

HOSPICE “PAOLO VI” CIVITAS VITAE CARTA DEI SERVIZI

Residenza “Giubileo” - Villa Paolo VI
Via Gemona n.8 - 35142 Padova



Indice

Introduzione	1
1.0 Le cure palliative	1
1.2 Storia delle Cure Palliative in Italia.....	3
1.3 Fabbisogno di cure palliative	4
1.4 Rete di cure palliative	6
2.0 La carta dei servizi	9
3.0 Premessa	11
4.0 Missione Fondazione OIC.....	11
5.0 L'Hospice	12
6.0 Caratteristiche strutturali	13
7.0 Modalità di accesso in Hospice.....	14
8.0 Modalità di dimissione	15
9.0 La vita in reparto.....	16
10.0 La mission aziendale e la politica della qualità	17
11.0 Analisi miglioramenti.....	21
12.0 La valutazione della soddisfazione del malato.....	21
13.0 Il personale.....	21

Introduzione

L'Hospice "Paolo VI" è una struttura residenziale socio-sanitaria, accreditata con l'Ulss 6 Euganea e offre un servizio gratuito.

L'Hospice "Paolo VI" di Padova, incarna quelli che sono gli obiettivi generali della Fondazione e li fa propri prendendosi carico delle persone e delle loro famiglie che stanno affrontando una malattia inguaribile, creando un ambiente che possa aiutare queste persone a sentirsi come a casa, con la presenza dei propri cari, nel rispetto di quelle che sono le loro volontà ed i loro bisogni.

L'Hospice "Paolo VI" risulta essere in perfetta sintonia con i principi della Fondazione OIC e con l'organizzazione del lavoro, attraverso la ricerca di metodi lavorativi e assistenziali sempre più efficaci e orientati al benessere della persona.

1.0 Le cure palliative

1.1 Definizione di cure palliative

Il termine "palliativo" deriva dal latino "pallium" che significa "mantello, protezione". Similmente al mantello che proteggeva gli antichi romani, così le cure palliative si prendono cura in modo globale della persona malata, considerata come portatrice non solo di bisogni fisici ma anche spirituali, psicologici e sociali.

La nascita delle moderne cure palliative risale alla metà del XIX secolo, e secondo la maggior parte degli studiosi, è attribuita a Mary Aikhenhead, una suora inglese che fondò a Dublino "Our Lady Hospice". Successivamente si sono sviluppate numerose strutture, per opera di volontari di diverse confessioni religiose cristiane o per donazioni e raccolte fondi da parte di fondazioni e benefattori della società civile (Caraceni et al., 2019).

Un'altra figura di rilievo per lo sviluppo delle cure palliative è quella di Cicely Saunders, infermiera, medico e assistente sociale inglese che nel 1967 fondò a Londra il St Christopher's Hospice dedicato all'assistenza dei malati oncologici terminali. Cicely Saunders fu la prima a definire il "dolore totale", tutt'ora concetto cardine delle cure palliative, inteso come uno stato di sofferenza multidimensionale. In "Vegliate con me" (Saunders, 2008) infatti è riportato: "crediamo che a questo punto ci siano pochi punti cardine nella terapia del dolore intrattabile. Primo, dobbiamo cercare di fare una valutazione il più accurata possibile dei sintomi che tormentano il paziente. Questo non ha il significato di fare una diagnosi e dare un trattamento specifico, perché questo è già stato fatto, ma ha lo scopo di trattare il dolore e tutti gli altri fenomeni, che possono accrescere il generale stato di sofferenza, come fossero una vera e propria malattia".

Nel 1990 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dato una prima definizione di cure palliative intese come "L'assistenza (care) globale, attiva, di quei pazienti la cui malattia non risponda ai trattamenti curativi (cure). È fondamentale affrontare e controllare il dolore, gli altri sintomi e le problematiche psicologiche, sociali e spirituali. L'obiettivo delle cure palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita per i pazienti e per le loro famiglie. Molti aspetti dell'approccio palliativo sono applicabili anche più precocemente nel corso della malattia, in unione ai trattamenti anti cancro" (World Health Organization, 1990).

Successivamente nel 2002 l'OMS (World Health Organization, 2002) ha apportato alcune modifiche alla definizione di cure palliative, definendole "... un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di un'identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e di altre problematiche di natura fisica, psicologica, sociale e spirituale".

Si può quindi evincere come le cure palliative siano rivolte non solo ai pazienti con patologie oncologiche, ma a tutte quelle persone con malattie inguaribili che necessitano di un approccio globale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità inoltre specifica che le cure palliative:

- forniscono sollievo dal dolore e da altri sintomi;
- affermano la vita e considerano il morire come un processo naturale;
- non intendono né anticipare né posticipare la morte;
- integrano gli aspetti psicologici e spirituali della cura del paziente;
- offrono un sistema di supporto per aiutare i pazienti a vivere il più attivamente possibile fino alla morte;
- offrono un sistema di supporto per aiutare la famiglia a far fronte alla malattia dei pazienti e al lutto;
- utilizzano un approccio basato su un team per rispondere ai bisogni dei pazienti e delle loro famiglie, inclusa la consulenza in caso di lutto, se indicata;
- migliorano la qualità della vita e possono anche influenzare positivamente il decorso della malattia;
- sono applicabili nelle prime fasi della malattia, insieme ad altre terapie che hanno lo

scopo di prolungare la vita, come la chemioterapia o la radioterapia, e includono quelle indagini necessarie per comprendere e gestire meglio le complicanze cliniche dolorose.

Per quanto concerne il contesto italiano, il 15 marzo 2010 è stata approvata la Legge 38 che, nell'Articolo 2 comma 1, definisce le cure palliative come "L'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata, sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici". Nel 2015 il Center to Advanced Palliative Care ha sottolineato come le cure palliative possano essere erogate in qualsiasi fase di malattia grave e possano essere fornite contemporaneamente al trattamento curativo, dando così vita al concetto di simultaneous care. Quest'ultime infatti indicano l'erogazione di cure palliative durante tutto il percorso di una malattia inguaribile, ad andamento cronico e degenerativo, per rispondere ai differenti bisogni che si possono manifestare. Un'altra caratteristica delle cure palliative è che esse costituiscono un approccio globale alla persona affetta da malattia inguaribile, come sottolineato nel 2018 dall'International Association for Hospice and Palliative Care e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: "Le cure palliative sono la cura olistica, attiva, rivolta a persone di tutte le età, con sofferenze di salute, causate da una malattia grave, specialmente alla fine della vita. Hanno lo scopo di migliorare la qualità della vita dei malati, delle loro famiglie e dei loro caregivers" (International Association for Hospice and Palliative Care, 2018).

1.2 Storia delle Cure Palliative in Italia

La diffusione delle cure palliative in Italia inizia a metà degli anni '80, per poi strutturarsi in modo significativo nei primi anni 2000 (Amadori, Corli, De Conno, Maltoni, & Zucco, 2007). Solamente però nel 1999 le cure palliative sono state ufficialmente riconosciute ed inserite nel Sistema Sanitario Nazionale italiano. Il primo riferimento normativo infatti è rappresentato dalla Legge n. 39 del 26 febbraio 1999 (Presidente della Repubblica Italiana, 1999), che ha dato attuazione ad alcuni obiettivi presente all'interno del Piano Sanitario nazionale 1998-2000 ed in particolare ha dato avvio ad un programma nazionale per le cure palliative domiciliari e alla realizzazione degli hospice. Fondamentale per sviluppo delle cure palliative in Italia è stata la successiva approvazione della Legge 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore". Per la prima volta infatti, grazie alla presente legge, si tutela e si garantisce l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore al malato con malattia inguaribile, con lo scopo di

assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza su tutto il territorio nazionale, la qualità delle cure e la loro appropriatezza. La Conferenza Stato Regioni del 25 luglio 2012 (Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2012) ha definito i requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore. Un altro passaggio importante in Italia è rappresentato dall'Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013 che ha istituito la disciplina "Cure Palliative" e quindi il riconoscimento formale della specificità dei saperi e delle competenze dei professionisti che erogano cure palliative. Nel 2017 inoltre, grazie al DPCM del 12 gennaio 2017, le cure palliative e la terapia del dolore sono state inserite all'interno dei livelli essenziali di assistenza (LEA), individuando 5 principali livelli essenziali di assistenza nella Rete Locale di Cure Palliative:

- Assistenza specialistica ambulatoriale (Art. 15), che include le visite multidisciplinari per le cure palliative inclusa la stesura del Piano di assistenza individuale e le visite di controllo, compresa la rivalutazione del PAI;
- Percorsi assistenziali integrati (Art. 21), con l'attuazione della valutazione multidimensionale dei bisogni (VMD) che consente di identificare i malati con bisogno di cure palliative e la predisposizione di PAI;
- Cure palliative domiciliari (Art. 23), erogate dalle Unità di Cure Palliative (UCP);
- Hospice (Art. 31);
- Ricovero ordinario per acuti (Art. 38).

Di recente infine, con l'Intesa Stato-Regioni n. 118 del 27 luglio 2020, sono stati definiti i requisiti di accreditamento della Rete Regionale e Locale di Cure Palliative.

1.3 Fabbisogno di cure palliative

Secondo quanto riportato da Caraceni e colleghi (Caraceni et al., 2019) ci sono due principali metodologie di rilevazione del bisogno di cure palliative. Il primo metodo, basato principalmente sulle cure di fine vita, stima il bisogno di cure palliative attraverso l'analisi dei dati amministrativi, tra cui certificati di morte o schede di dimissione ospedaliera (SDO). Tale analisi però non permette di ottenere alcuna informazione relativa alla sintomatologia, alle

cure erogate e al luogo prevalente nelle ultime fasi di malattia. Il cambio di paradigma delle cure palliative ha favorito anche il cambiamento della modalità di stima del bisogno. L'ampliamento delle cure palliative alle fasi precoci di malattia infatti e la pianificazione condivisa delle cure richiedono l'utilizzo di un altro metodo di stima che è quello dato attraverso rilevazioni campionarie. Quest'ultimo si avvale dell'utilizzo di alcuni strumenti di rilevazione prospettica o retrospettiva del bisogno individuale di cure palliative. Utilizzando quest'ultima metodologia, e quindi raccogliendo dati anche tra malati con patologia cronica, eleva potenzialmente le stime del bisogno di cure palliative oltre il tasso di mortalità, ossia maggiore dell'1% della popolazione, a causa dei bisogni rilevati anche a distanza dal decesso (Caraceni et al., 2019). Dal "Global Atlas of Palliative Care", pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2020 (Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, 2020), si evince che, nonostante il bisogno di cure palliative nel mondo sia elevato, esse non siano ancora facilmente accessibili dalla maggior parte della popolazione, soprattutto nei paesi a basso e medio reddito. Nel presente documento è riportato che oltre 56,8 milioni di persone, in tutto il mondo, richiedono cure palliative ogni anno, di cui 31,1 milioni prima della fase terminale e 25,7 milioni verso la fine della vita. La maggioranza (67,1%) sono adulti con più di 50 anni e almeno il 7% sono bambini. Tra gli adulti, le malattie e le condizioni che generano la sofferenza più grave e che quindi richiedono cure palliative sono: il cancro, l'HIV/AIDS, le malattie cerebrovascolari, le demenze e le malattie polmonari. Le regioni del Pacifico occidentale, dell'Africa e del Sud-est Asiatico rappresentano oltre il 64% degli adulti che necessitano di cure palliative, mentre le regioni Europee e Americane il 30% e la regione del Mediterraneo orientale il 4%. Il maggior fabbisogno negli adulti, calcolato per 100,000 abitanti, è nella regione dell'Africa (correlata all'elevata incidenza dell'HIV/AIDS) seguita dall'Europa e dalle regioni delle Americhe che hanno popolazioni più anziane. Secondo i dati aggiornati al 2017, la maggior parte delle persone bisognose di cure palliative è rappresentata dagli adulti con un'età maggiore o uguale a 70 anni, seguiti dagli adulti con un'età compresa tra i 50-69 anni e tra i 20-49 anni. I pazienti pediatrici che necessitano di cure palliative rappresentano il 7% circa del fabbisogno. Per quanto concerne l'Italia, nel 2019 è stata condotta una ricerca commissionata al Cergas dell'Università Bocconi dall'Associazione VIDAS con l'obiettivo di indagare il bisogno di cure palliative in Italia, analizzare l'offerta attuale e stimare quindi il tasso di copertura del bisogno (Longo, Notarmicola, Rotolo, Perobelli, Berloto & Meda, 2019). Secondo quanto stimato dalla presente indagine, le persone che necessitano di cure palliative nel nostro Paese si aggirano tra i 447.018 e 543.585 ossia il 69%-84% dei morti/annui. Accanto all'elevato tasso di bisogno di cure palliative in Italia, il tasso di copertura dello stesso però, rappresentato dall'assistenza domiciliare, dagli hospice e dai day hospital, risulta essere pari solo al 23% circa, valore nettamente inferiore rispetto alla Germania e al Regno Unito. Tale tasso di copertura del bisogno in Italia indica che solo 1 persona su 4 che ha bisogno di cure palliative, effettivamente ne usufruisce. Dalle stime ottenute inoltre è stata redatta una

panoramica delle regioni sulla base dei tassi di copertura del bisogno di cure palliative. La regione Lombardia (40%-33%), seguita dalle Province Autonome di Bolzano (36%-29%) e Trento (33%-27%) rappresentano le regioni con il più alto tasso di copertura del bisogno di cure palliative. La regione con il più basso livello di copertura è la Calabria (21%-17%) che si colloca al di sotto della stima italiana. Per quanto riguarda la regione Veneto invece, il tasso di copertura del bisogno di cure palliative è compreso tra il 28% e il 23% e coincide con quello nazionale. I dati relativi all'Italia sopra riportati sono inferiori rispetto ai dati di un ulteriore studio (Peruselli, Manfredini, Piccione, Moroni, & Orsi, 2019) che, utilizzando i dati ISTAT del 2017, stima una prevalenza di bisogni di cure palliative negli adulti pari a 524.000-733.000 (1-1,4% della popolazione adulta). In particolare, il presente studio, stima un'incidenza di pazienti con bisogno di cure palliative nell'ultimo periodo di vita pari a 293.000 pazienti/anno, di cui il 60% con malattie diverse dal cancro e 40% pazienti oncologici. Riportano inoltre, sulla base dei dati ricavati dalla letteratura, che ogni anno muoiono tra le 450.000 e le 500.000 persone adulte con bisogno di cure palliative nel loro ultimo periodo di vita (Peruselli et al., 2019). Uno studio condotto nel 2017 da Gomez e Connor, definisce una stima di prevalenza di pazienti con bisogni di cure palliative, nella popolazione dei paesi ad elevato sviluppo economico, dell'1-1,4% (Gomez & Connor, 2017). Viene anche definita una stima di prevalenza del bisogno di cure palliative, presente nel 40-65% delle persone assistite in strutture residenziali e del 40% dei malati ricoverati in ospedale. In questa pubblicazione inoltre si confermano anche le stime di incidenza dei morti/anno con bisogni di cure palliative proposte da Murtagh nel 2014 (Murtagh et al., 2014), ossia pari al 69-84% di tutti i deceduti. Secondo quanto riportato all'interno del DGR n. 553 del 30 aprile 2018, la Regione Veneto presenta un bisogno di cure palliative di circa 50.000 abitanti (l'1% della popolazione), tale stima è calcolata utilizzando il sistema Adjusted Clinical Group.

1.4 Rete di cure palliative

A fronte di un bisogno di cure palliative sempre più elevato, emerge la necessità di sviluppare e implementare modelli organizzativi caratterizzati da livelli assistenziali differenziati con lo scopo di garantire una presa in carico coerente con i bisogni del paziente e del nucleo familiare. I modelli organizzativi più efficaci, come delineato da Moroni e colleghi (Moroni et al., 2019), sono caratterizzati da:

- una differenziazione di setting di erogazione di cure palliative caratterizzati da livelli di intensità assistenziale e case mix professionali diversi in base ai bisogni del paziente

- implementazione delle Reti Regionali e Reti Locali di Cure Palliative con l'obiettivo di integrare i diversi nodi coinvolti nella presa in carico del paziente e del nucleo familiare nelle diverse fasi di malattia

Le Reti promuovono l'identificazione precoce dei malati, la valutazione dei bisogni ed infine l'accesso alle cure palliative nel setting più idoneo (Moroni et al., 2019). Già la Legge 38 del 15 marzo 2010 fa riferimento al concetto di Rete Nazionale per le Cure Palliative e la Rete Nazionale per la terapia del dolore, definite come reti "volte a garantire la continuità assistenziale del malato dalla struttura ospedaliera al suo domicilio e sono costituite dall'insieme delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali, delle figure professionali e degli interventi diagnostici e terapeutici disponibili nelle regioni e nelle province autonome, dedicati all'erogazione delle cure palliative, al controllo del dolore in tutte le fasi della malattia, con particolare riferimento alle fasi avanzate e terminali della stessa, e al supporto dei malati e dei loro familiari". La presente legge identifica le Reti Regionali e le Reti Locali di Cure Palliative come fondamentali per garantire l'accesso alle stesse attraverso l'integrazione dei diversi soggetti coinvolti nel processo di presa in carico del paziente. In particolare la Rete Regionale di Cure Palliative (RRCP) promuove lo sviluppo delle Reti Locali di Cure Palliative e ne assicura il coordinamento e il monitoraggio; definisce gli indirizzi per lo sviluppo omogeneo di percorsi di presa in carico e assistenza e gli indicatori quali-quantitativi; promuove programmi di formazione, attività di ricerca e programmi di informazione per i cittadini a livello regionale. Per quanto concerne la Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) è definita come un'aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in Hospice, a domicilio e in altre strutture residenziali. La Conferenza Stato Regioni del 25 luglio 2012 rappresenta una tappa fondamentale e significativa per l'attuazione della Legge 38/2010. In primis tale conferenza infatti definisce i requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore. Inoltre essa delinea i criteri strutturali e di processo che caratterizzano la Rete Locale di Cure Palliative sia per gli adulti sia per i pazienti pediatrici. La Rete Locale di Cure Palliative è garante dell'equità di accesso alle cure palliative e, nel perseguire gli obiettivi posti, coinvolge le organizzazioni di Volontariato. Il coordinamento della RLCP è affidato ad una struttura, composta da figure professionali con specifica competenza ed esperienza, che garantisce integrazione tra i diversi soggetti che erogano cure palliative. Il Ministero della Salute (Ministero della Salute, 2021) ha sintetizzato i principi della Rete di Cure Palliative:

- **Accessibilità:** le cure palliative sono garantite per qualunque patologia evolutiva durante il suo decorso, per ogni età e in ogni luogo di cura;

- **Integrazione:** le cure palliative devono essere integrate tra tutti i soggetti erogatori e nei diversi setting assistenziali attraverso equipe multiprofessionali;
- **Continuità:** la continuità deve essere garantita attraverso una flessibilità organizzativa, una condivisione dei flussi informativi, una coerenza nella comunicazione e nella relazione con il malato e la sua famiglia;
- **Autodeterminazione e rispetto:** i pazienti hanno il diritto di essere coinvolti attivamente nella scelta e nella pianificazione condivisa delle cure. Devono essere fornite informazioni esaustive rispetto alla diagnosi, all'evoluzione della malattia e alle possibili alternative di trattamento;
- **Equità:** i servizi devono essere accessibili e disponibili per tutti coloro che ne hanno bisogno;
- **"Accountability":** ossia la capacità di operare in modo trasparente nei confronti dei malati, dei familiari e di tutti i portatori di interesse attraverso una valutazione sistematica degli interventi e dei risultati ottenuti.

La Rete Locale di Cure Palliative quindi favorisce l'identificazione precoce delle persone bisognose di cure palliative attraverso anche la definizione di percorsi di cure personalizzati e assicura formazione continua del personale sanitario. Di recente infine, con l'Intesa Stato-Regioni n. 118 del 27 luglio 2020, sono stati definiti i requisiti di accreditamento della Rete Regionale e Locale di Cure Palliative, ovvero i requisiti organizzativi generali, le responsabilità, le interfacce, le modalità di verifica e controllo, al fine di assicurare l'integrazione tra i componenti della Rete, la continuità e l'appropriatezza dei percorsi sulla base di indicatori di processo e di risultato. Di recente, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) ha pubblicato un documento relativo allo stato di attuazione della legge 38/2010 in materia di Rete di Cure Palliative (Agenas, 2022). Il presente documento ha evidenziato che 19 Regioni/PA hanno attivato la Rete Regionale di Cure Palliative con atto formale, eccetto Abruzzo e Marche, e laddove la Rete è stata attivata, essa prende in carico anche pazienti non oncologici. Inoltre si sottolinea che delle 19 Regioni/PA che hanno istituito formalmente la Rete di Cure Palliative per l'adulto, 13 hanno istituito l'organismo di coordinamento regionale, 11 hanno nominato il coordinatore regionale, 5 hanno attivato una piattaforma informatica regionale dedicata, 12 hanno attivato corsi di formazione specifica per professionisti e 6 hanno attivato procedure specifiche di accreditamento ai sensi dell'Accordo del 27 luglio 2020.

All'interno del PDTA dell'Ulss6 "Le cure palliative in età adulta" (15/10/2020) sono descritti gli elementi organizzativi costitutivi della rete di cure palliative, rappresentati da:

- **Unità Operativa complessa di cure palliative (UOCP):** attraverso tale struttura, a cui afferiscono tutti i malati candidati alla palliazione, l'Azienda ULSS6 garantisce l'offerta di cure palliative e l'uniformità assistenziale su tutto il territorio.
- **Nucleo di cure palliative (NCP):** si tratta di un'équipe multidisciplinare e multiprofessionale funzionale all'UOCP, con funzioni di cura e assistenza. Ne fa parte il personale sanitario dedicato e non, con formazione ed esperienza comprovata (medici palliativisti, infermieri, psicologi) e il MMG.
- **Medico di Medicina Generale:** che aderisce al progetto di gestione dei malati terminali al domicilio
- **MMG con particolare interesse in cure palliative:** il MMG con particolare interesse nelle cure palliative partecipa a pieno titolo all'attività della UOCP, essendo parte integrante dei Nuclei di Cure Palliative Distrettuali, e affianca in consulenza il MMG curante in particolare nelle Cure Palliative di base, rivolte di norma a persone con aspettativa di vita superiore a tre mesi, con bisogni assistenziali non particolarmente intensivi (CIA < 0,5) e per i quali è prevista la conclusione delle cure attive.
- **Infermiere referente aziendale cure palliative:** è un Infermiere afferente all'UOC Cure Palliative; ha la funzione di coordinare i percorsi organizzativi/assistenziali e di formazione coinvolgendo gli altri membri dell'UOC Cure Palliative.
- **Assistenza infermieristica nelle cure palliative:** è garantita dai Servizi Infermieristici di Assistenza Domiciliare, afferenti all'UOC Cure Primarie, attraverso: il Coordinatore SIAD, gli Infermieri SIAD e PUAD e gli Infermieri SIAD Esperti in Cure Palliative.
- **L'ambulatorio di cure palliative:** l'ambulatorio, gestito dall'UOCP, assicura l'assistenza alle persone con un buon grado di autonomia funzionale e motoria, nonché garantisce il supporto alle cure domiciliari,

2.0 La carta dei servizi

La Carta dei Servizi è requisito necessario ai fini dell'autorizzazione all'esercizio come da DGR 84/2007. L'introduzione della Carta dei Servizi rappresenta un elemento fortemente innovativo che impegna l'Ente erogatore di servizi a ragionare anche in un'ottica di "soddisfazione dell'utente sulla qualità delle prestazioni ricevute", spostando quindi

l'attenzione, oltre che alla fornitura di servizi, anche sul miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

La Carta dei Servizi è stata redatta seguendo i contenuti del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 21/12/1995 e s.m.i. Si ispira ai principi fondamentali richiamati dalla direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri del 27/01/1994, principi che sono il fondamento della nostra Carta Costituzionale.

- **Principio di eguaglianza**
Ogni persona che per qualsiasi motivo venga in relazione con l'Ospedale di Comunità ha diritto di essere trattata in modo equanime. L'Hospice rifiuta ogni discriminazione basata sul sesso, sulla etnia, sulla razza, sulla lingua, sulle credenze religiose, sulle opinioni politiche e vigilerà affinché il rispetto di questo principio venga assicurato, in particolare nei riguardi di quelle persone che, per condizioni sociali, culturali, economiche e relazionali si trovano in condizioni di difficoltà e debolezza.
- **Principio di imparzialità**
L'Hospice si impegna ad evitare comportamenti espressione di parzialità ed ingiustizia, ovvero trattamenti non obiettivi, sia nei confronti degli operatori che nei confronti dei terzi e dei pazienti. L' Ospedale di Comunità si impegna ad evitare che i propri operatori pongano in essere comportamenti e/o atteggiamenti discriminatori nei confronti dei pazienti, dei loro parenti e dei terzi.
- **Principio di semplificazione**
L'Hospice, nell'ambito delle proprie attività istituzionali, si impegna a favorire l'accesso ai servizi e a limitare gli adempimenti a carico dei destinatari, dei terzi e degli utenti e nell'organizzazione delle attività e dei servizi tiene costantemente conto della necessità di applicare misure di semplificazione dell'attività amministrativa.
- **Principio di continuità**
L'Hospice si impegna ad assicurare all'assistito la continuità e regolarità delle cure sia nel tempo che fra diversi livelli e ambiti di erogazione e di assistenza. Adotta, inoltre, tutte le misure necessarie per evitare o ridurre i disagi nell'eventualità di interruzione o di funzionamento irregolare del servizio.
- **Principio di partecipazione**
L'equipe dell'Hospice, gli assistiti, i loro famigliari e i volontari che operano all'interno dello stesso devono favorire la più ampia realizzazione degli obiettivi del servizio. A tal fine l'Hospice si impegna a favorire l'accesso alle informazioni e a migliorare il servizio in termini di tempestività e di correttezza dei comportamenti.
- **Riservatezza**

L'Hospice assicura, in ogni ambito della propria attività, il rispetto delle norme in materia di riservatezza. Nell'acquisizione, trattamento ed archiviazione di tutte le informazioni, con particolare riguardo ai dati sensibili, l'Azienda garantisce che l'azione degli operatori tuteli la riservatezza delle stesse, nel rispetto della legislazione vigente in materia e, in particolare, in conformità con il D. Lgs. 196/2003 e ai conseguenti provvedimenti attuativi regionali.

3.0 Premessa

La Carta dei Servizi è uno strumento rivolto agli utenti allo scopo di fornire loro indicazioni relativamente ai servizi erogati, modalità di accesso alle prestazioni, riferimenti logistici, personale dell'Unità Operativa, modalità per la segnalazione di eventuali reclami e/o suggerimenti.

4.0 Missione Fondazione OIC

La Fondazione ha come propria missione la promozione della persona, ed in particolare della persona anziana, riconoscendone, come tale, la sua dignità e più in particolare valorizzando questa stagione della vita come risorsa e potenzialità. Tale missione si sviluppa creando situazioni e contesti in cui la relazione tra le persone, tra le generazioni, tra i ruoli, tra gli ambienti, diventi testimonianza concreta della possibilità che ognuno ha, di crescere sempre più in pienezza, secondo l'ispirazione cristiana che contraddistingue la Fondazione e nel costante perseguimento di finalità di solidarietà sociale. In particolare i principi fondamentali sono la:

- Centralità della persona;
- Garanzia degli standard più elevati per tutte le attività sanitarie e socio-sanitarie;
- Formazione continua del personale che consente di valorizzare il capitale umano incrementandone conoscenze e competenze con conseguente miglioramento dell'assistenza;
- Piani clinici assistenziali formulati nel rispetto dei valori e delle preferenze dei pazienti;
- Condivisione degli obiettivi con il personale operante.

Le funzioni di informazione tradizionali sono oggi affiancate da meccanismi di misurazione del servizio, di individuazione degli standard di qualità e definizione degli obiettivi di miglioramento.

La Carta dei Servizi dell'Hospice "Paolo VI", intende perseguire tre obiettivi:

1. informare i cittadini presentando i servizi offerti all'interno dell'Hospice;
2. incrementare un processo già avviato, teso al miglioramento della qualità delle prestazioni offerte;
3. offrire il diritto di partecipazione inteso come "il diritto della persona di venire a conoscenza delle prestazioni disponibili e la possibilità di esprimere il proprio consenso davanti ad ogni prestazione proposta".

La Fondazione OIC non solo è attenta al soddisfacimento dei bisogni fisici, psicologici, relazionali e sociali ma garantisce anche il rispetto della privacy. A tutela del corretto trattamento dei dati personali, e in applicazione della D. Lgs 196/2003 sulla privacy, all'ingresso ogni malato o un suo delegato firma il modulo per il trattamento dei dati sensibili. Non vengono fornite telefonicamente informazioni cliniche sui malati in ottemperanza a quanto definito dalla legge sulla privacy. Tutti gli operatori, compresi i volontari, sono tenuti al segreto professionale ed al rispetto della normativa vigente.

5.0 L'Hospice

Le cure palliative in Hospice, al fine di rispondere ai bisogni della persona nella sua globalità, sono prestate da un'équipe multidisciplinare in continua formazione per garantire la migliore qualità assistenziale possibile per i pazienti e le loro famiglie.

L'équipe si compone di: personale medico, psicologa, personale infermieristico e operatori socio-sanitari. Sono inoltre presenti i volontari dell'Associazione Cancro E Assistenza Volontaria (CEAV) che con la loro capacità di instaurare relazioni significative con i pazienti e le loro famiglie sono di supporto al lavoro del personale professionista.

Il personale infermieristico e sociosanitario è presente all'interno della struttura tutti i giorni, sia feriali che festivi 24 ore su 24.

Il personale medico è presente dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 14 e al sabato dalle ore 8 alle ore 10. È prevista inoltre la reperibilità telefonica dal lunedì al venerdì pomeriggio e la presenza il lunedì e il giovedì dalle 15.00 alle 18.00.

6.0 Caratteristiche strutturali

L'Hospice è collocato al primo piano della Residenza Paolo VI°. La Struttura si compone di 16 stanze singole che possono essere personalizzate con oggetti personali che possano ricreare un clima familiare. Le stanze di degenza sono singole e dotate di bagno indipendente attrezzato. In ciascuna stanza è presente il condizionatore, una TV, un armadio, un comodino, sedia e tavolo per ciascun paziente. Ciascun posto letto ha a disposizione luce personale, presa elettrica, campanello di chiamata, comando per la gestione del letto articolato. In ogni camera inoltre è presente una poltrona comoda e un divano letto con possibilità di pernottamento per un familiare.

A disposizione dei pazienti e dei visitatori sono presenti degli spazi al fine di favorire la socializzazione tra cui una tisaneria dotata di un distributore dell'acqua, un frigorifero e un forno a microonde, e un ampio soggiorno-salotto con angolo lettura dotato di libri vari (narrativa, romanzi, religiosi) e televisione.

Per implementare i momenti di socializzazione il giovedì pomeriggio dalle ore 15 alle ore 16 è previsto un momento di condivisione con una tazza di caffè offerta dai volontari.

Al piano terra, è a disposizione una piccola cappella sempre accessibile e disponibile per gli ospiti e i loro cari. È assicurato il rispetto di tutte le confessioni religiose. Al piano terra inoltre sono a disposizione distributori automatici per bevande calde e fredde.

Alcune informazioni utili alla permanenza in struttura:

- Rispettare gli orari di visita concordati con il personale del reparto;
- Per una buona convivenza si consiglia di parlare a bassa voce;
- Mantenere in ordine la propria unità di degenza e gli spazi comuni;
- Non fumare né assumere bevande alcoliche;
- Non assumere alimenti o farmaci personali senza aver consultato l'infermiere del reparto;
- Non conservare alimenti facilmente deteriorabili a temperatura ambiente;
- È opportuna la presenza di parente/tutore/amministratore di sostegno al momento dell'ingresso;
- È necessario fornire i numeri di telefono fisso e/o cellulare dei familiari di riferimento;
- Nel reparto si chiede di tenere un atteggiamento corretto ed educato;
- I familiari, o i loro delegati, sono invitati ad uscire dalla stanza quando richiesto dal personale sanitario, non sostando nel corridoio ma usufruendo degli spazi di attesa.

7.0 Modalità di accesso in Hospice

L'accesso in Hospice si inserisce, per modalità e tempi, nel processo in essere per le transizioni protette già attivo nel territorio aziendale, esso è parte di un percorso di cure proposto dall'UOCP, congiuntamente al MMG, ed avviene con il consenso del malato o, qualora l'interessato si trovi in condizioni cognitive compromesse, con il consenso dei familiari (DGR nr 553/2018).

Allo scopo di garantire la maggior appropriatezza e la maggior equità di accesso all'Hospice, la Regione Veneto con DGR n. 3318/2008 ha approvato la "Scheda per la valutazione di accessibilità all'Hospice" che consente all'UOCP di verificare i criteri di eleggibilità all'Hospice tra i pazienti candidati ad un programma di cure palliative, e di formulare una graduatoria di priorità, qualora si formi una lista d'attesa.

L'accesso in Hospice avviene nel rispetto dei seguenti criteri:

1. Aspettativa di vita non superiore a 3 mesi;
2. Completamento di tutte le indagini diagnostiche relative alla patologia;
3. Esclusione delle terapie volte alla guarigione;
4. Indice di Karnofsky uguale o inferiore a 50.

Tali criteri determinano un punteggio orientativo, e risultano derogabili qualora vi siano particolari necessità individuate dall'UOCP. L'accoglienza in Hospice non ha carattere sostitutivo delle cure domiciliari, che abitualmente sono la modalità di assistenza più accessibile e appropriata rispetto ai desideri e alle condizioni dei malati, né supplisce ai ricoveri ospedalieri, che vanno offerti qualora si rendessero necessari.

L'effettuazione dell'UVMD avviene sia per i pazienti provenienti dal domicilio sia dalla struttura ospedaliera ed è effettuata attraverso il coinvolgimento di diverse figure professionali, tra cui MMG, Medico Palliativista Territoriale e Medico Ospedaliero, ove presente. Successivamente, in base al punteggio ottenuto, il paziente entra in lista per l'accesso in Hospice. La lista è gestita dalla Centrale Operativa Territoriale (COT) che coordina l'accesso in Hospice; alla COT, infatti spetta il collegamento funzionale tra la struttura, l'ospedale ed il domicilio. Tramite la gestione e lo scorrimento della lista di attesa, in sinergia con l'Infermiere Referente, la COT organizza e comunica l'ingresso in Hospice dei pazienti.

In seguito alla comunicazione da parte della COT dell'ingresso del paziente in struttura, l'Infermiere Referente contatta telefonicamente il familiare di riferimento al fine di illustrare la mission e l'organizzazione della struttura e per rilevare precocemente i bisogni assistenziali del paziente e del nucleo familiare.

Al momento dell'ingresso, il Medico e la Referente Infermieristica effettuano un colloquio con il paziente e con il caregiver durante il quale inoltre viene consegnata la Brochure dell'Hospice, integrando con spiegazioni e rispondendo ad eventuali dubbi sull'organizzazione e la mission.

Si consegna e si ritira il modulo di consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003, come modificato dal D. Lgs. 10 agosto 2018 n. 101 e Regolamento Europeo GDPR 2016/679. Il modulo deve essere compilato dall'interessato o, qualora non sia possibile, da chi esercita legalmente la potestà, da un familiare o un convivente o Amministratore di Sostegno/Tutore.

È compito del Medico informare il paziente o il familiare/caregiver rispetto al quadro clinico e ai trattamenti previsti e che saranno stabiliti nel rispetto dei valori e delle preferenze del paziente.

L'equipe dell'Hospice successivamente procede alla stesura, al monitoraggio e alla revisione del PAI e alla rilevazione dei bisogni assistenziali del paziente e dei familiari, attraverso anche l'utilizzo di appositi strumenti di rilevazione. Settimanalmente l'equipe effettua un de-briefing su tutti i pazienti accolti in Hospice, al fine di monitorare i bisogni assistenziali, adeguare gli interventi assistenziali e analizzare gli esiti.

8.0 Modalità di dimissione

Settimanalmente l'equipe effettua un debriefing, in collaborazione con il Medico Palliativista del Distretto 1, al fine di monitorare e aggiornare i Piani Assistenziali Individualizzati per tutti i pazienti in Hospice. Nel caso in cui l'equipe condivida la stabilità clinica del paziente e si rilevi il desiderio dello stesso di rientro presso il domicilio o accoglienza presso RSA, in condivisione con il caregiver, si procede ad attivare il progetto di dimissione protetta al fine di garantire la massima continuità assistenziale.

Il Referente Infermieristico programma tutte le azioni necessarie a favorire la dimissione secondo i criteri di continuità delle cure (verifica disponibilità e fornitura presidi su prescrizione medica, segnalazione di bisogni infermieristici ecc.) in collaborazione con il Distretto ove è residente il paziente. Nel progetto di dimissione del paziente vengono coinvolte tutte le figure professionali dell'equipe, tra cui anche l'Assistente Sociale che si farà carico di supportare il paziente e la famiglia per l'espletamento delle pratiche burocratiche.

Il Referente Infermieristico si occuperà di mantenere costantemente i contatti con il caregiver, la COT, il Distretto di residenza e di domiciliazione sanitaria (ove differente) per l'attivazione dell'ADI e per la richiesta e il monitoraggio della consegna dei presidi prescritti dal medico di struttura. Per attivare la dimissione protetta l'equipe medica provvede alla compilazione della SVaMA sanitaria, il Referente Infermieristico compila la SVaMA cognitivo/funzionale e procede al caricamento delle stesse all'interno dell'apposito portale.

Il Referente Infermieristico, inoltre, si occupa dell'inserimento della segnalazione di rientro al domicilio all'interno del portale COT-SECC, compilando la scheda di accertamento infermieristico, le schede di valutazione previste (tra cui il Barthel Index) e procedendo all'inserimento degli allegati previsti (es. impegnativa per l'ordinazione del letto, del materasso antidecubito e della visita fisiatrica ove necessario).

Successivamente in collaborazione con il MMG e il Medico Palliativista Territoriale si procede all'attuazione dell'UVMD.

Successivamente alla conferma della ricezione dei presidi richiesti al domicilio, all'attivazione dell'ADI e si procede, in accordo con il caregiver, alla dimissione del paziente. Al momento della dimissione del paziente dall'Hospice viene consegnata al paziente/caregiver la seguente documentazione:

- lettera di dimissione medica;
- lettera di dimissione infermieristica;
- copia dei referti di visite specialistiche ed esami diagnostici-terapeutici;

Tutta questa documentazione andrà consegnata, a cura del paziente, al MMG.

9.0 La vita in reparto

All'ingresso in reparto ogni ospite verrà accolto dal personale infermieristico, dal medico e dalla psicologa che provvederanno a prendersi cura dell'ospite e della sua famiglia.

Il servizio cucina interno, garantisce ogni giorno possibilità di scelta tra diversi piatti, combinati a piacere dall'ospite stesso, tenendo conto delle eventuali limitazioni dietetiche.

Gli orari previsti sono: colazione alle 8.30, pranzo alle 12.00, cena alle 19.00.

È possibile richiedere, da parte di un familiare che fa assistenza continuativa al proprio caro, il pasto (pranzo e/o cena con menù fisso) gratuito, dandone comunicazione al personale il giorno prima.

L'orario di visita è continuativo dalle ore 11.00 alle 20.00, durante la visita possono essere presenti massimo 2 persone contemporaneamente. Vi è inoltre la possibilità di pernottamento in struttura per un familiare.

Si ricorda che è vietato:

- introdurre elettrodomestici quali fornelli e ferri da stiro nella camera;
- fumare in camera e nel reparto;
- conservare cibi deperibili in camera;

Si consiglia ai gentili ospiti di non conservare in camera cospicue somme di denaro ed oggetti di valore. La Direzione non si assume alcuna responsabilità in caso di furto o smarrimento.

10.0 La mission aziendale e la politica della qualità

La mission della nostra struttura è prendersi cura della persona e della sua famiglia nei momenti più difficili della malattia, attraverso il sollievo della sofferenza di natura fisica, psicofisica e spirituale.

Gli strumenti per raggiungere tale scopo sono:

- la formazione continua del personale, al fine di garantire la migliore qualità assistenziale possibile;
- l'apertura dell'Hospice sul territorio, al fine di garantire la continuità assistenziale;
- la ricerca di indicatori per monitorare la qualità del servizio erogato, secondo i seguenti fattori: efficienza, efficacia, appropriatezza, continuità, privacy;
- l'effettuazione di indagini sulla soddisfazione degli ospiti, delle loro famiglie e degli operatori.

L'Equipe di Direzione del Sistema di Qualità, composta da tutte le figure professionali che operano all'interno dell'Hospice, ha individuato i seguenti **obiettivi primari** per la qualità:

- Miglioramento della Qualità della vita;
- Orientamento costante al benessere, al soddisfacimento dei bisogni espressi ed impliciti dei malati, dei loro congiunti e del personale;
- Comprensione, valutazione e soddisfacimento dei bisogni del malato per garantire la dignità e la libertà da ogni sofferenza;
- Controllo del dolore e degli altri sintomi;

- Utilizzo minimo di strumenti diagnostici associato all'impiego, per quanto possibile, di trattamenti poco invasivi e rispettosi della dignità del malato;
- Definizione dei livelli di servizio tramite l'individuazione di indicatori di efficienza/inefficienza;
- Sviluppo di tecniche di ascolto attivo;
- Rispetto delle normative in vigore (legate ai servizi e/o prodotti forniti);
- Correzione e prevenzione delle situazioni non conformi, attraverso l'analisi e l'eliminazione delle cause che hanno determinato scostamenti fra i risultati prefissati e quelli ottenuti;
- Ricerca e sviluppo di tecnologie/cure palliative aggiornate.

Per il raggiungimento degli obiettivi aziendali, la Fondazione mette a disposizione metodi di lavoro e infrastrutture di supporto adeguate per favorire il coinvolgimento del personale ed il miglioramento dell'ambiente di lavoro.

In particolare, sono importanti le riunioni effettuate con il personale che hanno cadenza settimanale.

Annualmente è previsto una riunione di riesame in cui la Direzione della Residenza "Paolo VI" effettua una valutazione dell'andamento del servizio Hospice, esplicitando i dati sulla qualità quali:

- risultati questionari;
- eventuali reclami;
- proposte di miglioramento;
- verifica dell'adeguatezza della politica per la qualità.

Particolare attenzione viene posta al rispetto delle normative di sicurezza e a tutte le normative riguardanti l'igiene ambientale e degli alimenti. Le attività, gli ambienti e le attrezzature di lavoro sono infatti oggetto di costante manutenzione eseguita e registrata secondo quanto previsto dal Sistema Qualità aziendale, dal D.Lgs. 81/08 e s.m.i. e dal D.Lgs. n. 196/03 e s.m.i.

Cosa portare da casa

È consigliato portare con sé la carta di identità e il tesserino con il codice fiscale, la documentazione sanitaria e la terapia farmacologica in essere.

È bene inoltre portare:

- Pigiama e indumenti comodi
- Calzature, possibilmente chiuse, comode ed adatte alla stagione;

- Gli oggetti per la cura della persona: rasoio elettrico, pettine, occhiali, protesi dentarie con contenitore, apparecchi acustici con contenitore, ecc.

È consigliato non portare in reparto oggetti preziosi ed eccessive quantità di denaro né lasciare valori incustoditi in quanto la Fondazione non risponde di eventuali furti o smarrimenti.

Servizio ristorazione

I menù vengono redatti quattro volte l'anno, uno per stagione, da una commissione composta dal responsabile della ristorazione, un tecnologo alimentare e una dietista, tenendo conto della stagionalità e dalla necessità di fornire una dieta equilibrata, facilmente digeribile e adatta anche a persone con problemi di masticazione e/o disfagia. I pasti vengono preparati presso la cucina interna della Fondazione e trasportati in carrelli termici, che consentono di mantenere i cibi ad una temperatura adeguata, come previsto dalla normativa HACCP. In caso di bisogno la cucina fornisce diete speciali per le necessità alimentari derivanti da particolari patologie (diabetici, nefropatici, colonstomizzati ecc.) Di seguito si riporta un esempio delle alternative proposte a menù standard.

* = menu base	Lunedì 20	Martedì 21	Mercoledì 22	Giovedì 23	Venerdì 24	Sabato 25	Domenica 26
PRANZO							
PRIMI	GNOCCHI ZUCCH. GORG. CREMA PISELLI E MENTA C'ORZO CELLENTANI AL POMODORO CELLENTANI IN BIANCO RISO AL POMODORO RISO IN BIANCO SEMOLINO MINISTRINA (CENTIMBOCCA)	RISOTTO ALLE VERDURE ZUPPA PAT. PORRI (STEL) PIPE AL POMODORO PIPE IN BIANCO RISO AL POMODORO RISO IN BIANCO SEMOLINO MINISTRINA (STELLINE)	PENNE ALLA NORMA CREMA SPINACI (GRAT) PENNE AL POMODORO PENNE IN BIANCO RISO AL POMODORO RISO IN BIANCO SEMOLINO MINISTRINA (GRATTINI)	FUSILLI AL PESTO GENOVESE CREMA POMODORO C/RISO FUSILLI AL POMODORO FUSILLI IN BIANCO RISO AL POMODORO RISO IN BIANCO SEMOLINO MINISTRINA (FILINI)	SPAGHETTI POLPO ZUCCH. POM CREMA REPERONI (PUNT) SPAGHETTI AL POMODORO SPAGHETTI IN BIANCO RISO AL POMODORO RISO IN BIANCO SEMOLINO MINISTRINA (PUNTINE)	TAGLIATELLE PANNA PROSC. PISELLI ZUPPA PATATE ZUCCHINE C/FARRO TAGLIATELLE AL POMODORO TAGLIATELLE IN BIANCO RISO AL POMODORO RISO IN BIANCO SEMOLINO MINISTRINA (ANELLINE)	PASTICCIO ALLA BOLOGNESE CREMA LENTICCHIE (QUAD) FARFALLE AL POMODORO FARFALLE IN BIANCO RISO AL POMODORO RISO IN BIANCO SEMOLINO MINISTRINA (QUADRETTI)
SECONDI	FIL. MERL. MUGNAIA FIL. MERL. MUGNAIA TRI POLPETTONE DI FAGIOLI FORM. CARNIA FORM. ROBIOLO POLLO LESSO PROSCIUTTO COTTO FORMAGGINI UOVA ALL'OCCHIO TONNO ALL'OLIO	STR. TAC. MELANZ. ZUCCH. STR. TAC. MELANZ. ZUCCH. TRI FRITTATA AL PROSCIUTTO FORM. PIAVE MEZZANO FORM. RICOTTA MANZO LESSO PROSCIUTTO COTTO FORMAGGINI UOVA ALL'OCCHIO TONNO ALL'OLIO	SEPIE CON PISELLI POLPETTONE DI LEGUMI MISTI FORM. GRANA PADANO FORM. FRESCO STUFFER POLLO LESSO PROSCIUTTO COTTO FORMAGGINI UOVA ALL'OCCHIO TONNO ALL'OLIO	VITELLO TONNATO ARROSTO DI VITELLO TRI POLPETTONE DI FAGIOLI FORM. EMENTAL FORM. CAPRINO MANZO LESSO PROSCIUTTO COTTO FORMAGGINI UOVA ALL'OCCHIO TONNO ALL'OLIO	CODA ROSO PAT. E ROSM. FIL. MERL. PAT. E ROSM. TRI POLPETTE AL SUGO FORM. MOZZARELLA FORM. GORGONZOLA POLLO LESSO PROSCIUTTO COTTO FORMAGGINI UOVA ALL'OCCHIO TONNO ALL'OLIO	POLLO ARROSTO POLLO ARROSTO TRI POLPETTONE DI SPINACI FORM. ASIAGO MEZZANO FORM. PHILADELPHIA MANZO LESSO PROSCIUTTO COTTO FORMAGGINI UOVA ALL'OCCHIO TONNO ALL'OLIO	CONGILIO AL FORNO TRI CONGILIO AL FORNO TRI POLPETTONE DI PESCE FORM. TALEGGIO FORM. STRACCHINO POLLO LESSO PROSCIUTTO COTTO FORMAGGINI UOVA ALL'OCCHIO TONNO ALL'OLIO
CONTORNI	POMODORI GRATINATI PURE DI PATATE INSALATA POMODORI INSALATA PATATE LESSE	BIETA AL TEGAME PURE DI PATATE INSALATA POMODORI INSALATA CAROTE LESSE	CAROTE TRIFOLATE PURE DI PATATE INSALATA POMODORI INSALATA ZUCCHINE LESSE	SPINACI ALL'OLIO PURE DI PATATE INSALATA POMODORI INSALATA CAROTE LESSE	MELANZ. FUNGHETTO PURE DI PATATE INSALATA POMODORI INSALATA PATATE LESSE	CARCIOFI TRIFOLATI PURE DI PATATE INSALATA POMODORI INSALATA ZUCCHINE LESSE	FINOCCHI ALL'OLIO PURE DI PATATE INSALATA POMODORI INSALATA ZUCCHINE LESSE
FRUTTA	PESCA CREMA DI FRUTTA MELA COTTA MELA DA TAVOLA YOGURTH FRUTTA YOGURTH NATURALE	ANGURIA CREMA DI FRUTTA MELA COTTA MELA DA TAVOLA YOGURTH FRUTTA YOGURTH NATURALE	PESCA CREMA DI FRUTTA MELA COTTA MELA DA TAVOLA YOGURTH FRUTTA YOGURTH NATURALE	ALBICOCCHE CREMA DI FRUTTA MELA COTTA MELA DA TAVOLA YOGURTH FRUTTA YOGURTH NATURALE	ANGURIA CREMA DI FRUTTA MELA COTTA MELA DA TAVOLA YOGURTH FRUTTA YOGURTH NATURALE	MELONE CREMA DI FRUTTA MELA COTTA MELA DA TAVOLA YOGURTH FRUTTA YOGURTH NATURALE	GELATO CREMA DI FRUTTA MELA COTTA MELA DA TAVOLA YOGURTH FRUTTA YOGURTH NATURALE

* = menu base	Lunedì 20	Martedì 21	Mercoledì 22	Giovedì 23	Venerdì 24	Sabato 25	Domenica 26
CENA							
PRIMI	TORTELLINI IN BRODO SPAGHETTI AL POMODORO SPAGHETTI IN BIANCO RISO AL POMODORO RISO IN BIANCO SEMOLINO MINISTRINA (FILINI) CAFFE' LATTE	VELL. SED. RAPA (PUNT) CASARECCE AL POMODORO CASARECCE IN BIANCO RISO AL POMODORO RISO IN BIANCO SEMOLINO MINISTRINA (PUNTINE) CAFFE' LATTE	CREMA ZUCCHINE (ANEL) FARFALLE AL POMODORO FARFALLE IN BIANCO RISO AL POMODORO RISO IN BIANCO SEMOLINO MINISTRINA (ANELLINE) CAFFE' LATTE	ZUPPA LENT. CAROTE (QUAD) CELLENTANI AL POMODORO CELLENTANI IN BIANCO RISO AL POMODORO RISO IN BIANCO SEMOLINO MINISTRINA (QUADRETTI) CAFFE' LATTE	CREMA LATTUGA C/RISO PIPE AL POMODORO PIPE IN BIANCO RISO AL POMODORO RISO IN BIANCO SEMOLINO MINISTRINA (CENTIMBOCCA) CAFFE' LATTE	MINISTRONE (STEL) PENNE AL POMODORO PENNE IN BIANCO RISO AL POMODORO RISO IN BIANCO SEMOLINO MINISTRINA (STELLINE) CAFFE' LATTE	ZUPPA PATATE FAGIOLINI (GRAT) FUSILLI AL POMODORO FUSILLI IN BIANCO RISO AL POMODORO RISO IN BIANCO SEMOLINO MINISTRINA (GRATTINI) CAFFE' LATTE
SECONDI	INSALATA DI POLLO POLLO CON VERDURE TRI POLPETTONE DI PESCE FORM. EMENTAL FORM. CAPRINO MANZO LESSO PROSCIUTTO COTTO FORMAGGINI UOVA SODE TONNO ALL'OLIO	SALMONE TIMO E LIMONE SALMONE TIMO E LIMONE TRI POLPETTE DI POLLO FORM. ASIAGO FORM. PHILADELPHIA POLLO LESSO BRESAOLA FORMAGGINI UOVA SODE TONNO ALL'OLIO	PESA DI MAIALE AL LATTE PESA DI MAIALE AL LATTE TRI POLPETTONE DI LENTICCHIE FORM. MOZZARELLA FORM. GORGONZOLA MANZO LESSO SALAME FORMAGGINI UOVA SODE TONNO ALL'OLIO	SCALOP. POLLO C/MARSALA SCALOP. POLLO C/MARSALA TRI POLPETTONE DI CECI FORM. TALEGGIO FORM. STRACCHINO POLLO LESSO RUSTICHELLO FORMAGGINI UOVA SODE TONNO ALL'OLIO	FIL. VERDESCA AL POMODORO FIL. VERDESCA AL POMODORO TRI POLPETTONE DI CARNE FORM. CARNIA FORM. ROBIOLO MANZO LESSO MORTADELLA FORMAGGINI UOVA SODE TONNO ALL'OLIO	ROAST BEEF MANZO AGLI AROMI TRI POLPETTONE DI FAGIOLI FORM. MONTASIO FORM. FRESCO STUFFER POLLO LESSO PROSCIUTTO CRUDO FORMAGGINI UOVA SODE TONNO ALL'OLIO	PESCE SPADA AI FERRI PESCE SPADA AI FERRI TRI POLPETTONE DI LEGUMI MISTI FORM. GRANA PADANO FORM. RICOTTA MANZO LESSO SPECK FORMAGGINI UOVA SODE TONNO ALL'OLIO
CONTORNI	VERDURE GRIGLIATE PURE DI PATATE INSALATA POMODORI INSALATA CAROTE LESSE	FAGIOLINI ALL'OLIO PURE DI PATATE INSALATA POMODORI INSALATA ZUCCHINE LESSE	FINOCCHI ALL'OLIO PURE DI PATATE INSALATA POMODORI INSALATA CAROTE LESSE	ZUCCHINE TRIFOLATE PURE DI PATATE INSALATA POMODORI INSALATA PATATE LESSE	VERDURE MISTE PURE DI PATATE INSALATA POMODORI INSALATA CAROTE LESSE	BIETA AL TEGAME PURE DI PATATE INSALATA POMODORI INSALATA ZUCCHINE LESSE	POMODORI GRATINATI PURE DI PATATE INSALATA POMODORI INSALATA CAROTE LESSE
FRUTTA	ANANAS CREMA DI FRUTTA MELA COTTA MELA DA TAVOLA PRUGNE SCIROPATE YOGURTH FRUTTA YOGURTH NATURALE DESSERT ALLA VANIGLIA DESSERT AL CACAO	ALBICOCCHE CREMA DI FRUTTA MELA COTTA MELA DA TAVOLA PRUGNE SCIROPATE YOGURTH FRUTTA YOGURTH NATURALE DESSERT ALLA VANIGLIA DESSERT AL CACAO	ANGURIA CREMA DI FRUTTA MELA COTTA MELA DA TAVOLA PRUGNE SCIROPATE YOGURTH FRUTTA YOGURTH NATURALE DESSERT ALLA VANIGLIA DESSERT AL CACAO	MELONE CREMA DI FRUTTA MELA COTTA MELA DA TAVOLA PRUGNE SCIROPATE YOGURTH FRUTTA YOGURTH NATURALE DESSERT ALLA VANIGLIA DESSERT AL CACAO	ANANAS CREMA DI FRUTTA MELA COTTA MELA DA TAVOLA PRUGNE SCIROPATE YOGURTH FRUTTA YOGURTH NATURALE DESSERT ALLA VANIGLIA DESSERT AL CACAO	MELONE CREMA DI FRUTTA MELA COTTA MELA DA TAVOLA PRUGNE SCIROPATE YOGURTH FRUTTA YOGURTH NATURALE DESSERT ALLA VANIGLIA DESSERT AL CACAO	MELONE CREMA DI FRUTTA MELA COTTA MELA DA TAVOLA PRUGNE SCIROPATE YOGURTH FRUTTA YOGURTH NATURALE DESSERT ALLA VANIGLIA DESSERT AL CACAO

11.0 Analisi miglioramenti

L'Hospice "Paolo VI" ha pianificato ed attuato processi di monitoraggio, di misurazione, di analisi e di miglioramento per garantire la conformità dei servizi, assicurare la conformità del sistema di gestione per la qualità, migliorare in modo continuo l'efficacia del servizio.

12.0 La valutazione della soddisfazione del malato

La valutazione della soddisfazione del malato e dei propri familiari viene svolta attraverso la somministrazione di un questionario "Questionario di Soddisfazione del Servizio-Reparto Hospice Paolo VI": le domande che lo compongono sono relative ai servizi erogati (servizi sanitari, servizio di ospitalità e servizi generali) e allo standard percepito di organizzazione ed efficienza.

I questionari vengono valutati nel corso delle riunioni mensili di equipe.

13.0 Il personale

Direzione sanitaria

La Fondazione ha nominato la Dott.ssa Michela Fernanda Rigon Direttore Sanitario.

Equipe assistenziale

L'assistenza all'interno della struttura è garantita da un'equipe composta da:

- Direttore Sanitario

Sovrintende alle attività del reparto in termini di validazione e applicazione dei protocolli e delle procedure, rapporti con l'Aulss 6 Euganea, vigila sugli aspetti igienico-sanitari e sulla corretta conservazione della documentazione socio-sanitaria, vigila sulla corretta conservazione somministrazione e smaltimento dei farmaci e dei materiali in scadenza, vigila sulla gestione dei rifiuti speciali. Coordina il lavoro dell'équipe e sovrintende sull'appropriatezza dei percorsi di cura dei pazienti.

- Personale Medico con formazione in cure palliative

La presenza giornaliera per l'attività clinica è garantita dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle 14.00 e il sabato dalle ore 8.00 alle 10.00, consentendo così la continuità assistenziale. Dal lunedì al venerdì dalle ore 14.00 alle ore 20.00 i medici dell'Hospice sono reperibili per eventuali necessità. Il personale medico si occupa degli aspetti terapeutici del malato e cura il rapporto con i familiari.

- Coordinatore Infermieristico

Il Coordinatore infermieristico si occupa del coordinamento del personale infermieristico e socio assistenziale e collabora con il personale medico, il Direttore Sanitario e il Referente Assistenziale. Si dedica alla presa in carico globale e personalizzata del paziente e del nucleo familiare, con lo scopo di garantire continuità assistenziale.

- Referente Assistenziale

Organizza e supervisiona, su indicazione del Coordinatore Infermieristico, le attività assistenziali quotidiane previste dal piano di lavoro del reparto. È figura di riferimento per le attività di cura dei pazienti.

- Personale Infermieristico

Il personale infermieristico è presente in Hospice tutti i giorni, sia feriali sia festivi 24 ore su 24 e si prende cura in modo globale del malato e dei suoi familiari nei loro bisogni sanitari, assistenziali e relazionali. Risponde alle diverse necessità assistenziali del paziente, valuta i bisogni assistenziali e l'erogazione di tutte le prestazioni infermieristiche necessarie. La divisa è la seguente: pantaloni azzurri e casacca a righe bianche e azzurre.

- Personale socio-sanitario

Il personale socio-sanitario è presente in Hospice tutti i giorni, sia feriali che festivi 24 ore su 24, si occupa degli aspetti relazionali e assistenziali dei malati (igiene del corpo, supporto nell'alimentazione) collaborando con gli infermieri. Indossa pantaloni grigi e casacca rosso Bordeaux.

- Psicologo

La psicologa è presente in struttura nei giorni feriali dalle 12.30 alle 15.00 e dopo un primo incontro conoscitivo è a disposizione per colloqui individuali con i malati e con i familiari.

- **Assistente Sociale**

L'assistente sociale che opera presso la Fondazione OIC supporta i famigliari per la realizzazione dei piani assistenziali previsti in UVMD; verifica e favorisce la ricerca di risorse con i servizi sociali del territorio. È presente dal lunedì al venerdì.

- **Volontari**

I volontari dell'associazione **CEAV** sono presenti dal lunedì al venerdì mattina, si affiancano al personale professionale per attività di supporto. Il giovedì pomeriggio dalle ore 15.00 alle ore 16.00 organizzano un momento di condivisione: preparano un caffè e una fetta di dolce per i pazienti e familiari. I volontari inoltre sono coinvolti nel progetto di supporto al lutto per i famigliari. Gli incontri si svolgono ogni 15 giorni presso la struttura Paolo VI, l'adesione è volontaria, ed è prevista la presenza dei volontari e della psicologa operante presso l'Hospice.

Gestione dei reclami

Nel salotto dell'Hospice è posizionata una cassetta "Segnalazioni- Proposte e Reclami" dove i familiari dei pazienti o gli stessi pazienti possono lasciare le loro osservazioni che verranno visionate direttamente dalla Direzione.

Riservatezza

La struttura attua tutti gli obblighi previsti in materia di riservatezza dei dati personali. Di questo vengono informati gli interessati delle modalità di trattamento dei dati personali che vengono custoditi sia in forma cartacea che informatica in modo opportuno. Solo i dati che devono essere resi pubblici in maniera pertinente e in relazione alle finalità a norma di legge sono messi a disposizione degli organi autorizzati.

Servizi utili

- **Zona ristoro** con distributori automatici di cibi e bevande situati al piano terra della Residenza Paolo VI
- È presente il **Servizio di Assistenza Spirituale**, disponibile su richiesta personale, contattando il Centro Operativo al numero 049 8672111
- Il **Parrucchiere**. Il servizio a pagamento è disponibile previa richiesta da presentare al Primo Operatore.

- **Sportello bancomat** dista circa 300 metri e si trova presso l'edificio Filippo Franceschi vicino al Centro Commerciale il Borgo in Via Romano Aponense
- **Edicola** la più vicina dista circa 400 metri e si trova in Via Romana Aponense
- **Servizio postale** si trova a circa 2 Km in Via Armistizio.

Documentazione clinica

Può essere rilasciata alla dimissione o successivamente tramite una richiesta da presentare al Coordinatore Infermieristico.

Photo Gallery



Come raggiungere Via Gemona n. 8 – PADOVA

In autobus: LINEA 22 capolinea Mandria; LINEA A e AT

In Auto: dall'autostrada MI-Ve uscita al casello di Padova Ovest; dirigersi direzione Abano Terme imboccando la tangenziale. Proseguire fino all'uscita n. 7 percorrendo via Armistizio. Si giunge così in zona Mandria, Via Romana Aponense. Dopo il semaforo del Centro Commerciale "Il Borgo" girare a destra per Via Gemona.

Contatti

Centralino Residenza Pio XII°	049 8672111
E-mail	hospicecivitasvitae@oiconlus.it
Direttore Sanitario	Dott.ssa Michela F. Rigon
Coordinatore Infermieristico	Claudia Agnoletto
Primo Operatore	Alessandra Labriola