

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 8 aprile 2020, n. U00051

Modifiche ed integrazioni al Decreto del Commissario ad Acta n. U0008 del 10.2.2011 in materia di requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie.

OGGETTO: Modifiche ed integrazioni al Decreto del Commissario ad Acta n. U0008 del 10.2.2011 in materia di requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie.

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

VISTI:

- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018 con la quale il Presidente della Regione Lazio Dott. Nicola Zingaretti è stato nominato Commissario ad Acta per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel piano di rientro dai disavanzi regionali nel settore sanitario;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 271 del 5/6/2018 concernente *“Conferimento dell’incarico di Direttore della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria ai sensi del regolamento di organizzazione 6 settembre 2002, n. 1. Approvazione schema di contratto”* con la quale è stato conferito l’incarico di Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione sociosanitaria al Dott. Renato Botti;
- la Legge 7 agosto 2015, n.124 *“Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”*;
- il Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni ed integrazioni;
- il Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;
- la Legge Regionale 3 marzo 2003, n. 4, e successive modifiche e integrazioni;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U0008 del 10 febbraio 2011 con il quale sono stati modificati i requisiti minimi approvati con il DCA n. 90/2010;
- il Regolamento Regionale 6 novembre 2019, n.20
- il Decreto del Commissario ad Acta n.U00461 del 15 novembre 2013 con il quale è stata recepita l’intesa tra il Governo e le Regioni sul documento del Ministero della Salute che definisce i requisiti minimi e le modalità organizzative di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore;
- il Decreto del Commissario ad Acta n.U00169 del 22 maggio 2014 con il quale è stato Individuato il Centro di Riferimento di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatrico e relativo Hospice Pediatrico.

CONSIDERATO che:

- il Regolamento Regionale 6 novembre 2019, n.20 stabilisce che in caso di voltura dell’autorizzazione all’esercizio ai sensi dell’articolo 9 della L.R. 03 Marzo 2003, n.4 alla richiesta venga allegata una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà del subentrante in ordine al possesso dei requisiti soggettivi;
- il Decreto del Commissario ad Acta n.U00461 del 15 novembre 2013 ha demandato alla competente Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria la valutazione relativa all’attuazione della sopracitata Intesa sulla organizzazione delle reti e dei servizi assistenziali esistenti nonché la programmazione di interventi diretti ad assicurare la nuova organizzazione nella quale è ricompresa la Rete di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatrica che prevede la disponibilità di risorse residenziali quali l’Hospice Pediatrico;

- il Decreto del Commissario ad Acta n.U00169 del 22 maggio 2014 ha subordinato la realizzazione e l'inizio dell'attività della struttura residenziale di hospice pediatrico, ivi individuata, all'espletamento delle procedure di autorizzazione e accreditamento previste dalla normativa vigente;
- l'Ufficio Cure Primarie e Intermedie dell'Area Rete Integrata del Territorio con nota prot. n.912103 del 12 novembre 2019 ha trasmesso all'Area Autorizzazione, Accreditamento e Controlli uno specifico Documento Tecnico denominato "*Centro Residenziale per cure palliative pediatriche – hospice pediatrico*" elaborato da un gruppo di lavoro composto da rappresentanti del Centro di riferimento di Cure Palliative individuato dal DCA n.U00169 del 22 maggio 2014, da pediatri esperti di cure palliative, nonché da referenti delle competenti Aree Regionali, e che tale documento riporta anche i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi minimi autorizzativi per l'esercizio dell'attività sanitaria relativa all'Hospice Pediatrico;
- l'Ordine dei Tecnici Sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche della riabilitazione e della prevenzione di Roma e provincia con nota prot. n. 765 del 2019 registrata al protocollo regionale numero 360497 del 13 maggio 2019 ha rappresentato la necessità di procedere "*alla rivisitazione dei requisiti necessari (fra i quali la dotazione strumentaria) occorrente per l'apertura di un presidio di diagnostica per immagini progettato e strutturato per svolgere un'attività specialistica per una singola branca*"
- l'Ordine Provinciale di Roma dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri con nota del 13 giugno 2019 ha rappresentato che in seguito alla specializzazione della medicina "*sono state introdotte in commercio delle apparecchiature più attente alla tutela della salute del cittadino/paziente senza però ridurre la qualità degli esami*" permettendo così "*...una migliore diagnosi*" e che, soprattutto "*nel campo odontoiatrico si realizzano dei centri radiologici specifici per l'odontoiatria con apparecchiature semplificate, minore assorbimento di radiazioni per il cittadino/paziente, migliore immagine*"

RITENUTO necessario, per quanto sopra rappresentato provvedere a:

- integrare i requisiti di carattere generale per tutte le strutture sanitarie e socio sanitarie dell'Allegato C al DCA n. U0008 del 10 febbraio 2011 con i requisiti soggettivi che devono essere garantiti da ogni soggetto giuridico, persona fisica o giuridica, che intraprende l'attività sanitaria e/o socio sanitaria, oltre che dai direttori di struttura, come riportati nell'Allegato 1 al presente decreto "*0.4 Requisiti soggettivi*";
- integrare i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi autorizzativi per l'esercizio dell'attività sanitaria relativi ai Centri residenziali per cure palliative (Hospice) di cui al punto 4.5 dell'Allegato C al DCA n. U0008 del 10 febbraio 2011 con quelli di cui al Documento Tecnico denominato "*Centro Residenziale per cure palliative pediatriche – hospice pediatrico*" – Allegato 2 al presente decreto;
- modificare i requisiti tecnologici dei "Presidi di diagnostica per immagini", di cui al punto 3.2.2. dell'allegato "C" del DCA n. 8/2011, per adeguarli all'evoluzione tecnologica intervenuta nel campo della diagnostica per immagini che consentono la realizzazione di centri radiologici monospecialistici con apparecchiature semplificate, con minore assorbimento di radiazioni per il paziente e migliore definizione delle immagini radiologiche e, pertanto, modificare l'allegato "C" del DCA n. U0008 del 10 febbraio 2011, al paragrafo 3.2.2. "Requisiti Tecnologici" dei Presidi di Diagnostica per Immagini sostituendo il periodo:

“Le strutture che erogano prestazioni di diagnostica monospecialistica o di diagnostica plurispecialistica devono possedere requisiti tecnologici adeguati alla complessità delle prestazioni erogate.

La dotazione strumentale deve comprendere:

- *un generatore trifase, preferibilmente ad alta frequenza, di potenza non inferiore a 30KW e tavolo di controllo e comando;*
- *un tavolo radiografico preferibilmente ribaltabile, telecomandato, con serigrafo, Potter Bucky, intensificatore di brillantezza con circuito televisivo;*
- *un tubo radiogeno a doppio fuoco anodo rotante.....”*
- *l'attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardiopolmonare di base di cui è controllata la funzionalità e relativi farmaci;*
- *un adeguato sistema di sviluppo e/o stampa;*
- *apparecchio radiologico portatile, limitatamente alle strutture di ricovero”*

con il periodo:

“Le strutture che erogano prestazioni di diagnostica monospecialistica o di diagnostica plurispecialistica devono possedere requisiti tecnologici adeguati alla complessità delle prestazioni erogate.

La dotazione strumentale deve comprendere, ove necessario :

- *un generatore trifase, preferibilmente ad alta frequenza, di potenza non inferiore a 30KW e tavolo di controllo e comando;*
- *un tavolo radiografico preferibilmente ribaltabile, telecomandato, con serigrafo, Potter Bucky, intensificatore di brillantezza con circuito televisivo;*
- *un tubo radiogeno a doppio fuoco anodo rotante.....”*

Devono essere, inoltre presenti:

- *l'attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardiopolmonare di base di cui è controllata la funzionalità e relativi farmaci;*
- *un adeguato sistema di sviluppo e/o stampa;*
- *apparecchio radiologico portatile, limitatamente alle strutture di ricovero”*

DECRETA

per le motivazioni in premessa riportate, che si intendono integralmente richiamate, di disporre:

1. L'integrazione dei requisiti di carattere generale per tutte le strutture sanitarie e socio sanitarie dell'Allegato C al DCA n. U0008 del 10 febbraio 2011 con i requisiti soggettivi di cui all'Allegato 1 al presente decreto “ 0.4 Requisiti soggettivi”;
2. L'integrazione dei requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi minimi autorizzativi per l'esercizio dell'attività sanitaria relativi ai Centri residenziali per cure palliative (Hospice) di cui al punto 4.5 dell'Allegato C al DCA n. U0008 del 10 febbraio 2011 con quelli di cui al Documento Tecnico denominato “Centro Residenziale per cure palliative pediatriche – hospice pediatrico” – Allegato 2 al presente decreto;
3. La modifica dell'allegato “C” del DCA n. U0008 del 10 febbraio 2011, paragrafo 3.2.2. “Requisiti Tecnologici” dei Presidi di Diagnostica per Immagini sostituendo il periodo:
:

“Le strutture che erogano prestazioni di diagnostica monospecialistica o di diagnostica plurispecialistica devono possedere requisiti tecnologici adeguati alla complessità delle prestazioni erogate.

La dotazione strumentale deve comprendere:

- *un generatore trifase, preferibilmente ad alta frequenza, di potenza non inferiore a 30KW e tavolo di controllo e comando;*
- *un tavolo radiografico preferibilmente ribaltabile, telecomandato, con serigrafo, Potter Bucky, intensificatore di brillantezza con circuito televisivo;*
- *un tubo radiogeno a doppio fuoco anodo rotante.....”*
- *l'attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardiopolmonare di base di cui è controllata la funzionalità e relativi farmaci;*
- *un adeguato sistema di sviluppo e/o stampa;*
- *apparecchio radiologico portatile, limitatamente alle strutture di ricovero”*

con il periodo:

“Le strutture che erogano prestazioni di diagnostica monospecialistica o di diagnostica plurispecialistica devono possedere requisiti tecnologici adeguati alla complessità delle prestazioni erogate.

La dotazione strumentale deve comprendere, ove necessario :

- *un generatore trifase, preferibilmente ad alta frequenza, di potenza non inferiore a 30KW e tavolo di controllo e comando;*
- *un tavolo radiografico preferibilmente ribaltabile, telecomandato, con serigrafo, Potter Bucky, intensificatore di brillantezza con circuito televisivo;*
- *un tubo radiogeno a doppio fuoco anodo rotante.....”*

Devono essere, inoltre presenti:

- *l'attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardiopolmonare di base di cui è controllata la funzionalità e relativi farmaci;*
- *un adeguato sistema di sviluppo e/o stampa;*
- *apparecchio radiologico portatile, limitatamente alle strutture di ricovero”*

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) decorrenti dalla data di notifica.

IL PRESIDENTE
Nicola Zingaretti

ALLEGATO 1

0.4 REQUISITI SOGGETTIVI

L'attività sanitaria, pur se esercitata sotto forma di impresa, è primariamente un'attività protetta, sottoposta al rilascio di espressa autorizzazione che deve presupporre, oltre alla presenza di requisiti oggettivi (strutturali, tecnologici, organizzativi), anche soggettivi di professionalità e onorabilità.

I soggetti che presentano istanza, pertanto, devono possedere, ove sussista l'obbligo, il titolo professionale abilitante all'esercizio dell'attività sotto forma di studio professionale, ovvero l'iscrizione in C.C.I.A.A. o al R.E.A. in relazione all'attività statutaria finalizzata all'esercizio dell'attività sanitaria.

Oltre a quanto sopra, i requisiti di onorabilità sono riconducibili all'assenza di:

1. cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dall'art. 67 del D. Lgs. n. 159/2011 e successive modificazioni ed integrazioni, nei confronti della persona fisica o, se giuridica, nei confronti degli altri amministratori o dei legali rappresentanti
2. pronuncia di sentenza definitiva o decreto penale di condanna divenuto irrevocabile o di sentenza di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale per uno dei reati elencati:
 - all'art. 80, comma 1, lettere a), b), b bis) c), d), e), f), g) D. Lgs. 50/2016;
 - contro la Pubblica Amministrazione oltre quelli di cui al punto 1 (libro II, titolo II c.p.);
 - contro l'ordine pubblico oltre quelli di cui al punto 1. (libro II, titolo V c.p.);
 - contro l'incolumità pubblica (libro II, titolo VI c.p.);
 - contro l'ambiente (libro II, titolo VI bis c.p.);
 - contro la fede pubblica (libro II, titolo VII c.p.);
 - contro l'economia pubblica (libro II, titolo VIII);
 - contro il patrimonio oltre quelli di cui al punto 1 (libro II, titolo XIII);
3. dichiarazione di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo, salvo il caso di concordato con espressa autorizzazione alla continuità aziendale;
4. sanzioni penali divenute definitive, conseguenti a reati tributari, intervenute nei confronti delle persone giuridiche da autorizzare o autorizzate, del legale rappresentante/amministratore, di azionisti o titolari di quote superiori al 15%;
5. sanzioni penali o amministrative per violazione del decreto legislativo n. 81/2008 e s.m.i., con provvedimento definitivo nei confronti della persona fisica, della persona giuridica o del legale rappresentante di quest'ultima;
6. sanzioni penali per violazione della legislazione in materia di assistenza e previdenza sociale, con provvedimento definitivo nei confronti della persona fisica, della persona giuridica o del legale rappresentante di quest'ultima;
7. inosservanza della vigente normativa in materia di pari opportunità, disabilità e tutela delle categorie protette ove applicabili (es. L. 68/1999) da parte della persona fisica o giuridica;
8. sussistenza di causa ostativa di incompatibilità o di conflitto di interessi che renda illegittimo lo svolgimento dei servizi e delle prestazioni sanitarie da parte della persona fisica o giuridica;
9. mancata comunicazione di procedimenti penali pendenti nei confronti del soggetto erogatore di attività sanitaria o del rappresentante legale/amministratore, azionisti o titolari di quote societarie superiori al 15%;
10. sussistenza di condanne passate in giudicato per la produzione di documenti falsi ed autocertificazioni false, anche al fine di ottenere l'aggiudicazione di servizi o prestazioni da parte della persona fisica o giuridica;

11. emissione di sanzione interdittiva nei confronti dell'impresa di cui all'articolo 9, comma 2, lettera c) del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231 o altra sanzione che comporta il divieto di esercizio, compresi i provvedimenti interdittivi di cui all'articolo 14 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81.

A tal fine il soggetto deve sottoscrivere ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa), una dichiarazione sostitutiva di certificazione o di notorietà conforme ai modelli approvati con determinazione della direzione regionale competente al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio.

ALLEGATO 2

4.5bis CENTRO RESIDENZIALE PER CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE ó HOSPICE PEDIATRICO

Finalità e destinatari

Nell'ambito delle cure palliative pediatriche l'hospice è deputato alla gestione delle *...situazioni più complesse, che richiedono l'intervento continuativo di professionisti esclusivamente dedicati alle cure palliative pediatriche, operanti in equipe multi-professionali specifiche (terzo livello o livello di cure palliative specialistiche)*.¹ ö, rappresentando la risposta organizzativa alternativa alla degenza in ospedale e preparatoria della cura prestata a domicilio. ö Non si connota come un reparto ospedaliero, ma piuttosto come una *öcasa per bambiniö*, dove siano rispettate le relazioni e l'ambiente familiare, accolte le istanze di privacy, socialità, promozione dello sviluppo e della qualità della vita del minore, anche attraverso aperture ed interazioni con la rete istituzionale operante nell'area ove esso insiste. Deve prevedere spazi diversificati dedicati ai neonati-lattanti, ai bambini e agli adolescenti.

Il ricovero in Hospice può verificarsi in tre circostanze:

- a. in fase di deospedalizzazione, quale soluzione temporanea, finalizzata all'ulteriore stabilizzazione delle condizioni del minore ed al completamento dell'organizzazione dell'assistenza domiciliare;*
- b. in fase di assistenza domiciliare, quale soluzione temporanea finalizzata a fornire alla famiglia un periodo di sollievo o a permettere una revisione del Piano Assistenziale che necessiti di un monitoraggio più stretto;*
- c. in fase di deospedalizzazione, quale ambito assistenziale prescelto a causa dell'impossibilità di offrire assistenza domiciliare per motivi di natura ambientale, clinico o socio-assistenziale.*

L'attività svolta è prevalentemente di cure palliative specialistiche, rivolta a minori con bisogni assistenziali complessi ed impegnativi e può essere effettuata sia in regime di ricovero che in regime di day-hospice o ambulatoriale a seconda delle circostanze. Il personale è pertanto costituito da una equipe multiprofessionale, numericamente proporzionata al numero dei posti letto e alla complessità della casistica, esperta in cure palliative per i minori e competente in prestazioni e percorsi assistenziali di presa in carico ad alta complessità. Le prestazioni svolte devono rispondere ai bisogni del neonato, bambino, dell'adolescente [1] ö (DGR 87/2010).

È pertanto, un servizio di tipo residenziale per l'assistenza in ricovero temporaneo di pazienti pediatrici affetti da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, per i quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non è possibile o appropriata e, in special modo, per pazienti affetti da malattie life-limiting o life-threatening che necessitano di assistenza palliativa e di supporto.

Le Cure Palliative in hospice, sono costituite, pertanto, da un complesso integrato di prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici oltre che da prestazioni sociali, tutelari ed alberghiere, nonché di sostegno spirituale. L'assistenza medica, infermieristica e la presenza di operatori socio sanitari è garantita in via continuativa sulle ventiquattro ore, sette giorni su sette. Con questa struttura di base collaborano, in rapporto ai bisogni del malato e della famiglia, psicologi, assistenti sociali nonché le altre figure professionali ritenute essenziali per assicurare il lavoro erogato da équipe multidisciplinari e multiprofessionali. Le equipe multiprofessionali adottano quale strumento di condivisione professionale periodica la riunione d'équipe.

Attività assistenziale (interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali)

Tipologia

- assistenza residenziale: l'insieme degli interventi sanitari, socio-sanitari e assistenziali nelle cure palliative erogati ininterrottamente da équipe multidisciplinari presso una struttura, denominata «hospice»;
- day hospice: l'articolazione organizzativa degli hospice che eroga prestazioni diagnostico-terapeutiche e assistenziali a ciclo diurno non eseguibili a domicilio;
- assistenza specialistica di terapia del dolore: l'insieme degli interventi sanitari e assistenziali di terapia del dolore erogati in regime ambulatoriale, di day hospital e di ricovero ordinario.

L'attività assistenziale

a) si basa sulla presa in carico del malato e della sua famiglia, la cura e il controllo attento e puntuale dei sintomi, primo fra tutti il dolore, cura e controllo attento e puntuale delle patologie concomitanti, attenzione particolare all'alimentazione ed ai problemi ad essa correlati. Instaurazione e mantenimento di una reale comunicazione tra operatori, malato e famiglia, attuazione concreta del lavoro di équipe, accompagnamento clinico senza accanimento o abbandono terapeutico. Tutta l'équipe è impegnata in particolare ad assicurare assistenza medica per la terapia di supporto e per la terapia palliativa, ad assicurare prestazioni di assistenza infermieristica, ad assicurare l'assistenza psicologica per il paziente e la famiglia e, su richiesta, il supporto psicologico e la supervisione per l'équipe terapeutica.

b) l'assistenza medica prevede il colloquio con i familiari per individuare i bisogni e le aspettative del paziente e della famiglia, sia nella fase di valutazione iniziale sia durante tutto il percorso dell'assistenza, monitoraggio dei sintomi principali e del dolore, organizzazione del lavoro orientata sui bisogni del paziente, supporto umano, psicologico e spirituale al paziente e alla famiglia, accompagnamento eventuale al lutto dell'unità sofferente, lavoro di équipe, formazione continua, utilizzo di cartella e diaria medico-infermieristica e di strumenti di misura e di monitoraggio dello stato clinico del paziente, dei sintomi, dell'autonomia, delle funzioni cognitive e dello stato psico-emotivo; impiego di protocolli diagnostico-terapeutici per il trattamento dei principali sintomi e sindromi che richiedono la palliazione.

c) l'assistenza infermieristica prevede il colloquio con i familiari per individuare i bisogni e le aspettative del paziente e della famiglia, educazione sanitaria al paziente e alla famiglia, monitoraggio e cura dei sintomi principali e del dolore, monitoraggio e cura dei sintomi principali e delle patologie concomitanti, organizzazione del lavoro orientato sui bisogni del paziente; supporto umano, psicologico e spirituale al paziente e alla famiglia, eventuale accompagnamento al lutto dell'unità sofferente, lavoro di gruppo, formazione continua, utilizzo di una cartella e diaria medico-infermieristica e di schede di registrazione dei sintomi e somministrazione della terapia; impiego di protocolli assistenziali scritti per il trattamento delle principali sindromi e dei più frequenti sintomi che richiedono palliazione; prevenzione decubiti e igiene globale del paziente.

La differenza dal reparto ospedaliero è principalmente la filosofia di intervento e gli obiettivi che si pone: non salvare una vita ma consentire un ponte rispetto al domicilio durante il quale sia assicurata vita dignitosa, priva di sofferenze fisiche, spirituali e morali.

Principi organizzativi

I membri della famiglia vengono informati e preparati con un colloquio di counselling circa la loro partecipazione al processo assistenziale; durante la degenza, nessuna limitazione è posta dall'hospice agli orari di visita (ad eccezione di esigenze igienico-sanitarie), al numero o all'età dei visitatori, salvo eventuali situazioni legate al corretto funzionamento dell'assistenza residenziale hospice stesso.

Ogni malato può avere accanto a sé una persona per lui significativa anche durante le 24 ore; a tutti i malati sono assicurate le prestazioni alberghiere nonché la preparazione e distribuzione di pasti personalizzati; è inoltre posta a disposizione dei familiari una cucina, anche al fine di permettere, al di là dell'offerta istituzionale, la preparazione in qualunque momento di cibi graditi al malato; il malato può portare nella propria stanza oggetti personali che riterrà utili per sé durante il periodo di accoglienza.

4.5.1bis Requisiti Strutturali

La capacità recettiva all'interno della struttura residenziale non deve essere superiore a 30 posti, suddivisi in nuclei da 9 a 18, con possibilità di organizzare l'offerta in micronuclei. In caso di day hospice il rapporto tra posti residenziali e day hospice non può essere superiore a 1 (day hospice) ogni 5 residenziali. Le caratteristiche dell'hospice pediatrico devono essere tali da avvicinare quanto più la struttura all'ambiente familiare, consentire la privacy e al tempo stesso favorire i rapporti sociali ed inter-relazionali anzitutto con il proprio nucleo familiare, mantenendo comunque un livello di obiettivo assistenziale funzionale a garantire la continuità delle cure e la stabilizzazione del paziente preliminare alle cure domiciliari.

La struttura deve:

- essere indipendente e autonoma da altri reparti ospedalieri e/o da altre strutture residenziali, ubicata in una zona ben collegata mediante mezzi pubblici, funzionalmente e logisticamente collegata ad una struttura ospedaliera, in modo da garantire tempestività negli interventi urgenti, servizi di diagnosi e terapia anche intensiva e l'accessibilità da parte di familiari e parenti, protetta dal rumore cittadino o opportunamente abbattuto (DPCM 20.1.2000);
- essere dotata di ludoteca, spazi di gioco anche all'aperto, sala lettura, cucina multifunzione;
- garantire la presenza di un contesto tranquillo, dotato di aree verdi;
- garantire il rispetto della dignità del paziente e dei suoi familiari mediante un'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 e la qualità degli spazi progettati deve facilitare il benessere ambientale, la fruibilità degli stessi e il benessere psicologico.

Il centro residenziale è caratterizzato da 3 aree:

- a) Area destinata alla residenzialità;
- b) Area destinata alla valutazione e terapia;
- c) Area generale di supporto.

A) Area destinata alla residenzialità

- ogni nucleo è dotato di camere singole, con superficie ricompresa almeno tra i 15 mq e i 25 mq; in ogni caso lo spazio dedicato a ciascun paziente non deve essere complessivamente

inferiore ai 40 mq, considerando quelli destinati all'educazione, alla socialità, al ristoro e alla vita quotidiana;

- la camera, dotata di adeguati arredi, utili ad assimilare la vita quotidiana a quella familiare, è caratterizzata da angolo cottura/area attrezzata per riscaldamento pasti, poltrona, dispositivi televisivi, dispositivi di collegamento alla rete internet, e di servizio igienico-sanitari;
- la camera deve consentire la permanenza notturna di almeno un accompagnatore e lo svolgimento di interventi medici.

Per ogni nucleo, devono essere presenti:

- una tisaneria/cucina;
- un deposito biancheria pulita;
- un deposito attrezzature, carrozzine e materiale di consumo;
- un deposito biancheria sporca con vuotatoio e lava-padelle;
- un ambulatorio mediceria;
- un soggiorno polivalente e complessivamente spazi equivalenti anche in ambiti da destinare a diverse attività [ristorazione, conversazione, lettura, sala gioco/ludoteca (anche inter nucleo), sala ricevimento];
- una postazione per il personale di assistenza in posizione idonea;
- servizi igienici per il personale;
- un bagno assistito almeno ogni dieci posti residenziali:

B) Area destinata alla valutazione e alla terapia funzionale sanitaria assistenziale

Sono, altresì, presenti nella struttura:

- un locale ed attrezzature per terapia antalgica e prestazioni ambulatoriali anche in comune per più moduli/camere ubicati orizzontalmente;
- un locale per la preparazione e manipolazione dei farmaci e preparazioni nutrizionali anche in comune per più moduli (solo in caso tale funzione venga svolta direttamente nell'ospice);
- un locale per colloqui con il personale (psicologo, assistente sociale etc.).

C) Area generale di supporto

Devono essere presenti:

- un ingresso con portineria, telefono, spazio per le relazioni con il pubblico e spazio archivio;
- uno spogliatoio del personale con servizi igienici;
- uno spogliatoio e locali di sosta e lavoro per il personale volontario;
- un locale per riunioni d'équipe;
- servizi per l'assistenza spirituale e relativi locali accessori;
- un locale cucina;
- un locale dispensa;
- un locale lavanderia/stireria.

Qualora i servizi siano esternalizzati, non sono necessari i locali cucina, dispensa e lavanderia/stireria; in tal caso sono previsti idonei locali per lo stoccaggio e/o lo sporzionamento. Qualora l'ospice sia collocato nell'ambito di complessi sanitari o socio-sanitari polifunzionali è consentita l'utilizzazione di spazi in comune quali quelli corrispondenti alle aree generali di supporto (ingresso, amministrazione, accoglienza, spogliatoi, assistenza spirituale, cucina, dispensa, lavanderia/stireria, servizio mortuario con spazi per dolenti, magazzino). In tal caso, gli spazi in

comune devono essere di dimensioni tali da soddisfare le esigenze del numero complessivo degli assistiti nell'intera struttura.

Qualora l'hospice non sia localizzato in complesso sanitario polifunzionale, sono comunque richiesti:

- una camera mortuaria (una ogni 10 posti letto);
- uno spazio per i dolenti;
- una sala per il culto;
- un locale per uso amministrativo;
- un magazzino.

4.5.2bis Requisiti Tecnologici

Il Centro deve essere dotato di:

- impianto di riscaldamento e di climatizzazione
- impianto di illuminazione di emergenza;
- impianto di forza motrice nelle camere con almeno una presa per l'alimentazione normale;
- impianto di chiamata per emergenza;
- 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 e rete internet e copertura wireless;
- un carrello per la gestione delle emergenze e relativi farmaci;
- un elettrocardiografo e un ecografo per ogni nucleo.

Fattori di sicurezza e prevenzione infortuni:

- pavimenti in materiale e superficie antidrucciolo;
- assenza di barriere architettoniche;
- applicazione di sostegni e mancorrenti in vista 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.

Dotazioni tecnologiche:

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

Tutto lo strumentario, i dispositivi medici ed il materiale occorrente per l'esercizio dell'attività sanitaria.

4.5.3bis Requisiti Organizzativi

- il personale dovrà essere adeguato (numero figure professionali e tipologia) in relazione alla dimensione della struttura e ai pazienti accolti, va assicurata la formazione specifica e la struttura dovrà assicurare cure che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati articolati 7 giorni a settimana, 24 ore al giorno;
- deve essere individuato un responsabile clinico-sanitario della struttura (hospice);

- il Responsabile clinico sanitario della struttura hospice deve essere un medico con comprovata esperienza in materia di Medicina Palliativa e Terapia del dolore;
- in particolare sono richiesti per il Responsabile clinico sanitario tre anni di servizio presso strutture pubbliche ovvero cinque presso strutture private accreditate, con documentata esperienza in materia di cure palliative, ovvero eroganti assistenza in favore di pazienti oncologici o altre patologie eleggibili alle cure palliative pediatriche;
- l'equipe multi professionale per nucleo è costituita da:
 - medici, con specifica formazione ed esperienza in cure palliative pediatriche (specializzazione in pediatria, o anestesia, o rianimazione e terapia intensiva ovvero esperienza triennale certificata secondo quanto previsto dalla Conferenza Stato Regioni (1/CSR 22.1.2015 in attuazione L. 147/2013 art 1 comma 425. Rep Atti 38/CSR 19.3.2015) e smi, esperti in CPP e terapia del dolore, con assistenza h 24 continua, in rapporto di almeno 6 medici per ogni 10 pazienti;
 - psicologi con specifica competenza in CPP e nella gestione del paziente pediatrico in rapporto di almeno 0,7 per ogni 10 pazienti;
 - infermieri con specifica esperienza e formazione per pazienti eleggibili in CPP, con assistenza h 24 continua, in rapporto di almeno 12 per ogni 10 pazienti;
 - operatori tecnici dell'assistenza e/o operatori sociosanitari con assistenza h 24 continua, in rapporto di almeno 6 per ogni 10 pazienti;
 - terapisti della riabilitazione in rapporto di almeno 1,5 per ogni 10 pazienti;
 - assistenti sociali in rapporto di almeno 0,7 per ogni 10 pazienti;
 - altre figure professionali individuate in base alle esigenze specifiche (ad es. amministrativo in rapporto di almeno 0,33 per ogni 10 pazienti).
- la copertura h 24 del personale medico deve essere garantita per l'intera struttura (max 30 p.r.);
- la figura del coordinatore infermieristico può essere individuata per l'intera struttura (max 30 p.r.) e non è ricompresa nel rapporto di personale minimo soprariportato;
- il personale della struttura deve essere articolato, in funzione dei pazienti in carico, secondo i rapporti elencati nella seguente tabella:

Figure professionali	Rapporto operatore utente
medico	6:10
infermiere	12:10
amministrativo	0,33:10
assistente sociale	0,7:10
operatore socio-sanitario	6:10
psicologo	0,7:10
terapista della riabilitazione	1,5:10

- per ogni singolo paziente deve essere redatto un progetto assistenziale, con monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni delle condizioni cliniche, da parte dell'equipe multi professionale;
- il responsabile dell'hospice promuove la personalizzazione dell'assistenza anche mediante riunioni periodiche di équipe finalizzate alla definizione, alla verifica ed alla rimodulazione del piano terapeutico, nonché alla verifica e alla promozione della qualità dell'assistenza;
- nell'organizzazione dell'hospice va promossa e valorizzata la presenza e la collaborazione di associazioni di volontariato operanti nel settore;
- deve essere assicurata l'assistenza spirituale nel rispetto della volontà e della libertà di coscienza del paziente e della famiglia;

- l'ospice garantisce, adeguata assistenza psicologica ai pazienti ed ai relativi familiari, sia nella fase antecedente al decesso che in quella di elaborazione del lutto, nonché al personale in forza alla struttura stessa;
- l'ospice garantisce al paziente adeguata assistenza fisioterapica.