

# Carta dei Servizi

## Centro Residenziale – Hospice Extraospedaliero - di Cure Palliative “Casa del Vento Rosa”



gestito da parte di Casa Albergo per Anziani per conto dell’Az. Ulss 5 Polesana

*Approvata con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 08 del 21/03/2019*

## Premessa

La “Carta dei Servizi” vuole essere una guida, ideata per far conoscere l’attività, l’organizzazione e le finalità del Centro Residenziale di Cure Palliative.

È uno strumento per presentarsi all’esterno, per rendersi trasparente alla cittadinanza al fine di permettere un’adeguata informazione ed una maggiore consapevolezza nel diritto di scelta.

La Carta dei Servizi diviene, perciò, uno strumento di tutela dei diritti del cittadino e rappresenta, nel contempo, una forma di impegno verso l’utente, oltre che una direttiva organizzativa e orientativa per le attività svolte dalle varie figure professionali che vi operano all’interno.

Rappresenta, inoltre, un’espressione leggibile dei principi e dei fondamenti su cui il Centro Residenziale stesso si fonda: equità di accesso, appropriatezza delle cure, continuità, qualità dell’assistenza.

La collaborazione dei familiari con il personale e i loro suggerimenti sono mezzi di miglioramento del servizio, permettendo di offrire risposte sempre più professionali alle esigenze degli assistiti della Casa del Vento Rosa.



Fattore dominante e allo stesso modo innovativo di questa nuova revisione, è stata la collaborazione in termini di suggerimenti, proposte e idee, con l’Associazione di Volontariato San Vincenzo de Paoli e con un gruppo di familiari attivi dal punto di vista della relazione con le diverse figure professionali con le quali ogni giorno si confrontano.

## Le Cure Palliative

L’Organizzazione Mondiale per la Sanità nel 1990 definisce le Cure Palliative (CP) come:

*“... cura attiva, totale dei pazienti la cui malattia non risponde più ai trattamenti curativi. Il controllo del dolore, di altri sintomi e dei problemi psicologici, sociali e spirituali è di fondamentale importanza. Le cure palliative affermano la vita e considerano il morire come un processo naturale, senza affrettarne o ritardarne l’evento, offrendo un sistema di assistenza al malato che possa permettere al paziente di vivere in modo attivo fino alla fine, e un sistema di sostegno alle famiglie per aiutarle ad affrontare la malattia e il lutto...”.*



Le Cure Palliative vogliono, quindi, dare un senso e dignità alla vita del malato, alleviando prima di tutto il dolore e gli altri gravi sintomi, fornendo inoltre un supporto psicologico, relazionale, sociale e spirituale. Se l’inguaribilità è l’elemento che caratterizza la fase della malattia, va sempre tenuto presente che la curabilità (intesa come “prendersi cura”) della persona è il fondamento su cui si basano le cure palliative, protratte fino all’ultimo istante di vita.

In quest’ottica la famiglia diviene soggetto ed oggetto di cura, poiché viene sostenuta e supportata, al fine di affrontare la malattia del proprio caro, ma al tempo stesso è incoraggiata a partecipare e contribuire attivamente.

## 1. Il Centro Residenziale di Cure Palliative “Casa del Vento Rosa”

Il progetto di realizzare un hospice extraospedaliero territoriale presso la Casa Albergo per Anziani di Lendinara è divenuto una realtà operativa nei primi mesi del 2006, e costituisce oggi un punto di riferimento importante nella realtà provinciale per le persone con malattia terminale.

Nel 1999, con deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n.2989 viene approvato il programma per la realizzazione di un nucleo composto da 8 posti letto per malati terminali. Nel 2003 hanno inizio i lavori per la realizzazione della struttura, che è stata inaugurata nel 2005. Nel mese di marzo dell'anno 2006 viene, infine, attivato ufficialmente il Centro.

Il 10 Novembre 2018, sono stati inaugurati altri due posti letto in con adeguamento alla Legge Regionale 22/2002 e l'Ente ha provveduto a richiedere l'adeguamento dei titoli autorizzatori riferito all'autorizzazione e accreditamento. Con protocollo nr. 3972 del 18.02.2019, l'Azienda Zero conferma i criteri di autorizzazione all'esercizio per i due posti letto.



**Il Centro Residenziale di Cure Palliative – Hospice Extraospedaliero** -è un servizio che si occupa delle persone affette da patologia in fase terminale, con l'obiettivo di assisterle nel loro percorso di cura e di migliorarne la qualità di vita. Il Centro Residenziale, in integrazione con la Rete di Cure Palliative, offre alla persona assistenza medica, assistenza infermieristica, supporto sociale e sostegno psicologico.

Il malato e la sua famiglia possono trovare, all'interno, sollievo per un periodo circoscritto per poi far ritorno a casa o per vivere nel conforto gli ultimi giorni di vita.

Il ricovero è finalizzato ad un supporto farmacologico mirato alla palliazione del dolore, all'alleviazione dei sintomi e a offrire un sostegno psicologico-emotivo al malato e ai suoi familiari. Il Centro è organizzato in modo da garantire il benessere psicologico e relazionale della persona e dei suoi familiari, il comfort ambientale e la tutela della privacy: offre stanze singole poiché la camera è lo spazio individuale della persona accolta e della sua famiglia, pensato per rendere la permanenza il più confortevole e personale possibile. Il paziente può incontrare nella propria stanza amici, conoscenti e portare oggetti personali di valore affettivo o che ritiene utili per sé.

Il termine “cura” all'interno di Centri come questo assume il significato letterale di “prendersi cura” della persona nel suo insieme, basata anche sulla cura delle relazioni umane: relazione tra paziente e personale, tra paziente e famiglia, tra personale e famiglia.

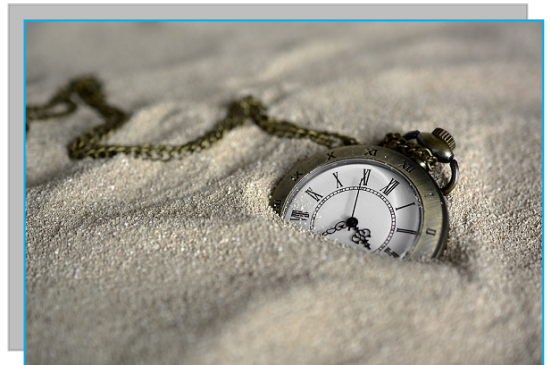




### 3. Principi Fondamentali

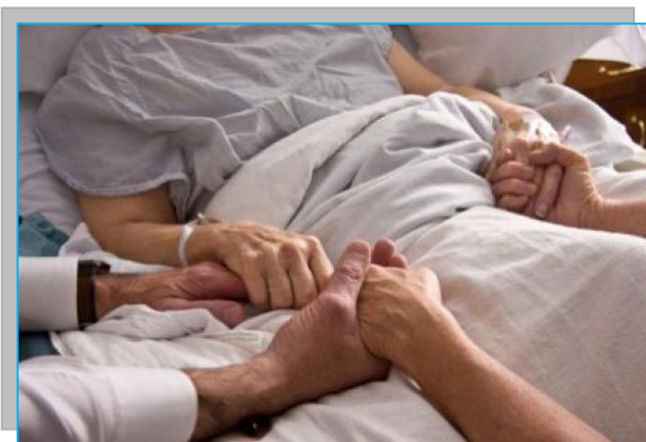
#### CENTRALITA' E RISPETTO DELLA PERSONA

- assistenza centrata sulla persona e la sua famiglia;
- rispetto dell'autonomia;
- creazione e mantenimento di un rapporto tra équipe curante e persona assistita basato sulla comunicazione, sulla trasparenza e sulla condivisione degli obiettivi della cura;
- sostegno alla famiglia attraverso un'opera d'informazione, di consiglio, di aiuto pratico e di formazione continua.
- attuazione, per ogni malato, di un piano di "cura" personalizzato multiprofessionale e multidisciplinare, in grado di tenere conto dell'ambiente di provenienza, della situazione familiare e clinica;
- ad ogni persona assistita ed ai suoi familiari sono assicurati un ascolto attento dei bisogni e un accompagnamento individuale, rispetto dei tempi e dei ritmi di vita personali, degli spazi privati, della privacy e della dignità



#### EFFICACIA ED EFFICIENZA

- continuità e intensità della cura per ridurre al minimo la sofferenza e il disagio;
- ricerca del lavoro di équipe mediante confronto e collaborazione tra tutte le figure professionali;
- alto livello professionale di tutti gli operatori attuato attraverso un'attenta selezione, un adeguato periodo di tirocinio, corsi periodici di formazione e aggiornamento;



#### 4. Obiettivi

- COMFORT



- CONTINUITÀ DELL'INTEGRAZIONE ASSISTENZIALE



- TUTELA DELLA PRIVACY



#### 5. Modalità di accesso e di accoglienza

E' il medico di Medicina Generale o il Medico Ospedaliero ad attivare il percorso attraverso la segnalazione alla Centrale Operativa Territoriale (COT) del Distretto Ulss 5 Polesana.

Il ricovero in ogni caso, si attiva solo con il consenso della persona malata o della famiglia.

I requisiti per essere inseriti nella lista di attesa sono:

- presenza di una documentata patologia per la quale sia stata esclusa la possibilità di trattamenti curativi che possono modificare la prognosi;
- mancanza di supporto familiare adeguato;
- difficoltà abitative e logistiche che non permettono la permanenza a domicilio;
- necessità di un adeguamento della terapia palliativa non realizzabile a domicilio;
- necessità per la famiglia di un periodo di "sollevio";

La gestione operativa di ricovero è affidata al Responsabile, del Servizio e/o ad un'infermiere delegato.

Fa seguito poi un colloquio tra i familiari, l'Assistente Sociale e il Responsabile del Servizio (o suo delegato) per informare la famiglia sull'organizzazione della Casa del Vento Rosa e chiarire i dubbi e le perplessità dei congiunti del paziente.

In quella sede verrà raccolta la seguente documentazione:

- copia Carta d'identità del malato;
- TEAM;
- Tesserino sanitario Regionale;
- Esenzioni ticket;
- eventuale verbale/domanda di Invalidità Civile;
- documentazione sanitaria antecedente al ricovero.

## 6. Il Personale



Le cure, allo scopo di tenere presente la persona nelle sua globalità di individuo e non solo di ammalato, sono prestate da una équipe multidisciplinare e multiprofessionale composta da medici, infermieri, operatori assistenziali, un fisioterapista, coadiuvati da una psicologa e un'assistente sociale. Il coordinamento e il lavoro di gruppo sono, quindi, il cardine di ogni attività, proprio per rendere il percorso di cura del malato il più efficace e agevole possibile. L'équipe, inoltre, è un'opportunità fondamentale di formazione sul campo che consente di argomentare e approfondire tematiche e criticità emerse dal lavoro quotidiano.

Il team è così composto:

- **Medico Coordinatore Cure Palliative**
- **Responsabile del Servizio**
- **Infermiere Professionale**
- **Operatori Socio Sanitari**
- **Psicologo**
- **Assistente Sociale**



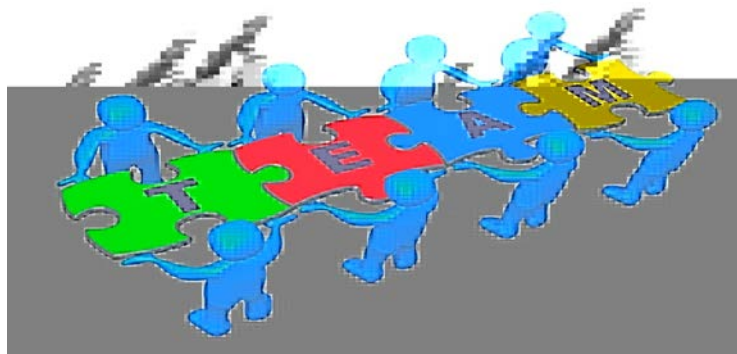
L'équipe si riunisce, di norma, una volta alla settimana.

L'incontro e il confronto fra tutti i componenti dell'équipe per una valutazione multidisciplinare e globale è considerata modalità fondamentale per garantire un'assistenza qualificata. Il gruppo di lavoro, pertanto, è composto da operatori con diversa professionalità, ciascuno dei quali riveste un ruolo ed interviene sulla base delle sue specifiche competenze.

L'équipe può essere integrata, a seconda della situazione, attraverso la presenza di familiari ed assistente spirituale. È fondamentale che ciascuno dei membri dell'équipe riconosca il ruolo e le competenze degli altri componenti del gruppo.

La compresenza di diverse professionalità attribuisce all'équipe il carattere dell'interdisciplinarietà e consente di affrontare ciascuna situazione disponendo di un'ampia gamma di strumenti di studio e valutazione.

L'intervento dell'équipe è teso alla globalità, non limitato al controllo dei sintomi fisici, ma esteso agli aspetti psicologici, relazionali, sociali e spirituali del malato e del suo nucleo familiare.





## 7. Il ruolo dell'Assistente Sociale e dello Psicologo

L'Assistente Sociale, assume un ruolo fondamentale in quanto:

- mantiene una relazione costante tra Centro, Azienda Ulss 5 e territorio;
- garantisce una presenza settimanale capace di far fronte alle esigenze dei familiari e del personale del Centro;
- si occupa di effettuare i colloqui di ingresso con i familiari della persona inserita raccogliendo la documentazione richiesta e verificando se ci sono altre pratiche da espletare;
- partecipando all'equipe settimanale ha modo di capire i percorsi intrapresi per ogni utente, fornendo informazioni precise rispetto a possibili dimissioni che vedono la possibilità di un rientro a domicilio o l'inserimento in una struttura residenziale.



La Psicologa, è una figura di riferimento e di supporto in quanto:

- contribuisce all'analisi delle situazioni individuali di ciascun utente;
- effettua colloqui individuali sia con le persone ospitate che con i familiari;
- collabora alla formazione del personale;
- programma e gestisce gruppi di auto-mutuo-aiuto .



### 7. Dimissione

Qualora l'equipe rilevi una stabilizzazione delle condizioni sanitarie del malato che ne permetta la dimissione, il medico predispone la richiesta alla COT (Centro Operativo Territoriale) per la rivalutazione dal parte UOCP, per definire il percorso considerato maggiormente idoneo.

La dimissione, con bisogni di cure palliative del malato, si inserisce per modalità e tempo, nel processo per le transizioni protette dall'Ospedale del Territorio, già attivo in ambito aziendale secondo le modalità stabilite dalla DGRV 553/2018, con il coinvolgimento della UOCP e della COT.

Nell'ottica di garantire la continuità all'assistenza, da parte del medico, sarà predisposta la documentazione aggiornata e tutte le informazioni utile necessarie ad assicurare la continuità all'assistenza.





## 8. Contatti

Per ogni informazione, richiesta di inserimento e/o colloqui è possibile rivolgersi all'Assistente Sociale rispettando l'orario sotto indicato:

- Dal LUNEDI' al VENERDI' dalle ore 10.30 alle ore 12.30
- Il GIOVEDI' anche il pomeriggio dalle ore 15.00 alle ore 17.00
- O telefonando allo 0425/641015 int. \* 138/\*139
- O inviando una mail all'indirizzo [ufficio.sociale@casalendinara.it](mailto:ufficio.sociale@casalendinara.it)



Via del Santuario, n.31 - 45026 – Lendinara (RO)  
Tel. 0425.600370 – 641015 Fax 0425.604336  
Indirizzo mail: [info@casalendinara.it](mailto:info@casalendinara.it)  
Sito web: [www.casalendinara.it](http://www.casalendinara.it)



*Troppo spesso si sottovaluta la potenza di un tocco, un sorriso, una parola gentile, un orecchio in ascolto, un complimento sincero, o il più piccolo atto di cura, che hanno il potenziale per trasformare una vita.*

*(Leo Buscaglia)*