

Fondazione Opera Immacolata Concezione – Onlus

Sede legale e amministrativa – Via Toblino n. 53 – 35142 PADOVA

www.oiconlus.it – pec dirgenerale@pec.oiconlus.it

HOSPICE “GUIDO NEGRI”
via Liguria 22 - Thiene

REGOLAMENTO



Sommario

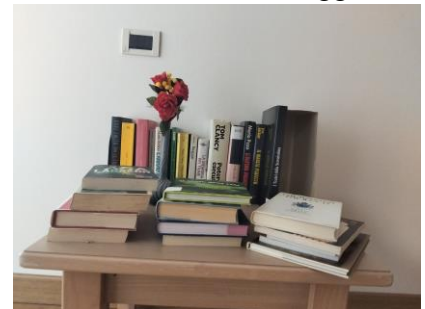
1. MISSION	1
2. STANDARD STRUTTURALI	1
3. EQUIPE HOSPICE.....	1
4. PROFILO DELL'UTENZA	2
5. MODALITA' DI ACCESSO	2
6. LISTA D'ATTESA - CRITERI DI PRIORITÀ.....	3
7. RICOVERO DEL PAZIENTE	3
8. APPROVVIGIONAMENTO ED EROGAZIONE FARMACI-PRESIDI	4
9. DIETETICO.....	4
10. VISITE DEI FAMIGLIARI	5
11. PRESTAZIONI SANITARIE E ASSISTENZA FARMACEUTICA	6
12. ASSISTENZA INFERMIERISTICA	6
13. RAPPORTI CON IL PERSONALE	6
14. SERVIZI	6
15. NORME D'INTERESSE GENERALE	7
16. ACCESSO ANIMALI DOMESTICI	7
17. PRODOTTI ALIMENTARI	8
18. CUSTODIA VALORI E RESPONSABILITÀ CIVILE.....	8
19. DISCIPLINA DEL VOLONTARIATO.....	8
20. TRASPORTI IN AMBULANZA	8
21. DIMISSIONI.....	8
22. PROCEDURE AMMINISTRATIVE PER RICOVERO-DIMISSIONI	9
23. DEPOSITO E ARCHIVIAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA.....	10
24. RICHIESTA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA.....	10
25. INDICATORI DI PROCESSO E PARAMETRI DI CONTROLLO.....	10
26. VALIDITÀ E MODIFICHE DEL REGOLAMENTO.....	10

1. MISSION

L'Hospice Guido Negri è una struttura residenziale territoriale, accreditata con l'AULSS 7 Pedemontana, che si dedica all'erogazione di cure palliative. L'obiettivo delle cure palliative è quello di migliorare la qualità di vita dei pazienti e dei loro familiari che si confrontano con una malattia inguaribile ed evolutiva attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza (OMS, 2002). Si tratta di un passaggio dalla cura della malattia alla cura olistica e attiva della persona, indipendentemente dall'età, con sofferenze di salute causate da una malattia grave, specialmente alla fine della vita (IAHPC, 2018).

2. STANDARD STRUTTURALI

L'Hospice Guido Negri della Fondazione Opera Immacolata Concezione Onlus è sito in via Liguria 22 a Thiene (VI). L'Hospice dispone di 9 posti letto accreditati. L'Hospice è collocato al secondo piano della I° Villa. La Struttura si compone di 9 stanze 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 presa elettrica, campanello di chiamata, comando per la gestione del letto articolato. In ogni camera inoltre è presente una poltrona comoda e/o 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 frigorifero e un forno a microonde, e un soggiorno-salotto con angolo lettura dotato di libri vari (narrativa, romanzi, religiosi) e televisione.



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, oltre alla presenza di un servizio bar a disposizione dei pazienti e dei loro familiari.

3. EQUIPE HOSPICE

L'equipe si compone di: personale medico, psicologa, personale infermieristico e operatori socio-sanitari. L'equipe dell'Hospice si compone di diverse figure professionali che collaborano fra di loro con lo scopo di assicurare il maggior benessere possibile ai malati e ai loro cari. Il personale medico si occupa dell'assistenza al paziente e cura il rapporto con i familiari.

Il personale infermieristico è presente in Hospice tutti i giorni, sia feriali che festivi 24 ore su 24 e si prende cura in modo globale del paziente e dei suoi familiari nei loro bisogni sanitari, assistenziali e relazionali. Il personale socio-sanitario è presente in Hospice tutti i giorni 24 ore su 24 e si occupa degli aspetti relazionali e assistenziali dei malati in collaborazione con gli infermieri e dell'igiene ambientale. La psicologa è presente in struttura dal lunedì al venerdì dalle 10:00 alle 12:00 e dopo un primo incontro conoscitivo è a disposizione per colloqui individuali con i malati e con i familiari.

4. PROFILO DELL'UTENZA

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'Unità Operativa Cure Palliative, congiuntamente al Medico di Medicina Generale, ed avviene con il consenso del paziente 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'Unità Operativa Cure Palliative 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'Unità Operativa Cure Palliative. 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.

5. MODALITA' DI ACCESSO

L'ingresso in Hospice avviene secondo i criteri regionali: 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 il Coordinatore Infermieristico/Referente di Modulo e/o Case Manager, 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, il Coordinatore Infermieristico/Referente di Modulo e/o Case Manager 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.

6. LISTA D'ATTESA - CRITERI DI PRIORITÀ

Al fine di garantire equità e trasparenza nella gestione dei flussi in ingresso in Hospice, si è predisposta la creazione di una lista di attesa informatizzata tenuto conto delle indicazioni specialistiche di ammissione e delle indicazioni aziendali e regionali. La gestione della lista risulta essere a carico della Centrale Operativa Territoriale (COT).

7. RICOVERO DEL PAZIENTE

Al momento dell'ingresso, il Medico e la Psicologa effettuano un colloquio con il paziente e con il familiare/caregiver durante il quale inoltre vengono consegnati la Brochure dell'Hospice, integrando con spiegazioni e rispondendo ad eventuali dubbi. 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 679/2016. 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 Piano Assistenziale Individualizzato 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.

Al momento dell'ingresso del paziente in struttura è opportuno portare la seguente documentazione:

- la tessera sanitaria e carta d'identità,
- la documentazione sanitaria (cartelle cliniche precedenti, lettere di dimissione, risposte di esami diagnostici, radiografie),
- la terapia farmacologica in essere,
- eventuale decreto di nomina di Amministratore di Sostegno
- eventuale verbale di invalidità

È bene inoltre portare come corredo personale:

- pigiama, vestaglia, tuta, indumenti comodi per il giorno e più maglie intime per assicurare il costante cambio di indumenti per il paziente (il lavaggio degli indumenti personali è a carico dei familiari che devono provvedere a ritomarli puliti oppure è possibile, su richiesta, attivare il servizio lavanderia previa etichettatura dei capi);

- calzature, possibilmente chiuse, comode ed adatte alla stagione;
- gli oggetti per l'igiene e la cura della persona: rasoio elettrico, pettine, occhiali, protesi dentarie con contenitore, apparecchi acustici con contenitore, ecc.);
- gli eventuali ausili in uso a domicilio.

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

La Fondazione può, a propria insindacabile discrezione, provvedere al trasferimento del paziente in un alloggio diverso da quello assegnato all'atto di ingresso per esigenze organizzative/strutturali interne della Fondazione quali, per ristrutturazione degli alloggi, per sostituzioni o adeguamenti degli impianti, adeguamenti edilizi tali da non consentire la permanenza del paziente nell'alloggio assegnato oppure dipendenti dalle mutate condizioni psicofisiche e di salute o comportamentali del paziente stesso, fatto salvo il diritto di recesso del paziente.

8. APPROVVIGIONAMENTO ED EROGAZIONE FARMACI-PRESIDI

L'AULSS è tenuta a fornire direttamente attraverso il proprio servizio di farmacia o, in casi particolari previa autorizzazione tramite le farmacie esterne — a favore dei pazienti accolti in Hospice - i farmaci presenti nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero, che aggiornato periodicamente, dovrà essere messo a disposizione dei medici dell'Hospice.

Presso l'Hospice tutti i farmaci dovranno essere conservati in appositi armadi e/o frigoriferi dedicati. Il carico e lo scarico dei farmaci forniti dovrà essere verificabile da appositi registri o dai diari sanitari degli assistiti.

La fornitura di presidi per trattamenti nutrizionali e la fornitura di alimentazione artificiale avviene con le stesse modalità dei reparti Ospedalieri ed è a carico dell'Azienda ULSS secondo quanto previsto dal D.M. 332/1999 al fine di consentire continuità di cura.

Ausili standard (letti, materassi antidecubito, deambulatori) e dispositivi e presidi non personalizzati sono a carico della Fondazione OIC.

I dispositivi, gli ausili, e i presidi personalizzati sono forniti dall'Azienda AULSS.

9. DIETETICO

Il Dietetico deve contenere prescrizioni dietetiche elaborate considerando le patologie prevalenti e le esigenze nutrizionali dei pazienti. Inoltre, deve essere di facile lettura e consultazione per consentire al personale di reparto di utilizzarlo presto e bene nell'interesse del paziente.

I menù devono essere settimanali, periodicamente aggiornati e variati anche in base alla stagionalità.

Per i degenti dovranno essere disponibili le seguenti tipologie di diete:

Vitto comune:

Rappresentato da un insieme di menù fruibili in tutte le situazioni che non richiedono un trattamento dietetico particolare. Il menù deve:

- prevedere ricette standardizzate, a composizione bromatologia definita e ripetibili, che consentano il raggiungimento degli apporti nutrizionali idonei,

- prevedere l'alternanza stagionale e privilegiare i prodotti del territorio.

Giornalmente devono essere previste 2 alternative per ogni portata e un numero minimo di piatti fissi.

Per il familiare che fa assistenza in modo continuativo al proprio caro è possibile prenotare gratuitamente il pasto (pranzo e/o cena) con menù fisso, previa richiesta e comunicazione al personale.

In base alla capacità di masticazione e/o di deglutizione, sono previste principalmente quattro tipologie di diete:

1. Dieta standard

2. Dieta cremosa/omogenea: caratterizzata da alimenti omogenei, frullati che non richiedono masticazione.

3. Dieta tritata: caratterizzata da alimenti di dimensioni molto piccole e/o tritate

4. Dieta morbida: caratterizzata da alimenti di facile masticazione, teneri e non filamentosi.

La scelta degli alimenti, dipendente dal tipo e dal grado di disfagia, deve essere guidata principalmente dai seguenti criteri:

A. sicurezza del paziente, limitando il rischio di aspirazione (passaggio di cibo nelle vie aeree) attraverso la scelta di alimenti con idonee proprietà fisiche (densità, omogeneità, viscosità);

B. fabbisogno alimentare del paziente, con riferimento all'apporto calorico e di liquidi, alle eventuali esigenze dietetiche;

C. ad alta densità nutrizionale, indicata per pazienti inappetenti che non presentano difficoltà di masticazione e di deglutizione: i pasti sono di volume ridotto, ad alta densità di nutrienti, frazionati durante la giornata con l'aggiunta di spuntini tra i pasti principali.

Le diete vengono adattate in base alla presenza di eventuali allergie/intolleranze e/o patologie metaboliche (es. diabete), rilevate e documentate al momento dell'accoglimento del paziente in Hospice.

10. VISITE DEI FAMIGLIARI

Considerate le caratteristiche dell'assistenza palliativa, orientata a garantire una presa in carico globale dei bisogni dei pazienti e la continuità delle cure, in Hospice si intende favorire il più possibile la presenza dei familiari garantendo l'accesso libero sempre nel rispetto della normativa vigente, comunicando preventivamente al personale del nucleo qualora vi sia la richiesta di permanere nell'orario notturno.

I familiari/caregiver del paziente potranno personalizzare gli spazi di degenza compatibilmente con la normativa vigente sulla sicurezza.

I familiari/visitatori, nell'accedere ai locali di degenza del paziente, si impegnano a:

- a) osservare le regole d'igiene dell'ambiente ed in particolare la pulizia e il decoro dell'alloggio;

- b) mantenere in buono stato l'alloggio, gli impianti e le apparecchiature che vi si trovano installate;
- c) segnalare l'eventuale cattivo funzionamento degli impianti;
- d) non manomettere le apparecchiature ricorrendo a personale esterno alla Fondazione;
- e) consentire al personale di servizio di entrare nell'alloggio per provvedere a pulizie, controlli e riparazioni.

I familiari/visitatori sono tenuti a risarcire eventuali danni arrecati a impianti, attrezzature e arredo per propria incuria o trascuratezza.

La Direzione della Residenza potrà disporre dell'alloggio di pieno diritto e senza che siano necessarie formalità.

11. PRESTAZIONI SANITARIE E ASSISTENZA FARMACEUTICA

Le prestazioni sanitarie sono erogate sulla scorta delle normative vigenti per il Servizio Sanitario Nazionale, nonché sulla base delle disposizioni e delle apposite convenzioni in vigore nella Regione del Veneto e nelle U.L.S.S. La fornitura dei farmaci segue le medesime regole.

12. ASSISTENZA INFERMIERISTICA

L'assistenza infermieristica è affidata a personale abilitato che opera nel rispetto della normativa vigente.

Si declina ogni responsabilità per l'assistenza infermieristica praticata ai pazienti da persone non autorizzate dalla Direzione.

13. RAPPORTI CON IL PERSONALE

I rapporti fra il personale in servizio e i familiari/visitatori devono essere di reciproco rispetto e di serena comprensione e collaborazione.

Nello svolgimento delle attività di cura e assistenza il personale dovrà attenersi a quanto definito dall'equipe multiprofessionale nel Progetto Assistenziale Individualizzato (P.A.I.).

I familiari/Amministratore di Sostegno/Tutore del paziente:

- a) farà presente al personale le proprie necessità e difficoltà. Il personale agirà nel rispetto dei diritti del paziente e delle esigenze di servizio;
- b) dovrà rivolgersi alla Direzione/Coordinamento della Residenza con le modalità previste dalla Carta dei Servizi nel caso in cui debba avanzare delle richieste straordinarie o segnalare inadempimenti nel servizio.

14. SERVIZI

Nella propria stanza è consentito l'uso di apparecchi audiovisivi che potranno essere collegati agli impianti d'antenna centralizzata ove questi esistano; in tutti gli altri casi si dovrà usufruire

solo di antenna interna.—All'interno di ogni stanza è presente una televisione, di proprietà della Fondazione OIC, a disposizione del paziente.

15. NORME D'INTERESSE GENERALE

I familiari/Amministratore di Sostegno/Tutore del paziente deve adeguarsi alle decisioni prese dalla Direzione nell'interesse della Residenza.

I familiari/Amministratore di Sostegno/Tutore devono attenersi alle disposizioni sulle norme indicate nel presente regolamento.

I familiari/visitatori devono evitare tutti i comportamenti che possono arrecare disturbo agli altri pazienti e ai loro familiari/visitatori come, sbattere porte, sollevare rumorosamente le tapparelle, trascinare le sedie, battere i tacchi ecc.

È vietato asportare dai locali comuni e dalle stanze di degenza ogni cosa che costituisce il corredo dei locali stessi.

È vietato portare in stanza qualsiasi tipologia di apparecchiatura elettrica/elettrodomestico per uso personale e qualsiasi materiale che può generare calore (es. candele).

È vietato fumare all'interno della struttura.

16. ACCESSO ANIMALI DOMESTICI

È possibile far accedere animali domestici in Hospice, seguendo le modalità riportate nell'apposita procedura, concordandolo con il Coordinatore Infermieristico/Referente di Modulo e/o Case Manager.

Il fine di tale progetto è quello di poter garantire ai malati terminali degenti presso la nostra struttura di poter godere della compagnia, seppur temporanea, del proprio animale domestico, rendendo così ancora più familiare il luogo di accompagnamento e/o di sollievo.

L'ingresso degli animali domestici è consentito solo nelle aree stabilite e solo se identificati con microchip, iscritti all'anagrafe canina regionale e accompagnati da idonea documentazione, firmata dal veterinario di riferimento, che ne attesti lo stato sanitario aggiornato e la completezza di tutte le vaccinazioni.

Gli animali devono essere tenuti al guinzaglio per tutta la durata della visita (lunghezza massima 1.5 m). Per quanto concerne gli animali di piccola taglia, deve essere utilizzato il trasportino durante i diversi passaggi e può uscire da esso solo nel momento in cui ci si reca nell'area adibita.

Per quanto riguarda invece gli animali di grande taglia, oltre al guinzaglio deve essere utilizzata anche la museruola al fine di tutelare il paziente e i professionisti sanitari operanti nella struttura.

Il proprietario inoltre dovrà provvedere alla rimozione tempestiva di eventuali deiezioni solide del proprio animale con apposito dispositivo.

17. PRODOTTI ALIMENTARI

Vi è la possibilità, previa autorizzazione della Direzione, di portare prodotti alimentari confezionati ai propri cari. Se è stata autorizzata la possibilità di portare alimenti dall'esterno sono da preferire cibi semplici e secchi, acquistati in rivendite autorizzate, provvisti di confezione e di etichettatura, possibilmente in monoporzione, in modo che una volta aperti siano interamente consumati. I cibi deperibili ovvero quegli alimenti che hanno bisogno di essere mantenuti in frigorifero, dovranno essere monoporzione e nel caso in cui tali alimenti non vengano interamente consumati in giornata, saranno eliminati.

18. CUSTODIA VALORI E RESPONSABILITÀ CIVILE

La Direzione declina ogni responsabilità per danni che possano derivare senza sua colpa agli oggetti di proprietà dei pazienti.

In caso di dimissione o decesso del paziente, i famigliari sono invitati a ritirare gli effetti personali del proprio caro. Dopo due settimane la direzione declina ogni responsabilità.

19. DISCIPLINA DEL VOLONTARIATO

Nel caso fossero presenti dei volontari, il volontariato organizzato può accedere alle attività della Fondazione previo l'inoltro di domanda scritta rivolta al Presidente della Fondazione.

Le attività svolte dovranno seguire le modalità previste dalla Fondazione per il loro svolgimento.

20. TRASPORTI IN AMBULANZA

Il trasporto in ambulanza dall'Ospedale o dal domicilio all'Hospice dei pazienti che, a causa delle loro condizioni cliniche non possono mantenere la posizione seduta e quindi non sono trasportabili con i comuni mezzi, è organizzato dalla Centrale Operativa Territoriale o dall'equipe (se paziente in uscita dall'Hospice verso altra struttura/domicilio) attraverso apposita modulistica.

Sono a carico dell'utente tutti gli altri trasporti in accordo con DGRV n. 1411 del 2011.

21. DIMISSIONI

Settimanalmente l'equipe effettua un briefing, in collaborazione con Direttore UOCCP ULSS 7 o suo delegato, 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 familiare/caregiver, si procede ad attivare il progetto di dimissione protetta al fine di garantire la massima continuità assistenziale.

Il Coordinatore Infermieristico/Referente di Modulo e/o Case Manager 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 Coordinatore Infermieristico/Referente di Modulo e/o Case Manager 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 Coordinatore Infermieristico/Referente di Modulo e/o Case Manager compila la SVaMA cognitivo/funzionale e procede al caricamento delle stesse all'interno dell'apposito portale. Il Coordinatore Infermieristico/Referente di Modulo e/o Case Manager, inoltre, si occupa dell'inserimento della segnalazione di rientro al domicilio all'interno del portale COT, 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 Medico di Medicina Generale 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:

1. lettera di dimissione medica;
2. lettera di dimissione infermieristica;
3. copia dei referti di visite specialistiche ed esami diagnostici-terapeutici;
4. terapia farmacologica per tre giorni successivi alla dimissione.

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

22. PROCEDURE AMMINISTRATIVE PER RICOVERO-DIMISSIONI

Le procedure amministrative di Accettazione/Dimissione sono attivate dalle strutture amministrative della Fondazione OIC di Padova secondo le seguenti modalità:

- l'accettazione viene gestita dalla Direzione della Fondazione OIC che provvede all'inserimento del paziente mediante l'utilizzo della procedura informatica dell'Azienda ULSS ed in uso alla struttura.

- la Dimissione viene gestita sempre dalla Direzione della Fondazione OIC mediante l'utilizzo della medesima procedura informatica.

23. DEPOSITO E ARCHIVIAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Copia di tutta la documentazione sanitaria relativa al singolo ricovero (Scheda richiesta inserimento paziente in Hospice; Verbale UVMD; Cartella clinica; Diario infermieristico e Consenso al trattamento dei dati sensibili della Fondazione OIC) è archiviata presso la Struttura ospitante.

24. RICHIESTA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

L'utente/Rappresentante Legale che necessita della copia della documentazione di degenza in Hospice può compilare il modulo di richiesta della documentazione Sanitaria presso la Struttura Ospitante. La documentazione sanitaria viene predisposto e consegnata secondo le disposizioni di cui alla Legge 8 marzo 2017 n. 24 (Legge Gelli) possibilmente in formato digitale. La documentazione viene consegnata all'utente nei termini previsti e dietro pagamento della quota prevista per il servizio.

25. INDICATORI DI PROCESSO E PARAMETRI DI CONTROLLO

Gli indicatori di performance della presente procedura sono stati previsti dalla Regione del Veneto nell'allegato A) della DGR n. 553/2018.

26. VALIDITÀ E MODIFICHE DEL REGOLAMENTO

Il presente percorso operativo verrà sottoposto a verifica annuale, con revisione e ridefinizione dei percorsi e della Responsabilità Sanitaria e Clinica tra le parti.

Il presente regolamento annulla e sostituisce ogni precedente regolamento in vigore.

Il presente regolamento può subire modifiche e/o variazioni nel corso del tempo per decisioni discrezionali della Fondazione Opera Immacolata Concezione Onlus. Ogni modifica e/o variazione verrà comunicata ai pazienti, familiari/Amministratori di Sostegno/Tutori a mezzo affissione di circolare nelle apposite bacheche site nei locali della stessa Fondazione.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- Legge n. 38, del 15/03/2010, “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”
- Legge n. 147 del 27/12/2013, comma 425, “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2014)”

- DPCM del 20 gennaio 2000 “Atti di indirizzo recanti requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative”
- D.M. 22 febbraio 2007 n. 43 “definizione degli standard relativi all’assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione dell’articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311”
- Intesa stipulata dalla Conferenza Stato-Regioni il 25/07/2012: “definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l’accreditamento delle strutture di assistenza ai pazienti in fase terminale e delle unità di Cure Palliative e della terapia del dolore”
- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute di ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del progetto ridenominato “Ospedale – Territorio senza dolore” di cui all’articolo 6, comma 1, della legge 15 marzo 2010, n. 38 (Rep. Atti n. 188/CSR del 28/10/2010)
- Accordo ai sensi dell’articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle linee guida per la promozione, lo sviluppo ed il coordinamento degli interventi regionali nell’ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia de dolore (Rep. Atti n. 239/CSR del 16/12/2010)
- L.R. n. 7, del 19/03/2009, “Disposizioni per garantire le cure palliative ai pazienti in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita e per sostenere la lotta al dolore”
- L.R. n. 23, del 29/06/2012, PSSR 2012-2016: “Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del piano socio-sanitario regionale 2012-2016”
- L.R. n. 19, del 25/10/2016, “Istituzione dell’ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero". Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS”
- DGR n. 3318/2008, “Scheda per la valutazione di accessibilità all’hospice. Approvazione”
- DGR n. 439 del 20/03/2012 “Il sistema ACG (Adjusted Clinical Group) per la valutazione e gestione del case-mix territoriale nella Regione Veneto: progetto pilota per l’adozione di strumenti innovativi di misurazione del rischio, analisi, programmazione”
- DGR 2718 del 24/12/2012 “Legge regionale 29 giugno 2012 n. 23, art. 10. Definizione delle tipologie di strutture di ricovero intermedie e approvazione dei requisiti di autorizzazione all’esercizio dell’Ospedale di Comunità e dell’Unità Riabilitativa Territoriale ai sensi della Legge regionale 16 agosto 2002 n. 22”
- DGR n. 498 del 16/04/2013 “Il sistema ACG (Adjusted Clinical Group) per la valutazione e gestione del case-mix territoriale nella Regione Veneto: Approvazione dei risultati del primo anno e avvio del secondo anno e terzo anno di attività”
- DGR n. 950 del 18/06/2013, approvazione modalità di attuazione del progetto sperimentale “Ospedale- Territorio senza dolore” approvato con deliberazione n. 2332 del 29.12.2011
- DGR n.2122, 19/11/2013 “Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla L.R. 39/1993, e definizione delle schede

di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie”

- DGR n. 2145 del 25/11/2013 “Nomina del Coordinamento regionale per le cure palliative e la lotta al dolore - Istituzione e nomina della Commissione regionale per le cure palliative e la lotta al dolore. Assegnazione e impegno finanziamento a favore dell'Azienda ULSS n. 4 per l'attività di supporto tecnico-operativo al Coordinamento regionale”
- DGR n. 2271, 10/12/2013 “Nuove disposizioni in tema di "Organizzazione delle aziende UU.LL.SS.SS. e Ospedaliere. Linee guida per la predisposizione del nuovo atto aziendale, per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione e per l'organizzazione del Distretto socio sanitario”
- DGR n.1104, 01/07/2014 “Individuazione del Sistema Epidemiologico Regionale - SER – quale struttura tecnica di riferimento per la gestione del Flusso Informativo delle Cure Domiciliari di cui alla DGR n. 2372 del 29/12/2011 anche nella sua integrazione con il flusso delle Cure Palliative ed in particolare con il Flusso Hospice di cui alla DGR n. 2851 del 28.12.2012”
- DGR n. 1527 del 03/11/2015, “Approvazione del documento tecnico in attuazione al Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70 ad oggetto "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”
- DGR n. 1530 del 24/11/2015, “Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della salute, di cui all'art. 5 della legge 15 marzo 2010, n. 38 di definizione dei requisiti minimi e delle 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 (Rep.Atti n. 151/CSR del 25 luglio 2012) e recepimento dell'Accordo, ai sensi dell'articolo 5, comma 2, della legge 15 marzo 2010, n. 38 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano di individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, nonché delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore (Rep. Atti n. 87/CSR del 10 luglio 2014)”
- DGR n. 541 del 13/05/2016, “Disciplina per il rilascio della certificazione dell'esperienza professionale svolta nella rete delle cure palliative in attuazione dell'articolo 1, comma 425, della L. 27 dicembre 2013, n. 147 e del Decreto del Ministero della Salute del 4 giugno 2015”
- DGR n. 208 del 21/03/2017, “Individuazione del modello assistenziale di rete delle cure palliative e della terapia del dolore della Regione Veneto. Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. 29 giugno 2012, n. 23). Deliberazione n. 109/CR del 9 dicembre 2015”
- DGR 429 del 09/05/2017, Legge regionale 19 marzo 2009, n. 7 recante “Disposizioni per garantire cure palliative ai malati in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita e per sostenere la lotta al dolore”. Accordo Stato Regioni sulle linee guida per la promozione, lo sviluppo ed il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore (Rep. Atti n. 239/CSR del 16 dicembre 2010).

Ricostituzione del Coordinamento regionale e della Commissione regionale per le cure palliative e la lotta al dolore”

- DGR 1075 del 01/08/2017, “Revisione del modello regionale delle Cure Domiciliari: primi indirizzi organizzativi per le Aziende ULSS”
- DDG n. 74 del 09/04/2014, “Costituzione gruppo tecnico per la realizzazione del modello assistenziale di rete in materia di terapia del dolore all’interno della rete ospedaliera”
- Documento di sviluppo delle Reti di Cure Palliative e di Terapia del Dolore - Regione Veneto (2015)
- DPCM del 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”
- Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell’art. 8 del d.lgs. N. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni
- DGR 2851 del 28 dicembre 2012 “Istituzione del Flusso Informativo per il Monitoraggio dell’assistenza erogata presso gli Hospice e modifica della Scheda per la valutazione di accessibilità all’Hospice” (DGR 3318/2008)
- DGR 1306 del 16 agosto 2017, “Linee guida per la predisposizione da parte delle aziende ed enti del SSR del nuovo atto aziendale, per l’approvazione della dotazione di strutture nell’area non ospedaliera, per l’organizzazione del Distretto, per l’organizzazione del Dipartimento di Prevenzione, per l’organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale. Dgr n. 30/CR del 6 aprile 2017 (articolo 26, comma 7, e articolo 27 della L.R. 25 ottobre 2016, n. 19)”
- DGR 5273 del 29 dicembre 1998, “Linee guida regionali sull’attivazione delle varie forme di ADI con particolare riferimento all’ADI ex allegato “H” del DPR n. 484/96 e art. 32 punto 2 lett. A del DPR n. 613/96: ADIMED e relative previsioni del fabbisogno assistenziale. Direttive regionali sulla fornitura ed erogazione dei farmaci in ADIMED”.
- DGR nr. 553 del 30 aprile 2018 "PERCORSO INTEGRATO DI CURA A SUPPORTO DELLO SVILUPPO DELLE RETI AZIENDALI DI CURE PALLIATIVE IN ETÀ ADULTA" di cui alla DGR n. 208/2017
- LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219. Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

CONTATTI

Centralino Centro Servizi “Guido Negri” 0445-309000

E-mail oicthiene@oiconlus.it