

CARTA DEI SERVIZI HOSPICE

Centro Servizi “Guido Negri”
Via Liguria n.22 - 36012 Thiene



Sommario

Introduzione	3
1.0 Le cure palliative	3
1.1 Definizione di cure palliative	3
1.2 Storia delle Cure Palliative in Italia	5
1.3 Fabbisogno di cure palliative	6
1.4 Rete di cure palliative	8
2.0 La carta dei servizi	10
3.0 Missione della Fondazione OIC e dell'HOSPICE	11
4.0 L'Hospice	13
4.1 Caratteristiche strutturali	13
4.2 Modalità di accesso in Hospice	14
4.3 Modalità di dimissione	15
4.4 La vita in reparto	16
4.5 Il personale	17
5.0 Tutela dei diritti delle persone assistite	19
5.1 La valutazione della soddisfazione del paziente	19
5.2 Gestione dei reclami	19
5.3 Riservatezza	19
5.4 Documentazione clinica	20
5.5 Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)	20
6.0 Servizi utili	20
7.0 Come raggiungere la Struttura in Via Liguria n. 22 – Thiene	21
8.0 Contatti	21

Introduzione

L'Hospice "Guido Negri" è una struttura residenziale socio-sanitaria, accreditata con l'Aulss 7 Pedemontana e offre un servizio gratuito.

L'Hospice "Guido Negri" 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 "Guido Negri" 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 paziente 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 paziente 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 paziente 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.

Le Cure Palliative in AULSS 7 seguono la delibera che ha costituito la rete locale cure palliative Regione Veneto, come da DGR n. 68 del 29 gennaio 2024 nel rispetto Decreto Ministeriale (DM) n. 77 del 23/05/2022 che richiede che la Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) debba agire sul territorio di riferimento assicurando l'erogazione dell'assistenza anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale nelle strutture residenziali e negli Hospice, con standard di riferimento di 8/10 posti letto (PL) hospice ogni 100.000 abitanti.

Questi servizi devono essere garantiti sulla base dei criteri e requisiti previsti dalla normativa e dagli accordi vigenti, tra cui l'Intesa in Conferenza Stato-Regioni (CSR) del 25/07/2012, l'Accordo in CSR del 27/07/2020 (Rep. Atti n. 119/CSR e Rep. Atti n. 118/CSR) per le RLCP dell'adulto e l'Accordo in CSR del 25/03/2021 per la Rete di Terapia del Dolore (TD) e Cure Palliative Pediatriche (CPP).

2.0 La Carta dei Servizi

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.

La Carta dei Servizi è un 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'Hospice 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'Hospice 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 familiari 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 Missione della Fondazione OIC e dell'HOSPICE

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 mission dell'HOSPICE 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.

La Carta dei Servizi dell'Hospice "Guido Negri", intende perseguire i seguenti 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";
4. garantire il pieno rispetto della libertà di culto e delle necessità spirituali di ogni paziente, indipendentemente dalla confessione religiosa. Ci impegniamo a:
 - offrire spazi e momenti dedicati alla preghiera, al raccoglimento e alle pratiche spirituali;
 - collaborare con rappresentanti di diverse confessioni religiose;
 - garantire che il personale sia sensibilizzato e formato al rispetto delle diverse credenze e tradizioni.Crediamo che l'attenzione alla dimensione spirituale sia una componente fondamentale per il benessere e la dignità della persona.

Per tendere a questa mission la Fondazione procederà con:

- la ricerca di indicatori per monitorare la qualità del servizio erogato, secondo i seguenti fattori: efficienza, efficacia, appropriatezza, continuità, privacy;
- la garanzia degli standard più elevati per tutte le attività sanitarie e socio sanitarie;
- Piani clinici Assistenziali formulati nel rispetto dei valori e delle preferenze dei pazienti;
- la formazione continua del personale, al fine di garantire la migliore qualità assistenziale possibili;
- apertura dell'Hospice al territorio al fine di garantire la continuità assistenziale;
- l'effettuazione di indagini sulla soddisfazione degli ospiti, delle loro famiglie e del personale;

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

Inoltre sono previste delle riunioni con l'Equipe multiprofessionale e multidisciplinare con cadenza regolare al fine di garantire la presa in carico di ogni paziente.

L'Equipe di Direzione, 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 paziente 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 paziente;
- 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 continua delle più aggiornate tecnologie e terapie in ambito di cure palliative.

4.0 L'Hospice

4.1 Caratteristiche strutturali

L'Hospice è collocato al primo piano della Residenza. La Struttura si compone di 9 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/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, un frigorifero e un forno a microonde, e un ampio 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.

Alcune informazioni utili alla permanenza in struttura:

- Accesso libero all'Hospice sempre nel rispetto della normativa vigente, comunicando preventivamente al personale del nucleo qualora vi sia la richiesta di permanere nell'orario notturno;
- 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.

4.2 Modalità di accesso in Hospice

L'accesso in Hospice è regolamentato secondo la procedura dell'Azienda ULSS 7 Pedemontana (*"Accoglimento in Hospice"* Rev. 0 del 10/03/2022) allegata alla carta dei servizi.

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'eleggibilità di ingresso in Hospice avviene in seguito a valutazione effettuata dall'Unità Operativa Cure Palliative dell'ULSS 7 Pedemontana.

Successivamente, in base al punteggio ottenuto, il paziente entra in lista per l'accesso in Hospice come da procedura dell'ULSS 7 Pedemontana.

In seguito alla identificazione del paziente che entrerà in Hospice e 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.

Al momento dell'ingresso, il Medico, il Coordinatore Infermieristico/Referente di Modulo e/o Case Manager 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 (Carta dei servizi e Regolamento sono a disposizioni al nucleo e al piano terra della Residenza).

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 sui rischi e i benefici dei trattamenti previsti o sulle singole indagini proposte 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 briefing di tutti i pazienti accolti in Hospice, al fine di monitorare i bisogni assistenziali, adeguare gli interventi assistenziali e analizzare gli esiti, aggiornare i piani assistenziali individualizzati per tutti i pazienti dell'Hospice.

4.3 Modalità di dimissione

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 con le figure istituzionalmente preposte 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 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;

terapia farmacologica per tre giorni successivi alla dimissione.

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

4.4 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 8.00, pranzo alle 11.30, cena alle 18.30.

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.

È possibile accedere o pernottare nella struttura informando preventivamente il personale.

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.

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.).

4.5 Il personale

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

L'équipe si compone di: personale medico, psicologo, Coordinatore Infermieristico/Referente di Modulo e/o Case Manager, personale infermieristico, operatori socio-sanitari, educatori e fisioterapisti.

Equipe assistenziale

Personale Medico

Il personale medico, come da convenzione con l'ULSS 7, è presente nell'Hospice secondo modalità concordate con l'ULSS 7. Il Centro Servizi mette a disposizione un medico dal lunedì al venerdì per un monte ore settimanale di 18 ore che si articolano nelle mattine, in alternativa possono essere stipulate convenzioni direttamente con l'AULSS 7 in accordo con la Unità Operativa Cure Palliative dell'AULSS.

Dal lunedì al venerdì dalle ore 20.00 alle ore 8.00 e nei giorni festivi e prefestivi la reperibilità è garantita dal servizio di Continuità Assistenziale.

Il personale medico si occupa degli aspetti terapeutici del paziente e cura il rapporto con i familiari.

Coordinatore Infermieristico/Referente di Modulo

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

Case manager

Il Case Manager deve garantire e coordinare l'applicazione del processo assistenziale individuando i bisogni del paziente e della famiglia, individuando eventuali criticità e favorire la massima autonomia residuale possibile al paziente.

Deve mantenere un collegamento funzionale e costante con la Centrale Operativa Territoriale al fine di assicurare continuità, accessibilità e presa in carico 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 paziente 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 pazienti (igiene del corpo, supporto nell'alimentazione) collaborando con gli infermieri.

Indossa pantaloni grigi, maglietta grigia e casacca rossa.

Psicologa

La psicologa è presente in struttura nei giorni feriali dalle 10.00 alle 12.00 e dopo un primo incontro conoscitivo è a disposizione per colloqui individuali con i pazienti e con i familiari per un supporto e un sostegno psicologico e relazionale.

All'ingresso del paziente effettua una valutazione di screening neuropsicologico delle funzioni cognitive e una valutazione psicologica sullo stato emotivo, motivazionale e di compliance.

Contestualmente intraprende un percorso di presa in carico del paziente e del nucleo familiare neuropsicologico/psicologico e in caso attiva un training o un trattamento specifico.

Alla dimissione del paziente, su richiesta del medico, redige una relazione conclusiva

Gli orari di presenza sono esposti nella bacheca.

Assistente Sociale

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.

L'equipe lavora in sinergia con la UOCCP dell'ULSS 7 di cui il direttore UOCCP con la propria presenza supervisiona il gruppo di lavoro garantendo l'appropriatezza dei vari indicatori e la formazione periodica in tema di cure palliative

5.0 Tutela dei diritti delle persone assistite

5.1 La valutazione della soddisfazione del paziente

La valutazione della soddisfazione del paziente e dei propri familiari viene svolta attraverso la somministrazione di un questionario: 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.

5.2 Gestione dei reclami

Nel salottino dell'Hospice e al piano terra vicino all'entrata della prima Villa, è posizionata una cassetta contenente i moduli "Segnalazioni Suggerimenti ed Elogi" dove i familiari dei pazienti o gli stessi pazienti possono lasciare le loro osservazioni che verranno visionate direttamente dalla Direzione.

5.3 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.

L'Hospice non solo è attento 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 paziente o un suo delegato firma il modulo per il trattamento dei dati sensibili. Tutti gli operatori, compresi i volontari, sono tenuti al segreto professionale ed al rispetto della normativa vigente.

Il dott. Giorgio Barbon è il Data Protection Officer della Fondazione OIC Onlus, ai sensi del 2016/679 | GDPR.

Il D.P.O. può essere contattato nei seguenti modi:

- Tel. 0496683000
- Pec: certificazione@pec.oiconlus.it
- E mail: privacy@oiconlus.it

5.4 Documentazione clinica

Può essere rilasciata alla dimissione o successivamente tramite una richiesta da presentare al Coordinatore Infermieristico/Referente di modulo e/o Case Manager.

5.5 Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico è il servizio dedicato al rapporto con l'utenza. Ha il compito di fornire orientamento e supporto alla persona nell'accesso alle strutture e ai servizi sanitari e sociosanitari offerti dall'Azienda, grazie ad un'informazione precisa, aggiornata e personalizzata. Favorisce inoltre la partecipazione dei cittadini e delle realtà associative, in quanto consente agli utenti di esprimere le proprie segnalazioni (reclami, suggerimenti, apprezzamenti) relative ai servizi aziendali, attraverso specifica procedura.

Costituisce un osservatorio dei bisogni, delle esigenze e della soddisfazione degli utenti, contribuendo alla verifica della qualità dei servizi offerti dall'Azienda e supportando la definizione di azioni di miglioramento.

Per presentare una segnalazione (reclamo, suggerimento, apprezzamento), può essere utilizzato il MODULO SEGNALAZIONI presente nel salottino dell'Hospice e al piano terra vicino all'entrata della prima Villa.

Il modulo può essere compilato e trasmesso:

- via e-mail, all'indirizzo: urpbassano@aulss7.veneto.it oppure urpthiene@aulss7.veneto.it;
- via PEC, all'indirizzo: protocollo.aulss7@pecveneto.it;
- per posta, all'indirizzo: Azienda ULSS n. 7 Pedemontana, Via dei Lotti, 40 – 36061 Bassano del Grappa (VI)

Si precisa che alla segnalazione deve essere allegata copia del documento di identità del segnalante e, nel caso in cui riguardi una terza persona (maggiorenne), è necessario allegare delega dell'interessato e copia del documento di identità del delegante e del delegato.

6.0 Servizi utili

Zona ristoro con distributori automatici di cibi e bevande situati al nucleo oppure al piano terra è presente il servizio bar dal lunedì al sabato nei seguenti orari: 09.00-12.00 15.00-19.00.

È presente il **Servizio di Assistenza Spirituale**, disponibile su richiesta personale, contattando il Centro Operativo al numero 0445309000

Il Parrucchiere: Il servizio è a pagamento è disponibile previo appuntamento.

7.0 Come raggiungere la Struttura in Via Liguria n. 22 – Thiene

In Auto:

Le seguenti sono le strade di maggior importanza che servono l'area in cui sorge Thiene:

- Autostrada A31 della Valdastico (Rovigo-Vicenza-Piovene Rocchette): autostrada a pedaggio. Collega il Basso Veneto, Vicenza e l'Alto Vicentino. Passa da Thiene, servita dall'uscita "Schio-Thiene";
- Superstrada Pedemontana Veneta (SPV): strada a pedaggio. Collega l'Alto Vicentino, Bassano del Grappa e Treviso. Confluisce presso Thiene nell'Autostrada A31, della Valdastico

Altre strade di sicuro interesse per chi intenda raggiungere Thiene sono le seguenti:

- Strada Provinciale del Pasubio SP46: tra Vicenza, Schio e l'area del Pasubio. La strada continua in Trentino Alto Adige fino a Rovereto, comune servito dall'Autostrada A22 del Brennero (Modena-Verona-Brennero). Schio è a soli 12 km di strada da Thiene.

In Autobus:

La fermata più vicina dista circa 200 metri in via Valdastico (direzione ex Ospedale Boldrini).

8.0 Contatti

Centralino Centro Servizi "Guido Negri" 0445-309000

E-mail oicthiene@oiconlus.it