

Codice A1413C

D.D. 25 novembre 2021, n. 1903

**Aggiornamento dei requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento istituzionale dei Centri residenziali di Cure Palliative - Hospice, ai sensi della D.G.R. n. 21-3486 del 02.07.2021. Revoca della D.D. n. 262 del 07.04.2014.**



**ATTO DD 1903/A1413C/2021**

**DEL 25/11/2021**

**DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE  
A1400A - SANITA' E WELFARE**

**A1413C - Programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari**

**OGGETTO:** Aggiornamento dei requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento istituzionale dei Centri residenziali di Cure Palliative – Hospice, ai sensi della D.G.R. n. 21-3486 del 02.07.2021. Revoca della D.D. n. 262 del 07.04.2014.

Premesso che:

con D.G.R. n. 29-4854 del 30.10.2012 sono stati approvati il recepimento e l'iniziale attuazione dell'Intesa del 25.07.2012, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute, di cui all'art. 5 della Legge 15 marzo 2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore.

In specifico, per quanto riguarda la Rete regionale di Cure Palliative, nella deliberazione suddetta si ribadiscono alcuni punti illustrati nell'Intesa in parola, al fine di poter intraprendere il percorso di attuazione della stessa sul territorio regionale, compatibilmente con quanto disposto dal Piano Sanitario Regionale 2012-2015, approvato con D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012 ed, in particolare, con la riorganizzazione della Rete Ospedaliera regionale che in esso è dettagliata.

La deliberazione sopra citata, prevede di “[...] demandare a successivo provvedimento della Direzione Sanità l'individuazione di dettaglio dei percorsi attuativi della normativa suddetta [la L. 15 marzo 2010, n. 38], in particolare per quanto riguarda il soddisfacimento dei requisiti citati nell'Intesa dei centri erogatori di cure palliative e la piena attuazione degli obiettivi di risposta al fabbisogno di salute previsti con specifico documento dedicato alla rete degli Hospice, [...]”

In attuazione del disposto della D.G.R. n. 29-4854 del 30.10.2012, con D.D. n. 262 del 07.04.2014 sono stati approvati i criteri per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento

istituzionale dei Centri residenziali di Cure Palliative – Hospice, secondo quanto disposto dalla D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013 di approvazione dei Programmi Operativi per il triennio 2013-2015.

Con D.G.R. n. 2-976 del 04.02.2020 è stato approvato un primo aggiornamento del fabbisogno di posti letto hospice sul territorio regionale, in attuazione della normativa nazionale e regionale in merito, in particolare della Legge 15 marzo 2010, n. 38 e s.m.i..

Considerato che:

con D.G.R. n. 21-3486 del 02.07.2021 è stata approvata la ridefinizione del fabbisogno di posti letto hospice sul territorio regionale e sono state aggiornate le relative procedure di autorizzazione ed accreditamento, ad integrazione e modifica della D.G.R. 2-976 del 04.02.2020 e della D.D. n. 262 del 07.04.2014, nonché ad integrazione della D.G.R. n. 31-8596 del 22.03.2019 e della D.G.R. n. 17-803 del 15 ottobre 2010.

La suddetta deliberazione dispone, fra l'altro, di:

“[...]

- demandare alla Direzione Sanità e Welfare, l'adozione degli atti necessari all'attuazione di quanto disposto con la presente deliberazione e i relativi allegati, che sono parte sostanziale ed integrante, in conformità alla normativa nazionale e regionale vigente in materia di cure palliative e nello specifico:

- la modulistica per la presentazione dell'istanza ai sensi degli artt. 8 ter/8 quater del D.Lgs. 502 del 1992 e smi,

- l'aggiornamento dei requisiti di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento

- la predisposizione del bando, che avrà cadenza annuale, per la manifestazione da parte di soggetti privati di interesse all'apertura di un nucleo hospice sul territorio regionale, nel rispetto della programmazione sanitaria regionale.

[...]”.

Dato atto che:

la modulistica per la presentazione dell'istanza ai sensi degli artt. 8 ter/8 quater del D.Lgs. 502 del 1992 e smi per la manifestazione da parte di soggetti privati di interesse all'apertura di un nucleo hospice sul territorio regionale, demandata a specifico provvedimento del Settore competente della Direzione Sanità e Welfare, è stata definita con D.D. n. 1223 del 13.08.2021.

Ritenuto, per tutto quanto sopra, di aggiornare con il presente atto, i requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento istituzionale dei Centri residenziali di Cure Palliative – Hospice, ai sensi della D.G.R. n. 21-3486 del 02.07.2021, con conseguente revoca della D.D. n. 262 del 07.04.2014, come dettagliato agli Allegati A, B e C, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento ed, in specifico:

- Allegato A: requisiti autorizzativi per l'hospice;

- Allegato B: requisiti generali per l'accreditamento dell'hospice;

- Allegato C: requisiti specifici per l'accreditamento dell'hospice.

Tenuto conto che taluni requisiti autorizzativi sono stati richiamati anche quali requisiti di accreditamento, stante la necessità della loro riverifica in sede di esercizio dell'attività.

Richiamate:

- la DGR n. 32-2366 del 2 novembre 2015 avente ad oggetto il Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie

- la D.D. n. 338 del 21.05.2013, con cui è stata approvata l'individuazione di dettaglio dei percorsi attuativi della Rete di Cure Palliative;

Dato atto che l'attuazione di quanto previsto dal presente provvedimento non comporta nuovi, o maggiori oneri a carico del bilancio regionale.

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. n. 1-4046 del 17.10.2016, come modificata dalla D.G.R. n. 1-3361 del 14.06.2021.

Tutto ciò premesso,

#### IL DIRIGENTE

Richiamati i seguenti riferimenti normativi:

- L.R. 23 del 28.07.2008 artt. 17 e 18; D.G.R. n. 29-4854 del 30.10.2012; D.G.R. 2-976 del 04.02.2020; D.G.R. n. 21-3486 del 02.07.2021; D.D. n. 338 del 21.05.2013; D.D. n. 262 del 07.04.2014; D.D. n. 1223 del 13.08.2021.

#### *determina*

- di aggiornare i requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento istituzionale dei Centri residenziali di Cure Palliative – Hospice, ai sensi della D.G.R. n. 21-3486 del 02.07.2021, come dettagliato agli Allegati A, B e C, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento ed, in specifico:

- Allegato A: requisiti autorizzativi per hospice;
- Allegato B: requisiti generali per l'accreditamento dell'hospice;
- Allegato C: requisiti specifici per l'accreditamento dell'hospice;

- di revocare la D.D. n. 262 del 07.04.2014;

- di dare atto che l'attuazione di quanto previsto dal presente provvedimento non comporta nuovi, o maggiori oneri a carico del bilancio regionale.

La presente determinazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte, ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e 16 del DPGR 8/R/2002.

Avverso la presente determinazione è ammesso ricorso entro il termine di 60 giorni innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale.

IL DIRIGENTE (A1413C - Programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari)

Firmato digitalmente da Franco Ripa

Allegato

## Requisiti generali

Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di protezione antisismica?

Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di protezione antincendio?

Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di protezione acustica?

Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di sicurezza elettrica e continuità elettrica?

Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di sicurezza anti-infortunistica?

Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di igiene dei luoghi di lavoro?

Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di protezione dalle radiazioni ionizzanti?

Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di radiazioni non ionizzanti?

Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di eliminazione delle barriere architettoniche o, nelle more della messa a norma, sono previsti accorgimenti tecnologici e gestionali atti a rendere più agevole la visibilità della struttura, quali risultanti dal combinato disposto della L. 503/96 e s.m.i. e L.13/89 e s.m.i.?

Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di smaltimento dei rifiuti?

Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di condizioni microclimatiche?

Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di impianti di distribuzione dei gas?

Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di materiali esplosivi?

Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di specifica ambientazione e/o protezione antialluvione-esondazione fluviale per i presidi non urbanizzati?

La dimensione dell'area è tale da poter contenere al suo interno, oltre agli edifici sanitari propriamente detti, tutte le strutture edilizie di supporto ad essi (servizi generali, magazzini, depositi, spogliatoi, locali tecnici, ecc.)?

Per l'impiego di apparecchi o di sostanze che possono generare radiazioni ionizzanti sono osservate le prescrizioni di legge di cui al Decreto Legislativo 17.3.1995 n. 230 e successive norme attuative?

La tutela dell'inquinamento acustico è assicurata secondo le modalità e le prescrizioni della Legge 26.10.1995 n. 447 e delle successive norme attuative?

La tutela dall'inquinamento elettromagnetico è assicurata secondo quanto stabilito dal Decreto Legislativo 4.12.1992 n. 476 "Attuazione della Direttiva 89/336/CEE del Consiglio del 3 maggio 1989, in materia di riavvicinamento delle legislazioni degli Stati membri relative alla compatibilità elettromagnetica, modificata dalla direttiva 92/31/CEE del Consiglio del 29 aprile 1992?

Le vie di circolazione e di passaggio hanno larghezza adeguata al passaggio di letti e barelle senza creare intralci alla circolazione, con adeguati spazi di manovra in corrispondenza degli ingressi alle camere di degenza o ad altri locali di cura, trattamento e servizio?

Per tutti questi aspetti, nonché per quelli più strettamente legati alla progettazione ed edificazione delle opere, si fa riferimento alle norme urbanistiche, edilizie e di sicurezza vigenti, il rispetto delle quali è propedeutico all'ottenimento delle approvazioni da parte delle competenti autorità (Ente Regioni, Comando dei VV.FF., Comuni, Azienda Sanitaria Locale, Ente Provincia, Sovrintendenza ai Beni Ambientali, Culturali, ecc.)?

Tutti gli ambienti hanno pavimenti e pareti lavabili e disinfettabili in funzione della loro destinazione d'uso?

Tutti i materiali, gli elementi di partizione interna e gli arredi garantiscono la conformità con le prescrizioni previste dalla legge in materia di protezione dalle radiazioni ionizzanti e di sicurezza antincendio?
I rifiuti liquidi sono smaltiti ai sensi della normativa vigente?
Per quanto riguarda lo smaltimento dei rifiuti solidi, si rispetta quanto indicato nel d. lgs n. 22 del 5.2.1997 e successive modifiche?
Gli impianti elettrici sono realizzati nel rispetto della vigente normativa di legge e sono conformi alle norme di buona tecnica sulla base della indicazione di principio della legge 1 marzo 1968 n. 186 "Disposizioni concernenti la produzione di materiali, apparecchiature, macchinari, installazioni ed impianti elettrici ed elettronici", principio ribadito dalla legge 5 marzo 1990 n. 46 "Norme per la sicurezza degli impianti"?
Ove obbligatorio, le strutture sanitarie sono protette dai fulmini nel rispetto delle disposizioni di legge?
Gli apparecchi elettromedicali, sulla base della indicazione di principio della legge 1 marzo 1968 sono realizzati nel rispetto della vigente normativa di legge e sono conformi alle norme di buona tecnica, come ad esempio le norme: CEI 62.0 "Guida alle prove di accettazione, all'uso e alle verifiche periodiche di sicurezza di apparecchi elettromedicali in locali adibiti ad uso medico"; CEI 64.4 "Impianti elettrici in locali adibiti ad uso medico", CEI 64.13 "Guida alle norme CEI 64.4"?
L'illuminazione degli interni, con luce artificiale, risponde a criteri di buona tecnica?
La distribuzione dei gas combustibili avviene nel rispetto del disposto della legge 16 dicembre 1971 n. 1083 "Norme per la sicurezza di impiego del gas combustibile" e dei decreti aggiuntivi ed in conformità alle norme di prevenzione incendi"?
Gli impianti e gli apparecchi a pressione sono realizzati e mantenuti in esercizio secondo le norme di prevenzione infortuni desumibili dal Regio Decreto 12 maggio 1927 n. 824 "Approvazione del regolamento per l'esecuzione del R.D. 9 luglio 1926 n. 1331 che costituisce l'Associazione Nazionale per il Controllo della combustione" e dei successivi decreti modificativi ed integrativi con le specificazioni tecniche applicative?
Negli edifici a più piani sono previsti elevatori in numero adeguato ai flussi di traffico e comunque sono garantiti i flussi per lettighe ed ammalati, per visitatori, per materiale pulito e vitto, per materiali sporco e la distanza intercorrente tra gli impianti elevatori, di un comparto è uguale o inferiore a 60 metri, e comunque nel rispetto della normativa, con particolare riferimento al D.M.I. 18.09.2002?
In tutte le strutture sanitarie almeno un elevatore (ascensore o montalettighe in relazione all'utenza) ha le caratteristiche adeguate al trasporto di persone portatrici di handicap. Nelle more della messa a norma delle strutture sanitarie esistenti possono adottare accorgimenti tecnologici e gestionali atti a garantire l'accessibilità del/degli elevatori esistenti. Per le strutture sanitarie già esistenti che erogano esclusivamente attività ambulatoriale è osservato quanto disposto dal D.M. 236/89, art. 8.1.12 e s.m.i. oppure sono adottati accorgimenti tecnologici e gestionali atti a garantire l'accessibilità (es. servoscala o piattaforma)?
Gli impianti, gli apparecchi, le attrezzature e le macchine, sono sottoposte a manutenzione ordinaria e straordinaria secondo le indicazioni dei costruttori, delle norme di buona tecnica e di legge?
L'effettuazione degli interventi di manutenzione e le indicazioni che ne derivino sono riportati su apposito documento?

## Requisiti autorizzativi per Hospice

Codice	REQUISITI STRUTTURALI	Evid	Specifiche
CSSHOS01	L'hospice è localizzato in un edificio specificamente dedicato (in struttura ospedaliera, o in struttura residenziale sanitaria)?	Doc e Str Des PVD + VT	

CSSHOS02	La localizzazione è in zona urbana, o urbanizzata, protetta dal rumore cittadino e con buoni collegamenti con il contesto urbano? Nel caso di impossibilità di eliminare il rumore, esso deve essere opportunamente abbattuto.	Doc e Str Des PVD + VT	Deve essere fornito a supporto un documento firmato da un professionista o dall'ufficio tecnico che dichiara come vengono soddisfatti i requisiti delle vigenti leggi in materia di protezione acustica.
CSSHOS03	La struttura è disposta sulla base di un elevato grado di personalizzazione dell'intervento, con capacità ricettiva massima di 30 posti, articolati in moduli?	Doc Des PVD	
CSSHOS04	L'ambiente è confortevole, con spazi adeguati e dedicati (cura dei colori, arredi, spazi comuni, residenzialità, area per la valutazione del paziente e per le terapie, area generale di supporto) tale da creare condizioni di vita del paziente simili a quelle godute al domicilio?	Doc e Str Des PVD + VT	
CSSHOS04b	E' permessa la personalizzazione delle stanze? La qualità degli spazi progettati deve facilitare il benessere ambientale, la fruibilità degli spazi e il benessere psicologico.	Doc e Str Des PVD + VT	
CSSHOS05	L'articolazione funzionale del Centro dovrà includere le seguenti aree: a) area destinata alla residenzialità; b) area destinata alla valutazione e alle terapie; c) area generale di supporto.		
CSSHOS06	Nell'area destinata alla residenzialità ogni modulo è dotato di camere singole di dimensioni tali da permettere la permanenza notturna di un accompagnatore? Le camere dispongono di un tavolo per consumare i pasti, di una poltrona, di servizi igienici? Nelle camere è assicurato uno spazio adeguato per interventi medici?	Doc Des PVD	E' preferibile che nei servizi igienici, a servizio delle camere, si possa utilizzare la barella doccia, altrimenti si rende necessario un bagno assistito in uso al reparto.
CSSHOS07	L'area per la residenzialità è dotata degli spazi adeguati: - cucina-tisaneria, - deposito per la biancheria pulita, - deposito per le attrezzature, le carrozzine e per i materiali di consumo, - servizi igienici per il personale, - locale di postazione per il personale in posizione idonea, - ambulatorio-medicheria, - soggiorno polivalente, o spazi equivalenti anche divisi in ambiti da destinare a diverse attività - ristorazione, conversazione, lettura, etc. - deposito sporco dotato di vuotatoio e di lavapadelle, - bagno assistito?	Doc e Str Des PVD + VT	Il bagno assistito non è necessario qualora i servizi igienici, a servizio delle camere, possano accogliere la barella doccia.
CSSHOS08	L'area destinata alla valutazione e alla terapia è dotata di: - locali e attrezzature per terapie antalgiche, e prestazioni ambulatoriali, con spazio per l'attesa che non intralci i percorsi; - locale per la preparazione e manipolazione dei farmaci e preparazioni nutrizionali; - locali per le prestazioni in regime diurno; - locale per i colloqui con il personale - psicologo, assistente sociale ecc. - locale deposito pulito, sporco e attrezzature?	Doc e Str Des PVD + VT	
CSSHOS09	Le aree generali di supporto devono includere: -ingresso con portineria e telefono e spazio per le relazioni con il pubblico; - spogliatoio del personale con servizi igienici; - spogliatoio e locali di sosta e lavoro per il personale volontario; - locale per riunioni di équipe	Doc e Str Des PVD + VT	

CSSHOS10	Nel caso in cui l'hospice non sia localizzato in struttura sanitaria, le aree generali devono includere: - servizio mortuario; - servizio cucina; - deposito farmaci; - locale per uso amministrativo; - magazzini.	Doc e Str Des PVD + VT	
CSSHOS11	L'hospice è dotato dei requisiti minimi impiantistici - impianto di riscaldamento o di climatizzazione: temp. 20°C - 28°C umidità relativa 40 - 60% ricambi aria 2 v/h velocità aria 0,15 m/s; - impianto di illuminazione di emergenza; - impianto di forza motrice nelle camere con almeno una presa per l'alimentazione normale; - impianto di chiamata con segnalazione acustica e luminosa; - impianto gas medicali: prese per il vuoto, per l'ossigeno; - impianto telefonico con disponibilità di telefoni fissi e mobili per i pazienti in ogni modulo; - impianto televisivo?	Doc e Str Aut PVD + VT	Autocertificazione argomentata
CSSHOS12	L'hospice è dotato dei fattori di sicurezza e prevenzione infortuni: - pavimenti in materiale e superficie antiscivolo; - assenza di barriere architettoniche; - applicazione di sostegni e mancorrenti in vista delle pareti e ai servizi igienici; - dotazione di sistema di allarme nelle camere e nei servizi igienici per i pazienti; - impianto centralizzato di segnalazione delle chiamate; - segnaletica di informazione diffusa.	Doc e Str Des PVD + VT	
CSSHOS13	L'hospice dispone delle dotazioni tecnologiche minime: - arredi, comprendenti letti speciali con schienali regolabili; - ausili e presidi, includenti materassi e cuscini antidecubito, carrozzelle, sollevatori trasportatori, barelle-doccia, vasche da bagno per disabili; - apparecchiature, includenti attrezzature idonee alla gestione della terapia e strumentario per piccola chirurgia, - carrello emergenza con defibrillatore, elettrocardiografo?	Doc e Str Des PVD + VT	
<b>Codice</b>	<b>REQUISITI ORGANIZZATIVI</b>	<b>Evid</b>	<b>Specifiche</b>
COSHOS3	Esiste un atto/documento contenente i criteri di attribuzione di compiti e responsabilità (Organigramma e Funzionigramma)?		Con evidenza diffusione agli interessati
COSHOS4	Vi è evidenza della nomina di un responsabile medico della struttura?		
COSHOS5	Vi è evidenza della soddisfazione dei requisiti cogenti per l'attribuzione del ruolo di responsabile medico dell'hospice?		
COSHOS6	Esistono procedure per l'hospice concordate con altri servizi o strutture per consulenze integrative sanitarie e non sanitarie?		Le procedure devono descrivere il chi, cosa, come e quando dell'attività. Possono essere verificati alcuni casi in cartella (ad es. fra richiesta consulenza ed effettuazione consulenza)
COSHOS7	Esistono procedure concordate per la fornitura di servizi diagnostici e terapeutici (es. radioterapia, laboratorio, radiologia, etc)?		Le procedure devono descrivere il chi, cosa, come e quando dell'attività



COSHOS8	E individuato il centro trasfusionale di riferimento ed esistono procedure concordate per la fomitura degli emoderivati?		Le procedure devono descrivere il chi, cosa, come e quando dell'attività
COSHOS9	Esistono procedure concordate per i trasporti programmati ed in emergenza?		Le procedure devono descrivere il chi, cosa, come e quando dell'attività
COSHOS10	Esistono procedure concordate per l'approvvigionamento di farmaci e materiale sanitario?		Le procedure devono descrivere il chi, cosa, come e quando dell'attività
COSHOS11	Esiste un prontuario terapeutico di riferimento per l'hospice?		
COSHOS12	Vi è evidenza di procedura per l'accoglienza in struttura del paziente e della sua rete affettiva?		
COSHOS13	Vi è evidenza di un documento che espliciti i criteri di accesso in hospice?		
COSHOS14	Vi è evidenza di un documento che espliciti le priorità di accesso per la costruzione delle liste d'attesa?		
COSHOS15	Vi è evidenza dell'esistenza del registro lista d'attesa ricovero in Hospice?		Il registro deve essere coerente col documento del requisito precedente
COSHOS17	Vi è evidenza della presenza in cartella di strumenti di valutazione validati per il dolore e di scale multidimensionali? Per la qualità della vita vi è evidenza della presenza ed applicazione di protocolli e/o procedure riferite, ove possibile, a linee-guida validate che riguardino: controllo del dolore e dei sintomi, sedazione, alimentazione e idratazione, comunicazione di "cattive notizie", principali attività di nursing, gestione del lutto, gestione della salma?		Si possono vedere anche alcuni esempi di cartelle prese a campione. Per il secondo punto le procedure richieste che riportino i riferimenti a eventuali Linee Guida. Eventualmente alcuni esempi di recepimento delle L.G. nelle procedure. Verifica applicazione delle procedure tramite alcune cartelle.
COSHOS18	Vi è evidenza dell' esistenza di procedure concordate con gli attori della Rete di Cure Palliative (UOCP) per una dimissione protetta?		Le procedure richieste. Eventuali registrazioni in cartella
COSHOS19	Vi è evidenza della programmazione di incontri di sostegno psicologico per gli operatori (registrazione o documentazione a supporto)?		Documento descrittivo di quanto fatto. Piano per il futuro. Verbali incontri.
COSHOS20	Vi è evidenza di procedure per l'affiancamento del personale che inizia a lavorare in hospice?		Procedure richieste (per ogni profilo professionale), schede di affiancamento (o altra registrazione) compilate
COSHOS21	Vi è una procedura consolidata di valutazione in ingresso delle competenze per eventuale successiva integrazione?		Schede compilate di valutazione delle competenze. Indirettamente il requisito richiede che siano definite le competenze delle diverse mansioni
COSHOS22	Vi è evidenza di un Piano di formazione continua per gli operatori dell'hospice?		Il Piano di formazione specifico in cure palliative aggiornato negli anni, ai sensi della normativa vigente
COSHOS23	Vi è evidenza di un Piano di formazione specifico e di affiancamento per i volontari che operano in hospice?		Documento che descriva l'attività (chi, quando, cosa, come dell'affiancamento). Conseguente modulistica compilata
COSHOS24	Vi è evidenza documentale del fatto che sia stato individuato un coordinatore dei volontari?		
COSHOS25	Vi è evidenza della partecipazione del coordinatore dei volontari alle riunioni di équipe?		Verbali di incontro
COSHOS26	E' in uso nell'hospice una cartella clinico - assistenziale integrata per un uso interdisciplinare?		

COSHOS27	E' assicurata la registrazione sistematica dei dati utili sia per un flusso documentale istituzionale, sia per una valutazione della qualità dell'assistenza?		
COSHOS29	E' assicurata la sistematica rilevazione del consenso del paziente, o delle persone di riferimento circa i contenuti e i destinatari delle informazioni?		
COSHOS30	Vi è evidenza che sia garantito il rispetto della normativa sulla privacy e la coerenza comunicativa?		
COSHOS34	E' definita la modalità di riconoscimento degli operatori?		Tessere di identificazione, camici nominativi, ecc
COSHOS35	Vi è evidenza che esistano procedure per il risk management (ad esempio cadute, somministrazioni terapie)?		Esistenza delle procedure. Attività strutturate e documentate di verifica dell'applicazione.
	La dotazione organica minima per l'hospice deve prevedere le seguenti figure professionali: medici (di cui un medico responsabile), infermieri professionali (di cui un coordinatore), assistenti tutelari, terapisti della riabilitazione, psicologi secondo i seguenti minutaggi: - medico esperto in cure palliative: almeno 17 min/die/paziente, oltre alla reperibilità 24 ore su 24 - infermiere: almeno 180 min/die/paziente (fatta salva la presenza in struttura 24 ore su 24 per modulo) - terapeuta della riabilitazione: almeno 9 min/die/paziente - assistente tutelare: almeno 90 min/die/paziente (fatta salva la presenza in struttura 24 ore su 24 per modulo) - psicologo: almeno 10 min/die/paziente - assistenza medica specialistica: almeno 10 min/die/paziente		
	La struttura assicura l'assistenza religiosa per i degenti che ne facciano richiesta, garantendo la pluralità delle confessioni?		
	La struttura garantisce il servizio di assistenza sociale in caso di necessità?		
<b>Requisiti specifici - Attività del servizio mortuario</b>			
CSSSMO01	E' consentita l'entrata e l'uscita autonoma senza interferenze rispetto al sistema generale dei percorsi interni della struttura?	Strutt	Entrata ed uscita autonoma vuol dire un entrata ed un'uscita autonoma, indipendente.
CSSSMO02	E' previsto un accesso dall'esterno per i visitatori?	Strutt	L' ingresso deve essere direttamente dal lato strada o dal cortile.
CSSSMO03	Il servizio è dotato di: a) locale osservazione/sosta salme. b) camera ardente. c) locale preparazione personale. d)sala per onoranze funebri al feretro?	Strutt	Nella sala onoranze funebri al feretro DEVE poter entrare il feretro stesso
CSSSMO03b)	Il servizio è dotato di di: a)servizi igienici per il personale. b) servizi igienici per i parenti. c) deposito materiale?	Strutt	
CSSSMO03c)	Il servizio è dotato di un locale osservazione/sosta salme?	Strutt	
CSSSMO05	La temperatura interna invernale ed estiva è non superiore a 18°C per i locali con presenza di salme?	Doc	
CSSSMO06	L'umidità relativa è 60% ± 5?	Doc	
CSSSMO07	Il n° ricambi aria/ora esterna è 15 v/h?	Doc	
CSSSMO08	La velocità dell'aria è non superiore a 0,15 m/s?	Doc	
CSSSMO09	I locali sono dotati di condizionamento ambientale?	Strutt	
<b>CSSSMO10</b>	E' presente un estrattore d'aria con idonea filtrazione se i locali del servizio mortuario non sono serviti da un impianto di condizionamento che garantisca una efficace estrazione forzata?	Strutt/Doc	
<b>Requisiti specifici - Attività del servizio di lavanderia</b>			
CSSLAV01	La temperatura interna invernale è non inferiore a 18°C?	Doc	
CSSLAV02	Il numero ricambi aria/ora è 10 v/h?	Doc	
CSSLAV03	Il velocità dell'aria è non superiore a 0,2 m/s?	Doc	
CSSLAV04	La classe di purezza è a filtrazione con filtri a media efficienza?	Doc	
CSSLAV05	L'illuminamento di esercizio è di 200-300 lx?	Strutt	
CSSLAV06	E' presente un estrattore d'aria con idonea filtrazione negli ambienti sporchi della lavanderia se i locali non sono serviti da un impianto di condizionamento che garantisca una efficace estrazione forzata?	Strutt/Doc	

COSLAV01	Nel caso di appalto esterno, la biancheria infetta o sospetta, è comunque bonificata all'interno della struttura?	Doc	
COSLAV02	Nel caso di servizio di lavanderia interno alla struttura sono previsti adeguati spazi per la raccolta e cernita della biancheria, per il lavaggio, l'asciugatura, il rammendo, la stiratura ed il deposito della biancheria pulita?	Doc	
<b>Requisiti specifici - Attività del servizio di cucina</b>			
CSSCUC01	La temperatura interna invernale è non inferiore a 18°C?	Doc	
CSSCUC02	Il numero ricambi aria/ora: è 5 v/h quale valore medio e comunque compatibile con i 30 v/h della zona cottura, 10 v/h nella zona deposito rifiuti?	Doc	
CSSCUC03	La velocità dell'aria è non superiore a 0,2 m/s?	Doc	
CSSCUC04	La classe di purezza è a filtrazione con filtri a media efficienza?	Doc	
CSSCUC05	L'illuminamento di esercizio è 200 - 300 lx?	Strutt	
CSSCUC06	E' presente un estrattore d'aria con idonea filtrazione negli ambienti circostanti la cucina ove non sia in servizio un impianto di condizionamento che garantisca una efficace estrazione forzata?	Strutt/Doc	
CSSCUC07	Il sistema di estrazione è indipendente dall'impianto di captazione dei fumi e vapori?	Doc	
COSSCUC02	Nel caso di servizio di cucina interno alla struttura, sono previsti adeguati spazi per la ricezione derrate, dispensa, celle frigorifere, preparazione, cottura, distribuzione, cucina, dietetica, lavaggio e deposito per stoviglie e carrelli?	Doc	
COSSCUC03	Il personale addetto al servizio di cucina dispone di idoneo spogliatoio con servizio igienico?	Strutt	
COSSCUC04	In caso di gestione affidata all'esterno, è comunque prevista un'area per l'arrivo e lo smistamento del vitto?	Strutt	

Requisiti generali accreditamento per Hospice							
1° Criterio: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie							
Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	Tipologia indicatore	Requisito Soddisfatto		Note
1.1 Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione e delle attività di assistenza e di supporto	1.1.1	Presenza del Piano Strategico aziendale, che contenga obiettivi basati sull'analisi dei bisogni e/o della domanda di servizi/prestazioni sanitarie	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Presenza di documenti quali l'Atto Aziendale, documenti di pianificazione strategica o di altri documenti equivalenti</li> <li>√ Vigenza del documento stesso</li> <li>√ Evidenza che lo stesso sia stato diffuso almeno con una modalità dimostrabile (lettera, email, Intranet, Internet, ecc....) e ai principali livelli dirigenziali e di coordinamento</li> </ul>	Doc Des PVD	SI	NO	D.D. n°262 del 07-04-2014
	1.1.2	Presenza del piano annuale delle attività (obiettivi di budget, di attività, di qualità) per ciascuna articolazione organizzativa di assistenza e di supporto	√ Scheda di assegnazione alle strutture aziendali degli obiettivi di risultato (obiettivi economici e di miglioramento della qualità), secondo regolamento aziendale	Doc Des PVD	SI	NO	
	1.1.3	Presenza di procedure e indicatori per la verifica degli obiettivi definiti nei piani annuali	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Nella scheda per ogni obiettivo il relativo indicatore e valore atteso</li> <li>√ Sistema di monitoraggio e verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati</li> <li>√ Pianificazione azioni correttive in caso di mancato raggiungimento</li> <li>√ Attivazione dell'Organismo di Valutazione aziendale (punto non applicabile nel privato)</li> </ul>	Doc Des PVD	SI	NO	
	1.2.2	Realizzazione di reti assistenziali che contemplino l'integrazione tra ospedale e territorio (residenzialità, semiresidenzialità, domiciliarità) e promozione di modelli di continuità, garantendo costante e reciproca comunicazione e sviluppando specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti anche in collegamento con le strutture socio-sanitarie	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Presenza di documenti formalizzati che esplicitino le modalità adottate (lettere, procedure, regolamenti, flow-chart) per garantire la continuità assistenziale e l'integrazione tra ospedale e territorio</li> <li>√ Diffusione dei documenti formalizzati con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, Intranet, Internet, ecc..)</li> <li>√ Documentazione della valutazione effettuata sul paziente</li> <li>√ Modulistica utilizzata per l'attivazione della continuità assistenziale</li> </ul>	Doc Des PVD	SI	NO	v. 2.3 e relativi requisiti organizzativi specifici

1.2 Modalità per lo sviluppo di reti assistenziali	1.2.3	Realizzazione di reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico in attuazione della legge 15 marzo 2010 n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Presenza di circolari attuative della normativa</li> <li>√ Scale di valutazione</li> <li>√ Protocolli antalgici</li> <li>√ Iniziative del comitato ospedale e territorio senza dolore, se presente</li> </ul>	Doc Des PVD	SI	NO	D.D. n°262 del 07-04-2014
	1.2.4	Partecipazione a programmi di realizzazione di reti tra centri regionali, nazionali ed internazionali	√ Presenza di accordi/protocolli/convenzioni o altre modalità definite tra la struttura e altre sedi, in ottemperanza ad indirizzi regionali e nazionali, es. rete oncologia, rete emergenza, rete trapianti, rete diabete e altre reti	Doc Des PVD	SI	NO	
1.3 Definizione delle responsabilità	1.3.1	Presenza nella struttura sanitaria di documenti che descrivano i processi e le relative responsabilità clinico-organizzative, contenenti anche le indicazioni per la valutazione dei dirigenti	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Presenza dell'Atto Aziendale o di documento equivalente, e organigramma</li> <li>√ Presenza di regolamento/procedura/documento per la valutazione dirigenziale</li> </ul>	Doc Des PVD	SI	NO	D.D. n°262 del 07-04-2014
	1.3.2	Presenza di una documentabile attività di rivalutazione dell'organizzazione, delle responsabilità e del sistema di delega da effettuare periodicamente ed ogni qualvolta si presenti un cambiamento significativo nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi della struttura	√ Evidenza di valutazione secondo una periodicità definita e in accordo con la normativa vigente dei dirigenti e di coloro che hanno una responsabilità definita	Doc Des PVD	SI	NO	
1.4 Modalità e strumenti di gestione delle informazioni	1.4.1	Presenza nelle strutture sanitarie di sistemi informativi che consentano la tracciatura dei dati sanitari e forniscano il supporto alle attività di pianificazione e controllo che tengano conto anche del debito informativo verso il Ministero della Salute (NSIS). Tali sistemi devono garantire sicurezza nell'accesso e nella tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Esistenza di documento che individui quali informazioni sono necessarie all'Azienda in conseguenza delle attività sanitarie svolte e le modalità di raccolta, elaborazione, garanzia di sicurezza ed archiviazione dei dati</li> <li>√ Evidenza della diffusione con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, Intranet, Internet, ecc...)</li> </ul>	Doc Des PVD	SI	NO	D.D. n°262 del 07-04-2014
	1.4.2	Presenza di un sistema che garantisca la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste di attesa	√ Presenza di protocolli o procedure anche informatiche, regolamenti che specifichino indirizzi operativi (definizione di classi di priorità)	Doc Des PVD	SI	NO	D.D. n°262 del 07-04-2014
	1.4.3	Presenza di un sistema che garantisca informazioni tempestive e trasparenti sulle prenotazioni delle prestazioni sanitarie	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Presenza di azioni di monitoraggio secondo quanto previsto dalla normativa, nazionale e regionale vigente, anche nel rispetto di quanto previsto dai decreti su classi di priorità, trasparenza e anticorruzione</li> <li>√ Esistenza di un sistema di gestione delle prenotazioni che garantisca la tracciabilità e consenta di fornire le informazioni al cittadino se richieste</li> </ul>	Doc Des PVD	SI	NO	D.D. n°262 del 07-04-2014

	1.4.4	Formalizzazione e messa in atto di attività per la valutazione della qualità delle informazioni e dei dati in termini di affidabilità, accuratezza e validità sia per quelli provenienti da fonti interne che per quelli provenienti da fonti esterne	√ Esistenza di un sistema di tracciabilità di tutte le operazioni svolte sui dati e degli accessi agli stessi dati, di periodico backup delle informazioni	Doc Des PVD	SI	NO	
1.5 Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi	1.5.1	Presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma e di procedure (strumenti, modalità e tempi per la valutazione) per la valutazione di qualità delle prestazioni e dei servizi all'interno dei dipartimenti/ articolazioni organizzative che includa la definizione di standard di prodotto/percorso organizzativo e dei relativi indicatori di valutazione (volumi, appropriatezza, esiti)	√ Documento che descriva azioni, obiettivi, ambiti, tempi, responsabilità e modalità di valutazione e verifica	Doc Des PVD	SI	NO	
	1.5.2	Assegnazione da parte della Direzione delle responsabilità relative alla valutazione delle prestazioni e dei servizi	√ Presenza all'interno della documentazione (atto Aziendale o altro documento) dell'assegnazione di questa responsabilità	Doc Des PVD	SI	NO	
	1.5.3	Impiego di strumenti di valutazione scientificamente riconosciuti quali audit clinico, misurazione di aderenza alle linee guida, verifiche specifiche quali controlli di qualità e verifiche esterne di qualità, <i>mortality &amp; morbidity review</i>	√ Evidenza di report sulle attività effettuate (es. verbali, rapporti, azioni correttive, piani di miglioramento) almeno un'attività all'anno oltre a quelle previste dalla legge individuata a seguito dell'analisi delle criticità	Doc Des PVD	SI	NO	
	1.5.4	Documentazione delle attività di valutazione	√ Evidenza della messa in atto del/dei programma/i richiesti (almeno uno) in accordo con i programmi regionali e nazionali (PNE, obiettivi qualitativi nelle schede ecc...)	Doc Des PVD	SI	NO	
	1.5.5	Esistenza di procedure per la comunicazione dei risultati delle valutazioni ai livelli adeguati ed il confronto con le parti interessate (es: diffusione di report sulla qualità dei servizi erogati, sia all'interno della struttura sia all'esterno e in particolare all'utenza)	√ Evidenza di avvenuta comunicazione (es: CAP, internet,...)	Doc Des PVD	SI	NO	
	1.5.6	Partecipazione del personale allo svolgimento delle attività di valutazione	√ Evidenza di verbali di incontri, report, convocazioni o locandine, riunioni plenarie o di dipartimento, aperte al personale	Doc Des PVD	SI	NO	
	1.5.7	Utilizzo dei dati derivanti dalla valutazione delle prestazioni e dei servizi per il miglioramento delle performance	√ Documento da cui si evincano le azioni correttive intraprese in presenza di criticità	Doc Des PVD	SI	NO	
	1.6.1	Procedure per la raccolta, la tracciabilità dei disservizi e la predisposizione dei relativi piani di miglioramento	√ Modalità e strumenti per l'ascolto degli utenti (gestione reclami/disservizi/elogi/suggerimenti, indagini di customer satisfaction, attività di valutazione, attività di mediazione dei conflitti, ecc...)	Doc Des PVD	SI	NO	
	1.6.2	Utilizzo dei dati derivanti dall'analisi dei disservizi per il miglioramento della qualità dei processi sulla base delle criticità riscontrate	√ Evidenza della diffusione delle risultanze delle attività svolte all'interno dell'Azienda √ Azioni di miglioramento in presenza di criticità	Doc Des PVD	SI	NO	

1.6 Modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi	1.6.3	Monitoraggio delle azioni di miglioramento	√ Evidenza di rivalutazione delle azioni di miglioramento intraprese	Doc Des PVD	SI	NO	
	1.6.4	Procedura di comunicazione esterna formulata anche sulla base delle indicazioni che derivano dalle segnalazioni e dai reclami dei cittadini	√ Presenza di un documento nel quale siano chiariti ruoli, funzioni e responsabilità delle diverse Strutture che si occupano di comunicazione (es. regolamento di pubblica tutela)	Doc Des PVD	SI	NO	
	1.6.5	Attività di analisi dei principali processi per l'individuazione delle fasi nelle quali è possibile che si verifichino disservizi (ad es. errori, ritardi, incomprensioni tra operatore e utente).	√ Evidenza di analisi di almeno un processo critico, anche a seguito di quanto previsto al punto 1.6.2	Doc Des PVD	SI	NO	

2° Criterio: Prestazioni e Servizi							
Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	Tipologia indicatore	Requisito Soddisfatto		Note
2.1 Tipologia di prestazioni e di servizi erogati	2.1.1	Presenza nelle strutture di una Carta dei servizi che assicuri la piena informazione circa le modalità erogative, i contenuti e la capacità delle prestazioni di servizio e gli impegni assunti nei confronti dei pazienti e dei cittadini nonché la presenza di materiale informativo a disposizione dell'utenza	√ Presenza della Carta dei Servizi o di analogo documento, cartaceo o informatico, conforme a quanto indicato dalla Regione Piemonte √ Disponibilità della Carta dei Servizi per l'utenza almeno con una modalità dimostrabile (invio a casa, pubblicazione su Internet, consultabile presso URP o altro punto in Azienda) √ Evidenza della disponibilità di informazioni relative almeno a: - nominativo del Direttore/Responsabile e coordinatore della struttura; - orari delle principali attività (es. distribuzione pasti, accesso parenti); - diritti e doveri dell'utente	Doc Des PVD	SI	NO	D.D. n°262 del 07-04-2014
			√ Fornire evidenza della disponibilità di informazioni relative almeno a: nominativo del Direttore/Responsabile e coordinatore della struttura; orari delle principali attività (es. distribuzione pasti, accesso parenti, colloqui con Medici), diritti/doveri dell'utente (PRI 1.1)	Doc Des PVD	SI	NO	
	2.1.2	Periodica rivalutazione da parte della Direzione della struttura della Carta dei servizi, con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini, dei malati e del volontariato	√ Evidenza della revisione della Carte dei Servizi almeno annuale e di coinvolgimento delle associazioni (Conferenza Aziendale Partecipata, empowerment, ...)	Doc Des PVD	SI	NO	
	2.2.1	Formalizzazione di protocolli per l'eleggibilità dei pazienti	√ Presenza nei PDTA o in regolamenti aziendali (es. Day Surgery) dei criteri di eleggibilità dei pazienti	Doc Des PVD	SI	NO	

2.2 Eleggibilità e presa in carico dei pazienti	2.2.3	Definizione delle responsabilità per la presa in carico/gestione dei pazienti	√ Presenza di documenti in cui siano identificati ruoli e responsabilità dei professionisti (PDTA, procedura gestione accettazione ricovero, cambiamento setting assistenziale)	Doc Des PVD	SI	NO	D.D. n°262 del 07-04-2014
	2.2.4	Tracciabilità della presa in carico dei pazienti all'interno della documentazione sanitaria, compresa la riconciliazione	√ Presa visione dei documenti predisposti (accettazione infermieristica, riconciliazione, ...)	Doc Des PVD	SI	NO	
	2.2.5	Gestione del trasferimento delle informazioni relative alla presa in carico all'interno del processo di cura	√ Presenza dei documenti predisposti e verifica a campione della loro compilazione nella documentazione sanitaria	Doc Des PVD e V Camp	SI	NO	D.D. n°262 del 07-04-2014
	2.2.6	Verifica della conoscenza e dell'applicazione dei protocolli e procedure da parte del personale e il loro miglioramento se necessario	√ Evidenza della valutazione e dell'eventuale revisione di almeno un PDTA o di un'attività/procedura a valenza trasversale (es. dolore, riconciliazione)	Doc Des PVD	SI	NO	
2.3 Continuità assistenziale	2.3.1	Definizione delle responsabilità per la supervisione dell'assistenza per tutta la durata della degenza	√ Esplicitazione del modello organizzativo adottato (presenza del/i documento/i) verifica a campione dell'applicazione del/dei modelli definiti	Doc Des PVD e V camp	SI	NO	
	2.3.2	Formalizzazione e messa in atto di protocolli e linee guida per la continuità assistenziale dei pazienti (appropriatezza dei trasferimenti all'interno dell'organizzazione, della dimissione dei pazienti e del <i>follow up</i> )	vedi punto 1.2.2 √ Applicazione della normativa vigente √ Presenza di documenti formalizzati che esplicitino le modalità adottate (lettere, procedure, regolamenti, flow-chart) per garantire la continuità assistenziale e l'integrazione tra ospedale e territorio √ Evidenza della diffusione dei documenti con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, Intranet, Internet, ...)	Doc Des PVD	SI	NO	D.D. n°262 del 07-04-2014
	2.3.3	Adozione da parte dell'organizzazione di processi a supporto di continuità e coordinamento delle cure	vedi punto 1.2.2 √ Applicazione della normativa vigente √ Modulistica utilizzata per l'attivazione della continuità assistenziale	Doc Des PVD	SI	NO	D.D. n°262 del 07-04-2014
	2.3.4	Definizione dei collegamenti funzionali tra i servizi interni e con le strutture esterne coinvolte nell'assistenza	vedi punto 1.2.2 √ Applicazione della normativa vigente √ Modulistica utilizzata per l'attivazione della continuità assistenziale	Doc Des PVD	SI	NO	D.D. n°262 del 07-04-2014
	2.3.5	Adozione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione	√ Presenza di facsimili, modelli, istruzioni operative, regolamenti o protocolli (es. PPRI, scale di valutazione, piano integrato)	Doc Des PVD	SI	NO	D.D. n°262 del 07-04-2014



	2.3.6	Adozione e diffusione di procedure per consentire che tutta la documentazione clinica del paziente sia a disposizione degli operatori sanitari in ogni momento, al fine di favorire lo scambio di informazioni per la corretta gestione dei pazienti	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Protocolli, procedure o regolamenti</li> <li>√ Documenti resi disponibili con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, Intranet, Internet,...)</li> <li>√ Monitoraggio della loro applicazione (solo per quanto riguarda la valutazione della qualità di compilazione delle cartelle cliniche)</li> </ul>	Doc Des PVD	SI	NO	
2.4 Il monitoraggio e la valutazione	2.4.1	Valutazione del grado di conformità delle attività a protocolli e linee guida	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Presenza di protocolli definiti a livello aziendale in coerenza con le linee guida individuate</li> <li>√ Elenco PDTA adottati</li> <li>√ Evidenza del grado di aderenza di almeno un PDTA per dipartimento, ove presente, o per struttura (privato) attraverso gli indicatori individuati nel percorso</li> </ul>	Doc Des PVD	SI	NO	
	2.4.2	Valutazione della qualità del percorso di assistenza, dalla presa in carico alla dimissione anche tramite <i>audit</i> clinici con identificazione degli interventi di miglioramento e ritorno delle informazioni a tutti gli operatori che hanno partecipato alla implementazione del percorso	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Evidenza di report sulle attività programmate ed effettuate (es. verbali, rapporti, ....comprensivo di piano di miglioramento e azioni correttive)</li> <li>√ Evidenza di diffusione con almeno una modalità dimostrabile</li> </ul>	Doc Des PVD	SI	NO	
	2.4.3	Valutazione del percorso di cura da parte dei pazienti e dei familiari	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Evidenza di incontri con associazioni di pazienti e familiari nella redazione del PDTA</li> <li>√ Evidenza di iniziative di coinvolgimento di pazienti e familiari (es. CAP, lettere ad associazioni, ...)</li> </ul>	Doc Des PVD	SI	NO	
	2.4.4	Evidenza di risultati di analisi su eventi avversi, incidenti, <i>near miss</i> manifestati durante l'episodio di cura	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Esistenza di documento che definisca le modalità di segnalazione e gestione di eventi sentinella, incidenti o mancati incidenti e le responsabilità connesse</li> <li>√ Diffusione con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, Intranet, Internet,...)</li> <li>√ Evidenza dell'effettuazione dell'analisi di questi eventi</li> </ul>	Doc Des PVD	SI	NO	
	2.4.5	Presenza di <i>report</i> degli <i>audit</i> e la diffusione degli stessi a tutti gli operatori che hanno partecipato alla implementazione del percorso	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Presenza del report dell'audit</li> <li>√ Evidenza del feed back dell'audit</li> </ul>	Doc Des PVD	SI	NO	
	2.4.6	Esistenza e messa in atto di una procedura per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di famiglia	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Evidenza di iniziative di coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri in attività aziendali per la gestione dei percorsi</li> </ul>	Doc Des PVD	SI	NO	
	2.4.7	Identificazione degli interventi di miglioramento della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Evidenza revisione dei PDTA</li> </ul>	Doc Des PVD	SI	NO	
	2.5.1	Formalizzazione e messa in atto di un protocollo che definisca i requisiti per la redazione, l'aggiornamento la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria nonché le modalità di controllo	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Presenza di documento contenente le indicazioni per la stesura, emissione, revisione, validazione dei documenti (es. protocolli, procedure, istruzioni di lavoro, percorsi diagnostici terapeutici,.....)</li> <li>√ Evidenza della diffusione con almeno una modalità dimostrabile (es. lettera, Intranet, Internet,...)</li> <li>√ Monitoraggio della loro applicazione (almeno per quanto riguarda la valutazione della qualità di compilazione delle cartelle cliniche)</li> </ul>	Doc Des PVD	SI	NO	D.D. n°262 del 07-04-2014

2.5 La modalità di gestione della documentazione sanitaria	2.5.2	Procedure per la predisposizione della documentazione clinica tenendo conto di problematiche quali la riconciliazione dei farmaci e di altre tecnologie ( <i>transition</i> ) ai fini della sicurezza dei pazienti nei trasferimenti di <i>setting</i> assistenziali	√ Facsimili, modulistica cartacea e/o informatica	Doc Des PVD	SI	NO	D.D. n°262 del 07-04-2014
	2.5.3	Formalizzazione e la messa in atto di una politica per la <i>privacy</i> e la riservatezza delle informazioni, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia	√ Atto di nomina del responsabile del trattamento dei dati e dei suoi delegati √ Documento programmatico sulla sicurezza o documento analogo √ Modalità di acquisizione del consenso al trattamento dei dati sensibili (modulistica, timbro, ...) √ Evidenza della diffusione con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, Intranet, Internet, ...)	Doc Des PVD	SI	NO	D.D. n°262 del 07-04-2014
	2.5.4	Formalizzazione e la messa in atto di procedure per la gestione della sicurezza nell'accesso e tenuta della documentazione sanitaria, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia	√ vedi punto 2.5.1 comprese le modalità di conservazione previste (massimario di scarto)	Doc Des PVD	SI	NO	
	2.5.5	Evidenza dei risultati della valutazione della qualità della documentazione sanitaria e l'implementazione di azioni correttive se necessario	√ vedi punto 2.5.1 presenza di report e di eventuali Azioni Correttive (AC)	Doc Des PVD	SI	NO	
	2.5.6	Predefinitone dei tempi di accesso alla documentazione sanitaria	√ Presenza di documento/regolamento che definisca i tempi	Doc Des PVD	SI	NO	

### 3° Criterio: Aspetti Strutturali

Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	Tipologia indicatore	Requisito Soddisfatto		Note
3.1	3.1.1	Evidenza della pianificazione e dell'inserimento a bilancio del potenziamento o sostituzione di impianti, edifici o componenti necessari a garantire l'idoneità all'uso, la sicurezza e l'efficacia della struttura nel rispetto delle leggi, dei regolamenti e degli altri requisiti che si applicano all'organizzazione	√ Presenza del piano di programmazione degli interventi, comprensivo di: - valutazione degli interventi da mettere in atto, - definizione delle priorità di intervento, - stima dell'impegno economico necessario per ciascun intervento, - individuazione delle strutture coinvolte - impegno di spesa o richiesta di finanziamento	Doc Des PVD	SI	NO	
	3.1.2	Presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture	√ Evidenza registri e procedure di manutenzione degli impianti (elettrici e continuità elettrica, di condizionamento, termici, gas medicali, idraulici, ecc...) √ Documentazione inerente valutazione ed eventuale gestione rischio inquinamento acustico, rischio radiazioni ionizzanti,...	Doc Des PVD	SI	NO	

L' idoneità all'uso delle strutture	3.1.3	Presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di monitoraggio dell'idoneità della struttura che fornisca i dati relativi ad incidenti, infortuni e altri eventi a supporto della pianificazione della riduzione dei rischi (es. report, <i>audit</i> ed incontri periodici relativi alla identificazione dei rischi e alla gestione della sicurezza	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Documento di Valutazione del Rischio (DVR)</li> <li>√ Visita luoghi di lavoro da parte del Servizio Prevenzione e Protezione (SPP)</li> </ul>	Doc Des PVD	SI	NO	
	3.1.4	Presenza di piani di azione per la risoluzione delle criticità individuate e utilizzo dei dati del monitoraggio per migliorare il programma di gestione del rischio ambientale	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Riunione periodica con il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) e relativo report o verbale</li> <li>√ Analisi degli infortuni con azioni correttive</li> </ul>	Doc Des PVD	SI	NO	
	3.1.5	Formazione e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro	√ Piano formazione ai sensi del T.U. 81/2008 e s.m.i..	Doc Des PVD	SI	NO	
3.2 Gestione e manutenzione delle attrezzature	3.2.1	Esistenza di un inventario di tutte le attrezzature utilizzate e di una procedura per l'identificazione delle stesse	√ Presenza di anagrafica delle attrezzature e inventario con codifica univoca delle singole attrezzature, sia di proprietà che in service	Doc Des PVD	SI	NO	
	3.2.2	Presenza di un regolamento a garanzia che la documentazione tecnica relativa alle singole attrezzature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, sia a corredo delle stesse e resa disponibile alla funzione preposta per la manutenzione	√ Presenza di un documento che definisca le modalità adottate per fornire la garanzia di disponibilità della documentazione tecnica necessaria per la manutenzione	Doc Des PVD	SI	NO	
	3.2.3	Esistenza, formalizzazione e messa in atto di un piano per la gestione e la manutenzione (straordinaria e preventiva) delle attrezzature e la comunicazione dello stesso piano ai diversi livelli operativi	√ Redazione di un piano di manutenzione e diffusione alle varie strutture tramite una modalità documentabile (internet, intranet, ecc..	Doc Des PVD	SI	NO	
	3.2.4	Documentazione delle ispezioni, collaudi e interventi di manutenzione	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ documento o sistema informatico da cui si evinca:</li> <li>a) l'elenco delle apparecchiature comprensivo di quelle di supporto alle funzioni vitali e grandi apparecchiature di diagnosi e cura;</li> <li>b) una pianificazione dettagliata per la manutenzione preventiva e correttiva</li> <li>c) registrazione puntuale di collaudo, manutenzione e dismissione</li> </ul>	Doc Des PVD	SI	NO	
	3.2.5	Programmi aziendali di formazione che includano periodi di addestramento del personale coinvolto nell'utilizzo, manutenzione e dismissione di dispositivi medici/apparecchi elettromedicali e verifica della conoscenza da parte del personale utilizzatore	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Programma/attività di formazione/addestramento</li> <li>√ Registrazione delle presenze alle iniziative adottate</li> </ul>	Doc Des PVD	SI	NO	

#### 4° Criterio: Competenze del Personale

Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	Tipologia indicatore	Requisito Soddisfatto	Note
-----------	------	----------	------------	----------------------	-----------------------	------

4.1 La programmazione e la verifica della formazione necessaria e specificata	4.1.1	Individuazione di un responsabile per la formazione	√ Individuazione del responsabile per la formazione all'interno di un documento aziendale (atto aziendale, lettera di incarico,...)	Doc Des PVD	SI	NO	
	4.1.2	Esistenza di un Piano di Formazione che preveda: definizione degli standard di competenza per posizione, criteri di scelta delle priorità, monitoraggio delle competenze professionali e rilevazione dei fabbisogni formativi, programmazione delle attività formative	√ Presenza di un piano di formazione vigente che includa anche il personale convenzionato coerente con la mission dell'organizzazione √ Pianificazione delle attività e riesame di quanto erogato rispetto a quanto previsto	Doc Des PVD	SI	NO	D.D. n°262 del 07-04-2014
	4.1.3	Valutazione dell'efficacia dei programmi di formazione continua, aggiornamento e addestramento e la valutazione della soddisfazione da parte del personale e l'eventuale miglioramento degli stessi se necessario	√ Riesame del programma di formazione attraverso indicatori (es: percentuale di partecipazione ai corsi, ecc... ) √ Registrazione della formazione per ciascun operatore. √ Esistenza di un sistema di valutazione delle competenze (es: schede valutazione, report,...) √ Presenza dei questionari ECM o di altro sistema di valutazione per tutti gli eventi formativi accreditati (valutazione della soddisfazione e di profitto)	Doc Des PVD	SI	NO	
	4.1.4	Coinvolgimento degli operatori nella programmazione delle attività di formazione, aggiornamento e addestramento	√ Esistenza di analisi dei bisogni e definizione degli obiettivi formativi condivisa con i responsabili delle articolazioni presenti nell'organizzazione	Doc Des PVD	SI	NO	
	4.1.5	Condivisione delle conoscenze acquisite all'esterno della struttura	√ Presenza di un documento che preveda la condivisione delle conoscenze acquisite al di fuori dell'Azienda, ma con onere a carico della stessa, ed esempi di avvenuta condivisione (es. attivazione corsi, incontri riunioni...)	Doc Des PVD	SI	NO	
	4.1.6	Verifica dei requisiti previsti per l'accreditamento dalla normativa vigente della funzione di provider	√ Presenza di documentazione attestante l'attribuzione dell'accreditamento se l'Azienda è un provider	Doc Des PVD	SI	NO	
4.2 Inserimento e addestramento di nuovo personale	4.2.1	Messa in atto di un piano di accoglienza e affiancamento/addestramento per il nuovo personale - neo assunto/trasferito - compreso il personale volontario	√ Presenza di una modalità strutturata per la gestione del nuovo personale	Doc Des PVD e V camp	SI	NO	D.D. n°262 del 07-04-2014
	4.2.2	Formalizzazione e messa in atto di un processo per la valutazione dell'idoneità al ruolo dei neo assunti	√ Presenza delle registrazioni di avvenuta accoglienza, affiancamento/addestramento e valutazione del nuovo personale (es. schede di affiancamento)	Doc Des PVD	SI	NO	
	4.2.3	Adozione e messa in atto un piano di formazione strutturata sul rischio clinico verso i neo assunti, entro il 1° anno	√ Evidenza attività formative svolte in materia di rischio clinico e ai sensi del TU 81/2008 e s.m.i. per i neoassunti	Doc Des PVD	SI	NO	
	4.2.4	Valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento dei nuovi addetti e l'eventuale miglioramento degli stessi se necessario	√ Evidenza del riesame delle attività svolte (report dei questionari,...) ed eventuali modifiche apportate	Doc Des PVD	SI	NO	

Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	Tipologia indicatore	Requisito Soddisfatto		Note
					SI	NO	
5.1 Modalità di comunicazione e interna alla struttura, che favoriscano la partecipazione degli operatori	5.1.1	Definizione, formalizzazione ed implementazione di processi finalizzati alla circolazione delle informazioni e presenza di documentazione attestante la comunicazione della missione, politiche, piani, obiettivi, budget, programmi di attività/risorse, diffusi a tutto il personale	√ Presenza di documento quali Atto Aziendale o equivalenti e della loro diffusione con almeno una modalità dimostrabile (vedi punto 1.1.1)	Doc Des PVD	SI	NO	
	5.1.2	Definizione di flussi informativi e reportistica in merito agli obiettivi, dati e informazioni relative alla performance, agli esiti e ai programmi di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente	√ Presenza di documenti di programmazione strategica, schede di budget, etc. (vedi punto 1.1.1. e seguenti)	Doc Des PVD	SI	NO	
	5.1.3	Presenza, formalizzazione e messa in atto di modalità di condivisione sistematica delle informazioni all'interno dell'organizzazione e del singolo dipartimento	√ Presenza del piano di comunicazione	Doc Des PVD	SI	NO	
	5.1.4	Valutazione dell'efficacia del sistema di comunicazione interna alla struttura ed eventuale miglioramento se necessario	√ Evidenza di aver effettuato almeno una verifica di efficacia del sistema di comunicazione adottato	Doc Des PVD	SI	NO	
5.2 Modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori	5.2.1	Effettuazione di indagini periodiche di valutazione del clima aziendale e sulla soddisfazione del personale con i risultati diffusi al personale	√ Sistema di valutazione periodica del clima con periodicità definita √ Previsione di azioni di miglioramento in presenza di criticità (vedi Punto 3.2)	Doc Des PVD	SI	NO	
	5.2.2	Implementazione di processi e flussi che consentono la segnalazione/ascolto di suggerimenti da parte del personale	√ Comitato Unico di Garanzia (CUG), consigliere di fiducia, sportello di ascolto	Doc Des PVD	SI	NO	
	5.2.3	Identificazione e facilitazione di momenti strutturati di analisi e confronto sulle criticità	√ Comitato Unico di Garanzia, consigliere di fiducia, sportello di ascolto	Doc Des PVD	SI	NO	
5.3	5.3.1	Disponibilità di una Carta dei Servizi aggiornata e redatta con l'apporto di categorie professionali e delle associazioni di tutela e di volontariato rappresentative della collettività e dell'utenza	√ Presenza della Carta dei Servizi o di analogo documento anche informatico √ Sua disponibilità per l'utenza almeno con una modalità dimostrabile (invio a casa, pubblicazione in Internet, consultabile presso URP o altro punto in Azienda....) vedi punti 2.1.1 e 2.1.2	Doc Des PVD	SI	NO	
	5.3.2	Predisposizione di strumenti informativi sintetici da mettere a disposizione dei cittadini	√ Presenza del materiale informativo relativo ai servizi forniti dall'azienda disponibile in formato cartaceo o informatico	Doc Des PVD	SI	NO	

5.3 Modalità e contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver	5.3.3	Procedura per l'appropriata modalità di comunicazione con pazienti e <i>caregiver</i>	√ Presenza di un documento che definisca le modalità adottate per la comunicazione (responsabilità, tempi ...) a persone diverse dal paziente, compreso l'eventuale addestramento del caregiver (es. momento di formazione, incontro, schede valutazione NOCC...)	Doc Des PVD	SI	NO	
	5.3.4	Informazione al paziente e ai suoi familiari sulla donazione di organi e tessuti	√ Evidenza delle modalità adottate	Doc Des PVD	SI	NO	
	5.3.5	Informazione al paziente e ai suoi familiari sulle precauzioni da adottare per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	√ Evidenza delle modalità adottate in tema di prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)	Doc Des PVD	SI	NO	
	5.3.6	Modalità di informazione al paziente e ai suoi familiari sugli elementi di tutela nella partecipazione a ricerche cliniche	√ Evidenza di modalità definite	Doc Des PVD	SI	NO	
5.4 Coinvolgimento dei pazienti, dei suoi familiari e caregiver nelle scelte clinico-assistenziali	5.4.1	Presenza, formalizzazione e messa in atto di una procedura per l'informazione al paziente e ai suoi familiari sui diritti e le responsabilità, per l'ascolto, l'educazione e il coinvolgimento dei pazienti al processo di cura	√ Presenza di linee di indirizzo/procedura (responsabilità, tempi...) relativa al processo di informazione finalizzato alla condivisione del percorso clinico e all'acquisizione del consenso informato	Doc Des PVD	SI	NO	
	5.4.2	Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per l'informazione partecipata del paziente e l'acquisizione del consenso informato	√ Linee di indirizzo/procedura per l'acquisizione del consenso	Doc Des PVD	SI	NO	D.D. n°262 del 07-04-2014
	5.4.3	Addestramento del personale sulle politiche e procedure per il coinvolgimento	√ Evidenza della diffusione dei documenti di cui ai punti 5.4.1 e 5.4.2	Doc Des PVD	SI	NO	
	5.4.4	Valutazione dell'efficacia dei processi di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti e <i>caregiver</i> ed i miglioramenti degli stessi se necessario	√ Evidenza della revisione/ridiscussione dei contenuti dei documenti di cui ai punti 5.4.1 e 5.4.2	Doc Des PVD	SI	NO	
5.5 Modalità di ascolto dei	5.5.1	Presenza, formalizzazione e messa in atto di politiche e procedure per la presentazione e gestione dei reclami, osservazioni e suggerimenti	√ Modalità e strumenti per l'ascolto degli utenti (gestione reclami, disservizi, elogi, suggerimenti, indagini di customer satisfaction, attività di valutazione, attività di mediazione dei conflitti, ecc. ...) √ Evidenza della diffusione delle risultanze delle attività svolte all'interno dell'Azienda	Doc Des PVD	SI	NO	
	5.5.2	Presenza, formalizzazione e messa in atto di modalità e strumenti per l'ascolto attivo dei pazienti	√ Modalità e strumenti per l'ascolto attivo dei pazienti (gestione reclami, disservizi, elogi, suggerimenti, indagini di customer satisfaction, attività di valutazione, attività di mediazione dei conflitti, ecc....)	Doc Des PVD	SI	NO	
	5.5.3	Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti (indagini di <i>customer satisfaction</i> )	√ Modalità e strumenti per l'ascolto degli utenti (gestione reclami, disservizi, elogi, suggerimenti, indagini di customer satisfaction, attività di valutazione, attività di mediazione dei conflitti, ecc....)	Doc Des PVD	SI	NO	D.D. n°262 del 07-04-2014

pazienti	5.5.4	Utilizzo dei dati derivanti dall'analisi dei reclami e dei risultati delle valutazioni della soddisfazione e dell' esperienza degli utenti per il miglioramento della qualità dei processi sulla base delle criticità riscontrate	√ Azioni di miglioramento in presenza di criticità	Doc Des PVD	SI	NO	D.D. n°262 del 07-04-2014
	5.5.5	Diffusione dei risultati delle indagini di <i>customer satisfaction</i> e delle misure di miglioramento adottate sul sito <i>web</i> aziendale	√ Evidenza della avvenuta diffusione	Doc Des PVD	SI	NO	
	5.5.6	Formazione del personale di contatto con il pubblico che includa comunicazione, negoziazione, tecniche strutturate di gestione dei conflitti	√ Previsione, all'interno del piano di formazione, di attività inerenti la comunicazione, la negoziazione, destinate al personale a contatto con il pubblico	Doc Des PVD	SI	NO	

#### 6° Criterio: Appropriatelyzza clinica e sicurezza

Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	Tipologia indicatore	Requisito Soddisfatto		Note
6.1 Approccio alla pratica clinica secondo evidenze	6.1.1	Presenza, formalizzazione e messa in atto di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza formulati secondo i principi della evidence based medicine	√ Presenza di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza condivisi e formulati secondo i principi della Evidence Based Medicine (come testimoniano citazioni nel testo, bibliografia, ecc....)	Doc Des PVD	SI	NO	
	6.1.2	Accessibilità al personale della raccolta dei regolamenti interni e delle linee guida	√ Evidenza dell'accessibilità al personale di regolamenti interni, di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza (pubblicazione in intranet/internet, lettera di invio, mail, ecc....)	Doc Des PVD	SI	NO	
	6.1.3	Aggiornamento periodico dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze cliniche disponibili	√ Evidenza che i documenti citati siano stati aggiornati nel tempo	Doc Des PVD	SI	NO	
	6.1.4	Coinvolgimento del personale nell'implementazione e nell'applicazione dei protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza, attraverso la diffusione delle conoscenze necessarie alla loro attuazione e la formazione specifica sui protocolli di assistenza ad esse correlati	√ Evidenza del coinvolgimento del personale nell'implementazione e nell'applicazione dei protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza, attraverso la diffusione, la formazione specifica, indicazione dei gruppi di lavoro, iniziative come ad esempio le riunioni	Doc Des PVD	SI	NO	
	6.1.5	Valutazione dell'efficacia e dell'appropriatelyzza delle prestazioni ed attivazione di programmi di miglioramento se necessario	√ Evidenza della valutazione e dell'eventuale revisione di almeno un PDTA o di un'attività/procedura a valenza trasversale (dipartimento) (es. dolore, riconciliazione) √ Documentazione della valutazione effettuata √ Evidenza delle azioni di miglioramento intraprese	Doc Des PVD	SI	NO	

6.2 Promozione della sicurezza e gestione dei rischi	6.2.1	Esistenza di un piano aziendale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente, che comprenda anche la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e contempli ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione	<p>√ Presenza di un Comitato (Comitato infezioni associate assistenza sanitaria) multi professionale e multidisciplinare adeguato alle caratteristiche dell'istituzione, proprio o in convenzione con enti/professionisti esterni presenza di uno o più documenti con le caratteristiche indicate nel requisito</p> <p>√ Presenza di documentazione relativa ad attività di sorveglianza, pianificate annualmente, controllo e formazione coerenti con i rischi prevalenti identificati nella struttura, ad esempio: procedure di isolamento, controllo delle resistenze microbiche, disinfezione, sterilizzazione, lavaggio mani, gestione rifiuti, prevenzione delle infezioni chirurgiche, urinarie, batteriemie, polmoniti nosocomiali, tutela dal rischio infettivo per i lavoratori, gestione epidemie.</p> <p>√ Evidenza del coinvolgimento dei pazienti nelle strategie preventive (P5.6)</p> <p>√ Presenza di attività inerenti la gestione del rischio clinico che tengano anche conto delle indicazioni fornite dai documenti emessi dal Ministero della Salute e dalla Regione (implementazione di Raccomandazioni, Linee Guida o di indirizzo, Manuali, progetti di miglioramento, azioni correttive o preventive, monitoraggio, formazione, ecc....)</p>	Doc Des PVD	SI	NO	D.D. n°262 del 07-04-2014
6.3 Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi	6.3.1	Esistenza di un sistema per l'identificazione e la segnalazione di: <i>near miss</i> , eventi avversi ed eventi sentinella	<p>√ Esistenza di documento che definisca le modalità di segnalazione/gestione di eventi sentinella e incidenti o mancati incidenti e le responsabilità connesse</p> <p>√ Diffusione con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, Intranet, Internet,...)</p>	Doc Des PVD	SI	NO	
	6.3.2	Partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale	√ Evidenza del percorso di segnalazione (es. evento sentinella, dispositivi medici ecc.)	Doc Des PVD	SI	NO	
	6.3.3	Identificazione dei fattori causali e/o contribuenti attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura ( <i>Root cause analysis</i> , <i>Audit clinico</i> , <i>Significant event audit</i> ) e azioni sistematiche di verifica della sicurezza ( <i>Safety walkround</i> )	√ Evidenza dell'applicazione delle metodologie previste, comprensiva di piano d'azione e indicatori di monitoraggio	Doc Des PVD	SI	NO	
	6.3.4	Presenza di piani di azione e relativi indicatori per il monitoraggio	√ Evidenza dell'applicazione delle metodologie previste, comprensiva di piano d'azione e indicatori di monitoraggio	Doc Des PVD	SI	NO	
	6.3.5	Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, <i>check-list</i> ed <i>altri strumenti per la sicurezza</i>	√ Presenza di attività inerenti la gestione del rischio clinico che tengano anche conto delle indicazioni fornite dai documenti emessi dal Ministero della Salute e dalla Regione (implementazione di Raccomandazioni, Linee Guida o di indirizzo, Manuali, progetti di miglioramento, azioni correttive o preventive, monitoraggio, formazione, ...)	Doc Des PVD	SI	NO	
	6.3.6	Definizione di modalità e procedure per la comunicazione ai pazienti e/o familiari, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori, la comunicazione esterna, la risoluzione stragiudiziale dei contenziosi	<p>√ Presenza di modalità strutturate per la gestione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicazione degli eventi avversi,</li> <li>- gestione impatto evento sull'equipe</li> <li>- risoluzione stragiudiziale del contenzioso</li> </ul>	Doc Des PVD	SI	NO	



	6.3.7	Presenza di un Piano di formazione	√ Presenza di attività formative specifiche o di incontri/attività dedicate	Doc Des PVD	SI	NO	
	6.3.8	Adozione di metodologie sistematiche proattive per la valutazione dei rischi (almeno 1 <i>FMEA-Failure Mode and Effect Analysis</i> per anno)	√ Evidenza documentata/strutturata del processo/attività oggetto dell'analisi	Doc Des PVD	SI	NO	
6.4 Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze	6.4.1	Sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività	√ Evidenza delle azioni innovative intraprese	Doc Des PVD	SI	NO	
	6.4.2	Produzione e diffusione di buone pratiche	√ Evidenza delle buone pratiche introdotte	Doc Des PVD	SI	NO	
	6.4.3	Garanzia di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi da rendere disponibili per livelli regionali e nazionali	√ Evidenza delle competenze possedute dal personale che esegue questo tipo di analisi	Doc Des PVD	SI	NO	
	6.4.4	Presenza, formalizzazione e messa in atto di politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico	√ Presenza di documenti che evidenziano il coinvolgimento in una o più attività di gestione del rischio clinico e in una o più fasi di un progetto	Doc Des PVD	SI	NO	

#### 7° Criterio: Processi di miglioramento ed innovazione

Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	Tipologia indicatore	Requisito Soddisfatto		Note
7.1 Progetti di miglioramento	7.1.1	Approvazione del programma aziendale per il miglioramento della qualità che includa le specifiche risorse, ruoli e le responsabilità, valutazione e misurazione dei risultati conseguiti e degli esiti attraverso l'utilizzo di indicatori, la comunicazione periodica delle informazioni, la formazione con particolare riferimento al miglioramento della qualità in aree specifiche (es: emergenza, materno infantile, oncologico, cardio-vascolare)	√ Documentazione relativa all'istituzione, alle responsabilità, alle funzioni ed all'organizzazione interna √ Documento di pianificazione annuale che descriva azioni/obiettivi, ambiti, tempi, responsabilità e modalità di valutazione/verifica √ Evidenza che lo stesso sia stato diffuso alle Strutture almeno con una modalità dimostrabile (lettera, mail, Intranet, Internet, ...) √ Documento da cui si evincano le azioni correttive intraprese in presenza di criticità. Una possibile evidenza sono le schede obiettivo se contengono obiettivi di qualità, con indicatori	Doc Des PVD	SI	NO	
7.2 Applicazione di modalità di valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi	7.2.1	Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la valutazione delle tecnologie ai fini della selezione, acquisizione e allocazione	√ Documentazione da cui si evinca la definizione dei bisogni di acquisto, della loro sistemazione logistica, dei criteri di priorità e della valutazione clinica economica e tecnica secondo criteri comparativi ispirati all' HTA Es: elenco Edisan	Doc Des PVD	SI	NO	

7.3 Adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa	7.3.1	Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la rilevazione dei fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative	√ Documentazione da cui si evinca la definizione dei bisogni di acquisto, della loro sistemazione logistica, dei criteri di priorità e della valutazione clinica economica e tecnica secondo criteri comparativi es: schede di valutazione, verbali, periodi di sperimentazione dimostrabili con valutazione finale ....	Doc Des PVD	SI	NO	
	7.3.2	Coinvolgimento del personale nel processo di adozione delle innovazioni tecnico-professionali e organizzative	√ Documenti/ deliberazioni √ Evidenza della presenza nelle commissioni di valutazione di personale della/e struttura/e organizzativa/e assegnataria/e delle apparecchiature.  Per le strutture sanitarie private accreditate il parere tecnico sanitario deve essere documentato e coerente con l'acquisto (Punto 6.3)	Doc Des PVD	SI	NO	
	7.3.3	Monitoraggio dell'efficacia dell' intero percorso dell'innovazione-valutazione-adozione	√ Previsione di indicatori di valutazione e monitoraggio per le attività innovative dell'Azienda (almeno 1/3 anni) nel piano strategico e/o nel documento di programmazione e/o in analogo documento	Doc Des PVD	SI	NO	
	7.3.4	Sviluppo di modalità di integrazione assistenza-didattica-ricerca	√ Progetti, accordi con strutture di ricerca e didattica, sperimentazioni cliniche, convenzioni,...	Doc Des PVD	SI	NO	

#### 8° Criterio: Umanizzazione

Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	Tipologia indicatore	Requisito Soddisfatto		Note
8.1 Programmi per la umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza	8.1.1	Attività assistenziali-organizzative orientate all'accoglienza di pazienti considerando le diverse esigenze relative all'età, al genere e a particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica e tenendo conto delle specificità religiose, etniche e linguistiche; (es: supporto psicologico; ampliamento degli orari di visita e permanenza dei componenti della rete affettiva; adeguamento degli orari dell'organizzazione sanitaria ai ritmi fisiologici della persona)	√ Documentazione relativa alle iniziative attivate √ Evidenza di adozione di modalità di lavoro secondo la logica dell'équipe multidisciplinare (convocazioni, composizione di gruppi di lavoro, ecc.)	Doc Des PVD	SI	NO	

8.1.2	<p>Presenza di un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari che preveda la formazione degli operatori sanitari alle abilità procedurali di <i>counselling</i> (empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di "cattive notizie")</p>	<p>√ Presenza della documentazione relativa alle iniziative intraprese/pianificate (fare riferimento ad empowerment)</p>	<p>Doc Des PVD</p>	<p>SI</p>	<p>NO</p>	
8.1.3	<p>Adozione di modalità di lavoro secondo le logiche dell'<i>équipe</i> multidisciplinare e la partecipazione del paziente al processo assistenziale come esperto della propria situazione, compatibilmente con le sue condizioni cliniche e psicologiche</p>	<p>√ Evidenza di valutazioni multidisciplinari e multiprofessionali</p>	<p>Doc Des PVD</p>	<p>SI</p>	<p>NO</p>	

## ALLEGATO C

### Requisiti specifici accreditamento per Hospice

Codice	REQUISITI PER ACCREDITAMENTO	Evid	Specifiche
COSHOS1	Esiste un atto/documento contenente: mission, vision, organizzazione, servizi erogati, obiettivi standard e responsabilità ove vengano dichiarati i riferimenti ai principi delle cure palliative citati nella normativa vigente		
COSHOS2	Il documento è stato comunicato e divulgato a tutti gli operatori		Verbale di incontri e/o diffusione cartacea o su intranet
COSHOS16	Vi è evidenza dell'esistenza di un piano assistenziale per ogni paziente e del suo costante aggiornamento		Procedura che descrive le modalità di compilazione del piano assistenziale e la verifica periodica della sua applicazione. Report sulla verifica dell'applicazione.
COSHOS28	L'hospice è dotato di una carta dei servizi aggiornata		
COSHOS31	Vi è evidenza di un processo che preveda la classificazione, l'esame e la proposta di soluzioni dei problemi evidenziati dai reclami		Documento che descriva l'attività. Schede compilate di reclami e registrazioni dei diversi passaggi del processo.
COSHOS32	Vi è evidenza documentale della sistematica (almeno annuale) valutazione della soddisfazione dell'utenza (clienti esterni ed interni)		Procedura che descrive l'attività. Report sulla soddisfazione.
COSHOS33	Vi è evidenza che vengono regolarmente tenuti incontri di discussione sui casi clinici ai quali partecipano tutti gli operatori sanitari		
CSSHOS06	Nell'area destinata alla residenzialità ogni modulo è dotato di camere singole di dimensioni tali da permettere la permanenza notturna di un accompagnatore? Le camere dispongono di un tavolo per consumare i pasti, di una poltrona, di servizi igienici? Nelle camere è assicurato uno spazio adeguato per interventi medici?	Doc Des PVD	E' preferibile che nei servizi igienici, a servizio delle camere, si possa utilizzare la barella doccia, altrimenti si rende necessario un bagno assistito in uso al reparto.
CSSHOS07	L'area per la residenzialità è dotata degli spazi adeguati: - cucina-tisaneria, - deposito per la biancheria pulita, - deposito per le attrezzature, le carrozzine e per i materiali di consumo, - servizi igienici per il personale, - locale di postazione per il personale in posizione idonea, - ambulatorio-medicheria, - soggiorno polivalente, o spazi equivalenti anche divisi in ambiti da destinare a diverse attività - ristorazione, conversazione, lettura, etc. - deposito sporco dotato di vuotatoio e di lavapadelle, - bagno assistito?	Doc e Str Des PVD + VT	Il bagno assistito non è necessario qualora i servizi igienici, a servizio delle camere, possano accogliere la barella doccia.
CSSHOS08	L'area destinata alla valutazione e alla terapia è dotata di: - locali e attrezzature per terapie antalgiche, e prestazioni ambulatoriali, con spazio per l'attesa che non intralci i percorsi; - locale per la preparazione e manipolazione dei farmaci e preparazioni nutrizionali; - locali per le prestazioni in regime diurno; - locale per i colloqui con il personale - psicologo, assistente sociale ecc. - locale deposito pulito, sporco e attrezzature?	Doc e Str Des PVD + VT	

CSSHOS09	Le aree generali di supporto devono includere: -ingresso con portineria e telefono e spazio per le relazioni con il pubblico; - spogliatoio del personale con servizi igienici; - spogliatoio e locali di sosta e lavoro per il personale volontario; - locale per riunioni di équipe	Doc e Str Des PVD + VT	
CSSHOS10	Nel caso in cui l'hospice non sia localizzato in struttura sanitaria, le aree generali devono includere: - servizio mortuario; - servizio cucina; - deposito farmaci; - locale per uso amministrativo; - magazzini.	Doc e Str Des PVD + VT	
CSSHOS11	L'hospice è dotato dei requisiti minimi impiantistici - impianto di riscaldamento o di climatizzazione: temp. 20°C - 28°C umidità relativa 40 - 60% ricambi aria 2 v/h velocità aria 0,15 m/s; - impianto di illuminazione di emergenza; - impianto di forza motrice nelle camere con almeno una presa per l'alimentazione normale; - impianto di chiamata con segnalazione acustica e luminosa; - impianto gas medicali: prese per il vuoto, per l'ossigeno; - impianto telefonico con disponibilità di telefoni fissi e mobili per i pazienti in ogni modulo; - impianto televisivo?	Doc e Str Aut PVD + VT	Autocertificazione argomentata
CSSHOS12	L'hospice è dotato dei fattori di sicurezza e prevenzione infortuni: - pavimenti in materiale e superficie antiscivolo; - assenza di barriere architettoniche; - applicazione di sostegni e mancorrenti in vista delle pareti e ai servizi igienici; - dotazione di sistema di allarme nelle camere e nei servizi igienici per i pazienti; - impianto centralizzato di segnalazione delle chiamate; - segnaletica di informazione diffusa.	Doc e Str Des PVD + VT	
CSSHOS13	L'hospice dispone delle dotazioni tecnologiche minime: - arredi, comprendenti letti speciali con schienali regolabili; - ausili e presidi, includenti materassi e cuscini antidecubito, carrozzelle, sollevatori trasportatori, barelle-doccia, vasche da bagno per disabili; - apparecchiature, includenti attrezzature idonee alla gestione della terapia e strumentario per piccola chirurgia, - carrello emergenza con defibrillatore, elettrocardiografo?	Doc e Str Des PVD + VT	
CSSSMO03	Il servizio è dotato di: a) locale osservazione/sosta salme. b) camera ardente. c) locale preparazione personale. d) sala per onoranze funebri al feretro?	Strutt	Nella sala onoranze funebri al feretro DEVE poter entrare il feretro stesso
CSSSMO03b)	Il servizio è dotato di: a) servizi igienici per il personale. b) servizi igienici per i parenti. c) deposito materiale?	Strutt	
CSSSMO03c)	Il servizio è dotato di un locale osservazione/sosta salme?	Strutt	
COSLAV01	Nel caso di appalto esterno, la biancheria infetta o sospetta, è comunque bonificata all'interno della struttura?	Doc	

COSLAV02	Nel caso di servizio di lavanderia interno alla struttura sono previsti adeguati spazi per la raccolta e cernita della biancheria, per il lavaggio, l'asciugatura, il rammendo, la stiratura ed il deposito della biancheria pulita?	Doc	
COSSCUC02	Nel caso di servizio di cucina interno alla struttura, sono previsti adeguati spazi per la ricezione derrate, dispensa, celle frigorifere, preparazione, cottura, distribuzione, cucina, dietetica, lavaggio e deposito per stoviglie e carrelli?	Doc	
COSSCUC04	In caso di gestione affidata all'esterno, è comunque prevista un'area per l'arrivo e lo smistamento del vitto?	Strutt	