

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

HRSA					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
		Indicatori di risultato			

**1 HRSA - REQUISITI STRUTTURALI**

HRSA01.AU.1.1	Gli immobili sono in possesso di certificato di agibilità specifico CPI		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: fmesi	<b>Esistenza Certificato</b>				
HRSA01.AU.1.2	E' facilmente raggiungibile con mezzi pubblici	entro l'ora	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: fmesi					
HRSA01.AU.1.3	E' presente una idonea area parcheggio		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: fmesi					
HRSA01.AU.1.4	E' presente un locale ad uso centrale termica	almeno 1 posto auto ogni 5 ospiti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: fmesi					
HRSA01.AU.1.5	E' presente un impianto per trattamento aria		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: fmesi					
HRSA01.AU.1.6	Sono presenti ascensori accessibili e monta lettighe		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: fmesi					

***I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni***

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

HRSA					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi Indicatori di risultato	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
<b>1 HRSA - REQUISITI STRUTTURALI</b>					
HRSA01.AU.1.7  Termine di adeguamento: I mesi	Sono presenti elevatori di servizio per distribuzione pasti, biancheria, etc...		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
HRSA01.AU.1.8  Termine di adeguamento: I mesi	È organizzata in nuclei funzionali, con minimo 24 e massimo 30 posti letto e loro multipli		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	È struttura di cura e recupero che eroga servizi caratterizzati da un livello di intensità media di assistenza sanitaria (NRSA) con dimensioni comprese fra 90-180 posti letto (accoglie ospiti per i quali si ritiene possibile l'intervento rieducativo globale in vista dell'inserimento dell'individuo nel proprio ambiente di vita) - accoglie anziani e disabili con limitazioni di autonomia, fisica-mentale-sociale tali da rendere impossibile l'assistenza domiciliare
HRSA01.AU.1.9	La struttura si articola in modo congruo e in:				
HRSA01.AU.1.9.1  Termine di adeguamento: I mesi	- Area abitativa costituita da camere con bagno		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

***I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni***

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

HRSA					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
		Indicatori di risultato			

**1 HRSA - REQUISITI STRUTTURALI**

HRSA01.AU.1.9.2	-Servizi di nucleo costituiti da:				
HRSA01.AU.1.9.2.1	- locale di coordinamento		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Termine di adeguamento: fmesi
HRSA01.AU.1.9.2.2	- servizio con servizio igienico		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Termine di adeguamento: fmesi
HRSA01.AU.1.9.2.3	- cucina ausiliaria,		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Termine di adeguamento: fmesi
HRSA01.AU.1.9.2.4	- sala da pranzo		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Termine di adeguamento: fmesi
HRSA01.AU.1.9.2.5	- soggiorno		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Termine di adeguamento: fmesi

***I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni***

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

HRSA					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
		Indicatori di risultato			
<b>1</b> HRSA - REQUISITI STRUTTURALI					
HRSA01.AU.1.9.2.6	- bagno assistito		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: _____ fmesil					
HRSA01.AU.1.9.2.7	- ripostigli vari		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: _____ fmesil					
HRSA01.AU.1.9.3	Centro servizi costituito da:				
HRSA01.AU.1.9.3.1	- ingresso e locale per amministrazione con servizi igienici,		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: _____ fmesil					
HRSA01.AU.1.9.3.2	- soggiorno,		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: _____ fmesil					
HRSA01.AU.1.9.3.3	- sala polivalente,		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: _____ fmesil					

***I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni***

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

HRSA					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
		Indicatori di risultato			

**1 HRSA - REQUISITI STRUTTURALI**

HRSA01.AU.1.9.3.4	- attività occupazionali, ,		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
HRSA01.AU.1.9.3.5	- locale per il culto		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
HRSA01.AU.1.9.3.6	- locale per la cura della persona		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
HRSA01.AU.1.9.4	Servizi sanitari costituiti da:				
HRSA01.AU.1.9.4.1	- ambulatorio con attesa,		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
HRSA01.AU.1.9.4.2	- locale per Fisiochinesiterapia con uso comune per il podologo		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					

***I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni***

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

HRSA					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
		Indicatori di risultato			

**1 HRSA - REQUISITI STRUTTURALI**

HRSA01.AU.1.9.4.3	- palestra		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Termine di adeguamento: <small>1 mese</small>
HRSA01.AU.1.9.5	Locali ausiliari costituiti da:				
HRSA01.AU.1.9.5.1	- deposito materiale ausiliario		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Termine di adeguamento: <small>1 mese</small>
HRSA01.AU.1.9.5.2	- camera mortuaria		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Termine di adeguamento: <small>1 mese</small>
HRSA01.AU.1.9.6	Servizi generali costituiti da:				
HRSA01.AU.1.9.6.1	- cucina,		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Termine di adeguamento: <small>1 mese</small>

***I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni***

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

HRSA					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
		Indicatori di risultato			

**1 HRSA - REQUISITI STRUTTURALI**

HRSA01.AU.1.9.6.2	- lavanderia,		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: Imesil					
HRSA01.AU.1.9.6.3	- spogliatoi personale,		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: Imesil					
HRSA01.AU.1.9.6.4	- depositi e magazzini,		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: Imesil					
HRSA01.AU.1.9.6.5	- impianti tecnologici.		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: Imesil					

**3 HRSA - REQUISITI ORGANIZZATIVI**

HRSA01.AU.3.0	L'ente gestore ha nominato un responsabile di struttura		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: Imesil					

***I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni***

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

HRSA					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
		Indicatori di risultato			

**3 HRSA - REQUISITI ORGANIZZATIVI**

HRSA01.AU.3.1	le funzioni di coordinatore sono svolte, dato il maggior intervento di tipo curativo e riabilitativo e quindi la maggior valenza sanitaria, da un IP o da un terapeuta della riabilitazione		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: 1 mese					

***I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni***



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

## HRSA

Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
		Indicatori di risultato			

## 3 HRSA - REQUISITI ORGANIZZATIVI

HRSA01.AU.3.2	La dotazione organica del personale è rapportata alla tipologia e ai volumi dell'attività svolta		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<p>* I valutatori nella propria relazione di verifica dovranno dare espressa e chiara motivazione dei criteri utilizzati e di come sono pervenuti al giudizio finale formulato.</p> <p>La check list indicativa per i valutatori è:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medico specialista (geriatra o neurologo o fisiatra o neuropsichiatra): 1 ogni 90 ospiti non autosufficienti;</li> <li>- Coordinatore socio-sanitario: 1 ogni 90;</li> <li>- I.P.: 1 ogni 10;</li> <li>- Fisioterapista: 1 ogni 30 (se indirizzo riabilitativo funzionale);</li> <li>- Fisioterapista: 1 ogni 60 (se indirizzo riabilitativo mentale);</li> <li>- Educatore-animatore: 1 ogni 30 (se indirizzo riabilitativo funzionale);</li> <li>- Addetto assistenza: 1 ogni 2,2 (se indirizzo riabilitativo funzionale);</li> <li>- Addetto assistenza: 1 ogni 2,2 (se indirizzo riabilitativo funzionale);</li> <li>- Addetto assistenza: 1 ogni 2 (se indirizzo riabilitativo mentale);</li> <li>- Logopedista: 1 ogni 90</li> <li>- Psicologo: 1 ogni 150</li> <li>- Assistente sociale: 1 ogni 90</li> <li>- Podologo: 1 ogni 200</li> <li>- Psicologo: 1 ogni 120</li> </ul>
Termine di adeguamento: 1 mese		Documento ufficiale che dichiara il responsabile della struttura e il personale a tempo pieno equivalente, commisurato alle attività in autorizzazione, comprensivo delle qualifiche professionali e del rapporto di impiego. *			

*I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni*

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

HRSA					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
		Indicatori di risultato			

**3 HRSA - REQUISITI ORGANIZZATIVI**

HRSA01.AU.3.3	L'aggregazione dei nuclei garantisce una razionalizzazione delle risorse		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: fmesi					
HRSA01.AU.3.4	L'organizzazione della struttura si caratterizza come nursing home (valutazione, programmazione e verifica DGRV.2034/994)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: fmesi					
HRSA01.AU.3.5	E' offerta la seguente gamma di servizi:				
HRSA01.AU.3.5.1	il servizio alberghiero		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: fmesi					
HRSA01.AU.3.5.2	l'assistenza socio-sanitaria		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: fmesi					
HRSA01.AU.3.5.3	le attività di riabilitazione		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: fmesi					

***I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni***

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

HRSA					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
		Indicatori di risultato			
<b>3 HRSA - REQUISITI ORGANIZZATIVI</b>					
HRSA01.AU.3.5.4	le attività ricreative, culturali e occupazionali		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: fmesil					
HRSA01.AU.3.5.5	assistenza infermieristica diurna e notturna		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: fmesil					
HRSA01.AU.3.5.6	assistenza medica di base		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: fmesil					
HRSA01.AU.3.5.7	assistenza psicologica		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: fmesil					
HRSA01.AU.3.5.8	cura della persona		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: fmesil					
HRSA01.AU.3.6	in ogni nucleo operano gruppi adeguati in rapporto alla tipologia e ai volumi dell'attività svolta		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	* I valutatori nella propria relazione di verifica dovranno dare espressa e chiara motivazione dei criteri utilizzati e di come sono pervenuti al giudizio finale formulato
Termine di adeguamento: fmesil		Documento organigramma per nucleo			

***I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni***

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

HRSA					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
		Indicatori di risultato			

**3 HRSA - REQUISITI ORGANIZZATIVI**

HRSA01.AU.3.7	L'organizzazione garantisce un lavoro per Obiettivi con verifiche semestrali		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: [mesi]	<b>Evidenza programmi</b>				
HRSA01.AU.3.8	Gli operatori conoscono i propri ruoli e i compiti a loro assegnati (eventuali interviste campione)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: [mesi]					
HRSA01.AU.3.9	Esiste programma annuale di formazione del personale		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: [mesi]	<b>Documento programma</b>				
HRSA01.AU.3.10	E' predisposto un documento/programma comprensivo dell'elenco delle prestazioni garantite, nel quale si esplicita il contenuto umano elevato, il sostegno psicologico, relazionale e spirituale offerto agli ospiti		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: [mesi]	<b>Documento Programma</b>				
HRSA01.AU.3.10.1	Il programma esplicita inoltre: la metodologia degli interventi le fasi e i tempi di svolgimento, le modalità di relazione con i famigliari.		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: [mesi]	<b>Verifica contenuti documento</b>				
HRSA01.AU.3.10.2	E' fornita copia del programma ed adeguata informazione agli utenti		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: [mesi]	<b>Evidenze</b>				

***I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni***