delle attivita'. I programmi vengono selezionati in rapporto alle priorit  individuate. In ogni azienda deve esistere una struttura organizzativa (o un responsabile in relazione alla complessita' della stessa) che presiede alle attivita' di valutazione e miglioramento della qualita'. Annualmente ogni struttura organizzativa effettua al proprio interno o partecipa ad almeno un progetto di valutazione e verifica di qualita' favorendo il coinvolgimento di tutto il personale. Tale attivita' sara' utilizzata anche per lo studio dell'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, con particolare riferimento agli episodi di ricovero e all'utilizzo di tecnologie complesse (RMN, TAC, Angioplastiche, etc.). I laboratori di analisi, i servizi di anatomia-istologia-citologia patologica e i centri trasfusionali devono prevedere attivita' di controllo di qualita' interne ed esterne e partecipare a programmi di miglioramento della qualita'. In tutte le articolazioni organizzativo-funzionali e' favorito l'utilizzo delle Linee guida predisposte dalle Societa' scientifiche o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica nelle varie branche specialistiche. Inoltre devono essere predisposte con gli operatori, linee guida, regolamenti interni che indichino il processo assistenziale con cui devono essere gestite le evenienze cliniche piu' frequenti o di maggiore gravita'. Ogni struttura organizzativa predispone una raccolta di regolamenti interni, linee guida, aggiornati per lo svolgimento delle procedure tecniche piu' rilevanti (selezionate per rischio, frequenza, costo). Il personale deve essere informato sull'esistenza di tali documenti, che sono facilmente accessibili, e che vanno confermati o aggiornati almeno ogni tre anni. Devono essere predisposti documenti simili per lo svolgimento delle principali attivita' di supporto tecnico-amministrativo, in particolare: - criteri e modalita' di accesso dell'utente (programmazione liste di attesa, accoglimento e registrazione); - modalita' di prelievo, conservazione, trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento; - modalita' di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori; - pulizia e sanificazione degli ambienti; - modalita' di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attivita' sanitaria.

6) SISTEMA INFORMATIVO

Il sistema informativo e' finalizzato alla raccolta, elaborazione ed archiviazione dei dati di struttura, processo ed esito, con gli obiettivi di: - sostanziare e ridefinire le politiche e gli obiettivi del presidio e della azienda; - fornire il ritorno informativo alle strutture organizzative, necessario per le valutazioni di loro competenza; - rispondere al debito informativo nei confronti dei livelli sovra- ordinati.

La Direzione assicura: - l'individuazione dei bisogni informativi dell'organizzazione; - la struttura del sistema informativo; - le modalita' di raccolta; - la diffusione ed utilizzo delle informazioni; - la valutazione della qualita' del dato; - l'integrazione delle informazioni prodotte nelle attivita' correnti delle singole unita' operative, sezioni, uffici, etc. Deve essere individuato un referente del sistema informativo responsabile delle procedure di raccolta e verifica della qualita' (riproducibilita', accuratezza, completezza) e diffusione dei dati, ferme restando le responsabilita' specifiche previste da norme nazionali.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI

Tutti i presidi devono essere in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di: - protezione antisismica - protezione antincendio - protezione acustica - sicurezza elettrica e continuita' elettrica - sicurezza anti-infortunistica - igiene dei luoghi di lavoro - protezione delle radiazioni ionizzanti - eliminazione della barriere architettoniche - smaltimento dei rifiuti - condizioni microclimatiche - impianti di distribuzione dei gas - materiali esplosivi. In merito a tali problematiche si ritiene di fare riferimento alle specifiche norme nazionali, regionali, locali e, per la prevista parte di competenza, alle disposizioni internazionali.

CENTRO DI SALUTE MENTALE

Espleta le funzioni indicate per il CSM dal DPR 7/4/1994.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI:

Numero locali e spazi in relazione alla popolazione servita. Ciascun Centro di salute mentale dispone almeno di: - locale per accoglienza utenti, segreteria informazioni; - locale per attivita' diagnostiche e terapeutiche; - locale visita medica; - locale per riunioni; - spazio archivio.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

- presenza di personale medico ed infermieristico per tutto l'orario di apertura; - presenza programmata delle altre figure professionali di cui al DPR 7/4/1994, in relazione alla popolazione del territorio servito; - apertura 12 ore al giorno per 6 gg. la settimana, con accoglienza a domanda, organizzazione attivita' territoriale, intervento in condizioni di emergenza-urgenza; - collegamento con il Dipartimento di Emergenza-Urgenza; - collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7/4/1994.

PRESIDI DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE: CENTRO DIURNO PSICHIATRICO E DAY HOSPITAL PSICHIATRICO

Svolgono le funzioni: terapeutico-riabilitative, come indicate rispettivamente per il Centro diurno e per il DH psichiatrico dal DPR 7/4/1994.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI DEL CENTRO DIURNO:

- locali per attività prevalentemente di gruppo, in relazione alle attività specifiche previste nel Centro Diurno, senza altre particolari connotazioni; - locale per colloqui/visite psichiatriche; - collocati in normale contesto residenziale urbano, per favorire i processi di socializzazione e l'utilizzo di spazi ed attività per il tempo libero esistenti nella comunità; - numero complessivo di locali e spazi in relazione alla popolazione servita.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI DEL CENTRO DIURNO

- presenza di personale medico specialistico e di psicologici programmata o per fasce orarie; - apertura 8 ore al giorno, per 6 giorni la settimana; - collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7/4/1994; presenza di educatori professionali, personale infermieristico, istruttori in relazione alle attività previste.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI DEL DAY HOSPITAL PSICHIATRICO

- La tipologia del Day Hospital deve essere adattata ed integrata in rapporto alle specifiche funzioni ed alle caratteristiche operative e strutturali di cui al DPR 7/4/1994; - locali e spazi in relazione alla popolazione servita.

REQUISITI ORGANIZZATIVI DEL DAY HOSPITAL PSICHIATRICO

- apertura 8 ore al giorno, per 6 giorni la settimana; - di norma ubicato in presidi territoriali extraospedalieri (preferibilmente Centri di Salute Mentale o Centri Diurni), garantendo comunque: il riconoscimento formale dei posti letto equivalenti, l'esecuzione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative specifiche, ed il personale necessario; - collegamento funzionale con una struttura di ricovero e con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7/4/1994; - presenza di personale medico ed infermieristico; - presenza di psicologi ed educatori professionali programmata o per fasce orarie.

PRESIDI DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE: STRUTTURA

RESIDENZIALE PSICHIATRICA

Espluca le funzioni terapeutico riabilitative e socio-riabilitative per utenti di esclusiva competenza psichiatrica, come indicato dal DPR 7/4/1994, per il trattamento di situazioni di acuzie o di emergenza per le quali non risulti utile il ricovero ospedaliero, per fasi di assistenza protratta successive al ricovero ospedaliero, per l'attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi di medio-lungo periodo comprese le funzioni riabilitative ospedaliere con il riconoscimento dei posti letto equivalenti.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

- numero complessivo locali e spazi, in relazione alla popolazione servita; - numero massimo dei posti 20; - per strutture fino a 10 posti letto, caratteristiche delle civili abitazioni ed organizzazione interna che garantisca sia gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana, sia le specifiche attività sanitarie, con spazi dedicati per il personale, per i colloqui e per le riunioni; - per strutture oltre i 10 posti letto, i requisiti di cui al DPCM 22/12/1989, allegato A, limitatamente ai criteri 5, 7, 9 (punti a e b; punto f in relazione alle dimensioni della struttura), 10; - Collocate in normale contesto residenziale urbano, in modo da agevolare i processi di socializzazione.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

- presenza di medici specialisti ed altre figure professionali di cui al DPR 7/4/94, programmata o per fasce orarie; - per strutture residenziali terapeutico-riabilitative per acuti e subacuti: presenza di personale di assistenza nelle 24 ore; - per strutture residenziali socio-riabilitative a più elevata intensità assistenziale: presenza di personale di assistenza nelle 12 ore diurne; - per strutture residenziali socio-riabilitative a minore intensità assistenziale: presenza di personale di assistenza per fasce orarie; - collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7/4/1994. Le dimissioni di ex degenti degli Ospedali Psichiatrici, dimessi ai sensi della L. 724/94 art. 3 comma 5, con prevalenti bisogni di assistenza psichiatrica (in relazione ad una patologia in atto o al livello di istituzionalizzazione), sono effettuate nelle strutture residenziali psichiatriche; le dimissioni di ex degenti con prevalenti bisogni di assistenza socio-sanitaria derivanti dall'età elevata; da condizioni di non autosufficienza, di disabilità, sono effettuate in RSA.

AREA DI DEGENZA

L'area di degenza deve essere strutturata in modo da garantire il rispetto della privacy dell'utente ed un adeguato comfort di tipo alberghiero. Devono essere garantiti spazi comuni di raccordo tra le degenze e/o i servizi sanitari nei quali prevedere utilities per gli accompagnatori o visitatori.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

La dotazione minima di ambienti per la degenza: - camera di degenza: 9 mq per posto letto 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 - un locale per visita e medicazioni; - un locale di lavoro, presente in ogni piano di degenza, per il personale di assistenza diretta; - spazio per capo-sala; - un locale per medici; - un locale per soggiorno; - un locale per il deposito del materiale pulito; - un locale per deposito attrezzature; - un locale, presente in ogni piano di degenza, per il materiale sporco, e dotato di vuotoio e lavapadelle; - una cucina di reparto; - servizi igienici per il personale; - spazio attesa visitatori; - un bagno assistito. Per le

degenze pediatriche: devono essere previsti spazi di soggiorno e svago ad uso esclusivo dei bambini, proporzionati al loro numero. Deve essere previsto lo spazio per la presenza dell'accompagnatore. Per le degenze psichiatriche deve essere previsto un locale specifico per colloqui/visite specialistiche e soggiorno in relazione al numero dei posti letto. Nei locali di degenza per malattie infettive va attuato l'adeguamento previsto dalla legge 135/90 e successive modifiche ed integrazioni.

REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI

Dotazione minima impiantistica: - impianto illuminazione di emergenza; - impianto forza motrice nelle camere con almeno una presa per alimentazione normale; - impianto chiamata con segnalazione acustica e luminosa; - impianto gas medicali: prese vuoti e ossigeno.

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

- Carrello per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore e unita' di ventilazione manuale; - carrello per la gestione terapia; - carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico;

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Ogni reparto di degenza deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi: - la dotazione organica del personale addetto deve essere rapportata al volume delle attivita'.