

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

ATTIVITA' DI RADIOTERAPIA

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
--------	--	-------------------------------------	---------------------	------------------------	------

1 RADIOTERAPIA - REQUISITI STRUTTURALI

RTER01.AU.1.1 Termine di adeguamento: I mesi	I locali e gli spazi devono essere coerenti alla tipologia e al volume delle attività erogate		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
--	---	--	--	--	--

verifica

RTER01.AU.1.2	La dotazione minima di ambienti deve essere la seguente:				
---------------	--	--	--	--	--

RTER01.AU.1.2.1 Termine di adeguamento: I mesi	- area di attesa per gli utenti trattati		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
--	--	--	--	--	--

RTER01.AU.1.2.2 Termine di adeguamento: I mesi	- spazi adeguati per accettazione, attività amministrative ed archivio		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
--	--	--	--	--	--

RTER01.AU.1.2.3 Termine di adeguamento: I mesi	- almeno una sala di simulazione		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
--	----------------------------------	--	--	--	--

RTER01.AU.1.2.4 Termine di adeguamento: I mesi	- almeno un bunker di terapia		<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

ATTIVITA' DI RADIOTERAPIA					
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

1 RADIOTERAPIA - REQUISITI STRUTTURALI

RTER01.AU.1.2.5	- un locale per la conformazione dei campi di irradiazione, per la contenzione e la protezione dell'utente in corso di terapia e per la verifica dosimetrica		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
RTER01.AU.1.2.6	- un locale visita		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
RTER01.AU.1.2.7	- un locale trattamenti farmacologici brevi		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
RTER01.AU.1.2.8	- un locale per la conservazione e la manipolazione delle sostanze radioattive		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
RTER01.AU.1.2.9	- servizi igienici distinti per gli operatori e gli utenti		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
RTER01.AU.1.2.10	- uno o più spogliatoi per gli utenti in relazione alle sale di terapia e alle sale da visita presenti o comunicanti con le stesse		<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

ATTIVITA' DI RADIOTERAPIA					
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

2 RADIOTERAPIA - REQUISITI TECNOLOGICI

RTER01.AU.2.1 La dotazione di apparecchiature tecnologiche, adeguata ai volumi di attività, è la seguente:

RTER01.AU.2.1.1 - Simulatore per radioterapia ovvero la piena disponibilità di una diagnostica radiologica (convenzionale o computerizzata) dedicata alla definizione tecnica- pianificazione dei trattamenti

Termine di adeguamento:
I mesi

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

RTER01.AU.2.1.2 - Unità di terapia a fasci collimati (telecobalto terapia, acceleratore lineare)

Termine di adeguamento:
I mesi

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

RTER01.AU.2.1.3 - Attrezzatura per la valutazione della dose singola e dei relativi tempi di trattamento

Termine di adeguamento:
I mesi

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

RTER01.AU.2.1.4 - Apparecchiature per il controllo dosimetrico clinico.

Termine di adeguamento:
I mesi

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

3 RADIOTERAPIA - REQUISITI ORGANIZZATIVI

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

ATTIVITA' DI RADIOTERAPIA					
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

3 RADIOTERAPIA - REQUISITI ORGANIZZATIVI

RTER01.AU.3.1 I requisiti organizzativi minimi per ogni unità di radioterapia sono :

RTER01.AU.3.1.1 - è attivato un controllo di qualità secondo le disposizioni vigenti

Termine di adeguamento:
I mesi

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

RTER01.AU.3.1.2 - è previsto l'obbligo di comunicare all'utente, al momento della prenotazione dell'indagine diagnostica, i tempi di consegna dei referti

Termine di adeguamento:
I mesi

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

RTER01.AU.3.1.3 - è garantita, in caso di necessità, la possibilità di accesso ad un settore di degenza ove sia possibile l'assistenza dei pazienti trattati

Termine di adeguamento:
I mesi

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

dichiarazione

RTER01.AU.3.1.4 - esiste un formale protocollo di collaborazione con un'altra unità di radioterapia ovvero sono copresenti più unità di radioterapia, in modo da garantire la continuità terapeutica in caso di guasto alla apparecchiature.

Termine di adeguamento:
I mesi

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

verifica

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

ATTIVITA' DI RADIOTERAPIA					
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
3 RADIOTERAPIA - REQUISITI ORGANIZZATIVI					
RTER01.AU.3.2	Il personale sanitario laureato e/o tecnico deve essere adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate		<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: (mesi)	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