**VERBALE DI SOPRALLUOGO N° \_\_\_**

In data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso l’unità d’offerta: (*tipologia e denominazione*)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice struttura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

abilitazione per (posti/volumi): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

accreditamento per (posti/volumi): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

contratto per (posti/volumi): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* eroga assistenza domiciliare, nei distretti ATS di:
* ASST …
* ASST …

soggetto gestore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

legale rappresentante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

l’equipe di vigilanza composta da:

*Nome e Cognome, UO di appartenenza, qualifica dell’operatore*, (responsabile dell’istruttoria);

*Nome e Cognome, UO di appartenenza, qualifica dell’operatore*

alla presenza di:

*Nome e Cognome e qualifica di chi presenzia al sopralluogo*

identificato/a tramite \_\_\_\_\_\_\_\_\_rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / persona nota all’equipe

ha effettuato un sopralluogo per la verifica dei requisiti organizzativi e gestionali, strutturali e tecnologici, di esercizio/accreditamento di seguito specificati, nell’ambito dell’istruttoria avviata per:

* Comunicazione di avvenuto adeguamento ai requisiti previsti dalla dgr n. 5918/16 ai fini della riclassificazione delle unità operative di cure palliative senza variazioni di sede o rimodulazioni dell’attività prot. ATS n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* SCIA prot. ATS n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* istanza di accreditamento: prot. ATS n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* SCIA con contestuale istanza di accreditamento: prot. ATS n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* verifica del mantenimento dei requisiti di esercizio/accreditamento
* verifica a seguito di segnalazione prot. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**REQUISITI DI ESERCIZIO E DI ACCREDITAMENTO**

|  |
| --- |
| REQUISITI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI GENERALI DGR n.2569/2014 – DGR n.5918/2016  |
| **Rif.norm** | **Area tematica** | **Esito** |
|  | **Politica, obiettivi e attività** |  |
| ES 2.2.1.a | Definizione della missione dell’Organizzazione e delle politiche complessive | SI/NO |
| Definizione degli obiettivi in relazione alla singola UdO, specificando servizi erogati e popolazione potenzialmente interessata | SI/NO |
| Definizione dell’organizzazione interna della UdO (modalità di erogazione del servizio, prestazioni erogate, attività eseguite) | SI/NO |
| ES 2.2.1.b | Definizione annuale del piano di lavoro, comprendente tipologia e volume di attività previste e conseguente piano organizzativo | SI/NO |
| ES 2.2.5.a | Adozione di un programma annuale di valutazione e miglioramento delle attività relativo ai processi di erogazione, selezionati in rapporto alle priorità individuate favorendo il coinvolgimento del personale | SI/NO |
| AC 3.2.1 | Adozione del programma annuale entro il primo trimestre dell’anno solare (entro 90 gg per i nuovi accreditamenti) | SI/NO/NP |
| AC 3.2.4.i | Definizione di strumenti, indicatori, modalità e tempi per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi del programma annuale | SI/NO/NP |
| Presenza di una relazione annuale che espliciti i risultati, le eventuali criticità rilevate e le azioni migliorative per l’anno successivo, dando evidenza del coinvolgimento del personale nelle attività di valutazione | SI/NO/NP |
| Diffusione dei risultati della relazione annuale agli interessati | SI/NO/NP |
| AC 3.2.4.f | Per strutture residenziali ≥80 p.l. o per gestori con capacità contrattuale ≥ € 800.000, presenza dell’attestazione annuale inviata all’ATS di:* adozione di Codice Etico e Modello Organizzativo ai sensi del D.Lgs.231/2001
* formazione e informazione al proprio personale
* nomina Organismo di Vigilanza con identificazione dei componenti e descrizione delle qualifiche
* avvenuta acquisizione della relazione annuale dell’Organismo di Vigilanza
 | SI/NO/NP |
| AC 3.2.4.h | Polizza assicurativa per responsabilità civile del soggetto gestore (quietanza di pagamento per l’annualità in corso), con:* data di attivazione non successiva alla presentazione all’istanza di accreditamento
* copertura anche per fatti accidentali e imputabili a negligenza, imprudenza o imperizia
* assenza di franchigie opponibili ai terzi danneggiati.

In alternativa, programma assicurativo di gestione diretta del rischio, idoneamente documentato. | SI/NO |
|  | Note: |  |
|  | **Continuità assistenziale** |  |
| ES 2.2.2.b | La continuità assistenziale è garantita in caso di urgenze o eventi imprevisti, in relazione alla tipologia e alla complessità assistenziale dell’utenza trattata | SI/NO |
| In caso di trasferimento sono messe a disposizione tutte le informazioni inerenti il percorso effettuato dall’utente nell’unità d’offerta | SI/NO |
| AC 3.2.2. | All’atto della dimissione/trasferimento, è previsto il rilascio all’utente della relazione di dimissione (riportando stato di salute, trattamenti effettuati, necessità di trattamenti successivi e altre informazioni utili) | SI/NO |
| Sono previste modalità di gestione di eventuali trasferimenti interni/presso altre unità d’offerta sociosanitarie o sanitarie | SI/NO |
|  | Note**:** |  |
|  | **Gestione risorse umane ed economiche** |  |
| ES 2.2.2.a | Sono definite e esplicitate l’organizzazione e le politiche di gestione delle risorse umane ed economiche | SI/NO |
| ES 2.2.3.a | Descrizione quantitativa e qualitativa delle risorse umane ritenute necessarie alla gestione della UdO | SI/NO |
| ES 2.2.1.a | Descrizione organizzazione interna UdO (Organigramma, livelli di responsabilità) | SI/NO |
| AC 3.2.3.d | Definizione della programmazione settimanale o mensile delle attività giornaliere del personale ivi compreso lo schema di distribuzione programmata degli orari di lavoro, i piani per le sostituzioni, per la rotazione, le ferie ed i permessi del personale | SI/NO |
| ES 2.2.3.a | La reperibilità (medica o di altra figura) è prevista nel documento relativo alla gestione delle risorse umane | SI/NO |
| L’operatore reperibile è in condizione di raggiungere la struttura di norma entro 30 minuti | SI/NO |
| AC 3.2.3.d | Adozione di un sistema di rilevazione delle presenze degli operatori per ogni specifica unità d’offerta | SI/NO |
| Personale identificabile mediante cartellino di riconoscimento | SI/NO |
| ES 2.2.3.d | Adozione procedura operativa per l’inserimento del personale di nuova acquisizione | SI/NO |
| AC 3.2.3.a DGR n. 5918 16(a valere per UCP-dom e Hospice) | Presenza di:* criteri di selezione del personale che includano anche la conoscenza della lingua italiana
* presenza di programma di valutazione
 | SI/NO |
| ES 2.2.3.b e DGR n. 5918/16 (a valere per UCP-dom e Hospice) | Personale volontario rendicontabile a standard: possesso di titolo professionale e appartenenza ad Associazioni di Volontariato iscritte nel registro e convenzionate con la struttura sulla base di programmi formalizzati di collaborazione | SI/NO/NP |
| ES 2.2.3.b | Personale volontario non rendicontabile a standard: formalizzazione dei rapporti tra struttura e Associazione/singolo volontario | SI/NO/NP |
| AC 3.2.3.a | Modalità di integrazione fra le figure professionali e volontari e tirocinanti eventualmente presenti | SI/NO/NP |
| AC 3.2.3.b | Individuazione con atto formale del responsabile sanitario, laureato in Medicina e Chirurgia e iscritto all’Ordine professionale: *indicare cognome e nome* | SI/NO |
| ES 2.2.5.b | Identificazione della struttura/responsabile delle attività di valutazione e miglioramento della qualità | SI/NO |
| ES 2.2.6 | Identificazione nell’organigramma del responsabile del sistema informativo | SI/NO |
| ES 2.2.1.a | Individuazione del referente per i rapporti con gli uffici sul territorio che si occupano di protezione giuridica e servizi sociali | SI/NO |
| ES 2.2.3.c | Adozione di un piano annuale di formazione e aggiornamento del personale con indicazione del referente | SI/NO |
| AC 3.2.3.c | È assicurata la copertura del fabbisogno formativo di tutti gli operatori addetti all’assistenza in un arco di tempo triennale, sulla base delle esigenze specifiche rispetto all’utenza da assistere e su tematiche relative all’umanizzazione delle cure | SI/NO |
| È prevista per tutti gli operatori (NB: anche per coloro che non concorrono allo standard dell’UdO) la formazione su tematiche relative alla comunicazione ed alle tecniche di relazione con gli utenti e i caregiver anche rispetto alla gestione dei conflitti | SI/NO |
|  | Note**:**  |  |
|  | **Gestione apparecchiature, fornitura farmaci, presidi e ausili** |  |
| Acc. (a valere solo per Hospice) | Registro degli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria (con descrizione e data degli interventi effettuati) | SI/NO/NP |
| ES 2.2.4 | È adottata una procedura di programmazione degli acquisti di apparecchiature biomediche e dispositivi medici | SI/NO |
| Inventario annuale delle apparecchiature biomediche | SI/NO |
| Adozione di un piano di manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature biomediche | SI/NO |
| Procedure per garantire l’uso sicuro e appropriato delle apparecchiature biomediche | SI/NO |
|  | Note: |  |
|  | **Gestione, valutazione e miglioramento della qualità** |  |
| ES 2.2.5.c | Presenza di sistemi atti a rilevare il grado di soddisfazione dell’utenza da parte di utenti o familiari | SI/NO |
| AC 3.2.4.b | Rilevazione del grado di soddisfazione almeno annuale rivolta a:* Utenti
* Familiari e/o caregiver
* Lavoratori anche riguardo al benessere lavorativo
 | SI/NO |
| Garantita l’analisi dei dati rilevati e la presa in considerazione delle criticità emerse | SI/NO |
| Garantita la diffusione dei risultati della rilevazione e delle azioni di miglioramento | SI/NO |
| AC 3.2.4.c | Per la prevenzione e gestione dei disservizi sono garantite:* la raccolta e la tracciabilità dei disservizi rilevati
* la predisposizione di azioni di miglioramento
* la diffusione delle azioni di miglioramento, se di interesse collettivo
 | SI/NO |
|  | Note: |  |
|  | **Procedure e protocolli** |  |
| ES 2.2.5.e | Presenza piano di diffusione e di attuazione delle procedure e protocolli in uso | SI/NO |
| Aggiornamento con periodicità almeno triennale | SI/NO |
| Presenza di procedure e protocolli relativi a:* Processi assistenziali rilevanti per la specifica UdO
* Approvvigionamento, conservazione e smaltimento farmaci
* Tracciabilità della somministrazione dei farmaci
* Criteri e modalità di accesso dell’utente (programmazione liste attesa, accoglimento e registrazione), presa in carico e dimissione
* Modalità di prelievo, conservazione e trasporto dei materiali organici
* Modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di strumenti ed accessori
* Modalità di pulizia e sanificazione degli ambienti
* Modalità di compilazione, conservazione, archiviazione della documentazione sanitaria/sociosanitaria (FASAS) e di ogni altra documentazione comprovante l’attività erogata
* Se erogatore di assistenza domiciliare, fornitura diretta dei farmaci e dei dispositivi medici, presidi e ausili, previsti dallo specifico elenco regionale (nota regionale prot. n. 21199 del 23/6/2017 “Seconde indicazioni operative”)
 | SI/NO |
| AC 3.2.4.g | Presenza di procedure e protocolli relativi a:* Sorveglianza e prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza compresa l’adozione di adeguate strategie vaccinali ove ritenute opportune (solo per Hospice)
* Identificazione, segnalazione e gestione degli eventi avversi e degli eventi sentinella
 | SI/NO |
| DGR n. 5918/16(a valere per UCP-dom e Hospice) | Presenza e diffusione di protocolli / programmi formalizzati per:* il controllo del dolore e dei sintomi fisici e psicologici
* la sedazione
* l’alimentazione e l’idratazione
* il nursing
* le principali procedure diagnostiche e terapeutiche
* l’informazione, la comunicazione e il sostegno al paziente e alla famiglia
* l’accompagnamento alla morte e l’assistenza al lutto
* l’audit clinico
* il sostegno psicoemotivo all'equipe da parte di operatori qualificati (momenti formativi, spazi di confronto e lavoro di gruppo, di supervisione e rielaborazione)
 | SI/NO |
| AC 3.2.4.g | Il personale risulta a conoscenza delle procedure e protocolli in uso | SI/NO |
|  | Note: |  |
|  | **Segnaletica e carta dei servizi** |  |
| AC 3.2.4.d | Il soggetto gestore facilita l’accesso alla struttura e alle sue divisioni interne con l’apposizione di una segnaletica visibile anche a distanza e di facile comprensione | SI/NO |
| Il soggetto gestore assicura la definizione e l’utilizzo di strumenti per la comunicazione interna (bacheche, intranet, riunioni periodiche...) | SI/NO |
| ES 2.2.1.c | Presenza di materiale informativo (carta dei servizi) contenente:* le modalità per il concreto esercizio dei diritti dei cittadini
* i criteri per l’accesso alle prestazioni e le modalità di erogazione delle stesse
 | SI/NO |
| AC 3.2.4.a | La carta dei servizi è:* datata e aggiornata
* esposta e a disposizione del pubblico/pubblicata su sito web (se esistente)
 | SI/NO |
| AC 3.2.4.a(a valere per UCP-dom e Hospice) | La carta dei servizi contiene:* descrizione dell’unità d’offerta ( per Hospice: con indicazioni dei posti abilitati, accreditati, a contratto)
* condizioni che danno diritto all'accesso
* criteri di formazione e modalità di gestione della lista di attesa
* criteri di accoglienza (anche con indicazione dell’Unità Operativa o persona incaricata per le visite guidate nella unità d’offerta)
* criteri di presa in carico e dimissioni dell’utente
* definizione delle modalità di erogazione delle prestazioni e delle attività previste
* orario di funzionamento dell’unità d’offerta (per Hospice: orario di visita agli ospiti da parte dei non accompagnatori)
* raggiungibilità dell’unità d’offerta con i mezzi di trasporto ed eventuale disponibilità di un servizio di trasporto della struttura
* strumenti e modalità atti a tutelare i diritti delle persone assistite
* definizione dei tempi di gestione segnalazioni e reclami
* definizione delle indicazioni in caso di dimissioni/trasferimento ad altra struttura e per assicurare la continuità delle cure
* informazioni su strumenti, modalità e tempi di valutazione del grado di soddisfazione degli utenti e caregiver (rispetto alla qualità dei servizi ed alle prestazioni usufruite) e degli operatori, nonché per la rilevazione dei disservizi
* modalità (inclusi i costi) e tempistiche per l’accesso alla documentazione sociosanitaria o per ottenerne il rilascio
* scheda di rilevazione del grado di soddisfazione (utenza/familiari) allegata alla carta dei servizi
* scheda di rilevazione di apprezzamenti/reclami allegata alla carta dei servizi
 | SI/NO |
| Acc 2 (a valere solo per Hospice) | * definizione della modalità di riconoscimento degli operatori
 |  |
|  | Note: |  |
|  | **Sistema informativo** |  |
| ES 2.2.6. | Il soggetto gestore individua i bisogni informativi, predispone le strutture organizzative e le strumentazioni necessarie a garantire la qualità dei dati | SI/NO |
| AC 3.2.5 | Il soggetto gestore si dota di un sistema di contabilità analitica, riferito alla singola UdO, nel rispetto della normativa vigente e delle indicazioni regionali | SI/NO |
|  | Note: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rif.norm.** |  **REQUISITI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI SPECIFICI HOSPICE** **DGR n.2569/2014 - DGR n. 5918/2016** | **Esito** |
|  | **Gestione risorse umane ed economiche** |  |
| DGR n. 5918/16 e nota reg.prot. 21199 del 23/6/2017 | E’ garantita la pronta disponibilità medica sulle 24 ore: * direttamente dall’ente gestore
* mediante condivisione con altre articolazioni organizzative dello stesso ente gestore
* mediante accordi formali con altri erogatori
* mediante accordi nell’ambito della RLCP
 | SI/NO |
| DGR n. 5918/2016 | Individuazione del medico palliativista di riferimento per ogni paziente assistito, responsabile del programma diagnostico-terapeutico del paziente e punto di riferimento del paziente e del suo nucleo familiare | SI/NO |
| DGR n. 5918/2016 | Individuazione all’interno dell’equipe della figura del care manager con funzione di coordinamento di natura gestionale-organizzativa sulle attività assistenziali di uno o più pazienti in carico alla struttura | SI/NO |
| DGR n. 5918/2016 | Individuazione all’interno dell’equipe, per ogni malato assistito, della figura del case manager con funzione di coordinamento del percorso individuale del paziente e del suo nucleo familiare, e di referente della continuità del percorso stesso | SI/NO |
| DGR n. 5918/2016 | Effettuazione di riunioni periodiche di équipe finalizzate alla definizione, verifica o rimodulazione del piano terapeutico/verifica e promozione della qualità dell’assistenza | SI/NO |
| DGR n. 5918/2016 | E’ assicurata l’assistenza spirituale | SI/NO |
|  | Note: |  |
|  | **Documentazione sanitaria/sociosanitaria (FASAS)** |  |
| DGR n. 2569/14ES 2.2.5.dnota reg.prot. 13010 del 13/4/2017 | In fase transitoria, la documentazione sanitaria dovrà essere strutturata secondo le modalità attualmente previste e in uso per l’ambito sanitario e sociosanitario.Sono presenti le sezioni previste:* per l’ambito sanitario sono presenti le sezioni previste dalla DGR n. 4659/13 “Manuale per la gestione della documentazione sanitaria e sociosanitaria”
* per l’ambito sociosanitario, sono presenti:
	+ anamnesi riferite alle diverse aree
	+ analisi e valutazione della situazione del singolo utente e, dove necessario e opportuno, del suo contesto familiare
	+ percorso dell’utente nell’UdO (P.I., Pianificazione, Diari)
	+ modulistica relativa alla tutela della privacy, al consenso informato per i singoli atti sanitari proposti, alla tutela della persona se attivata
 | SI/NO |
| DGR n. 5918/2016 | Servizio di segreteria per almeno 7 ore al giorno, dal lunedì al venerdì con presenza, presso la sede, del personale addetto | SI/NO |
|  | Note: |  |
|  | **Gestione apparecchiature, fornitura farmaci, presidi e ausili** |  |
| DGR n. 5918/2016 | E’ garantita la fornitura diretta dei farmaci e dei dispositivi medici, presidi e ausili, ad esclusione unica­mente per i pazienti affetti da AIDS, dei farmaci “file F” | SI/NO |
|  | Note: |  |

|  |
| --- |
| STANDARD ASSISTENZIALI HOSPICEDGR n. 2569/2014 - DGR n. 5918/2016 |

|  |
| --- |
| **Tabella 1** – Elenco degli operatori ai fini della verifica del possesso del titolo di studio e dell’iscrizione al relativo Albo/Ordine (se prevista) |
| **Cognome e Nome** | **Qualifica** | **Titolo di studio** | **Iscrizione Albo**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Note: |

|  |
| --- |
| **Tabella 2** – Corrispondenza tra Operatori presenti in servizio e turnistica programmata |
| Elenco operatori presenti nel Nucleo (*indicare il Nucleo su cui viene effettuata la verifica*) |
| **Cognome e Nome** | **Qualifica** | **Corrispondenza con turnistica** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| DGR n. 2569/14AC 3.2.3.d | Il personale in servizio corrisponde alla turnistica programmata/alle presenze registrate | SI/NO |

****

****

****

Ospiti presenti in struttura al momento del sopralluogo: \_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rif.norm.** | **Tabella 4 – HOSPICE****Requisiti gestionali della settimana verificata in sede di sopralluogo** | Esito |
| DGR n. 5918/16nota reg.prot. 21199 del 23/6/2017 | È individuata un’équipe multidisciplinare e multiprofessionale in possesso di adeguata formazione ed esperienza, composta da: * medico\*
* infermiere
* OSS
* psicologo \*\*
* assistente sociale \*\*

Sono inoltre assicurate le seguenti figure attivabili in funzione del Piano di Assistenza Individuale / nel rispetto della volontà e della libertà di coscienza del cittadino:* fisioterapista (disponibili anche nell’ambito della RLCP)
* dietista (disponibili anche nell’ambito della RLCP)
* assistente spirituale

\* Le prestazioni mediche possono essere erogate da: * medici specialisti in anestesia, rianimazione e terapia intensiva, ematologia, geriatria, medicina in­terna, malattie infettive, neurologia, oncologia medica, radioterapia, specializzazioni afferenti alla disciplina delle cure palliative
* medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative accreditate che, indipendentemente dal possesso di una specializzazione, sono in possesso di un’esperienza almeno triennale nel campo delle cure palliative, di cui alla Legge 27 dicembre 2013 n. 147 e successivo Decreto Ministeriale 4 giugno 2015, certificata da Regione Lombardia (secondo le disposizioni DGR n. 5341 del 27 giugno 2016)
* medici privi di idonea specializzazione o di certificazione regionale ma adeguatamente formati sui contenuti minimi di cui all’accordo Conferenza Stato Regioni n. 87 del 10 luglio 2014 coerentemente con la DGR n. 5455/2016 e sotto supervisione di un medico in possesso dei requisiti, nella misura massima del 30% dei medici in organico

\*\* Psicologo e assistente sociale: per queste figure professionali la continuità può essere garantita dall’hospice sulla base di accordi tra le unità d’offerta nell’ambito della RLCP, in particolare per la gestione di periodi limitati di assenza dell’operatore dedicato | SI/NO |
| DGR n. 5918/16 | Il medico è presente tutti i giorni della settimana  | SI/NO |
| DGR n. 5918/16 | L’ infermiere è sempre presente sulle 24 ore | SI/NO |
| DGR n. 5918/16 | L’ OSS è sempre presente sulle 24 ore | SI/NO |
| DGR n. 5918/16 e nota reg.prot. 21199 del 23/6/2017 | E’ garantita la continuità delle cure e dell’assistenza dello psicologo e dell’assistente sociale:□ direttamente dall’ente gestore□ mediante condivisione con altre articolazioni organizzative dello stesso ente gestore□ mediante accordi formali con altri erogatori□ mediante accordi nell’ambito della RLCP | SI/NO |
| DGR n. 2569/14ES 2.2.3.b  | Il personale volontario rendicontabile concorre allo standard in misura non prevalente rispetto al restante personale | SI/NO/NP |
|  | Note: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rif.norm.** | **REQUISITI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI SPECIFICI UCP-DOM** **DGR n. 2569/2014 - DGR n. 5918/2016** | **Esito** |
|  | **Requisiti gestionali** |  |
| DGR n. 5918/16nota reg.prot. 21199 del 23/6/2017 | È individuata un’équipe multidisciplinare e multiprofessionale in possesso di adeguata formazione ed esperienza, composta da: * medico\*
* infermiere
* OSS
* psicologo \*\*

Sono inoltre assicurate le seguenti figure attivabili in funzione del Piano di Assistenza Individuale / nel rispetto della volontà e della libertà di coscienza del cittadino:* fisioterapista (disponibili anche nell’ambito della RLCP)
* dietista (disponibili anche nell’ambito della RLCP)
* assistente sociale

\* Le prestazioni mediche possono essere erogate da: * medici specialisti in anestesia, rianimazione e terapia intensiva, ematologia, geriatria, medicina in­terna, malattie infettive, neurologia, oncologia medica, radioterapia, specializzazioni afferenti alla disciplina delle cure palliative
* medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative accreditate che, indipendentemente dal possesso di una specializzazione, sono in possesso di un’esperienza almeno triennale nel campo delle cure palliative, di cui alla Legge 27 dicembre 2013 n. 147 e successivo Decreto Ministeriale 4 giugno 2015, certificata da Regione Lombardia (secondo le disposizioni DGR n. 5341 del 27 giugno 2016)
* medici privi di idonea specializzazione o di certificazione regionale ma adeguatamente formati sui contenuti minimi di cui all’accordo Conferenza Stato Regioni n. 87 del 10 luglio 2014 coerentemente con la DGR n. 5455/2016 e sotto supervisione di un medico in possesso dei requisiti, nella misura massima del 30% dei medici in organico
 | SI/NO |
| DGR n. 5918/16 | Il personale medico ed infermieristico che effettua assistenza domiciliare è dedicato prevalentemente all’attività di Cure Palliative | SI/NO |
|  | Note: |  |
|  | **Continuità assistenziale**  |  |
| DGR n. 5918/16 | Assistenza domiciliare programmata e articolata sette giorni su sette per 10 ore/die dal lunedì al venerdì e 6 ore/die il sabato e i festivi (in ragione delle risposta al bisogno collegata ai PAI e verificabile anche dal documento organizzativo e dalla carta dei servizi) | SI/NO |
| DGR n. 2569/14AC 3.2.2 | È garantita la gestione di eventuali cambi del personale di riferimento | SI/NO |
| DGR n. 5918/16 | La procedura di presa in carico rispetta le seguenti tempistiche:* colloqui di presa in carico entro 24h, in caso di necessità
* prima visita entro 48h dal colloquio, salvo differenti esigenze
* redazione del PAI entro 72h dalla prima visita
 | SI/NO |
|  | Note: |  |
|  | **Gestione risorse umane ed economiche** |  |
| nota reg.prot. 13010 del 13/4/2017 | L’operatore in pronta disponibilità è in grado di garantire di norma l’intervento al domicilio entro 30 minuti | SI/NO |
| DGR n. 5918/16 e nota reg.prot. 21199 del 23/6/2017 | E’ garantita la pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore: * direttamente dall’ente gestore
* mediante condivisione con altre articolazioni organizzative dello stesso ente gestore
* mediante accordi formali con altri erogatori
* mediante accordi nell’ambito della RLCP
 | SI/NO |
| DGR n. 5918/16 | Individuazione all’interno dell’equipe di UCP-Dom del responsabile medico e del responsabile infermieristico | SI/NO |
| DGR n. 5918/16 | Individuazione all’interno dell’equipe del medico palliativista e dell’infermiere di riferimento per ciascun paziente | SI/NO |
| DGR n. 5918/16 | Individuazione all’interno dell’equipe della figura del care manager con funzione di coordinamento di natura gestionale-organizzativa sulle attività assistenziali di uno o più pazienti in carico alla struttura | SI/NO |
| DGR n. 5918/16 | Individuazione all’interno dell’equipe, per ogni malato assistito, della figura del case manager con funzione di coordinamento del percorso individuale del paziente e del suo nucleo familiare, e di referente della continuità del percorso stesso | SI/NO |
|  | Note: |  |
|  | **Gestione apparecchiature, fornitura farmaci, presidi e ausili** |  |
| DGR n. 5918/2016e nota reg.prot. 21199 del 23/6/2017 | La fornitura di farmaci e presidi per l’assistenza domiciliare è garantita dall’ente gestore.I farmaci e i presidi sono:□ stoccati presso il locale ad uso magazzino sanitario□ garantiti, quando necessario, attraverso…………. (*specificare le modalità nelle note)* | SI/NO |
|  | Note: |  |
|  | **Gestione, valutazione e miglioramento della qualità** |  |
| DGR n. 5918/2016e nota reg.prot. 21199 del 23/6/2017 | Servizio di segreteria e front office anche telefonico in caso di assistenza domiciliare per almeno 7 ore al giorno, dal lunedì al venerdì con presenza, presso la sede, del personale addetto | SI/NO |
|  | Note: |  |
|  | **Segnaletica e carta dei servizi** |  |
| DGR n. 5918/16 | Presenza di idonea segnaletica nell’area esterna all’edificio con gli orari di apertura e i riferimenti telefonici | SI/NO |
| DGR n. 5918/16 | Presenza del materiale informativo, che l’equipe consegna a domicilio, completo di:* modalità della reperibilità sanitaria nelle 24 ore e relativi recapiti telefonici
* recapito telefonico e orari di attività della segreteria
* composizione dell'equipe medico infermieristica assegnata
 | SI/NO |
|  | Note:  |  |
|  | **Gestione apparecchiature, fornitura farmaci, presidi e ausili** |  |
| DGR n. 5918/2016e nota reg.prot. 21199 del 23/6/2017 | La fornitura di farmaci e presidi è garantita dall’ente gestoreI farmaci e i presidi sono:□ stoccati presso il locale ad uso magazzino sanitario□ garantiti, quando necessario, attraverso…………. (*specificare le modalità nelle note)* | SI/NO |
|  | Note: |  |

|  |
| --- |
| REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI DI ESERCIZIO E DI ACCREDITAMENTODGR n. 2569/2014 – All.1 |
| **Rif.norm.** | **Area tematica** | **Esito** |
| ES2.3.1. | **Titolo di godimento dell’immobile** | SI/NO |
| UdO realizzata con finanziamenti statali/regionali:(*in caso di finanziamenti statali/regionali indicare la tipologia*) |
| Titolo di godimento dell’immobile sede dell’attività (barrare una delle opzioni):* Proprietà
* Locazione
* Comodato d’uso
* Appalto
* Concessione
* Affitto ramo d’azienda
* Altro (*specificare*)
 |
| Titolo in base al quale è esercitata l'attività (barrare una delle opzioni):* Gestione diretta di un bene non di proprietà
* Gestione diretta di un bene di proprietà
* Concessione
* Altro (*specificare*)
 |
| Scadenza titolo di godimento dell'immobile (nel caso in cui la struttura non sia di proprietà del Gestore):  |
| Dati identificativi del proprietario (se l’immobile sede dell’attività è di proprietà di soggetto diverso dal gestore): (*indicare persona fisica/ragione sociale*) |
| Note:  |
| **Esito delle verifiche relative al possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente** |
| ES 2.3.2.a | **AGIBILITÀ** | SI/NO |
|  | Documentazione esaminata * Certificato di agibilità dei locali rilasciato dal Comune
* Copia protocollata dell'avvenuta richiesta di agibilità
* Copia protocollata della dichiarazione di agibilità di edifici destinati ad attività economiche
* Dichiarazione di fine lavori protocollata dal Comune (solo per edifici esistenti, ove l'intervento di modifica strutturale non richieda nuova agibilità)
* SCAGI (Segnalazione Certificata Inizio Attività per Agibilità) ai sensi dell’art.24, comma 1 del DPR 380/2001 così come modificato dall’art. 3 del D. Lgs n. 222/2016
* Solo per i casi in cui non sia possibile reperire né richiedere l’agibilità, presenza di idonee attestazioni del possesso dei requisiti igienico-sanitari e di sicurezza statica rilasciate da tecnici abilitati
* Altra documentazione idonea a attestare il possesso dell’agibilità *(da indicare nelle note)*
 |  |
|  | Note ed estremi della documentazione esaminata |  |
| ES 2.3.2.b | **PROTEZIONE ANTISISMICA** | SI/NO/NP |
|  | Documentazione esaminata* Collaudo statico ai sensi della Legge 1086/1971 (edifici soggetti)
* Collaudo statico per le parti di nuova costruzione (edifici esistenti – ampliamenti)
* Certificato di idoneità statica dell’intero edificio (edifici esistenti e modifiche senza interventi strutturali)
* Certificato di verifica statica di conformità alla normativa antisismica
* Altra documentazione idonea a attestare il rispetto della normativa antisismica *(da indicare nelle note)*
 | SI/NO |
|  | Nel caso di sede ubicata all’interno di opere ed edifici strategici o rilevanti, scheda analisi e verifiche vulnerabilità sismica* in fase di acquisizione
* acquisita
 | SI/NO/NP |
|  | Note ed estremi della documentazione esaminata *(nel caso sia indicato NP per verifiche vulnerabilità sismica, specificarne le motivazioni)* |  |
| ES 2.3.2.c | **PROTEZIONE ANTINCENDIO** | SI/NO |
|  | Documentazione prevenzione incendi *(barrare una delle opzioni):** Ricevuta SCIA antincendio di cui all’art. 4 del D.P.R. 151/2011, rilasciata dal Comando dei Vigili del Fuoco (solo per cat. C all. 1 D.P.R. 151/201: con dichiarazione di impegno a comunicare l’esito dell'istruttoria dei Vigili del Fuoco)
* CPI (solo per cat. C all. 1 D.P.R. 151/2011)
* Ricevuta rilasciata dal Comando dei Vigili del Fuoco della richiesta di rinnovo periodico di conformità antincendio (art. 5 del D.P.R. 151/2011)
* Dichiarazione di esclusione dall'elenco dell'Allegato 1 del D.P.R. 151/2011
* Altra documentazione idonea a attestare il rispetto della normativa antincendio *(da indicare nelle note)*
 | SI/NO |
|  | Piano delle emergenza per rischio incendi e valutazione del rischio* presenza del piano delle emergenze per rischio incendio (parte del DVR)
* per attività avviate da meno di 90 giorni, in attesa di redazione del DVR, presenza del Documento di valutazione del rischio incendio ai sensi del D.Lgs. 81/2008 ed ottemperanza al DM 10/3/1998
 | SI/NO |
|  | Atto di designazione dei coordinatori e degli addetti delle squadre antincendio con attestati dei relativi corsi obbligatori | SI/NO |
|  | Documentazione attestante l’esecuzione di prove di evacuazione annuali | SI/NO |
|  | Registro dei controlli dei presidi antincendio ai sensi dell’art.4 DM 10/3/1998 e del punto 2 dell’art. 6 DPR 151/2011  | SI/NO |
|  | Note ed estremi della documentazione esaminata |  |
| ES 2.3.2.d | **PROTEZIONE ACUSTICA** | SI/NO/NP |
|  | Presenza del documento di collaudo dei requisiti acustici passivi degli edifici o della porzione di edificio in cui è inserita l’UdO (esclusivamente per nuove costruzioni e ristrutturazioni di edifici esistenti realizzati dall’entrata in vigore del DPCM del 5/12/1997, a partire dal 20/2/1998) |  |
|  | Note ed estremi della documentazione esaminata |  |
| ES 2.3.2.e | **SICUREZZA ELETTRICA E CONTINUITÀ ELETTRICA** | SI/NO |
| Impianti elettrici | Conformità degli impianti elettrici *(barrare una delle opzioni):** Dichiarazione di conformità dell’impianto elettrico completa di progetto ai sensi del D.M. 37/2008
* Dichiarazione di conformità ai sensi della l. 46/90 dell'impianto elettrico completa di progetto ove previsto, ovvero Dichiarazione di rispondenza (impianti eseguiti prima dell’entrata in vigore del D.M. 37/2008)
* Attestazione legge 186/68 per impianti elettrici realizzati antecedentemente alla legge 46/90
 | SI/NO |
| Controlli periodici* Documentati controlli periodici manutentivi con periodicità conforme alle norme tecniche vigenti attestata da idonea documentazione
* Impianto di nuova costruzione, non ancora soggetto a controllo periodico
 | SI/NO |
| Verifica dell’impianto di messa a terra* Verifica dell’impianto elettrico di messa a terra secondo il D.P.R. 462/2001 secondo la periodicità prevista attestata da idonea documentazione (2 o 5 anni)
* Impianto di nuova costruzione, non ancora soggetto a controllo periodico
 | SI/NO |
| Identificazione degli ambienti destinati a uso medico e loro classificazione con corrispondente planimetria vidimata dal responsabile sanitario  | SI/NO |
| Note ed estremi della documentazione esaminata |  |
| Impianti di protezione contro le scariche atmosferiche | Conformità dell’impianto di protezione contro le scariche atmosferiche.Documentazione esaminata:* dichiarazione di autoprotezione redatta da un tecnico abilitato (nel caso l’impianto non sia previsto)
* dichiarazione di conformità dell’impianto di protezione contro le scariche atmosferiche completa di progetto ai sensi del D.M. 37/2008
* altra documentazione idonea a attestare la conformità dell’impianto di protezione contro le scariche atmosferiche *(da indicare nelle note)*
 | SI/NO |
| Verifica dell’impianto di protezione contro le scariche atmosferiche* verifica dell’impianto di protezione contro le scariche atmosferiche secondo il D.P.R. 462/2001 secondo la periodicità prevista attestata da idonea documentazione (2 o 5 anni)
* impianto di nuova costruzione, non ancora soggetto a controllo periodico
 | SI/NO |
| Note ed estremi della documentazione esaminata |  |
| Gruppo elettrogeno | Conformità gruppo elettrogeno (certificato di conformità, certificato di collaudo) | SI/NO/NP  |
| Verifiche periodiche* verifiche periodiche di efficienza e funzionamento attestata da idonea documentazione
* impianto di nuova costruzione, non ancora soggetto a controllo periodico
 | SI/NO/NP  |
| Note ed estremi della documentazione esaminata  |  |
| Dispositivi elettromed. | Elenco completo dei dispositivi elettromedicali in uso con relative conformità CE | SI/NO/NP |
| Verifiche periodiche* verifica periodica dei dispositivi elettromedicali secondo le scadenze previste attestata da idonea documentazione
* dispositivi di nuova costruzione, non ancora soggetti a controlli periodici
 | SI/NO/NP |
|  | Note ed estremi della documentazione esaminata  |  |
| ES 2.3.2.f | **SICUREZZA ANTIINFORTUNISTICA** | SI/NO |
|  | Presenza del DVR o della valutazione dei rischi* presenza del Documento di valutazione dei rischi
* per attività avviate da meno di 90 giorni, in attesa di redazione del DVR, risulta effettuata la valutazione dei rischi
 | SI/NO |
|  | Valutazione dei rischi interferenti* presenza del DUVRI - Documento di valutazione dei rischi da interferenza
* dichiarazione di assenza di lavori, forniture o servizi ai sensi dell’art. 26 DLgs 81/08
 | SI/NO |
|  | Nomina del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione* presenza del documento di nomina del RSPP
 | SI/NO/NP |
|  | Note ed estremi della documentazione esaminata | SI/NO |
| ES 2.3.2.g | **IGIENE E SICUREZZA DEI LUOGHI DI LAVORO** | SI/NO |
| Locali interrati e seminterrati | Autorizzazione in deroga ex art.65 D.Lgs. 81/2008, in caso di utilizzo ai fini lavorativi di locali interrati e seminterrati | SI/NO/NP |
|  | Note ed estremi della documentazione esaminata |  |
| Impianti di sollevamento | Per ciascun impianto di sollevamento di pertinenza/al servizio dell’unità d’offerta sono presenti (alternativamente):* matricola ascensori/montacarichi rilasciata dal competente ufficio comunale (per impianto nuovo)
* verifiche periodiche ai sensi del DPR n 162/99 attestate da idonea documentazione (per impianti esistenti)
 | SI/NO/NP |
| Presenza di ascensori e montalettighe con certificazione di idoneità degli ascensori all’utilizzo come vie di fuga in caso di incendio  | SI/NO/NP |
| Note ed estremi della documentazione esaminata  |  |
| Impianto idro-termo-sanitario | Conformità impianto idro-termo-sanitario (dichiarazione di conformità ai sensi del DM 37/2008 o L. 46/90) | SI/NO/NP |
| Copia denuncia INAIL – Dipartimento tecnico (ex ISPESL) della centrale termica, se potenza >35 KW  | SI/NO/NP  |
| Verifiche periodiche, per ciascun impianto di pertinenza/al servizio dell’unità d’offerta* presenza del libretto d’uso e manutenzione e relativi controlli periodici
* impianto di nuova installazione, non ancora soggetto a controllo periodico
 | SI/NO/NP |
| Note ed estremi della documentazione esaminata *(specificare se impianto dell'Udo o impianto centralizzato)* |  |
| Impianto a gas | Conformità impianto a gas (dichiarazione di conformità (ai sensi del DM 37/08 o della Legge 46/90)  | SI/NO/NP  |
| Note ed estremi della documentazione esaminata |  |
| Centrali frigorifere e sterilizzatrici | Denuncia a INAIL di messa in servizio delle centrali frigorifere  | SI/NO/NP |
| Verifica periodica (sulla base dell’all.VII D.Lgs. 81/2008 e delle risultanze del verbale di prima verifica) attestata da idonea documentazione | SI/NO/NP |
| Note ed estremi della documentazione esaminata |  |
| Sterilizzatrici | Denuncia a INAIL di messa in servizio delle sterilizzatrici soggette al DM 329/04 | SI/NO/NP |
| Verifiche periodiche, per ciascun impianto di pertinenza/al servizio dell’unità d’offerta* verifica periodica (sulla base dell’all.VII D.Lgs. 81/2008 e delle risultanze del verbale di prima verifica) attestata da idonea documentazione
* impianto di nuova installazione, non ancora soggetto a controllo periodico
 | SI/NO/NP |
| Note ed estremi della documentazione esaminata |  |
| Legionellosi | Presenza della procedura di autocontrollo per la Legionellosi (che includa gli impianti di produzione di acqua calda/condizionamento con UTA/climatizzazione a split e similari) |  SI/NO/NP |
| Registro, per ogni impianto, con interventi eseguiti e periodicità  | SI/NO/NP |
|  | Note ed estremi della documentazione esaminata  |  |
| ES 2.3.2.h | **PROTEZIONE RADIAZIONI IONIZZANTI** | SI/NO/NP |
|  | Documentazione esaminata (barrare una delle opzioni):* dichiarazione di assenza di sorgenti radioattive/apparecchiature radiodiagnostiche
* idonea documentazione (comunicazione preventiva di pratica radiologica, registro di sorveglianza fisica, manuale di qualità)
 |  |
|  | Note ed estremi della documentazione esaminata  |  |
| ES 2.3.2.i | **ELIMINAZIONE BARRIERE ARCHITETTONICHE** | SI/NO |
|  | Documentazione esaminata (barrare una delle opzioni):* dichiarazione, rilasciata dal tecnico progettista, del superamento delle barriere architettoniche ai sensi della Legge 13/1989 e D.M. 236/1989
* dichiarazione presente nella documentazione di agibilità
 |  |
|  | Note ed estremi della documentazione esaminata  |  |
| ES 2.3.2.j | **SMALTIMENTO RIFIUTI SANITARI**(obbligatorio per tutte le strutture socio sanitarie in cui si producono rifiuti sanitari) | SI/NO/NP |
|  | Contratto con ditta autorizzata allo smaltimento dei rifiuti sanitari a rischio infettivo in corso di validità e relativa documentazione degli avvenuti smaltimenti | SI/NO/NP |
|  | Verifica della presenza degli idonei contenitori per la raccolta a rischio infettivo | SI/NO/NP |
|  | Verifica della presenza di idoneo spazio di stoccaggio | SI/NO/NP |
|  | Note ed estremi della documentazione esaminata |  |
| ES 2.3.2.k | **IMPIANTO TRATTAMENTO ARIA**  | SI/NO/NP |
|  | Presenza impianto trattamento aria | SI/NO/NP |
|  | Dichiarazione di conformità ai sensi del DM 37/2008 o L. 46/90 degli impianti di trattamento dell’aria  | SI/NO/NP |
|  | Relazione tecnica con indicazione dei parametri termo – igro – volumetrici  | SI/NO/NP |
|  | Documentazione inerente verifiche periodiche manutentive degli impianti secondo un piano di manutenzione definito dal Gestore:□ presenza del piano di manutenzione definito dal Gestore e della documentazione relativa alle verifiche periodiche manutentive□ presenza del piano di manutenzione definito dal Gestore (impianto di nuova installazione non ancora soggetto alle verifiche periodiche manutentive) | SI/NO/NP |
|  | Note ed estremi della documentazione esaminata |  |
| ES 2.3.2.l | **IMPIANTI DISTRIBUZIONE GAS MEDICALI**  | SI/NO/NP |
| nota reg.prot. 13010 del 13/4/2017 | Presenza di* impianto centralizzato distribuzione dei gas medicali
* altre soluzioni tecniche in grado di soddisfare il requisito, anche ricorrendo all’utilizzo di bombole
 | SI/NO/NP |
|  | Dichiarazione di conformità e marcatura CE dell’impianto | SI/NO/NP |
|  | Documentazione inerente verifiche e manutenzioni periodiche dell’impianto | SI/NO/NP |
|  | Note ed estremi della documentazione esaminata |  |
| ES 2.3.2.m | **MATERIALI ESPLODENTI** | SI/NO/NP |
|  | Verificata tramite (barrare una delle opzioni):* Dichiarazione di assenza di materiali esplodenti
* Idonea documentazione (permesso prefettura, Certificato Prevenzione Incendi)
 |  |
|  | Note: |  |
|  |  |  |
| Per le strutture in esercizio, la verifica dei luoghi e delle destinazioni d’uso è pienamente conforme agli spazi e luoghi approvati in sede di autorizzazione/DIA/SCIA o formale comunicazione di modifica dell’articolazione degli spazi ai sensi dell’allegato 2, punto 2.3.3 della DGR n. 2569/14 così come modificato dalla DGR n. 4702/2015, Sub allegato 9, anche con riferimento alle planimetrie agli atti | SI/NO |
| Note: |

|  |  |
| --- | --- |
| Conformità allo stato dei luoghi delle planimetrie presentate con istanza | SI/NO |
| Note: |
|  |  |  |
| **REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI SPECIFICI HOSPICE** DGR n. 5918/2016 |
| **Rif.norm** | **Area tematica** | **Esito** |
|  | **Caratteristiche costruttive** |  |
| DGR n. 5918/16 | **Capacità ricettiva complessiva** *(barrare l’opzione pertinente)** Esercizio: 8- 30 p. l. organizzato in nuclei
* Accreditamento: 8-20 p.l. organizzato in nuclei
 | p.l. complessivi: ­­\_\_\_\_\_\_ | SI/NO |
| Capacità ricettiva di ogni nucleo |  |
| Nucleo: *Indicare nome e piano* | p.l. del nucleo: |  |
| Nucleo: *Indicare nome e piano* | p.l. del nucleo: |  |
| DGR n. 5918/16 | Localizzazione Hospice (*barrare l’opzione pertinente*):* Struttura a se stante
* Collocata all’interno di altra struttura autorizzata:
* Struttura ospedaliera
* Struttura residenziale del sistema sociosanitario
 | SI/NO |
|  | Note: |  |
|  | **Area destinata alla residenzialità** |  |
|  | **Camere**  |  |
| DGR n. 5918/16 | Camere soggette a SCIA o variazione (come da planimetria)totale camere: n. \_\_\_\_\_ |  |
| Tutte le camere sono dotate di:* 1 posto letto
* dimensioni minime di 9 mq
* letto o poltrona letto per la permanenza notturna di un accompagnatore
* servizio igienico attrezzato di ausili per la non autosufficienza
* tavolo per consumare i pasti
 | SI/NO |
|  | Note: |  |
|  | **Servizi di Nucleo**  |  |
| DGR n. 5918/16 | Sono presenti in ogni nucleo:* locale di postazione per il personale di assistenza in posizione idonea (anche coincidente con medicheria, se ampiezza idonea)
* deposito sporco dotato di vuotatoio e lavapadelle
 | SI/NO |
| DGR n. 5918/16 | Sono presenti, anche in condivisione con altri nuclei posti sullo stesso piano:* tisaneria o cucina
* soggiorno polivalente/spazi equivalenti da destinare a diverse attività (ristorazione, conversazione, lettura, ecc.)
* servizi igienici per personale
 | SI/NO |
|  | Sono presenti, anche in condivisione tra due nuclei contigui o situati al massimo su due piani sovrapposti e idoneamente collegati:* Ambulatorio – medicheria
* Deposito per attrezzature, carrozzine e materiali di consumo
* Deposito biancheria pulita
 | SI/NO |
|  | Note: |  |
|  | **Area destinata alla valutazione e alle terapie** |  |
| DGR n. 5918/16nota reg.prot. 13010 del 13/4/2017 | Sono presenti i seguenti locali, condivisibili con la struttura in cui è collocato l’Hospice, purché funzionalmente adeguati:* Locale per la preparazione/manipolazione dei farmaci e preparazioni nutrizionali *(barrare l’opzione pertinente)*
	+ Locale dedicato
	+ Coincidente con ambulatorio-medicheria (se la struttura non utilizza farmaci antiblastici o non è richiesta la preparazione sotto cappa)
* Locale e attrezzature per terapie antalgiche e eventuali prestazioni ambulatoriali, con spazio per l’attesa dei pazienti che non intralci i percorsi
* Locali per prestazioni in regime diurno, dotati di apposito spazio per l’attesa dei pazienti senza intralcio dei percorsi con idonee attrezzature e lettino tecnico (qualora previste)
* Locali per i colloqui con il personale
* Locale deposito sporco
* Locale deposito pulito e attrezzature
 | SI/NO |
|  | Note *(specificare gli eventuali locali in condivisione):* |  |
|  | **Area generale di supporto** |  |
| DGR n. 5918/16 | Sono presenti i seguenti locali, condivisibili con la struttura in cui è collocato l’Hospice, purché funzionalmente adeguati:* Ingresso con portineria, telefono e spazio per le relazioni con il pubblico
* Servizi igienici per parenti e visitatori
* Spogliatoio per il personale con servizi igienici
* Spogliatoio e locali di sosta e lavoro per il personale volontario
* Locali per riunioni di equipe
* Camere mortuarie in numero idoneo (raccomandato 1 ogni 8 letti)
* Spazio per i dolenti
* Sala per il culto
* Locale per uso amministrativo
* Cucina, dispensa e locali accessori per lavanderie e stireria:
	+ gestiti in proprio
	+ gestiti in appalto, purché presenti locali di stoccaggio o di temporaneo deposito o di riscaldamento dei cibi, di supporto alle ditte esterne

*(specificare le eventuali attività gestite in appalto: …………………)** Magazzini
 | SI/NO |
|  | Note *(specificare gli eventuali locali in condivisione):* |  |
|  | **Requisiti tecnologici specifici** |  |
| DGR n. 5918/16 | Requisiti minimi impiantistici :* Impianto di riscaldamento o climatizzazione
* Impianto di illuminazione di emergenza
* Impianto di forza motrice nelle camere con almeno una presa
* Impianto di chiamata con segnalazione acustica e luminosa e con segnalazione centralizzata delle chiamate
* Impianto telefonico con disponibilità di telefoni fissi e mobili per i pazienti per ogni nucleo
* Impianto televisivo
 | SI/NO |
| DGR n. 5918/16 | Fattori di sicurezza / prevenzione infortuni:* pavimenti in materiale e superficie antisdrucciolo
* applicazione sostegni e mancorrenti in vista alle pareti e ai servizi igienici
 | SI/NO |
| DGR n. 5918/16 | Dotazioni tecnologiche:* letti speciali con schienali regolabili
* ausili e presidi inclusi:
	+ Materassi e cuscini antidecubito
	+ Carrozzine
	+ Sollevatori trasportatori
	+ Barelle-doccia
	+ Vasche da bagno per disabili
	+ Apparecchiature idonee per la gestione delle terapie
	+ Strumentario per piccola chirurgia
 | SI/NO |
|  | Note: |  |

|  |
| --- |
| **REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI SPECIFICI per UCP-DOM**DGR n. 5918/2016 |
| DGR n. 5918/16nota reg.prot. 21199 del 23/6/2017 | Sede operativa facilmente raggiungibile dall’utenza e funzionale all’attività (*requisito di norma soddisfatto per UCP-Dom operative nel distretto ATS in cui hanno sede e nei distretti confinanti, anche afferenti ad altre ATS)* | SI/NO |
| Presenza di un locale con funzioni disegreteria e front-office per la gestione delle segnalazioni e delle richieste di attivazione nonché per la conservazione della documentazione sanitaria  | SI/NO |
| Presenza di uno o più locale ad uso magazzino sanitario da gestire in conformità alle normative in materia di tenuta di farmaci e presidi sanitari | SI/NO |
| Presenza di locale/i adeguati per i colloqui e le riunioni di équipe | SI/NO |
| Il soggetto gestore assicura disponibilità e buon utilizzo di:* divise e dispositivi di protezione individuale
* mezzi di trasporto per il raggiungimento degli utenti
* adeguati mezzi informatici e di comunicazione
 | SI/NO |
|  | Note: |  |

*Eventuale documentazione acquisita nel corso del sopralluogo:*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Osservazioni: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiarazioni del Legale Rappresentante, del delegato e di altra persona incaricata: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esito dell’ispezione – Valutazione sintetica:

* l’Unità d’Offerta risulta in possesso dei requisiti oggetto di verifica
* l’Unità d’Offerta non risulta in possesso dei requisiti oggetto di verifica
* l’esito della presente istruttoria è subordinata ad ulteriori valutazioni

Documentazione richiesta nel corso del sopralluogo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La documentazione dovrà pervenire, entro e non oltre il \_\_\_\_\_\_\_ al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eventuali ulteriori provvedimenti saranno adottati con atti distinti ai sensi della normativa vigente, con particolare riferimento a quanto disposto dall’art. 27 quinquies della L.R.33/2009 e s.m.i., e ai sensi di quanto indicato nel contratto, laddove sottoscritto.

Il sopralluogo si conclude alle ore \_\_\_\_\_\_.

Il presente verbale compilato in ogni sua parte (*sbarrare o eliminare le eventuali parti non utilizzate*) è redatto in due copie identiche al termine del sopralluogo.

Un originale del presente verbale, costituito da n. \_\_\_ pagine, viene consegnato al Legale Rappresentante/all’incaricato/delegato presente che si impegna a trasmetterlo al Legale Rappresentante.

Per la ATS Per l’Ente Gestore

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Trattamento dei dati 196/03 secondo le specifiche indicazioni aziendali)