

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

**COMUNITA' TERAPEUTICA RESIDENZIALE PSICHIATRICA - C.T.R.P.**

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 RESIDENZA SAN. PSICHIATRICA - C.T.R.P.-REQUISITI STRUTTURALI**

RPS01.AU.1.1	È collocata in contesto residenziale (urbano) urbanizzato		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: fmesi					
RPS01.AU.1.2	È facilmente raggiungibile con mezzi pubblici		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: fmesi					
RPS01.AU.1.3	Ospita fino ad un massimo di 20 ospiti		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: fmesi					
RPS01.AU.1.4	l'area residenziale dell'ospite è articolata in camere destinate a 1 - 2 persone (max 3 in casi particolari)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: fmesi					
RPS01.AU.1.5	Ogni camera/alloggio è dotata di bagno autonomo		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: fmesi					
RPS01.AU.1.6	Le camere possono essere personalizzate, anche con l'inserimento di arredi personali		<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**

**COMUNITA' TERAPEUTICA RESIDENZIALE PSICHIATRICA - C.T.R.P.**

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 RESIDENZA SAN. PSICHIATRICA - C.T.R.P.-REQUISITI STRUTTURALI**

RPS01.AU.1.7	Esiste un numero di camere ad un posto letto pari ad almeno il 10% dei posti letto totali		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: 1 mese					
RPS01.AU.1.8	Le camere hanno la superficie utile minima adeguata				
RPS01.AU.1.8.1	- camera ad 1 posto		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	almeno di mq. 12
Termine di adeguamento: 1 mese					
RPS01.AU.1.8.2	- camera a 2 posti		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	almeno di mq. 18
Termine di adeguamento: 1 mese					
RPS01.AU.1.8.3	- camera a 3 posti		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	almeno di mq. 26
Termine di adeguamento: 1 mese					
RPS01.AU.1.9	Esiste un locale per:		<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**

**COMUNITA' TERAPEUTICA RESIDENZIALE PSICHIATRICA - C.T.R.P.**

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 RESIDENZA SAN. PSICHIATRICA - C.T.R.P.-REQUISITI STRUTTURALI**

RPS01.AU.1.9.1	- lavanderia e guardaroba		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: fmesi					
RPS01.AU.1.9.2	- cucina/dispensa		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: fmesi					
RPS01.AU.1.9.3	- soggiorno/ pranzo		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: fmesi					
RPS01.AU.1.9.4	- spogliatoio e deposito effetti personali		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: fmesi					
RPS01.AU.1.9.5	- servizio igienico per il personale		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: fmesi					
RPS01.AU.1.9.6	- per attività amministrativa		<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**

**COMUNITA' TERAPEUTICA RESIDENZIALE PSICHIATRICA - C.T.R.P.**

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 RESIDENZA SAN. PSICHIATRICA - C.T.R.P.-REQUISITI STRUTTURALI**

RPS01.AU.1.9.7	- per attività sanitaria/colloqui		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: fmesi					
RPS01.AU.1.10	Esistono i collegamenti verticali a norma di legge o sono assenti barriere architettoniche (se su un piano)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: fmesi					
RPS01.AU.1.11	Esistono campanelli di chiamata di allarme in tutti i servizi igienici		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: fmesi					
RPS01.AU.1.12	Complessivamente la struttura è dimensionata ai sensi del DPCM 22/12/89, all. A, criterio 10		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Deroghe:- camere a 4 posti letto, con bagno annesso, di sup. min. di almeno 32 mq per strutture con spazi collettivi > al min.Nel caso di riconversione e/o ristrutturazione di strutture preesistenti, le dimensioni possono essere ridotte del 20%
Termine di adeguamento: fmesi					

**3 RESIDENZA SAN. PSICHIATRICA - C.T.R.P.-REQUISITI ORGANIZZATIVI**

RPS01.AU.3.1	Sono presenti le seguenti figure professionali				
--------------	--	--	--	--	--

***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**

**COMUNITA' TERAPEUTICA RESIDENZIALE PSICHIATRICA - C.T.R.P.**

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 RESIDENZA SAN. PSICHIATRICA - C.T.R.P.-REQUISITI ORGANIZZATIVI**

RPS01.AU.3.1.1	- infermieri		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: fmesi					
RPS01.AU.3.1.2	- educatori		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: fmesi					
RPS01.AU.3.1.3	- addetti all'assistenza di base		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: fmesi					
RPS01.AU.3.2	Esiste una presenza programmata in specifiche fasce orarie, o pronta reperibilità, di competente personale medico, infermieristico e della riabilitazione		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: fmesi					
RPS01.AU.3.3	Per strutture con caratteristiche di complessità assistenziale intermedia è garantita la presenza del personale di assistenza per 12 ore diurne		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: fmesi					
RPS01.AU.3.4	Nel caso di strutture per acuti o subacuti l'assistenza è garantita nell'arco delle 24 ore		<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**

**COMUNITA' TERAPEUTICA RESIDENZIALE PSICHIATRICA - C.T.R.P.**

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 RESIDENZA SAN. PSICHIATRICA - C.T.R.P.-REQUISITI ORGANIZZATIVI**

RPS01.AU.3.5	Il rapporto operatore/utente è pari a 1/1		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: 1 mese					
RPS01.AU.3.7	Regolamenti e documentazione sanitaria				
RPS01.AU.3.7.1	- Esiste regolamento della struttura		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: 1 mese					
RPS01.AU.3.7.2	- Esiste programma generale delle attività della struttura		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: 1 mese					
RPS01.AU.3.7.3	- Esiste un "diario" della struttura		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: 1 mese					
RPS01.AU.3.7.4	Esistono documenti sanitari personali comprovanti:				

***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**

**COMUNITA' TERAPEUTICA RESIDENZIALE PSICHIATRICA - C.T.R.P.**

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 RESIDENZA SAN. PSICHIATRICA - C.T.R.P.-REQUISITI ORGANIZZATIVI**

RPS01.AU.3.7.4.1 - Lo sviluppo del progetto socio riabilitativo personalizzato

Termine di  
adeguamento:  
I mesi

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO

RPS01.AU.3.7.4.2 - Le attività educative orientate alla autonomia personale

Termine di  
adeguamento:  
I mesi

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO

RPS01.AU.3.7.4.3 - Le attività terapeutico riabilitative

Termine di  
adeguamento:  
I mesi

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<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***