



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

REQUISITI SPECIFICI

AREA EMERGENZA URGENZA: Terapia Semintensiva

La **terapia semi-intensiva** riguarda pazienti per lo più con insufficienza multiorgano che necessitano di una intensità di interventi ad alta tecnologia e nursing minori alla terapia intensiva (400 minuti paziente/die) ma la cui criticità non ne consente una adeguata gestione in una degenza ordinaria.

Obiettivo organizzativo:

1. gestione di pazienti clinicamente instabili o ad elevato rischio di instabilità, senza indicazione al ricovero in Unità di Terapia Intensiva, ma con necessità di un'assistenza superiore a quella fornita da una struttura di cure generali.
2. evitare i ricoveri impropri in strutture ad alta intensità di cure e ad alto costo
3. evitare i ricoveri di pazienti instabili o a rischio di instabilità in strutture di degenza a bassa intensità di cura

Obiettivo clinico:

1. assicurare una monitoraggio clinica e strumentale del paziente instabile o a rischio di instabilità.
2. assicurare un trattamento terapeutico continuativo ed adeguato.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

Condizione raccomandata :

- La terapia semintensiva dovrebbe essere collocata in vicinanza del Pronto Soccorso o della Medicina Intensiva.
- L'area di degenza dovrebbe essere strutturata come open space.

	Requisito	SI	NO
1.	I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate.		
2.	La dotazione minima di ambienti è costituita da:	===	===
	a. Sala di accettazione.		
	b. Degenze con una superficie di 15 mq per posto letto con le caratteristiche tecnologiche ed organizzative previste nella scheda di riferimento per le strutture esistenti la deroga della superficie è del 15%		
	c. Locale medici con le caratteristiche strutturali, di arredo e dotazioni previste nella scheda di riferimento;		
	d. Locale lavoro infermieri, con le caratteristiche strutturali, di arredo e dotazioni previste nella scheda di riferimento.		
	e. Servizi igienici per il personale con le caratteristiche strutturali, di arredo e dotazioni previste nella scheda di riferimento.		
	f. Servizi igienici per i pazienti con le caratteristiche strutturali, di arredo e dotazioni previste nella scheda di riferimento.		
	g. Deposito materiale pulito;		
	h. Deposito materiale sporco;		
	i. vuotatoio con adeguata ventilazione (eventualmente disponibile presso la stessa struttura) con le caratteristiche strutturali, di arredo e dotazioni previste nella scheda di riferimento.		

STRUTTURA _____ COMUNE: _____, VIA _____ N. _____



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

REQUISITI SPECIFICI

AREA EMERGENZA URGENZA: Terapia Semintensiva

	Requisito	SI	NO
2.	j. Spazio per attività di diagnostica di laboratorio di urgenza (POCT, ecc.);		
	k. Studio per il medico di guardia (eventualmente disponibile presso la stessa struttura);		
	l. Area riservata ai parenti, con un numero di posti a sedere non inferiore a due per posto letto, con le caratteristiche strutturali, di arredo e dotazioni previste nella scheda di riferimento locale attesa.		

REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI

	Requisito	SI	NO
3.	In relazione al condizionamento ambientale devono essere assicurate le seguenti caratteristiche igrotermiche:	==	==
	a. la temperatura interna, estiva e invernale, è compresa tra 20 e 24 C°;		
	b. l'umidità relativa, estiva e invernale, è compresa tra 40% e 60%;		
4.	c. il ricambio aria/ora (aria esterna senza ricircolo) 6 volumi/ora;		
5.	d. l'efficienza dei dispositivi di filtraggio dell'aria è almeno del 99.97%;		
	e. l'impianto di ventilazione / condizionamento contaminazione controllata.		
6.	In relazione all'impianto dei gas medicali:	==	==
	a. l'impianto comprende: ossigeno, aria medica, vuoto centralizzato;		
	b. ciascun impianto dei gas medicali/tecnici è dotato di una doppia stazione di riduzione della pressione;		
	c. è presente e funzionante un impianto di allarme per la segnalazione dell'esaurimento dei gas medicali;		
	d. per ogni posto letto sono previste le bocchette di gas medicali con ossigeno, vuoto, aria compressa;		
7.	In relazione alla prevenzione incendi è presente e funzionante un impianto di rilevazione degli incendi.		
8.	In relazione alla sicurezza elettrica e alla continuità elettrica:	==	==
	a. L'impiantistica elettrica è realizzata conformemente alle vigenti disposizioni normative in materia.		
	b. è assicurata un'alimentazione elettrica di sicurezza, automatica e disponibile entro un tempo di 15 sec.		
	c. per gli apparecchi elettromedicali che supportano le funzioni vitali del paziente vi è disponibilità dell'alimentazione di sicurezza entro 0,5 sec.		
	d. sono assicurate un numero adeguato di prese elettriche collegate al gruppo elettrogeno e all'UPS.		
	e. per ogni posto letto deve essere presente un sistema di allertamento, una sorgente luminosa e almeno sei prese di corrente.		

STRUTTURA _____ COMUNE: _____, VIA _____ N. _____



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

REQUISITI SPECIFICI

AREA EMERGENZA URGENZA: Terapia Semintensiva

	Requisito	SI	NO
9.	In relazione all'impianto fonia-dati è garantita la comunicazione con il Pronto Soccorso l'OBI e la terapia intensiva		

REQUISITI TECNOLOGICI

	Requisito	SI	NO
10.	In ogni terapia semi-intensiva sono presenti e funzionanti le seguenti apparecchiature:	==	==
	a. letto tecnico su ruote (uno per ogni posto letto);		
	b. ventilatore polmonare;		
	c. per ogni posto letto un monitor per la rilevazione dei parametri vitali (compresa ECG, NIBP, SpO2, trend dei parametri, allarmi sonori e visivi centralizzati);		
	d. aspiratore portatile per broncoaspirazione;		
	e. diafanoscopio a parete;		
	f. frigoriferi per la conservazione di farmaci ed emoderivati;		
	g. defibrillatore;		
	h. sistema di aspirazione per BULAU;		
	i. cappa a flusso laminare per la preparazione delle sacche di nutrizione parenterale (eventualmente disponibile presso la stessa struttura);		
	j. sistemi per infusione monitorizzata per il 30 % dei P.L.;		
	k. emogasanalizzatore (eventualmente ricompreso nell'ambito della struttura come POCT);		
	l. apparecchio per dosaggio elettroliti (eventualmente ricompreso nell'ambito della struttura come POCT);		
	m. apparecchio radiologico portatile ed amplificatore di brillantezza (la suddetta attrezzatura deve essere disponibile nella struttura qualora non ubicata nel reparto);		
	n. lampada scialitica.		
11.	In ogni terapia semintensiva sono presenti e funzionanti le seguenti attrezzature:		
	a. set attrezzature (barella con doccia) per il bagno assistito a letto del paziente. La dotazione può essere ricompresa nell'ambito della struttura		
	b. attrezzature per la movimentazione a letto del paziente		
12.	La strumentazione su indicata (apparecchiature e attrezzature) è adeguata per il volume e la tipologia degli interventi effettuati.		

STRUTTURA _____ COMUNE: _____ VIA _____ N. _____



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

REQUISITI SPECIFICI

AREA EMERGENZA URGENZA: Terapia Semintensiva

REQUISITI ORGANIZZATIVI (personale)

	Requisito	SI	NO
13.	La dotazione organica del personale medico ed infermieristico è rapportata alla tipologia della struttura ed al volume delle prestazioni.		
14.	La dotazione organica del personale medico ed infermieristico è individuata sulla base della normativa vigente in materia di determinazione delle dotazioni organiche, ruoli e profili professionali, qualifiche funzionali.		
15.	L'articolazione dei turni del personale medico ed infermieristico garantisce la presenza di personale medico e personale infermieristico nell'arco delle 24 ore sette giorni su sette.		
16.	Presenza di un medico specialista in anestesia e rianimazione (assicurata disponibilità)		
17.	La dotazione minima di personale della terapia semi-intensiva, sia essa accorpata alla terapia intensiva o integrata in altre unità operative, è in ogni caso non inferiore a:		
	a. 6 unità di personale medico;		
	b. 12 infermieri professionali;		
	c. 3 unità di personale ausiliario.		
18.	Per moduli successivi di 4 posti letto (o frazione di 4), la dotazione è integrata da:		
	a. 1 unità di personale medico;		
	b. 2 unità di personale infermieristico;		
	c. 1 unità di personale ausiliario.		
19.	In relazione al personale medico:	==	==
	a. ha una formazione in medicina d'urgenza (vedi scheda Clinical Competence)		
20.	In relazione al personale infermieristico:	==	==
	a. ha una formazione in medicina d'urgenza (vedi scheda Clinical Competence)		
21.	è presente personale ausiliario		

REQUISITI ORGANIZZATIVI (procedure)

	Requisito	SI	NO
22.	In cartella clinica sono raccolti tutti gli esami diagnostici		
23.	La struttura garantisce la possibilità di colloquio quotidiano dei familiari con i curanti		
24.	La struttura garantisce la possibilità di accesso quotidiano dei familiari		
25.	All'atto della dimissione o trasferimento del paziente è predisposto un documento riportanti le valutazioni clinico –strumentali con eventuali prescrizioni terapeutiche		

STRUTTURA _____ COMUNE: _____ VIA _____ N. _____



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

REQUISITI SPECIFICI

AREA EMERGENZA URGENZA: Terapia Semintensiva

IL SOTTOSCRITTO D I C H I A R A
il mancato possesso dei seguenti requisiti e ne giustifica il motivo

Nr. Requisito	Giustificazione mancato possesso	Tempistica di risoluzione

STRUTTURA _____ COMUNE: _____, VIA _____ N. _____



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

REQUISITI SPECIFICI

AREA EMERGENZA URGENZA: Terapia Semintensiva

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA
altresì l'inapplicabilità alla struttura dei seguenti criteri non soddisfatti

Nr. Requisito	Giustificazione mancato possesso

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze che le false attestazioni comportano sotto l'aspetto penale, civile ed amministrativo in caso di false dichiarazioni, certifica che la struttura di cui è responsabile alla data odierna sia in possesso dei requisiti sopra elencati.
In fede

(firma del dichiarante)

STRUTTURA _____ COMUNE: _____, VIA _____ N. _____



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

REQUISITI SPECIFICI

AREA EMERGENZA URGENZA: Terapia Semintensiva

NOTE

Luogo e data _____

(Funzionari incaricati)

(firma del Titolare per presa visione)

STRUTTURA _____ COMUNE: _____, VIA _____ N. _____