



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

SERVIZIO DI STERILIZZAZIONE

Il Servizio di sterilizzazione deve prevedere spazi articolati in zone nettamente separate di cui una destinata al ricevimento, lavaggio e confezionamento dei materiali, una alla sterilizzazione e, infine, una al deposito e alla distribuzione dei materiali sterilizzati.

Il percorso deve essere progressivo dalla zona sporca a quella pulita.

In ogni struttura, comunque deve essere garantita l'attività di sterilizzazione in rapporto alle esigenze specifiche delle attività svolte.

REQUISITI GENERALI		SI	NO
1.	La struttura ospedaliera è dotata di "Servizio di Sterilizzazione", interno inteso quale distinta articolazione organizzativa specificamente dedicata a svolgere attività di disinfezione		
<i>Nel caso in cui la struttura ospedaliera NON sia dotata di un "Servizio di Sterilizzazione" interno come sopra definito, è necessario soddisfare solo il criterio 2 e non continuare oltre nell'esame della presente scheda.</i>			
2.	Esiste la documentazione formalizzata relativa alle modalità tecniche e organizzative con le quali viene garantita l'attività di disinfezione, in rapporto alle specifiche esigenze delle attività svolte nella struttura.		
<i>Nel caso in cui la struttura ospedaliera sia invece dotata di un "Servizio di Sterilizzazione" come sopra definito, è necessario soddisfare tutti i criteri elencati successivamente nella presente scheda.</i>			

REQUISITI STRUTTURALI		SI	NO
3.	Il servizio di sterilizzazione dispone di locali e spazi correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.		
4.	Il servizio di sterilizzazione è articolato in zone nettamente separate, di cui una destinata al ricevimento, lavaggio e confezionamento dei materiali, una alla sterilizzazione e una al deposito e alla distribuzione dei materiali sterilizzati.		
5.	Il flusso del materiale da sterilizzare segue un percorso progressivo dalla zona sporca a quella pulita.		
6.	Il Servizio di sterilizzazione dispone almeno dei seguenti ambienti:		
	a) locale per ricezione, cernita, decontaminazione, pulizia e preparazione;		
	b) zona distinta per la sterilizzazione;		
	c) zona filtro, con le necessarie dotazioni di protezione igienica, attraverso il quale il personale accede al deposito dei materiali sterili;		
	d) locale per il deposito di materiale sterile;		
	e) locale deposito per materiale sporco;		
	f) servizi igienici e spogliatoi del personale, anche in comune con altri servizi.		

STRUTTURA _____ COMUNE: _____ VIA _____
N. _____



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

SERVIZIO DI STERILIZZAZIONE

REQUISITI IMPIANTISTICI		SI	NO
7.	Gli impianti tecnologici sono eseguiti nel rispetto delle prescrizioni legislative e normative vigenti.		
8.	Nei locali di confezionamento e sterilizzazione vengono assicurate le seguenti caratteristiche microclimatiche:		
	a) temperatura interna, invernale e estiva, entro il range di 20-27°C;		
	b) umidità relativa, estiva e invernale, tra 40-60%;		
	c) ricambio aria esterna di 15 v/h.		
9.	Nel servizio di sterilizzazione è disponibile e funzionante:		
	a) impianto di illuminazione di emergenza;		
	b) impianto di distribuzione dell'aria compressa.		

REQUISITI TECNOLOGICI		SI	NO
10.	Nel servizio di sterilizzazione è presente la seguente dotazione minima tecnologica:		
	a) apparecchiatura di sterilizzazione;		
	b) apparecchiatura per il lavaggio del materiale da sottoporre a sterilizzazione;		
	c) bancone con lavello resistente agli acidi ed alcali;		
	d) pavimenti antisdrucciolo nelle zone sporche con adeguate pendenze in modo da garantire i necessari scarichi.		

REQUISITI ORGANIZZATIVI		SI	NO
11.	La dotazione del personale è rapportata ai volumi e alla tipologia dell'attività svolta.		
12.	E' documentata la presenza nell'équipe di almeno un infermiere professionale.		

STRUTTURA _____ COMUNE: _____, VIA _____
N. _____



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

SERVIZIO DI STERILIZZAZIONE

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

SERVIZIO DI STERILIZZAZIONE

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. _____

