

**4.5.HOSPICE**  
Codice: HOSP

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1		(P)	A	Esiste un documento contenente mission, vision, organizzazione, prodotti/servizi erogati, obiettivi, standard e responsabilità, c'è evidenza di una sintesi del documento all'ingresso
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori del documento
	3		(V)	B	C'è evidenza che il documento è stato condiviso con i responsabili delle articolazioni organizzative e con il personale
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito dei risultati ottenuti
2	1	Direzione strutturata	(P)	A	Esiste un documento disciplinante l'organizzazione e il coordinamento delle attività sanitarie con altre strutture e istituzioni pubbliche e private, comprese le associazioni di volontariato
	2		(E)	B	Sono presenti verbali di riunioni tra i soggetti interessati
	3		(V)	C	Sono verificati e valutati i risultati derivanti dagli aspetti di collaborazione con altre strutture ed organizzazioni
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni migliorative messe in atto a seguito dei rapporti di collaborazione
3	1			A	Esiste formalizzazione scritta dei criteri di accesso e delle relative procedure a partire dalle varie fonti di accesso ( Medico medicina generale, Cure Palliative Domiciliari, U.O. per acuti, Residenze sanitarie e socio-sanitarie)
	2		A	I criteri di accesso sono basati, oltre che ovviamente sulla data di richiesta, anche sulla complessità e l'urgenza dei bisogni clinici e sociali	
	3		A	La presenza dei requisiti di ingresso è verificata o confermata da una equipe specialistica multidisciplinare dell'Hospice o delle Cure Palliative Specialistiche domiciliari	
	4		A	Esistono protocolli organizzativi ed assistenziali finalizzati alla integrazione della struttura Hospice e delle unità operative di cure palliative domiciliari nella Rete delle Cure palliative aziendale e regionale.	
	5		B	Esiste evidenza della applicazione dei protocolli organizzativi ed assistenziali	
	6		A	I malati ed i loro familiari sono informati della possibilità di ricevere Cure Palliative specialistiche anche a domicilio o in altro Hospice	
	7		A	I malati per cui il ricovero è rimandato sono inseriti in una lista di attesa ciascuno con data di richiesta e classificazione di priorità	
	8		A	Esiste documentazione della gestione delle liste d'attesa	
	9			A	Esiste un protocollo organizzativo di collegamento funzionale della struttura Hospice con la Rete per le Cure Palliative e Terapia del dolore Pediatrica in ambito aziendale e regionale
				B	Esiste evidenza della applicazione del protocollo organizzativo
4	1		(P)	A	E' stato definito l'atto di programmazione relativo alla gestione e organizzazione delle risorse umane, aggiornato annualmente.
	2		(E)	A	Sono applicati i criteri relativi a reclutamento/tournover, organizzazione e gestione del personale
	3		(V)	B	E' verificato che quanto è stato pianificato è stato attuato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
5	1	Gestione risorse umane e organizzazione	(P)	A	Esiste un atto/ regolamento contenente i criteri di attribuzione di compiti e responsabilità
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori dell'atto relativo alla graduazione delle funzioni (bacheche, fogli informativi, etc.)
	3		(V)	B	E' verificato che quanto è stato pianificato è stato realizzato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
6	1		(P)	A	E' pianificato l' inserimento del neo assunto/trasferito
	2		(E)	A	E' applicata la procedura di affiancamento del personale neo assunto/ trasferito
	3		(V)	B	Sono presenti report di valutazione del raggiungimento degli obiettivi pianificati
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento in base ai risultati ottenuti
7	1	Formazione e aggiornamento del personale	(P)	A	Esiste il piano di formazione strategico annuale in riferimento ai bisogni formativi e agli obiettivi strategici, innovativi e specifici aziendali e regionali
	2		(E)	B	C'è evidenza della messa in atto del piano di formazione
	3		(V)	B	Sono presenti report di verifica annuale tra quanto programmato e realizzato
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento da predisporre nel piano formativo
8	1			A	La formazione include percorsi sulla comunicazione e sul supporto psicologico nelle cure di fine vita con il coinvolgimento delle scienze umane e sociali nella fase di terminalità
	1		(P)	A	E' stata pianificata la creazione di dossier formativi individuali e di gruppo
	2		(E)	B	I dossier formativi individuali e di gruppo vengono aggiornati periodicamente
	3		(V)	B	I dossier formativi individuali e di gruppo vengono valutati annualmente per verificarne la coerenza con la programmazione aziendale e lo sviluppo professionale
9	1			C	Sono attuate azioni mirate a migliorare la coerenza con gli obiettivi aziendali e di sviluppo professionale
	1		(P)	A	E' presente il documento di pianificazione dei flussi informativi in riferimento a compiti, funzioni e responsabilità
	2		(E)	B	I flussi informativi sono gestiti in base alla pianificazione effettuata
	3		(V)	B	E' attuata la verifica annuale sulle attività pianificate e attuate
10	1	Sistema informativi		C	E' predisposto il miglioramento e l'adeguamento delle attività in ordine a variare e nuove esigenze aziendali
	1		(P)	A	Sono previste procedure di raccolta e gestione dati e documenti
	2		(E)	B	Sono attuate le procedure di raccolta e gestione dei dati e della documentazione anche attraverso scheda/sistema informatizzato
	3		(V)	B	E' monitorata l'applicazione delle procedure attraverso report

	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito di verifica
11	1		(P)	A	Sono presenti protocolli che garantiscano la tutela della privacy e la qualità dell'informazione
	2		(E)	A	Sono attuate procedure di accesso, di gestione di informazioni e di conservazione dei dati informatici
	3		(V)	B	Sono valutati i report di verifica periodica dell'attuazione dei protocolli e di valutazione del rischio sulla perdita dei dati informatici
	4		(PM)	C	Sono messi in atto azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
12	1	Presenza in carico e dimissioni		A	E' stato identificato per ogni ospite un case-manager responsabile del piano individuale di assistenza e dei rapporti con i familiari
	1		B	Esiste documentazione del programma terapeutico assistenziale individualizzato	
	A		E' identificata per ogni ospite una persona che lo rappresenta per quanto riguarda confidenzialità delle informazioni, consenso ai trattamenti, gestione delle finanze e dei beni personali		
1	A		Il programma terapeutico assistenziale prevede: valutazione multidisciplinare finalizzata alla individuazione dei bisogni assistenziali, con particolare riguardo verso quelli della sfera fisica, psicoemozionale, sociale e spirituale; la formulazione del piano di intervento; la verifica della sua attuazione: la rivalutazione periodica del piano		
1	B		La valutazione specialistica multiprofessionale del paziente viene effettuata con strumenti di misura e monitoraggio adeguati? (test, schede, scale)		
13	1			A	Esiste un protocollo per la dimissione del paziente
14	1			A	E' garantita l'attività di formazione dei familiari e di consulenza organizzativa per sostenere programmi di dimissione a domicilio
15	1		Qualità (assistenza ai pazienti)	(P)	A
	2	(E)		A	Esiste evidenza dell'applicazione dei protocolli
	3	(V)		B	Il Responsabile della Struttura effettua il monitoraggio periodico (almeno annuale) dell'applicazione dei Protocolli
	4	(PM)		C	Il Responsabile della Struttura mette in atto azioni di miglioramento sulla base delle verifiche effettuate e degli eventuali aggiornamenti dei Protocolli
16	1		A	E' stato definito un protocollo di comunicazione con il paziente e con i familiari e / o altre persone di riferimento	
17	1		A	E' stato definito un protocollo di supporto al lutto	
18	2		B	E' garantito un programma di sostegno psicologico ai familiari	
19	1	Qualità (Rischio clinico)	(P)	A	Il Responsabile della Struttura ha attivato i gruppi di lavoro (con azioni e responsabilità) sui seguenti rischi: 1. infezioni nosocomiali, 2. piaghe da decubito, 3. somministrazione dei farmaci
	2		(E)	A	È attuato il piano di gestione del rischio delle infezioni nosocomiali, piaghe da decubito e somministrazione dei farmaci
	3		(V)	B	Viene valutato il report di verifica tra quanto pianificato e realizzato
	4		(PM)	C	Sono previste azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
20	1	Qualità (Cartella clinica)	(P)	A	E' stato pianificato un sistema di verifica della qualità delle cartelle cliniche, con criteri riferiti a: documentazione della completezza del percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo-assistenziale, integrazione delle attività medico-infermieristiche, identificabilità delle responsabilità delle attività svolte, documentazione, leggibilità, trasferimento in altra struttura extraospedaliera o ospedaliera, caratteristiche della lettera di dimissione
	2		(E)	B	Sono diffusi i criteri e le modalità operative previste nel documento di pianificazione
	3		(V)	B	È verificato lo stato di attuazione dei criteri su un campione di cartelle cliniche
	4		(PM)	B	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche
21	1	Qualità (Soddisfazione pazienti)	(P)	A	Sono state pianificate indagini per valutare aspettative e qualità percepita dai familiari. Nella pianificazione sono state coinvolte le associazioni di tutela dei pazienti
	2		(E)		Vengono effettuate, almeno annualmente, indagini sulle aspettative e qualità percepita dai familiari
	3		(V)	B	Il risultato delle indagini di soddisfazione dei familiari sono valutate congiuntamente con le associazioni di tutela dei pazienti
	4		(PM)	C	Vengono predisposte azioni migliorative sulla base dei risultati delle indagini di soddisfazione dei familiari
22	2	Volontariato		B	E' formalizzata la collaborazione con associazioni di volontariato in cure palliative
	2		B	E' utilizzata nella struttura la attività di volontari in cure palliative	
	3		C	Viene attuato un programma di formazione per volontari in cure palliative	
	4		C	I volontari usufruiscono di spazi riservati nella struttura	