

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

HOSPICE					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi Indicatori di risultato	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
1 HOSPICE - REQUISITI STRUTTURALI					
HOSP01.AU.1.1	Gli immobili sono in possesso di certificato di agibilità specifico e C.P.I.		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
HOSP01.AU.1.2	E' facilmente raggiungibile con mezzi pubblici	entro l'ora	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
HOSP01.AU.1.3	Si articola in moduli dai 10 ai 20 posti letto		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
HOSP01.AU.1.4	Il modulo è articolato in camere singole	con caratteristiche della civile abitazione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
HOSP01.AU.1.4.1	Ogni camera ha una superficie utile minima adeguata		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	indicativamente di mq 12
Termine di adeguamento: I mesi					
HOSP01.AU.1.4.2	Ogni camera è dotata di bagno autonomo		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					

I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni

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

HOSPICE					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi Indicatori di risultato	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
1 HOSPICE - REQUISITI STRUTTURALI					
HOSP01.AU.1.5	È presente una cucinetta comune per singolo modulo		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
HOSP01.AU.1.6	È presente una sala comune per il pranzo		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
HOSP01.AU.1.7	Esiste una sala comune per TV / musica		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
HOSP01.AU.1.8	Esiste un locale di accoglienza (atrio-attesa)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
HOSP01.AU.1.9	Esiste un locale ambulatorio dotato di WC per medico-psicologo		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
HOSP01.AU.1.10	Esiste un locale per I.P. e OTA		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					

I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni

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

HOSPICE					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi Indicatori di risultato	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
1 HOSPICE - REQUISITI STRUTTURALI					
HOSP01.AU.1.11	Sono presenti servizi igienici per il personale		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
HOSP01.AU.1.12	È presente un locale spogliatoio per il personale	sono presenti armadietti in numero uguale al personale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
HOSP01.AU.1.13	È presente un locale per deposito Medicinali e Presidi Medico-Chirurgici		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
HOSP01.AU.1.14	È presente un locale per deposito biancheria		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
HOSP01.AU.1.15	È prevista una lavanderia se il servizio non è appaltato		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
HOSP01.AU.1.16	È previsto un locale office-dispensa per posizionamento e distribuzione dei pasti		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					

I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni

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

HOSPICE					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi Indicatori di risultato	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note

2 HOSPICE REQUISITI TECNOLOGICI

HOSP01.AU.2.1.	Le camere sono arredate con mobili similabitativi e non ospedalieri		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
HOSP01.AU.2.2.	Ogni camera è dotata di poltrona-letto per l'assistenza		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					

3 HOSPICE - REQUISITI ORGANIZZATIVI

HOSP01.AU.3.1	L'Ente gestore nomina un Responsabile del Modulo		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
HOSP01.AU.3.2	Sono previste le seguenti figure professionali (anche a rapporto convenzionale) : medico		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
HOSP01.AU.3.2.1	- psicologo		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					

I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni

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

HOSPICE					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi Indicatori di risultato	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
3 HOSPICE - REQUISITI ORGANIZZATIVI					
HOSP01.AU.3.2.2	- Infermiere Professionale (I.P.)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
HOSP01.AU.3.2.3	- Operatore Socio Sanitario (O.S.S.)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
HOSP01.AU.3.3	Le figure previste sono dotate di formazione ed esperienza specifica		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
HOSP01.AU.3.4	Il personale è rapportato alla tipologia e al volume dell' attività svolta		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi		Documento ufficiale che dichiara il responsabile della struttura e il personale a tempo pieno equivalente, commisurato alle attività in autorizzazione, comprensivo delle qualifiche professionali e del rapporto di impiego. *			* I valutatori nella propria relazione di verifica dovranno dare espressa e chiara motivazione dei criteri utilizzati e di come sono pervenuti al giudizio finale formulato. La check list indicativa per i valutatori è: - 1 medico tempo pieno fino a 15 posti letto; - > 15 posti letto: 1 medico a tempo pieno + 1a tempo parziale; - 0,8 IP : su 1 ospite; - 0,5 OSS su 1 ospite.

I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni

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

HOSPICE					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi Indicatori di risultato	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
3 HOSPICE - REQUISITI ORGANIZZATIVI					
HOSP01.AU.3.5 Termine di adeguamento: I mesi	È organizzata una reperibilità notturna e festiva anche in coordinazione con altre sedi		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
HOSP01.AU.3.6	L'ente presenta una chiara descrizione del Programma di lavoro comprensivo dell'elenco delle prestazioni svolte del quale è fornita copia ed adeguata informazione agli utenti		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
HOSP01.AU.3.6.1 Termine di adeguamento: I mesi	Il Programma esplicita i principi ispiratori, la metodologia degli interventi, le fasi e i tempi di svolgimento, le modalità di relazione con i familiari, la descrizione degli interventi e la loro tipologia (di tipo medico, psicologico, etc.)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
HOSP01.AU.3.6.2 Termine di adeguamento: I mesi	Il Programma esplicita la tipologia delle persone oggetto dell'intervento e in particolare quelle con caratteristiche specifiche		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
HOSP01.AU.3.6.3 Termine di adeguamento: I mesi	Il Programma esplicita l'elevato contenuto umano, il sostegno psicologico, relazionale e spirituale offerto agli ospiti		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
HOSP01.AU.3.6.4 Termine di adeguamento: I mesi	Il Programma garantisce il sostegno psicologico ai familiari dell'assistito (care givers)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni

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

HOSPICE					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi Indicatori di risultato	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
3 HOSPICE - REQUISITI ORGANIZZATIVI					
HOSP01.AU.3.6.5	Il Programma prevede la tutela dei componenti deboli del nucleo familiare		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
HOSP01.AU.3.6.6	Il Programma evidenzia l'attenzione posta al contenimento del dolore e del disagio causato da altri sintomi		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
HOSP01.AU.3.6.7	Il Programma garantisce la gestione del paziente con un approccio alla sofferenza complessa definito come Dolore Totale		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					

I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni