



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

Direzione Generale della Sanità

Servizio Assistenza Ospedaliera, Residenziale, Riabilitativa ed Autorizzazioni e Accreditamenti delle strutture sanitarie e socio sanitarie

CENTRO PERIFERICO AD ASSISTENZA LIMITATA (CAL)

Il **Centro Dialisi ad Assistenza Limitata (CAL)**, è una struttura specialistica finalizzata a garantire la dialisi a pazienti clinicamente stabili, certificati come tali dal Nefrologo responsabile. L'apertura e il funzionamento del CAL è giustificata dall'offerta di un servizio specialistico di cura in prossimità del domicilio del paziente, dal fatto che non c'è necessità di nefrologi presenti continuativamente durante il trattamento e dalla minore incidenza dei costi indiretti (spostamento/ trasporto dei pazienti)

La presente scheda modifica e/o integra la normativa di riferimento: D.A.I.S. 29 giugno 1998, n. 1957/3.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI		SI	NO
1.	Il CAL possiede i requisiti specifici strutturali previsti in via generale per i CDR		

REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI		SI	NO
2.	Il CAL possiede i requisiti specifici impiantistici previsti in via generale per i CDR		

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI		SI	NO
3.	Il CAL possiede i requisiti specifici tecnologici previsti in via generale per i CDR		

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI		SI	NO
4.	Nel Centro di Assistenza Limitata: a. è assicurato l'accesso del nefrologo almeno una volta la settimana per ogni turno di emodialisi;		
5.	la dotazione infermieristica rispetta il rapporto infermieri/pazienti minimo di 1:4;		

REQUISITI ORGANIZZATIVI (procedure)		SI	NO
6.	il CAL assicura i requisiti di accreditamento previsti in via generale per i CDR		
7.	è assicurata la gestione delle situazioni di urgenza/emergenza, anche tramite il 118 durante le ore di attività;		
8.	è formalizzata la procedura di presa in carico, affidamento e gestione del paziente da parte dell' operatore professionale		
9.	in caso di perdita dell'idoneità al trattamento, sono formalizzate le procedure per il trasferimento del paziente presso il CAD o CDR		



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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)



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

NOTE

Luogo e data _____

(Funzionari incaricati)

(firma del Titolare per presa visione)
