

Modulo di valutazione per le strutture RSA / RSSA

Data:						
Team:						
INFORMAZIONI SULLA STRUTTURA						
Nome struttura:			Indirizzo			
Tipo di struttura:			Distretto:			
Proprietà:			Gestione:			
Persone di riferimento	Nome		Ruolo		Telefono	
N. totale letti		N. letti occupati		Note: Gestione spazi comuni: Informazione centralizzata:		
INFORMAZIONI SUGLI OSPITI						
N. ospiti	N. COVID19 +	N. COVID19 -	N. in attesa di risultato o tampone	N. in isolamento	N. in quarantena	N. decessi (ultimo mese)
Cure esterne (dialisi, medicazioni, trasfusioni etc.)						
Ospedale di riferimento per COVID19:				Ospedale di riferimento per altro:		
Tamponi a tappeto sugli ospiti: SI (data:) NO						
Note:						
INFORMAZIONI SUL PERSONALE						
	Personale sanitario (infermiere/OSS)	Personale para-sanitario (animatore/educatore)	Psicologo	Personale tecnico (cucina, pulizie, manut.)		
Assunti da struttura						
Assunti da cooperativa						
Esterni/appalto						
Malattie in corso						
Uso di uniforme						
Uso di maschera chir.						
Note:						
INFORMAZIONI SUI MEDICI						
N. medici assunti		Servizio MMG		Supporto USCA		Supporto Protezione Civile
		Visite in struttura: SI NO Supporto a distanza: SI NO		Visite in struttura: SI NO		Visite in struttura: SI NO
Note:		Note:		Note:		Note:
SUPPORTO PSICOSOCIALE						
Data interruzione delle visite parenti						
Relazione ospite / familiare mantenuta durante l'isolamento sociale?					SI	NO
Se SI, con quali mezzi?						
Il personale ha accesso a servizi di supporto psicologico?					SI	NO
Se SI, come?						
Nome e numero di telefono dello psicologo: _____						
Prossima visita:						
Formazione:						

1_SORVEGLIANZA ATTIVA		Score: ____ / 4	
Monitoraggio della temperatura corporea al personale all'ingresso in struttura	SI	NO	
Monitoraggio della temperatura corporea a persone esterne all'ingresso in struttura	SI	NO	
Monitoraggio giornaliero della temperatura agli ospiti 2 volte al giorno	SI	NO	
Presenza di note restrittive all'ingresso in struttura e indicazioni per i visitatori	SI	NO	
Note:			
PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI (PCI)			
2_IGIENE DELLE MANI		Score: ____ / 6	
Domande			
Formazione al personale sull'igiene delle mani	SI	NO	
Osservazione			
Soluzione idroalcolica disponibile all'ingresso in struttura	SI	NO	
Poster sull'utilizzo della soluzione idroalcolica all'ingresso in struttura	SI	NO	
Soluzione idroalcolica/sapone disponibile durante le attività di assistenza	SI	NO	
Poster sul lavaggio/disinfezione delle mani disponibili nell'unità	SI	NO	
Poster sui cinque momenti del lavaggio delle mani (OMS) disponibili nell'unità	SI	NO	
Note:			
3_PULIZIA E DISINFEZIONE DEGLI AMBIENTI		Score: ____ / 8	
Domande			
Procedura: doppio secchio, zona pulita a quella sporca, tutte le superfici, diluizione prodotti	SI	NO	
Programma di pulizia e disinfezione disponibile per zona	SI	NO	
Frequenza di pulizia e disinfezione corretta (2 volte/giorno)	SI	NO	
Osservazione			
Prodotti per pulizia e disinfezione corretti: soluzione di ipoclorito di sodio / alcool / detergenti...	SI	NO	
Diluizione di prodotti corretta	SI	NO	
Materiale per pulizia e disinfezione corretti: veline, stracci con frange...	SI	NO	
Utilizzo DPI corretti	SI	NO	
Carrello pulizie dedicato al reparto e non condiviso con altre unità	SI	NO	
Note:			
4_LAVANDERIA		Score: ____ / 4	
Domande			
Divisa del personale lavata in struttura	SI	NO	
Osservazione			
Circuito pulito / sporco per la biancheria	SI	NO	
Personale di lavanderia usa DPI correttamente	SI	NO	
Procedura corretta di lavaggio (temperatura e tempo di lavaggio, prodotti, separazione biancheria)	SI	NO	
Note:			
5_CUCINA		Score: ____ / 4	
Osservazione			
Circuito pulito / sporco rispettato	SI	NO	
Carrelli dedicati per ogni unità	SI	NO	
Nessun contatto tra il personale di cucina e quello delle unità	SI	NO	
Personale di cucina usa DPI correttamente	SI	NO	
Note:			
6_CAMERA ARDENTE		Score: ____ / 3	
Utilizzo adeguati DPI se devono entrare in contatto con il cadavere	SI	NO	
Camera ardente e carrello per il trasporto del defunto sono disinfettati in modo adeguato	SI	NO	
Accesso consentito ai familiari	SI	NO	
Note:			

ZONA D'ISOLAMENTO						
Numero di letti disponibili in isolamento: _____						
Numero di bagni nella zona d'isolamento: _____						
7_DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALI						Score: ____ / 6
Domande						
Maschere chirurgiche	Maschere FFP2/FFP3	Camice monouso idrorepellente/tuta	Occhiali Schermo facciale	Guanti	Copricapo	Soprascarpa
Formazione del personale su vestizione / svestizione DPI					SI	NO
Formazione del personale su utilizzo razionale DPI					SI	NO
Osservazione						
Poster su vestizione / svestizione sono disponibili					SI	NO
Zona di vestizione organizzata correttamente					SI	NO
Zona di svestizione organizzata correttamente					SI	NO
Note:						
Modalità di formazione sui DPI:						
8_PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI						Score: ____ / 17
Note di divieto d'accesso senza DPI e accesso limitato					SI	NO
Zona filtro per accedere all'isolamento					SI	NO
Ventilazione adeguata					SI	NO
PAI corretto (contatti → sospetti → confermati)					SI	NO
Personale dedicato					SI	NO
Materiale medicale dedicato (carrelli, attrezzatura medica)					SI	NO
Pulizia e disinfezione dell'isolamento con frequenza adeguata (2v. /giorno)					SI	NO
Pulizia e disinfezione dell'isolamento con prodotti adeguati					SI	NO
Pulizia e disinfezione dei carrelli in uso nell'isolamento con prodotti e frequenza adeguati					SI	NO
Gestione appropriata dei rifiuti – contenitori per rifiuti infettivi/ospedalieri					SI	NO
Gestione appropriata della biancheria (lenzuola e asciugamani) – sacchi identificati/idrosolubili					SI	NO
Gestione appropriata degli indumenti dell'ospite/i – sacchi identificati/idrosolubili					SI	NO
Percorso pulito/sporco per rifiuti					SI	NO
Percorso pulito/sporco per biancheria e indumenti					SI	NO
Percorso pulito per carrello cucina					SI	NO
Ingresso in isolamento vietato al personale di cucina					SI	NO
Utilizzo piatti e posate monouso					SI	NO
Note:						

INFORMAZIONI SUGLI OSPITI FOLLOW UP VISIT – DATE: _____						
N. ospiti	N. COVID19 +	N. COVID19 -	N. in attesa di risultato o tampone	N. in isolamento	N. in quarantena	N. decessi (ultimo mese)
Cure esterne (dialisi, medicazioni, trasfusioni etc.)						
Ospedale di riferimento per COVID19:				Ospedale di riferimento per altro:		
Tamponi a tappeto sugli ospiti: SI (data: _____) NO						
Note:						

Date:	Score
1_Sorveglianza attiva	
2_Igiene delle mani	
3_Pulizia e disinfezione degli ambienti	
4_Lavanderia	
5_Cucina	
6_Camera ardente	
7_DPI	
8_PCI	