

Codice DB2016

D.D. 7 aprile 2014, n. 262

Approvazione dei criteri 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. 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, [...]”

Rilevato che l'intervento di cui al presente provvedimento è attuativo dei Programmi Operativi per il triennio 2013-2015, approvati con D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013, Azione 14.2.1: Cure Palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico”, che prevede, tra i risultati programmati, “l'adozione dei provvedimenti per l'individuazione di dettaglio dei percorsi attuativi della normativa nazionale, in particolare per quanto riguarda il soddisfacimento dei requisiti 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, entro il 31.03.2014”.

Rilevato, altresì, che i Programmi Operativi 2013-2015 di cui sopra sono stati approvati, ai sensi dell'art. 15, comma 20 del D.L. n. 95/2012 – convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012 – in esito alle valutazioni emerse in sede di tavolo ministeriale di verifica sull'attuazione del Piano di rientro 2010-2012, approvato con DD.G.R. n. 1-415 del 02.08.2010, n. 44-1615 del 28.02.2011 e n. 49-1985 del 29.04.2011 e la loro attuazione costituisce condizione necessaria per non compromettere l'attribuzione, in via definitiva, delle risorse finanziarie, in termini di competenza e di cassa, condizionate alla piena attuazione dello stesso PRR.

L'individuazione di dettaglio dei percorsi attuativi della Rete di Cure Palliative è stata approvata con D.D. n. 338 del 21.05.2013; risulta ora necessario approvare, con il presente atto, il percorso di accreditamento istituzionale dei Centri residenziali di Cure Palliative – Hospice, così come dettagliato nell'Allegato A, parte sostanziale ed integrante della presente determinazione.

Si precisa che il percorso di accreditamento oggetto del presente atto è già stato parzialmente attuato, in modo sperimentale, nel corso dell'anno 2009, a cura dell'Agenzia Regionale dei Servizi Sanitari (ARESS), come si evince dalla documentazione agli atti della Direzione Sanità.

Si precisa, infine, che ai percorsi attuativi dell'accreditamento in parola – le cui modalità saranno definite successivamente con atti ad hoc, si provvederà nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi, o maggiori oneri per il bilancio regionale.

Tutto ciò premesso,

IL DIRETTORE

Vista la L.R. 23 del 28.07.2008 artt. 17 e 18;

Viste le DD.G.R. n. 1-415 del 02.08.2010, n. 44-1615 del 28.02.2011 e n. 49-1985 del 29.04.2011;

Vista la D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012;

Vista la D.G.R. n. 29-4854 del 30.10.2012;

Vista la D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013;

Vista la D.D. n. 338 del 21.05.2013.

determina

❖ di approvare i criteri 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, così come dettagliato nell'Allegato A, parte integrante e sostanziale della presente determinazione;

❖ di dare atto che l'intervento di cui al presente provvedimento è attuativo dei Programmi Operativi per il triennio 2013-2015, approvati con D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013, Azione 14.2.1: "Cure Palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico", che prevede, tra i risultati programmati, "l'adozione dei provvedimenti per l'individuazione di dettaglio dei percorsi attuativi della normativa nazionale, in particolare per quanto riguarda il soddisfacimento dei requisiti 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, entro il 31.03.2014";

❖ di precisare che ai percorsi attuativi dell'accreditamento in parola – le cui modalità saranno definite successivamente con atti ad hoc - si provvederà nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi, o maggiori oneri per il 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 Direttore Regionale
Sergio Morgagni

Allegato

REQUISITI E INDICATORI PER L'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI DI CURE PALLIATIVE- HOSPICE

DEFINIZIONE: Le Strutture Residenziali di Cure Palliative, di seguito definite "Hospice", ospitano persone non più assistibili presso il domicilio in fase avanzata e terminale di una malattia ad andamento irreversibile, non più suscettibile di trattamenti atti alla guarigione o al rallentamento della progressione della malattia. Obiettivo principale in tali casi è accompagnare la persona e la sua famiglia in questa fase della vita, nel pieno rispetto della sua dignità, mediante la riduzione della sofferenza fisica, psicologica, sociale, spirituale. Le prestazioni offerte dagli Hospice si caratterizzano per bassa tecnologia ma elevata intensità assistenziale. L'assistenza richiede un intenso e approfondito lavoro di équipe, che vede coinvolti medici, infermieri, operatori socio-sanitari, assistenti sociali, psicologi, assistenti spirituali e volontari.

Per i requisiti minimi strutturali organizzativi e tecnologici si fa riferimento al Decreto del Consiglio dei Ministri del 20 Gennaio 2000. Di seguito vengono riportati alcuni passaggi indicativi:

I. Requisiti minimi strutturali.

1.1 Localizzazione.

La localizzazione può essere nell'ambito di un edificio specificamente dedicato, di una struttura ospedaliera o di una struttura residenziale sanitaria. In ogni caso la localizzazione dovrà avvenire in zona urbana o urbanizzata, protetta dal rumore cittadino e con buoni collegamenti con il contesto urbano, in modo da favorirne l'accessibilità da parte dei familiari e dei parenti. Nel caso di impossibilità di eliminare il rumore, esso deve essere opportunamente abbattuto.

1.2 Dimensioni generali.

Le esigenze di elevata personalizzazione dell'intervento rendono necessaria una capacità recettiva limitata e non superiore a 30 posti, articolata in moduli.

1.3 Tipologia strutturale e articolazione in aree funzionali.

La tipologia strutturale adottata deve garantire il rispetto della dignità del paziente e dei suoi familiari mediante una articolazione spaziale utile a creare condizioni di vita simili a quelle godute dal paziente presso il proprio domicilio. Deve essere permessa la personalizzazione delle stanze. La qualità degli spazi progettati deve facilitare il benessere ambientale, la fruibilità degli spazi e il benessere psicologico. 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.

A. Area destinata, alla residenzialità.

Ogni modula deve essere dotato di:

- a) camere singole di dimensioni tali da permettere la permanenza notturna di un accompagnatore, un tavolo per consumare i pasti, una poltrona, i servizi igienici. Nella camera arredata si deve assicurare lo spazio adeguato per interventi medici;
- b) cucina-tisaneria;
- c) deposito biancheria pulita;

- d) deposito attrezzature, carrozzine e materiali di consumo;
- e) servizi igienici per il personale;
- f) locale di postazione per il personale di assistenza in posizione idonea;
- g) ambulatorio mediceria;
- h) soggiorno polivalente o spazi equivalenti anche divisi in ambiti da destinare a diverse attività (ristorazione, conversazione, lettura ecc.);
- i) deposito sporco dotato di vuotatoio e di lavapadelle.

B. Area destinata alla valutazione e alla terapia:

- a) locali e attrezzature per terapie antalgiche e prestazioni ambulatoriali, con spazio per l'attesa che non intralci i percorsi; b) locale per la preparazione e manipolazione dei farmaci e preparazioni nutrizionali;
- c) locali per le prestazioni in regime diurno;
- d) locale per i colloqui con il personale (psicologo, assistente sociale ecc.);
- e) locale deposito pulito, sporco e attrezzature.

C. Aree generali di supporto.

Le aree generali di supporto devono includere:

- a) ingresso con portineria e telefono e spazio per le relazioni con il pubblico; b) spogliatoio del personale con servizi igienici;
- c) spogliatoio e locali di sosta e lavoro per il personale volontario;
- d) locale per riunioni di équipe.

Qualora il Centro non sia localizzato in una struttura sanitaria, le aree generali devono includere:

- a) camere mortuarie in numero idoneo (raccomandabile una ogni otto letti);
- b) spazio per i dolenti;
- c) sala per il culto;

- d) locale per uso amministrativo;
- e) cucina, dispensa e locali accessori per lavanderia e stireria (qualora questi servizi venissero dati in appalto, il Centro dovrà comunque essere dotato di locali di stoccaggio o di temporaneo deposito o di riscaldamento dei cibi, di supporto alle ditte esterne);
- f) magazzini.

2. Requisiti minimi tecnologici.

2.0 Requisiti minimi impiantistici.

Il Centro deve essere dotato di:

- a) impianto di riscaldamento o di climatizzazione
- b) impianto di illuminazione di emergenza;
- c) impianto di forza motrice nelle camere con almeno una presa per l'alimentazione normale; d) impianto di chiamata con segnalazione acustica e luminosa;
- e) impianto gas medicali: prese per il vuoto, per l'ossigeno e l'aria;
- f) impianto telefonico con disponibilità di telefoni fissi e mobili per i pazienti in ogni modulo; g) impianto televisivo.

2.1 Fattori di sicurezza e prevenzione infortuni:

- a) pavimenti in materiale e superficie antisdrucciolo;
- b) assenza di barriere architettoniche;
- c) applicazione di sostegni e mancorrenti in vista alle pareti e ai servizi igienici;
- d) dotazione di sistema di allarme nelle camere e nei servizi igienici per i pazienti;
- e) impianto centralizzato di segnalazione delle chiamate;
- t) segnaletica di informazione diffusa.

2.2 Dotazioni tecnologiche:

- a) arredi, comprendenti letti speciali con schienali regolabili;
- b) ausili e presidi, includenti materassi e cuscini antidecubito, carrozzelle, sollevatori-trasportatori, barelle-doccia, vasche da bagno per disabili;
- c) apparecchiature, includenti attrezzature idonee alla gestione della terapia e strumentario per piccola chirurgia.

Premesso quanto sopra, di seguito sono riportati i requisiti di accreditamento:

	Requisiti
1	L'Hospice è localizzato in un edificio specificamente dedicato (in struttura ospedaliera, o in struttura residenziale sanitaria)?
2	La localizzazione è in zona urbana, o urbanizzata, protetta dal rumore cittadino e con buoni collegamenti con il contesto urbano?
3	La struttura è disposta sulla base di un elevato grado di personalizzazione dell'intervento, con capacità ricettiva massima di 30 posti, articolati in moduli?
4	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?
5	Le camere singole sono di dimensioni tali da permettere la permanenza notturna di un accompagnatore? Dispongono di un tavolo per consumare i pasti, di una poltrona, dei servizi igienici? Le camere arredate contemplano lo spazio adeguato per interventi medici?
6	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)?
7	L'area destinata alla valutazione del paziente ed alle terapie è dotata degli spazi adeguati (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)?
8	Le aree generali di supporto sono dotate degli spazi adeguati (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)?

9	Nel caso in cui l'Hospice non sia localizzato in struttura sanitaria, le aree generali sono dotate degli spazi necessari (camere mortuarie in numero idoneo (raccomandabile una ogni otto letti; spazio per i dolenti; sala per il culto; locale per uso amministrativo); cucina, dispensa e locali accessori per lavanderia e stireria, locali di stoccaggio odi temporaneo deposito, o di riscaldamento dei cibi, di supporto alle ditte esterne, qualora i servizi suddetti siano in appalto; magazzini?)
10	L'Hospice è dotato dei requisiti minimi impiantistici (impianto di riscaldamento odi climatizzazione; 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 e l'aria; impianto telefonico con disponibilità di telefoni fissi e mobili per i pazienti in ogni modulo; impianto televisivo)?
11	L'Hospice è dotato dei fattori di sicurezza e prevenzione infortuni (pavimenti in materiale e superficie antisdrucciolo; assenza di barriere architettoniche; applicazione di sostegni e mancorrenti in vista alle 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.
12	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)?
13	Esiste un 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?
14	Il documento è stato comunicato e divulgato a tutti gli operatori?
15	Esiste un atto/documento contenente i criteri di attribuzione di compiti e responsabilità (Organigramma e Funzionigramma)?
16	Vi è evidenza della nomina di un responsabile medico della struttura?
17	Vi è evidenza della soddisfazione dei requisiti cogenti per l'attribuzione del ruolo di responsabile medico dell'Hospice?
18	Esistono procedure per l'Hospice concordate con altri servizi o strutture per consulenze integrative sanitarie e non sanitarie?
19	Esistono procedure concordate per la fornitura di servizi diagnostici e terapeutici (es. radioterapia, laboratorio, radiologia, etc.)?
20	E individuato centro trasfusionale di riferimento ed esistono procedure concordate per la fornitura degli emoderivati?
21	Esistono procedure concordate per i trasporti programmati ed in emergenza?
22	Esistono procedure concordate per l'approvvigionamento di farmaci e materiale sanitario?
23	Esiste un prontuario terapeutico di riferimento per l'Hospice?
24	Vi è evidenza di procedura per l'accoglienza in struttura dei paziente e dei familiari?

25	Vi è evidenza di un documento che espliciti i criteri di accesso in Hospice?
26	Vi è evidenza di un documento che espliciti le priorità di accesso per la costruzione delle liste d'attesa?
27	Vi è evidenza dell'esistenza dei registro lista d'attesa ricovero in Hospice
28	Vi è evidenza dell'esistenza di un piano assistenziale per ogni paziente e dei suo costante aggiornamento?
29	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 dei dolore e dei sintomi, sedazione, alimentazione e idratazione, comunicazione di "cattive notizie", principali attività di nursing, gestione dei lutto, gestione della salma
30	Vi è evidenza dell' esistenza di procedure concordate con gli attori della Rete di Cure Palliative (UOCP) per una dimissione protetta?
31	Vi è evidenza della programmazione di incontri di sostegno psicologico per gli operatori (registrazione o documentazione a supporto)?
32	Vi è evidenza di procedure per l'affiancamento dei personale che inizia a lavorare in Hospice?
33	Vi è una procedura consolidata di valutazione in ingresso delle competenze per eventuale successiva integrazione?
34	Vi è evidenza di un Piano di formazione continua per gli operatori dell'Hospice?
35	Vi è evidenza di un Piano di formazione specifica e di affiancamento per i volontari che operano in Hospice?
36	Vi è evidenza documentale del fatto che sia stato individuato un coordinatore dei volontari?
37	Vi è evidenza della partecipazione del coordinatore dei volontari alle riunioni di équipe?
38	E' in uso nell'Hospice una cartella clinico - assistenziale integrata per un uso interdisciplinare?
39	E' assicurata la registrazione sistematica dei dati utili sia per un flusso documentale istituzionale, sia per una valutazione della qualità dell'assistenza?
40	L'Hospice è dotato di una carta dei servizi aggiornata?
41	E' assicurata la sistematica rilevazione del consenso del paziente, o delle persone di riferimento circa i contenuti e i destinatari delle informazioni?
42	Vi è evidenza che sia garantito il rispetto della normativa sulla privacy e la coerenza comunicativa?
43	Vi è evidenza di un processo che preveda la classificazione, l'esame e la proposta di soluzioni dei problemi evidenziati dai reclami?

44	Vi è evidenza documentale della sistematica (almeno annuale) valutazione della soddisfazione dell'utenza (clienti esterni ed interni)?
45	Vi è evidenza che vengono regolarmente tenuti incontri di discussione sui casi clinici ai quali partecipano tutti gli operatori sanitari
46	E' definita la modalità di riconoscimento degli operatori?
47	Vi è evidenza che esistano procedure per il risk management (ad esempio cadute, somministrazioni terapie)?

Codice	Requisito	Possibili evidenze	Esito		Osservazioni
COSHOS1	Esiste un 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		SI	NO	
COSHOS2	Il documento è stato comunicato e divulgato a tutti gli operatori	Verbale di incontri e/o diffusione cartacea o su intranet	SI	NO	
COSHOS3	Esiste un atto/documento contenente i criteri di attribuzione di compiti e responsabilità (Organigramma e Funzionigramma)	Con evidenza diffusione agli interessati	SI	NO	
COSHOS4	Vi è evidenza della nomina di un responsabile medico della struttura		SI	NO	
COSHOS5	Vi è evidenza della soddisfazione dei requisiti cogenti per l'attribuzione del ruolo di responsabile medico dell'Hospice		SI	NO	
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	SI	NO	

		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 fornitura degli emoderivati	Le procedure devono descrivere il chi, cosa, come e quando dell'attività	SI	NO	
COSHOS9	Esistono procedure concordate per i trasporti programmati ed in emergenza	Le procedure devono descrivere il chi, cosa, come e quando dell'attività	SI	NO	
COSHOS10	Esistono procedure concordate per l'approvvigionamento di farmaci e materiale sanitario	Le procedure devono descrivere il chi, cosa, come e quando dell'attività	SI	NO	
COSHOS11	Esiste un prontuario terapeutico di riferimento per l'Hospice		SI	NO	
COSHOS12	Vi è evidenza di procedura per l'accoglienza in struttura del paziente e dei familiari		SI	NO	
COSHOS13	Vi è evidenza di un documento che espliciti i criteri di accesso in Hospice		SI	NO	
COSHOS14	Vi è evidenza di un documento che espliciti le priorità di accesso per la costruzione delle liste d'attesa		SI	NO	
COSHOS15	Vi è evidenza dell'esistenza del registro lista d'attesa ricovero in Hospice	Il registro deve essere coerente col documento del requisito precedente	SI	NO	
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 (vedi COGVMQ13 ultimo punto e BEVQO8). Report sulla verifica dell'applicazione.	SI	NO	

COSHOS17	Vi è evidenza della presenza in cartella di strumenti di valutazione validati per 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 dei sintomi, sedazione, alimentazione e idratazione, comunicazione di "cattive notizie", principali attività di nursing, gestione del lutto, gestione della salma	Per primo punto vedi requisito precedente. Si possono vedere anche alcuni esempi di cartella prese a campione. Per 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.	SI	NO	
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	SI	NO	
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 futuro. Verbali incontri.	SI	NO	
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	SI	NO	
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	SI	NO	
COSHOS22	Vi è evidenza di un Piano di formazione continua per gli operatori dell'Hospice	Il Piano di formazione aggiornato negli anni.	SI	NO	

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	SI	NO	
COSHOS24	Vi è evidenza documentale del fatto che sia stato individuato un coordinatore dei volontari		SI	NO	
COSHOS25	Vi è evidenza della partecipazione del coordinatore dei volontari alle riunioni di équipe	Verbali di riscontro	SI	NO	
COSHOS26	E' in uso nell'Hospice una cartella clinico - assistenziale integrata per un uso interdisciplinare.		SI	NO	
COSHOS27	E' assicurata la registrazione sistematica dei dati utili sia per un flusso documentale istituzionale, sia per una valutazione della qualità dell'assistenza.		SI	NO	
COSHOS28	L'Hospice è dotato di una carta dei servizi aggiornata		SI	NO	
COSHOS29	E' assicurata la sistematica rilevazione del consenso del paziente, o delle persone di riferimento circa i contenuti e i destinatari delle informazioni		SI	NO	
COSHOS30	Vi è evidenza che sia garantito il rispetto della normativa sulla privacy e la coerenza comunicativa		SI	NO	
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.	SI	NO	
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.	SI	NO	
COSHOS33	Vi è evidenza che vengono regolarmente tenuti incontri di discussione sui casi clinici ai quali partecipano tuffi gli operatori sanitari		SI	NO	

COSHOS34	E' definita la modalità di riconoscimento degli operatori	Tessere di identificazione, camici nominativi, ecc	SI	NO	
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.	SI	NO	