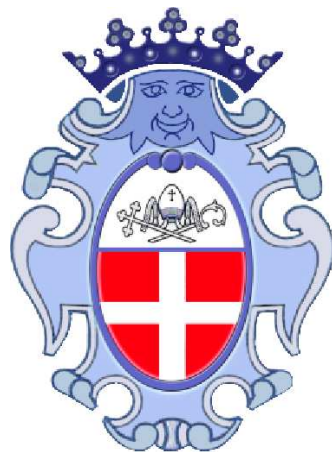


**AZIENDA DI SERVIZI ALLA PERSONA**  
**Istituzioni Assistenziali Riunite di Pavia**



CARTA DEI SERVIZI  
**Hospice**

La Carta dei Servizi è stata redatta seguendo i contenuti del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 21 dicembre 1995 e successive disposizioni, si ispira ai principi fondamentali richiamati nella direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994, e tiene conto in maniera organica della “Carta fondamentale dei Diritti dell’Anziano”, nonché delle normative Regionali in materia di assistenza, qualità e servizi preposti alla cura ed assistenza dell’anziano.

**ASP Istituzioni Assistenziali Riunite di Pavia  
UNA AZIENDA DI SERVIZI ALLA PERSONA  
PER LA COMUNITA’**

**CHI SIAMO Origine delle Istituzioni Assistenziali Riunite di Pavia - II.AA.RR. - e delle II.PP.A.B. raggruppate: Istituto di Assistenza e di Cura “S. Margherita”, Casa di Riposo “Mons. Francesco Pertusati”, Centro Polivalente “Gerolamo Emiliani” e Fondazione Peppino Franchi Maggi.**

La Congregazione di Carità di Pavia trae la sua origine dal disposto dell’art. 26 della Legge 3 agosto 1862 sulle Opere Pie e sostituisce il Pio Istituto Elemosiniere. Lo Statuto Organico della Congregazione di Carità fu approvato con Regio Decreto 27 dicembre 1874. Nel 1980, con legge 17 luglio n° 6972 si concentrarono nell’Ente Comunale di Assistenza le Istituzioni Pubbliche di assistenza e di beneficenza – II.PP.A.B. già amministrate dalla Congregazione di Carità al 1939, anno in cui il Regio Decreto 16 marzo ne affidò la gestione ad una Amministrazione unica. Con atto deliberativo 23 febbraio 1966 n° 555 il Consiglio di Amministrazione del Raggruppamento di II.PP.A.B. stabilì che la denominazione di “Opere Pie Riunite” fosse sostituita con quella di “Istituzioni Assistenziali Riunite”. A seguito dell’estinzione di alcune II.PP.A.B. raggruppate, stabilita con Decreto 17 marzo 1992 del Presidente della Regione Lombardia pubblicato sul Bollettino Regionale dell’11 maggio stesso anno, le II.AA.RR. amministrano le quattro II.PP.A.B. residue e cioè: la Casa di Riposo “Mons. Francesco Pertusati”; l’Istituto di Assistenza e di Cura “S. Margherita”; il Centro Polivalente “Gerolamo Emiliani”; la Fondazione Peppino Franchi Maggi. Nel 2003 si addivene alla fusione degli enti in un’unica amministrazione ed alla trasformazione in moderna Azienda di Servizi alla Persona.

**DOVE SIAMO**

**[www.asppavia.it](http://www.asppavia.it)**

**Sede legale:**

**Amministrazione Presidenza e Direzione Generale**

Email: [Presidenza@asppavia.it](mailto:Presidenza@asppavia.it)

Email:

Email: [segreteriadirettoregenerale@asppavia.it](mailto:segreteriadirettoregenerale@asppavia.it)

Viale Matteotti n° 63 27100 PAVIA

Telefono: 0382 3811

n° fax: 0382 381395

indirizzo e-mail: [info@asppavia.it](mailto:info@asppavia.it)

[PEC: protocollo.asp.pavia@pec.it](mailto:PEC: protocollo.asp.pavia@pec.it)

**Sedi operative:**

**Rsa Francesco Pertusati**

**Rsa S. Croce**

**Centro Diurno Integrato**

**Palestra di Fisiocinesiterapia**

**Viale Matteotti, n° 63 - 69**

Telefono: 0382 3811

Fax: 0382 381307

Email: [Direttore.MedicoRSA@asppavia.it](mailto:Direttore.MedicoRSA@asppavia.it)

**Istituto di Cura S. Margherita**

Reparti solventi

Hospice

Centro Diurno Integrato

Ambulatori

Laboratorio Analisi

**Via Emilia, 12**

Tel 0382 381200

Fax 0382 381218

Email: [Direzione\\_SanitariaDR@asppavia.it](mailto:Direzione_SanitariaDR@asppavia.it)

**RSD Gerolamo Emiliani**

Via Vivai, 17

Tel 0382 3811

Fax 0382 520679

Email: [DirezionemedicaRSD@asppavia.it](mailto:DirezionemedicaRSD@asppavia.it)

## QUALI SERVIZI EROGHIAMO

### Posti Residenziali:

- 246 autorizzati con decreto ASL di Pavia n. 505/50 del 26/12/2009 di cui 238 per anziani non autosufficienti (20 riservati ad ospiti affetti da malattia di Alzheimer) accreditati SSR con compartecipazione al pagamento della retta e n. 8 autorizzati – solventi, ovvero senza contributo regionale
- 42 posti autorizzati – solventi, ovvero senza contributo regionale (RSA S. Croce)
- 156 di riabilitazione Generale e Geriatrica di mantenimento più 4 autorizzati in regime di solvenza
- 18 di Riabilitazione Geriatrica di Reinserimento/Mantenimento più due autorizzati in regime di solvenza
- 18 di riabilitazione geriatria specialistica
- 10 per malati terminali nel Nucleo Hospice accreditati SSR presso l' Istituto di Cura S. Margherita;
- 19 di riabilitazione geriatrica di mantenimento, in regime di solvenza per l'utenza esterna, autorizzati, ma non accreditati
  - 19 di riabilitazione geriatrica di mantenimento in regime di solvenza per l'utenza esterna, autorizzati, ed accreditati ex Progetto Sperimentale Regione
- 30 per disabili gravi fisici e psichici accreditati SSR presso la Residenza Sanitaria per Disabili Gerolamo Emiliani

### Posti non Residenziali:

- 15 di trattamento in ciclo diurno continuo S. Margherita
- 28.780 trattamenti ambulatoriali presso il S. Margherita
- 30 per ospiti affetti da Alzheimer al Centro Diurno Integrato S. Margherita
- 12 al Centro Diurno Integrato F. Pertusati

### Servizi Ambulatoriali

- Palestre di Fisiocinesiterapia situate in V.le Matteotti, 69 e in via Emilia, 12
- Trattamenti ambulatoriali per pratiche riabilitative secondo le metodologie di: Bobath, McKenzie, Kabath. Ozonoterapia per cure di ernie discali e cervicali, gonartrosi, artrosi di spalla con periartrite. Vasche per Riabilitazione in acqua. Riabilitazione del pavimento pelvico perineale. Tel. 0382 381253
- Responsabile: Dr. Bruno Mazzacane E mail: [Amb\\_FKT@asppavia.it](mailto:Amb_FKT@asppavia.it)

Geriatria: Visite specialistiche geriatriche visite di controllo per ex-degenti valutazioni multidimensionali in vista del riconoscimento dell'indennità di accompagnamento  
Tel. 0382 381135

Responsabile: Dr. Roberto Bonacasa E mail: [Roberto\\_Bonacasa@asppavia.it](mailto:Roberto_Bonacasa@asppavia.it)

Aperto dal lun al ven dalle 8.30-13.00 Martedì e Giovedì dalle 14.00 –17.00 Via Emilia, 12

### Centro Disturbi Cognitivi e Demenze Ex Ambulatorio CHRONOS/UVA

Centro specializzato nella presa in carico e nella diagnosi della malattia di Alzheimer e altre demenze. Le nostre competenze geriatriche, neurologiche e psichiatriche sono a disposizione per seguire e curare nel tempo il paziente.

Responsabile Dr. Cuzzoni E mail: [Gianni\\_Cuzzoni@asppavia.it](mailto:Gianni_Cuzzoni@asppavia.it)

aperto il martedì, mercoledì e venerdì dalle 9.00 alle 13.00 ed il giovedì dalle 14.00 alle 18.00.

Endocrinologia: Visite specialistiche endocrinologiche (per info sulle prestazioni:

<http://aspnutrizione.wixsite.com/home>), valutazione densità ossea (Dexa) email: [amb\\_dexa@asppavia.it](mailto:amb_dexa@asppavia.it);

Tel. 0382 381123

Responsabile: Dr.ssa Mariangela Rondanelli E mail: Serv.Nutrizione@aspavia.it

Aperto dal lun al ven dalle 9.30-13.00 Via Emilia, 12

Diabetologia Visite specialistiche per lo screening ed il trattamento della malattia diabetica mediante dosaggio strumentale di glicemia e glicosuria Tel. 0382 381123

Responsabile: Prof. Bruno Solerte E mail: Bruno\_Solerte@aspavia.it

Aperto Lunedì e Mercoledì dalle 8.30 alle 17.00. Il venerdì dalle 8.30 alle 13.30.

Laboratorio di Analisi Chimico Cliniche: Sezione Base di Biochimica Clinica

Tel. 0382 381 137 per l'esecuzione dei prelievi: tutti i giorni dalle 8.00 alle ore 10.00

per il ritiro dei referti: tutte le mattine dalle 12.00 alle 13.00 ed il mercoledì pomeriggio dalle 15.00 alle 16.00 presso la reception

### Servizi Domiciliari

- Assistenza Domiciliare Integrata - Voucher Socio Sanitario

- RSA Aperta

**PRESTAZIONI OFFERTE: Assistenza Geriatrica infermieristica, Assistenza Geriatrica Socio Assistenziale - Attività di riabilitazione fisioterapica**

Responsabile Dr. Segù E mail: Direttore.medicoRSA@aspavia.it

### PER AVERE ALTRE INFORMAZIONI:

Dal Lunedì al venerdì, dalle 8.30 alle 13.00

Centralino: Tel. 0382 3811

**Ufficio Relazione con il Pubblico ASP** – dr.ssa B. Magnani: tel. 0382 381360

Email: info@aspavia.it

**Sito web: [www.aspavia.it](http://www.aspavia.it)**

## I COSTI E LE RETTE

Nella seduta del 27 Dicembre 2018 il Consiglio di Indirizzo ha deliberato le seguenti variazioni di retta di ospitalità per l' anno 2019:

<b>Unità di Offerta:</b>	<b>retta/die</b>
CDI S. Margherita	23,00 euro
Rep Solventi Autorizzati S. Margherita	68,00 euro
RSA Pertusati Solventi	67,00 euro
RSA Pertusati accreditati	55,00 euro
CDI Pertusati	23,24 euro
RSA S. Croce Autorizzati	67,00 euro
RSD G. Emiliani	54,00 euro

### Rapporto con gli Ospiti e con i Familiari

- Il rapporto medico – OSPITE è fiduciario. Le persone ricoverate devono accettare ogni decisione da parte del medico della struttura che è un pubblico ufficiale.
- Le condizioni DELL'OSPITE di norma vengono comunicate ai familiari che hanno richiesto la degenza.
- Per qualsiasi informazione il familiare si può rivolgere al medico di reparto nei giorni prefissati

- per particolari urgenze è possibile rivolgersi alla segreteria della Direzione Medica per un colloquio urgente segnalando il nominativo dell'ospite.
- Nel rispetto della privacy e delle leggi non è possibile fornire informazioni telefoniche sugli ospiti
- I familiari devono lasciare indirizzo e numeri telefonici per comunicazioni urgenti comunicando ogni variazione.

### **Principio dell'eguaglianza e rispetto**

Dall'articolo 3 della Costituzione Italiana, comma 2°, discende la necessità di un trattamento differenziato e modulare, teso a ripristinare, partendo dalla peculiarità della condizione dell'anziano, la sua eguaglianza con tutti gli altri cittadini.

All'interno della nostra realtà, questo principio si configura come un'eguale considerazione per ogni singola persona, al di là del sesso, della religione e dei costumi sociali, sviluppando modelli di intervento il più possibile mirati e personalizzati, considerando l' UNICITA' di ciascun individuo, nel rispetto di un benessere psico – fisico – sociale.

Pertanto la vita nelle nostre UdO si uniforma a principi privi di discriminazione di qualsiasi genere.

### **Principio dell'Imparzialità e Obiettività**

Ogni persona che opera all'interno dell'Unità di Offerta, deve prestare il proprio servizio professionale con imparzialità ed obiettività, attraverso manifestazioni di cura ed assistenza e garantendo standard di qualità del servizio il più possibile vicino all'immagine "di ciò che desidereremmo per un nostro caro.....".

Il servizio di assistenza è garantito per le 24 ore.

Per ogni Ospite è previsto un piano di assistenza personalizzato con precisi momenti di verifica, al fine di garantire continuità nelle prestazioni sanitarie e sociali. Ogni intervento viene preventivamente verificato ed i momenti di analisi periodica possono portare ad una sospensione degli interventi (se l'obiettivo è stato raggiunto), ad un ulteriore prolungamento (in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi predefiniti) o alla definizione di una nuova strategia, se i criteri adottati risultassero inefficaci e poco raggiungibili.

### **Diritto di Scelta**

Ogni persona, a qualunque punto del decorso della sua inabilità o malattia, ha diritto a veder riconosciuta e promossa la propria autonomia.

Con questo termine si vuole esprimere il concetto di "spazio di autodeterminazione" e "auto decisione" all'interno di una relazione tra persona in condizione di bisogno e servizi erogati. Per ogni persona, infatti, si lavora favorendo la sua decisione nelle scelte della vita quotidiana. Per coloro che sono deteriorati cognitivamente, si dà molta importanza alla comunicazione non verbale, che crea in ogni modo una relazione profonda tra la persona in stato di bisogno e colui che lo assiste.

Le diverse figure professionali hanno il compito di favorire e stimolare le scelte, e perciò l'autonomia maggiore possibile, nelle attività quotidiane degli anziani ospiti della R.S.A..

### **Principio di Partecipazione e Rispetto della Privacy**

La persona è la protagonista del nostro servizio ed è a lei che dobbiamo offrire gli strumenti per favorire una partecipazione attiva all'interno dell'UdO. Partecipazione che deve coinvolgere i familiari per renderli protagonisti attraverso l'informazione sugli obiettivi della struttura, creando una continua relazione, un feed-back, tra Struttura e familiari. E', sempre, garantita la corretta INFORMAZIONE e il rispetto della privacy in adempimento al Regolamento Europeo sulla Privacy, alla D.lgs 193/03 così come modificata dalla L. 101/18 per il trattamento dei dati personali nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità delle persone fisiche con particolare riferimento alla riservatezza e alla identità personale, nelle relazioni tra operatori e professionisti da un lato e ospiti e familiari dall'altro, prevedendo spazi regolamentati nei quali raccogliere osservazioni, lamentele e/o suggerimenti, con l'obiettivo di superare le possibili incomprensioni e le difficoltà che comunque si incontrano durante il processo di "cambiamento sociale" che comporta "l'istituzionalizzazione" dell'anziano, pur operando

secondo metodologie il più possibili accoglienti, umane e volte a ricreare l'habitat e gli stili di vita dell'anziano.

### **PRINCIPIO DI EFFICACIA ED EFFICIENZA**

Tutte le prestazioni assistenziali erogate devono essere sicuramente efficaci ed il personale deve verificare che gli obiettivi previsti siano stati raggiunti e che le risorse impegnate siano utilizzate al meglio sia nell'attività Residenziale che nello sviluppo delle attività della RSA.

L'organizzazione ha come obiettivo il miglioramento continuo del livello di qualità delle prestazioni socio-sanitarie ed assistenziali.

#### **LA MISSION    Gli obiettivi principali delle UdO gestite da ASP possono essere così riassunti**

- Garantire un'elevata qualità tecnica nell'assistenza affiancata ad un'alta umanità;
- Sviluppare la capacità funzionale residua dell'anziano;
- Affrontare in maniera globale i problemi degli anziani con interventi mirati e personalizzati;
- Garantire la formazione continua del personale per sostenere la motivazione e sviluppare la preparazione professionale.

In conclusione il nostro obiettivo generale è quello di garantire la migliore qualità di vita possibile compatibilmente con le condizioni psicofisiche dell'anziano.

### **CODICE ETICO**

Tutti gli operatori all'interno di ASP si adeguano ai principi etici di comportamento previsti dal Codice Etico – Comportamentale Ex D. Lgvo 231/2001 e Modello Organizzativo (allegato)

#### ***I PRINCIPI FONDAMENTALI DELLE NOSTRE STRUTTURE SONO:***

- il rispetto delle leggi e delle norme internazionali che regolano i diritti tra stato-struttura assistenziale-cittadino;
- l'ospite ha diritto di essere assistito e curato con premura ed attenzione, nel rispetto delle dignità umane e delle proprie convinzioni religiose e di vita;
- nessun ospite, nel pieno delle proprie facoltà, può essere sottoposto a trattamenti sanitari senza il consenso informato suo o dei suoi parenti o tutori;
- in caso di incapacità di intendere e di volere da parte del paziente (attestato da parere medico specialistico) la Direzione Sanitaria può attuare il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSA);
- la riservatezza delle informazioni sulla salute degli assistiti è garantito dalla legge e dal codice deontologico degli esperti sanitari;
- l'ospite e i suoi parenti hanno il diritto di ottenere dalla struttura le informazioni e le modalità dell'erogazione dei servizi e sono in grado di identificare il personale operativo;
- il paziente o i famigliari hanno il diritto di conoscere il proprio stato di salute e la possibilità di trattamenti alternativi erogati da Enti specializzati alle caratteristiche della Sua necessità;
- l'ospite e famigliari devono rispettare l'organizzazione della struttura e collaborare per un idoneo funzionamento.

### **FILOSOFIA DEL LAVORO PER PROTOCOLLI**

L'utilizzo di protocolli assistenziali garantisce agli ospiti un elevato standard assistenziale.

Attualmente vengono applicati i seguenti protocolli:

- igiene dell'ospite nel rispetto della privacy
- prevenzione e trattamento delle piaghe da decubito
- prevenzione delle cadute

- trattamento dell'incontinenza
- somministrazione degli alimenti e delle bevande
- corretto utilizzo dei mezzi di tutela e protezione dell'Ospite

### **STANDARD DI QUALITA'** **Lavoro per Progetti Individualizzati**

L'operare per progetti è una modalità complessa che vede tutta l'organizzazione impegnata nel lavoro per "obiettivi e risultati" e non più per prestazioni.

Il primo momento consiste nella rilevazione dei bisogni degli anziani per accertare la loro situazione fisica, psicologica e relazionale. Dopo la fase valutativa effettuata all'interno dell' Unità Operativa Interna, si definisce un progetto operativo per raggiungere un preciso risultato al fine di prevenire, rallentare od impedire il decadimento funzionale.

Si procede, infine, alla verifica dei risultati conseguiti grazie alla quale si ridefinisce un nuovo intervento.

Tutte le figure professionali facenti parte dell'organizzazione lavorano in modo integrato e coordinato per avere un risultato di salute sugli ospiti.

Gli interventi sono personalizzati, i comportamenti e le attenzioni degli operatori sono finalizzati a soddisfare i bisogni dell'ospite.

### **Qualità e controlli nel settore dell'alimentazione**

Presso il settore magazzino e cucina della RSA "F. Pertusati" e presso i locali porzionamento dell'IDR S. Margherita e del G. Emiliani vengono messe in atto tutte le procedure di controllo concernenti il sistema H.A.C.C.P. ( D.L.vo n°155/97) al fine di garantire agli ospiti delle 3 strutture la salubrità igienico-sanitari degli alimenti che vengono consumati.

I principi su cui si basa il sistema H.A.C.C.P. sono i seguenti:

#### 1: Individuazione dei pericoli

Per pericolo si intende ogni potenziale causa in grado di compromettere la salute del consumatore

#### 2: Identificazione dei punti critici di controllo (CCP)

**Un punto critico di controllo è il punto di una operazione di preparazione di un prodotto alimentare a livello del quale si può esercitare un controllo**  
per eliminare, prevenire o minimizzare un pericolo.

#### 3: Decisioni da adottare riguardo ai punti critici individuati

Ogni volta che viene individuato un punto critico è necessario prevedere dei mezzi di correzione (albero delle decisioni) da applicare nel caso in cui venga rilevata una procedura pericolosa che non garantisca l'igiene dell'alimento

#### 4: Identificazione ed applicazione di procedure di controllo e di sorveglianza dei punti critici(CCP)

**I punti critici devono essere adeguatamente controllati mediante un monitoraggio continuo che implica sistematiche osservazioni e registrazioni dei fattori significativi del controllo del pericolo. Le procedure di monitoraggio di un CCP devono essere semplici, ma sempre accurate e riproducibili, tali da fornire risultati chiari, quantificabili e confrontabili. Inoltre, le procedure di monitoraggio scelte devono permettere di poter prendere misure correttive in situazioni sfuggite al controllo sia prima che durante una determinata operazione.**

5: Riesame periodico, ed in occasione di variazioni di ogni processo e della tipologia dell'attività, dell'analisi dei rischi, dei punti critici e delle procedure di controllo e di sorveglianza.

### **Formazione del Personale**

Tutto il personale che lavora nella RSA è in possesso del titolo di studio richiesto dal profilo professionale. All'interno della Struttura vengono organizzati corsi di formazione obbligatori per il personale allo scopo di migliorarne le conoscenze, le abilità, gli atteggiamenti e i comportamenti nella logica di lavorare per progetti individualizzati.

Annualmente viene pianificata la partecipazione delle figure professionali a corsi di formazione esterni ed a convegni sulle tematiche di interesse per ciascuna professionalità.



### **Corretto utilizzo delle Risorse**

Per verificare il corretto utilizzo delle risorse nella Struttura si usufruisce di un programma informatico allo scopo di monitorare i processi riabilitativi ed assistenziali per la produzione di risultati di qualità ed il controllo dei costi ad essi collegati.

L'elaborazione dei dati viene realizzata dal nucleo di controllo di gestione e qualità.

L'ufficio svolge un importante ruolo di "controller" in ordine alle tematiche di controllo di gestione e della valutazione della qualità.

Tale ufficio è addetto alla progettazione ed alla realizzazione dei supporti contabili ed organizzativi per la Direzione, volti a verificare che l'impiego delle risorse sia efficiente ed efficace e quindi coerente con gli obiettivi che ci si è posti.

### **Sistemi Informativi Scritti**

Sono a disposizione del personale degli strumenti di informazione scritti ed aggiornati a seconda del variare dei bisogni degli ospiti, allo scopo di uniformare gli interventi e renderli osservabili e valutabili. Gli strumenti a disposizione del personale raccolti nei nuclei in appositi contenitori sono: protocolli, procedure, linee guida, circolari, piano di assistenza individualizzato, piano di lavoro.

In ambulatorio sono a disposizione del personale per la consultazione, il libro delle consegne socio assistenziali ed il verbale delle riunioni dell'Unità Operativa Interna.

### **Attuazione D.Lgs.81/2008**

La Residenza ha ottemperato agli obblighi contenuti nel decreto legislativo riguardante la sicurezza dei lavoratori e dei residenti in struttura, predisponendo idoneo piano di emergenza, diversificato a seconda delle varie zone della residenza.

A tutti i lavoratori è stata data l'informazione generale sui rischi a cui sono sottoposti, sulle misure di prevenzione da adottare, sulle procedure da seguire in emergenza, e sull'uso dei dispositivi di protezione individuale.

### **OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO**

Gli obiettivi di miglioramenti in corso di sviluppo sono:

- Collaborare per una maggior apertura al territorio aumentando l'integrazione tra Unità d'offerta sociosanitarie, ASL, Comune e promuovendo incontri per identificare obiettivi comuni.
- Trovare degli indicatori per monitorare la qualità del servizio erogato determinata dai seguenti fattori: accessibilità, efficienza, efficacia, appropriatezza, continuità, privacy, riservatezza.
- Effettuare indagini sulla soddisfazione degli ospiti, familiari e degli operatori mediante la somministrazione di questionari.

### **Ufficio Relazioni con il Pubblico - URP**

Obiettivo dell'Amministrazione è quello di rendere la permanenza presso la struttura il più sereno e confortevole possibile, perciò riteniamo fondamentale conoscere l'opinione sui servizi erogati e sulla qualità degli interventi.

Per raggiungere questo obiettivo è stato istituito l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, dove è possibile effettuare delle segnalazioni sui servizi ricevuti: i familiari o persone esterne possono compilare l'apposito modulo a disposizione presso l'URP, mentre i residenti possono contattare direttamente l'Educatore-Animatore. Sarà cura del Responsabile dell'Ufficio Ascolto del Cliente, dopo aver avviato idonea attività istruttoria, dare una risposta alle segnalazioni nel più breve tempo possibile e non oltre il termine di 15 gg..

Le segnalazioni e i suggerimenti ci consentiranno di adeguare sempre più i servizi alle aspettative del cliente.

CARTA DEI DIRITTI DELL'ANZIANO (DGR N. 7/7435 del 14/12/2001)

<b>La persona ha il diritto</b>	<b>La società e le istituzioni hanno il dovere</b>
Di sviluppare e di conservare la propria individualità e libertà.	Di rispettare l'individualità di ogni persona anziana, riconoscendone i bisogni e realizzando gli interventi ad essi adeguati, con riferimento a tutti i parametri della sua qualità di vita e non in funzione esclusivamente della sua età anagrafica.
Di conservare e vedere rispettate, in osservanza dei principi costituzionali, le proprie credenze opinioni e sentimenti.	Di rispettare credenze, opinioni e sentimenti delle persone anziane, anche quando essi dovessero apparire anacronistici o in contrasto con la cultura dominante, impegnandosi a coglierne il significato nel corso della storia della popolazione.
Di conservare le proprie modalità di condotta sociale, se non lesive dei diritti altrui, anche quando esse dovessero apparire in contrasto con i comportamenti dominanti nel suo ambiente di appartenenza.	Di rispettare le modalità di condotta della persona anziana, compatibili con le regole della convivenza sociale, evitando di "correggerle" e di "deriderle", senza per questo venire meno all'obbligo di aiuto per la sua migliore integrazione nella vita della comunità.
Di conservare la libertà di scegliere dove vivere	Di rispettare la libera scelta della persona anziana di continuare a vivere nel proprio domicilio, garantendo il sostegno necessario, nonché, in caso di assoluta impossibilità, le condizioni di accoglienza che permettano di conservare alcuni aspetti dell'ambiente di vita abbandonato.
Di essere accudita e curata nell'ambiente che meglio garantisce il recupero della funzione lesa.	Di accudire e curare l'anziano fin dov'è possibile a domicilio, se questo è l'ambiente che meglio stimola il recupero o il mantenimento della funzione lesa, fornendo ogni prestazione sanitaria e sociale ritenuta praticabile ed opportuna. Resta comunque garantito all'anziano malato il diritto al ricovero in struttura ospedaliera o riabilitativa per tutto il periodo necessario per la cura e per la riabilitazione.

<b>La persona ha il diritto</b>	<b>La società e le istituzioni hanno il dovere</b>
Di vivere con chi desidera.	Di favorire, per quanto possibile , la convivenza della persona anziana con i famigliari, sostenendo opportunamente questi ultimi e stimolando ogni possibilità di integrazione.
Di avere una vita di relazione.	Di evitare nei confronti dell'anziano ogni forma di ghattizzazione che gli impedisca di interagire liberamente con tutte le fasce di età presenti nella popolazione.
Di essere messa in condizione di esprimere le proprie attitudini personali, la propria originalità e creatività.	Di fornire ad ogni persona di età avanzata la possibilità di conservare e realizzare le proprie attitudini personali, di esprimere la propria emotività e di percepire il proprio valore, anche se soltanto di carattere affettivo.
Di essere salvaguardata da ogni forma di violenza fisica e/o morale	Di contrastare, in ogni ambito della società, ogni forma di sopraffazione e prevaricazione a danno degli anziani.
Di essere messa in condizione di godere e di conservare la propria dignità ed il proprio valore, anche in casi di perdita parziale o totale della propria autonomia ed autosufficienza	Di operare perché, anche nelle situazioni più compromesse e terminali, siano supportate le capacità residue di ogni persona, realizzando un clima di accettazione, di condivisione e di solidarietà che garantisca il pieno rispetto della dignità umana.

## VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE

Questionario per la rilevazione del grado di soddisfazione dei servizi erogati.



ASP

Istituzioni Assistenziali Riunite di Pavia

### QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEI SERVIZI

Gentile Signora, Gentile Signore,

saremmo interessati a conoscere la sua opinione rispetto e ai servizi erogati dalle strutture da noi amministrate. Per questo motivo le chiediamo di compilare il presente questionario.

Grazie alle sue indicazioni sarà possibile migliorare la qualità del servizio offerto.

Le chiediamo di compilare il questionario in forma anonima, garantendo comunque, ai sensi del DL 196/2003 ed al Regolamento Europeo, la massima riservatezza circa le risposte che vorrà dare alle domande.

Le siamo grati per la collaborazione e la sincerità dei giudizi che vorrà esprimere.

**Le chiediamo innanzitutto alcune informazioni generali**

**Reparto/Nucleo:** \_\_\_\_\_

**Sesso:**

M                       F

**Età:** \_\_\_\_\_

**Data del ricovero:** \_\_\_\_\_

**Data della dimissione:** \_\_\_\_\_

Il ricovero è avvenuto:

- Su richiesta del Medico di Base
- Su richiesta del Medico Specialista
- Si è rivolta/o autonomamente alla struttura

**Quando è arrivata qui ha avuto difficoltà nel trovare il luogo in cui doveva recarsi?**

Sì                       No

Vorremo ora un suo giudizio sui servizi e sull'ambiente che ha trovato nella struttura

**Qualità e adeguatezza del vitto:**

Ottimo                       Soddisfacente                       Insoddisfacente                       Pessimo                       Non saprei

**Orario dei pasti:**

Ottimo                       Soddisfacente                       Insoddisfacente                       Pessimo                       Non saprei

**Igiene e pulizia degli ambienti (camere, corridoi, letti, ecc.):**

Ottimo                       Soddisfacente                       Insoddisfacente                       Pessimo                       Non saprei

**Tranquillità e comfort personale:**

Ottimo                       Soddisfacente                       Insoddisfacente                       Pessimo                       Non saprei

**Organizzazione della giornata (orari delle visite, delle pulizie, ecc.):**

Ottimo                       Soddisfacente                       Insoddisfacente                       Pessimo                       Non saprei

**Servizi igienici (qualità, pulizia, accessibilità):**

Ottimo                       Soddisfacente                       Insoddisfacente                       Pessimo                       Non saprei

**Telefoni, distributori automatici... (numero, collocazione, accessibilità):**

Ottimo                       Soddisfacente                       Insoddisfacente                       Pessimo                       Non saprei

**Ora le chiediamo dei giudizi :  
sull'assistenza medica ricevuta**

Frequenza delle visite mediche:

Ottimo       Soddisfacente       Insoddisfacente       Pessimo       Non saprei

**Disponibilità dei medici a fornire spiegazioni sugli esami, sulle terapie, gli interventi necessari:**

Ottimo       Soddisfacente       Insoddisfacente       Pessimo       Non saprei

**Sull'assistenza ricevuta dagli infermieri**

**Frequenza delle visite infermieristiche:**

Ottimo       Soddisfacente       Insoddisfacente       Pessimo       Non saprei

**Sollecitudine e cortesia degli infermieri nel rispondere alle richieste:**

Ottimo       Soddisfacente       Insoddisfacente       Pessimo       Non saprei

**Sull'assistenza ricevuta dagli Ausiliari (ASA)**

**Frequenza delle attività assistenziali:**

Ottimo       Soddisfacente       Insoddisfacente       Pessimo       Non saprei

**Sollecitudine e cortesia degli ASA nel rispondere alle richieste:**

Ottimo       Soddisfacente       Insoddisfacente       Pessimo       Non saprei

**Sull'assistenza ricevuta dai fisioterapisti**

**Frequenza delle attività riabilitative:**

Ottimo       Soddisfacente       Insoddisfacente       Pessimo       Non saprei

**Sollecitudine e cortesia dei fisioterapisti nel rispondere alle richieste:**

Ottimo       Soddisfacente       Insoddisfacente       Pessimo       Non saprei

**Sull'assistenza ricevuta dal Servizio di Animazione/Educativo**

**Frequenza delle attività di animazione/Educativa:**

Ottimo       Soddisfacente       Insoddisfacente       Pessimo       Non saprei

**Sollecitudine e cortesia degli animatori/Educatori nel rispondere alle richieste:**

Ottimo       Soddisfacente       Insoddisfacente       Pessimo       Non saprei

**Sulle prestazioni professionali ricevute dagli Uffici Amministrativi**

**Sollecitudine e cortesia degli operatori nel rispondere alle richieste:**

Ottimo       Soddisfacente       Insoddisfacente       Pessimo       Non saprei

**Qualche altra considerazione su aspetti generali del ricovero**

Ha avuto problemi con gli altri ospiti della sua stanza?

Sì       No

Se sì, di che tipo?

Rumore       Sovraffollamento       Altro

Ha avuto problemi per le visite da parte dei suoi parenti o amici?

Sì       No

Se sì, di che tipo?

Troppi visitatori

Difficoltà con gli orari

Manca di spazio

Altro

Come considera l'aspetto della riservatezza personale?

Ottimo       Soddisfacente       Insoddisfacente       Pessimo       Non saprei

Dovendo esprimere un giudizio complessivo come considera i servizi che le sono stati offerti?

Ottimi       Soddisfacenti       Insoddisfacenti       Pessimi       Non saprei

**La preghiamo inoltre di segnalare:**

1) Gli aspetti che ha gradito maggiormente:

---

2) Gli aspetti che ritiene più negativi:

---

3) Eventuali suggerimenti:

---

Da ultimo, Le chiediamo cortesemente di voler segnalare da chi è stato compilato il questionario:

Direttamente dall'utente

Da un parente

Dall'utente con l'aiuto di un parente

Dall'utente con l'aiuto di un operatore

**Grazie per la collaborazione**



AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA  
Istituzioni Assistenziali Riunite - Pavia

**SEGNALAZIONI/RECLAMI/ENCOMI**

**Facoltativo:**

Il/La Sottoscritto/a	M	F
----------------------	---	---

Degente	Parente del degente	Utente
Presso l'istituto	IDR S. Margherita RSA/CDI F. Pertusati RSD G. Emiliani	rep. _____ RSA S. Croce
Degli ambulatori	Geriatría Endocrinologia e Diabetologia Ambulatorio di FKT c/o S. Margherita Palestra di Fisiocinesiterapia per esterni in V.le Matteotti	

Segnala in data \\_\\_\\_\\_\\_\ \ relativamente a:

Reclami \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Apprezzamenti \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Osservazioni \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Consegnato \_\_\_\_\_ Nell'apposita casella  
 Ulteriori specifiche \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

Grazie per la collaborazione

Non è obbligatorio compilare i dati anagrafici, ma la compilazione può essere indispensabile se il reclamo riguarda un caso specifico. Si precisa e si sottolinea che i dati anagrafici sono tutelati secondo i criteri stabiliti dalla **L. 196/03 e che il reclamo seguirà le procedure di cui agli articoli 30, 31 e 32 del Regolamento di Organizzazione e Contabilità dell'ASP dei quali si trova copia presso le cassette previste per la deposizione del medesimo reclamo.**



## IL PERSONALE DELL'ASP

Al fine di un rapporto chiaro e sereno con le figure professionali presenti all'interno delle strutture si ricorda che:

- ogni operatore sanitario ha sul camice la possibilità di essere identificato (nome, qualifica);
- il personale che opera nelle strutture amministrative è in borghese;
- all'interno delle strutture potrebbero essere presenti studenti universitari o laureati in formazione e personale di associazioni autorizzate dalla direzione che collaborano all'assistenza del residente.

### INFORMAZIONI GENERALI SULLA STRUTTURA

[www.asppavia.it](http://www.asppavia.it)

L'Hospice è autorizzata presso la Regione Lombardia ed è inserita nel contesto strutturale dell'IDR.

#### **Dove si trova e come raggiungerla**

Il complesso architettonico della IDR, sita Viale Emilia n. 12 è inserita in un contesto urbano con destinazione prevalentemente residenziale facilmente raggiungibile sia con mezzi pubblici (autobus di linea n° 4 con fermata prospiciente, stazione autobus extraurbani e ferroviaria nelle immediate vicinanze), che con mezzi propri, trovandosi in zona servita da ampi parcheggi. La struttura è in raccordo con l'organizzazione sanitaria di zona e con quelle di carattere socializzante: attività culturali, ricreative, sportive e del tempo libero. Si trova all'interno di una rete di pubblici trasporti che favoriscono la continuità dei rapporti familiari e sociali. E' stata realizzata nel rispetto di tutte le caratteristiche normative e funzionali previste dagli standard della Regione Lombardia.

Al piano seminterrato si trova la palestra riabilitativa. I locali sono tutti climatizzati.

Ai fini di facilitare l'accesso ai servizi e di consentire un immediato intervento, sono di seguito riportati i numeri di telefono dei servizi più importanti:

Centralino	0382 3811
Direzione Medica - Dr. M. Rollone	0382 381270
Direzione Medica - uffici Amministrativi	0382 381760

### INFORMAZIONI GENERALI PER IL RICOVERO PER I REPARTI

E' possibile accedere:

1) direttamente dal domicilio presentando domanda di ammissione, da compilarsi a cura del medico curante o del medico del reparto ospedaliero presso il quale si trova eventualmente ricoverato l'interessato previa compilazione del modello allegato che dovrà essere inviato all'Amministrazione dell'ASP Istituzioni Assistenziali Riunite di Pavia, sito in via Emilia, 12, presso l'IDR S. Margherita tel. 0382 381270/211, o presso la IDR stessa.

2) in seguito a richiesta effettuata direttamente dalla struttura ospedaliera ospitante il degente interessato.



### HOSPICE "SANTA MARGHERITA"

ASP PAVIA - via Emilia, 12  
responsabile: Mauro Carbone  
studio medico: 0382.381250  
infermeria: 0382.381728

ufficio ricoveri: tel. 0382.381211, fax 0382.381218, mail [spedalitaidr@asppavia.it](mailto:spedalitaidr@asppavia.it)



### SCHEDA PER RICOVERO IN HOSPICE

SINTESI ANAGRAFICA			
NOME		COGNOME	
DATA NASCITA		RESIDENZA	

SINTESI DIAGNOSTICA			
1		5	
2		6	
3		7	
4		8	
9		10	

TERAPIA IN ATTO			
1		6	
2		7	
3		8	
4		9	
5		10	

RECAPITI PAZIENTE o CAREGIVER (nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_)

telefono 1		telefono 2	
e-mail		fax	

RECAPITI PAZIENTE RICOVERATO

reparto		ospedale	
telefono 1		telefono 2	fax

MEDICO CURANTE

ospedaliero		telefono	
MMG		telefono	
palliativista		telefono	

**IDENTIFICAZIONE DI PAZIENTI CON BISOGNI DI CURE PALLIATIVE** (da DGR XI/1046/2018)

Saresti sorpreso se il paziente morisse entro i prossimi 12 mesi?	SI	NO	<input type="checkbox"/>
Prognosi stimata:	<input type="checkbox"/> <30 giorni	<input type="checkbox"/> < 3 mesi	<input type="checkbox"/> > 3 mesi
Appropriatezza del percorso di cure palliative?	SI	NO	<input type="checkbox"/>
Condivisione e dichiarata volontà del paziente e del care-giver di accedere al percorso?	SI	NO	<input type="checkbox"/>

**QUADRO CLINICO GENERALE: GRAVITA' E INSTABILITA'**

Malnutrizione e/o denutrizione:			
> severità = albumina serica < 2.5 g/dl	SI	NO	<input type="checkbox"/>
> progressione = perdita di peso > 10% in 6 mesi	SI	NO	<input type="checkbox"/>
> percezione clinica di deterioramento nutrizionale persistente, progressivo, irreversibile	SI	NO	<input type="checkbox"/>
Marcatori funzionali:			
> severità = dipendenza funzionale grave e persistente (Barthel<25, ECOG<2, Karnofsky<50)	SI	NO	<input type="checkbox"/>
> progressione = perdita di 2 ADL nonostante corretto intervento terapeutico	SI	NO	<input type="checkbox"/>
> percezione clinica di deterioramento funzionale persistente, progressivo, irreversibile	SI	NO	<input type="checkbox"/>
Marcatori di fragilità:			
- dolore	<input type="checkbox"/>	- dispnea	<input type="checkbox"/>
- cadute	<input type="checkbox"/>	- astenia	<input type="checkbox"/>
- insonnia	<input type="checkbox"/>	- disfagia	<input type="checkbox"/>
- infezioni	<input type="checkbox"/>	- decubiti	<input type="checkbox"/>
- delirium	<input type="checkbox"/>	- vomito/diarrea	<input type="checkbox"/>
Stress emotivo	SI	NO	<input type="checkbox"/>
Contesto sociale difficile	SI	NO	<input type="checkbox"/>
Comorbidità	SI	NO	<input type="checkbox"/>
Ulteriori fattori di utilizzo risorse:			
> ≥2 ricoveri urgenti/non programmati in ospedale nell'ultimo anno	SI	NO	<input type="checkbox"/>
> necessità di cure complesse/intense continue, sia a domicilio che in istituto di cura	SI	NO	<input type="checkbox"/>



### HOSPICE "SANTA MARGHERITA"

ASP PAVIA - via Emilia, 12  
responsabile: Mauro Carbone  
studio medico: 0382.381250  
infermeria: 0382.381728

ufficio ricoveri: tel. 0382.381211, fax 0382.381218, mail [spedalitaidr@asppavia.it](mailto:spedalitaidr@asppavia.it)



QUADRI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITA' E DI PROGRESSIONE		
<b>&gt; MALATO ONCOLOGICO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
neoplasia metastatica in stadio IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
scarsa risposta o controindicazione a trattamento specifico, rapida progressione, mts in organi vitali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palliative Performance Status < 50%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sintomi disturbanti, persistenti e scarsamente controllati da trattamento specifico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante il trattamento ottimale e tollerato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>&gt; MALATO CARDIOLOGICO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
insufficienza cardiaca NYHA IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FE gravemente ridotta (FE<35%) o ipertensione polmonare severa (PaP < 60 mmHg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
insufficienza renale grave (GFR < 30%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ricoveri ospedalieri ricorrenti (> 3 in 12 mesi) per scompenso cardiaco/cardiopatia ischemica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante il trattamento ottimale e tollerato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>&gt; MALATO CON BPCO GRAVE</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
dispnea a riposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ostruzione severa (FEV1 < 30%) o deficit restrittivo severo (CV forzata < 40%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
insufficienza cardiaca sintomatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ricoveri ospedalieri ricorrenti (<3 in 12 mesi) per riacutizzazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante il trattamento ottimale e tollerato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>&gt; MALATO NEFROPATICO CRONICO GRAVE</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
IRC grave (GFR < 15) in pazienti in cui trapianto o terapia sostitutiva sono controindicati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>&gt; MALATO EPATOPATICO CRONICO GRAVE</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
cirrosi avanzata Child-Pugh C, MELD-score > 30 o con una delle seguenti complicanze refrattaria al trattamento farmacologico in assenza di indicazioni al trapianto o TIPS: ascite, sindrome epatorenale, emorragia digestiva alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HCC in stadio Barcellona Clinic Liver Cancer C o D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>&gt; MALATO COLPITO DA STROKE</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
demenza severa post-stroke, lesioni da decubito in stadio III/IV, antibioticoterapia per > 7 gg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durante la fase acuta (<3 mesi): stato vegetativo persistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durante la fase cronica (> 3 mesi) complicanze ripetute (p. ab ingestis, pielonefrite, febbre persistente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>&gt; MALATO NEUROLOGICO CRONICO (sclerosi multipla, Parkinson, malattia del motoneurone)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
progressivo deterioramento della funzione fisica/cognitiva nonostante la terapia ottimale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sintomi complessi e di difficile controllo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
disturbi del linguaggio e della deglutizione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
polmonite ab ingestis ricorrente, insufficienza respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>&gt; MALATO CON DEMENZA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
criteri di gravità: dipendenza severa, incontinenza doppia, incapacità di comunicare (< 6 parole)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
criteri di progressione: perdita di 2 ADL negli ultimi 6 mesi non dovuta a eventi acuti, disfagia o rifiuto del cibo in pazienti che non riceveranno nutrizione artificiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ricoveri ripetuti (>3 in 12 mesi) per complicazioni intercorrenti: p. ab ingestis, pielonefriti, setticemie...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NB: nella formulazione della lista di attesa costituiscono criteri di priorità:

- > setting di cura (i pazienti domiciliari con sintomi difficili/refrattari hanno la priorità su quelli ricoverati)
- > grado di appropriatezza
- > data di presentazione della domanda

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

TIMBRO



### **Lista d'attesa**

La lista di attesa è costituita sulla base della data di presentazione della domanda, oltre chè dalla valutazione dell'appropriatezza del ricovero.

### **Assicurazioni**

Esiste polizza di responsabilità civile verso terzi, compreso gli Ospiti e verso prestatori di lavoro.

Questionario per la rilevazione del grado di soddisfazione dei servizi erogati.



**ASP**

**Istituzioni Assistenziali Riunite di Pavia**

## **QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEI SERVIZI**

*Gentile Signora, Gentile Signore,*

*saremmo interessati a conoscere la sua opinione rispetto e ai servizi erogati dalle strutture da noi amministrate. Per questo motivo le chiediamo di compilare il presente questionario.*

*Grazie alle sue indicazioni sarà possibile migliorare la qualità del servizio offerto.*

*Le chiediamo di compilare il questionario in forma anonima, garantendo comunque, ai sensi del DL 196/2003, la massima riservatezza circa le risposte che vorrà dare alle domande.*

*Le siamo grati per la collaborazione e la sincerità dei giudizi che vorrà esprimere.*

**Le chiediamo innanzitutto alcune informazioni generali**

**Reparto/Nucleo:** \_\_\_\_\_

**Sesso:**

M             F

**Età:** \_\_\_\_\_

**Data del ricovero:** \_\_\_\_\_

**Data della dimissione:** \_\_\_\_\_

Il ricovero è avvenuto:

- Su richiesta del Medico di Base
- Su richiesta del Medico Specialista
- Si è rivolta/o autonomamente alla struttura

**Quando è arrivata qui ha avuto difficoltà nel trovare il luogo in cui doveva recarsi?**

Si             No

**Vorremo ora un suo giudizio sui servizi e sull'ambiente che ha trovato nella struttura**

**Qualità e adeguatezza del vitto:**

Ottimo             Soddisfacente     Insoddisfacente     Pessimo             Non saprei

**Orario dei pasti:**

Ottimo             Soddisfacente     Insoddisfacente     Pessimo             Non saprei

**Igiene e pulizia degli ambienti (camere, corridoi, letti, ecc.):**

Ottimo             Soddisfacente     Insoddisfacente     Pessimo             Non saprei

**Tranquillità e comfort personale:**

Ottimo             Soddisfacente     Insoddisfacente     Pessimo             Non saprei

**Organizzazione della giornata (orari delle visite, delle pulizie, ecc.):**

Ottimo             Soddisfacente     Insoddisfacente     Pessimo             Non saprei

**Servizi igienici (qualità, pulizia, accessibilità):**

Ottimo             Soddisfacente     Insoddisfacente     Pessimo             Non saprei

**Telefoni, distributori automatici... (numero, collocazione, accessibilità):**

Ottimo             Soddisfacente     Insoddisfacente     Pessimo             Non saprei

**Ora le chiediamo dei giudizi:**

**Sull'assistenza medica ricevuta**

Frequenza delle visite mediche:

- Ottimo       Soddisfacente       Insoddisfacente       Pessimo       Non saprei
- Disponibilità dei medici a fornire spiegazioni sugli esami, sulle terapie, gli interventi necessari:
- Ottimo       Soddisfacente       Insoddisfacente       Pessimo       Non saprei

**Sull'assistenza ricevuta dagli infermieri**

Frequenza delle visite infermieristiche:

- Ottimo       Soddisfacente       Insoddisfacente       Pessimo       Non saprei
- Sollecitudine e cortesia degli infermieri nel rispondere alle richieste:
- Ottimo       Soddisfacente       Insoddisfacente       Pessimo       Non saprei

**Sull'assistenza ricevuta dagli Ausiliari (ASA)**

Frequenza delle attività assistenziali:

- Ottimo       Soddisfacente       Insoddisfacente       Pessimo       Non saprei
- Sollecitudine e cortesia degli ASA nel rispondere alle richieste:
- Ottimo       Soddisfacente       Insoddisfacente       Pessimo       Non saprei

**Sull'assistenza ricevuta dai fisioterapisti**

Frequenza delle attività riabilitative:

- Ottimo       Soddisfacente       Insoddisfacente       Pessimo       Non saprei
- Sollecitudine e cortesia dei fisioterapisti nel rispondere alle richieste:

- Ottimo       Soddisfacente       Insoddisfacente       Pessimo       Non saprei

**Sull'assistenza ricevuta dal Servizio di Animazione/Educativo**

Frequenza delle attività di animazione/Educativa:

- Ottimo       Soddisfacente       Insoddisfacente       Pessimo       Non saprei
- Sollecitudine e cortesia degli animatori/Educatori nel rispondere alle richieste:

- Ottimo       Soddisfacente       Insoddisfacente       Pessimo       Non saprei

**Sulle prestazioni professionali ricevute dagli Uffici Amministrativi**

Sollecitudine e cortesia degli operatori nel rispondere alle richieste:

- Ottimo       Soddisfacente       Insoddisfacente       Pessimo       Non saprei
- Qualche altra considerazione su aspetti generali del ricovero**

Ha avuto problemi con gli altri ospiti della sua stanza?

- Sì       No

Se sì, di che tipo?

- Rumore       Sovraffollamento       Altro

Ha avuto problemi per le visite da parte dei suoi parenti o amici?

- Sì       No

Se sì, di che tipo?

Troppi visitatori

Difficoltà con gli orari

Mancanza di spazio

Altro

Come considera l'aspetto della riservatezza personale?

Ottimo       Soddisfacente       Insoddisfacente       Pessimo       Non saprei

Dovendo esprimere un giudizio complessivo come considera i servizi che le sono stati offerti?

Ottimi       Soddisfacenti       Insoddisfacenti       Pessimi       Non saprei

**La preghiamo inoltre di segnalare:**

1) Gli aspetti che ha gradito maggiormente:

---

2) Gli aspetti che ritiene più negativi:

---

3) Eventuali suggerimenti:

---

Da ultimo, Le chiediamo cortesemente di voler segnalare da chi è stato compilato il questionario:

Direttamente dall'utente

Da un parente

Dall'utente con l'aiuto di un parente

Dall'utente con l'aiuto di un operatore

**Grazie per la collaborazione**





# **L'ASP adotta il Codice Etico Comportamentale dell'ASP ed il Mod. 231 scaricabile dal sito [www.asppavia.it](http://www.asppavia.it)**

## **INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI in applicazione del “Codice in materia di protezione dei dati personali” e del D. to Lgs. n. 196/2003 del Regolamento UE 2016/679**

### **1. Perché questa Informativa?**

Questa informativa serve a spiegare all'interessato le ragioni per le quali viene chiesto il suo consenso al trattamento dei dati personali, fornendogli gli elementi necessari a valutare se fornire tale consenso. L'informativa risponde ad un obbligo di legge, espressamente previsto dal Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. 196/2003 e s.m.i), accoglie le indicazioni espresse dal Gruppo dei Garanti Europei (Gruppo ex art. 29 - WP131 del 2007) e dall'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali nelle Linee Guida in tema di Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e di dossier sanitario, emesse il 16 luglio 2009 e le indicazioni previste dal Codice Europeo n. 679/16.

### **2. Qual è il trattamento per cui si richiede il consenso?**

Il trattamento per cui si richiede il consenso è quello concernente il trattamento dei dati personali e sanitari che sarà effettuato da ASP di Pavia solo con il consenso dell'interessato. E' un trattamento di dati personali sanitari costituito da un complesso di operazioni tra cui la raccolta, l'utilizzo, la comunicazione dei dati, ecc., così come descritte dall'art. 4, co. 1, lett. a) del Codice per il trattamento dei dati personali.

Le finalità del trattamento dei dati sono quelle di cui al punto 4 della presente informativa ed il consenso si esprime alla struttura socio-sanitaria per ottenere la prestazione richiesta.

### **3. Quali dati sono trattati ?**

Fanno parte del trattamento i dati anagrafici e sanitari dell'interessato, in particolare: prescrizioni, patologie, eventi sanitari, referti, verbali di pronto soccorso, lettere di dimissione, piani terapeutici, dati relativi alle cure in corso.

### **4. Finalità**

Le finalità del trattamento sono quelle di prevenzione, diagnosi, ricovero, cura e riabilitazione e sono perseguite dai soggetti del Servizio sanitario nazionale e dei Servizi socio-sanitari regionali che prendono in cura l'interessato.

### **5. Modalità del trattamento**

I dati dell'interessato sono trattati con strumenti elettronici e cartacei e sono trasmessi attraverso reti telematiche in caso di richiesta da parte di altre Strutture Sanitarie o per rendicontazioni di attività effettuate nell'ambito delle attività di verifica e controllo condotte da ATS o Regione.

Ogni operazione su tali dati avviene con un livello di sicurezza elevato. In particolare, sono adottate tutte le misure di protezione indicate nella normativa sulla protezione dei dati personali. I dati sanitari sono separati dai dati identificativi, sono firmati digitalmente e sono crittografati. L'autenticazione del personale per l'accesso ai dati avviene mediante procedura basata su firma elettronica, attraverso un'apposita carta a microprocessore.

I dati sono conservati per il tempo previsto dalla normativa vigente. All'interessato è data la possibilità di esercitare a più livelli il controllo sul trattamento dei suoi dati, come illustrato dal punto 12 della presente informativa.

### **6. Conferimento dei dati e conseguenze dell'eventuale rifiuto**

Il conferimento dei dati personali per il trattamento non è di natura obbligatorio. Il rifiuto al conferimento comporta però, l'impossibilità di fruire servizio stesso.

### **7.Chi presta il consenso?**

Soltanto l'interessato al quale i dati sanitari si riferiscono. Se l'interessato non è in grado o sotto tutela, sono i soggetti che hanno la potestà legale a esprimere il consenso. E' valido anche il consenso verbale.

### **8.Soggetti che possono accedere al Trattamento una volta prestato il consenso**

Soltanto con il consenso dell'interessato e sempre nel rispetto del segreto professionale, i soggetti che possono accedere al Trattamento sono i medici, il personale sanitario e socio sanitario di ASP e il personale amministrativo per lo svolgimento delle pratiche connesse, oltre all'interessato.

### **9.Accesso in stato di emergenza**

Il personale sanitario può accedere, senza le autorizzazioni previste nel punto 8, ai dati dell'interessato nei casi di emergenza sanitaria, igiene pubblica, rischio grave, imminente ed irreparabile per la salute o l'incolumità fisica dell'interessato. Lo stato di emergenza è esplicitamente dichiarato e sottoscritto dal medico. Tali dichiarazioni sono memorizzate.

### **10.Titolare del trattamento**

Titolare del trattamento dei dati, ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali è ASP Istituzioni Assistenziali Riunite di Pavia, nella figura del Legale Rappresentante.

### **11.Categorie di incaricati**

Ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali sono incaricati del trattamento i medici e il personale socio sanitario e sanitario specificatamente designati, comunque vincolati all'obbligo del segreto professionale.

### **12.Esercizio dei diritti dell'interessato**

Ai sensi dell'art. 7 del Codice in materia di protezione dei dati personali L.196/03 ed ai sensi dell'art.15 e succ.vi del Reg.Eur.679/16 l'interessato può far valere i seguenti diritti:

- diritto di accesso ai dati, richiedendo le seguenti informazioni: origine dei dati; finalità e modalità del trattamento; logica applicata al trattamento; estremi identificativi del titolare e dei responsabili; soggetti o categorie di soggetti cui i dati possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o di incaricati;
- diritto di richiedere l'aggiornamento, la rettifica ovvero l'integrazione dei dati;
- diritto di richiedere la cancellazione (diritto all'oblio), la trasformazione in forma anonima dei dati ed il blocco dei dati se trattati in violazione di legge, fatti salvi tutti gli obblighi di conservazione imposti dalla legge;
- diritto di limitazione di trattamento;
- diritto alla portabilità dei dati;
- diritto di opporsi per motivi legittimi al trattamento dei dati. L'interessato può far valere i summenzionati diritti rivolgendo istanza al titolare attraverso Direttore Generale di ASP Viale Matteotti, 63 – 27100 Pavia nei termini degli artt. 8-10 del Codice in materia di protezione dei dati personali.

### **13.Informazioni pratiche**

L'interessato può esprimere il consenso firmando l'allegato documento:

Per ogni altra informazione sulle finalità perseguite e le funzionalità disponibili è possibile rivolgersi al Numero 0382381360

Per avere informazioni su come presentare istanze relative all'esercizio dei diritti di cui sopra, l'interessato può rivolgersi all'URP di ASP Viale Matteotti, 63 – 27100 Pavia o [info@aspavvia.it](mailto:info@aspavvia.it)



ASP Istituzioni Assistenziali Riunite di Pavia



**Formula di acquisizione del consenso per il trattamento di dati in forma scritta  
in applicazione del “Codice in materia di protezione dei  
dati personali”  
e del D. to Lgs. n. 196/2003 del Regolamento UE  
2016/679**

Luogo ..... Data .....

Il/La sottoscritto/a, Cognome ..... Nome .....

Acquisite le informazioni contenute nell’Informativa allegata

- presta il suo consenso per il trattamento dei dati ai fini diagnostici, terapeutici e per il relativi adempimenti amministrativi
  
- Firma leggibile .....
  
- presta il suo consenso per la comunicazione dei dati ai soggetti indicati nell’informativa.

Firma leggibile .....

**Formula di acquisizione del consenso per il trattamento di dati in forma scritta**

**Espressione del consenso del Tutore/Curatore per conto dell'interessato inabilitato  
in applicazione del "Codice in materia di protezione dei  
dati personali"  
e del D. to Lgs. n. 196/2003 del Regolamento UE  
2016/679**

Io sottoscritto

\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il

\_\_\_\_\_

Residente a

\_\_\_\_\_

In via

\_\_\_\_\_

in qualità di

- Tutore/Amministratore di Sostegno
- Familiare
- Prossimo congiunto
- Convivente

acquisite le informazioni contenute nell'Informativa allegata

presta il suo consenso per il trattamento dei dati ai fini diagnostici, terapeutici e per il relativi  
adempimenti amministrativi in nome e per conto del/la signor/a

\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il

\_\_\_\_\_

Residente a

\_\_\_\_\_

In via

\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Luogo ..... Data .....



INFORMAZIONI GENERALI PER L'UTENTE

La privacy

L'ospitalità

**Documento da consegnare all'ingresso dell'ospite:**

**Le informazioni relative alla struttura ospitante**

Gentile ospite,

La salutiamo cordialmente e ci auguriamo che il suo arrivo in questa struttura avvenga nel migliore dei modi e che la sua permanenza possa essere il più possibile tranquilla e serena: da parte nostra, Le possiamo assicurare tutto il nostro impegno e la nostra disponibilità.

Per qualunque necessità può comunque rivolgersi al personale in servizio identificabile da cartellino di riconoscimento.

La preghiamo di leggere con attenzione questo opuscolo che illustra i vari aspetti della vita della nostra struttura.

Le informazioni che vi troverà Le saranno utili per accedere in modo più snello e meno difficoltoso ai servizi offerti per meglio soggiornarvi e per comprendere come anche Lei, con il suo comportamento, possa facilitare il lavoro degli operatori.

Allegata a questo opuscolo troverà una scheda che Lei potrà usare per comunicarci eventualmente i suoi giudizi, le sue osservazioni e le sue proposte sui servizi offerti e che saranno tenuti nel debito conto al fine di venire incontro, nel modo più completo possibile, alle attese ed alle esigenze dei nostri pazienti.

Questa scheda potrà essere inviata alla Direzione di questa struttura oppure consegnata direttamente agli operatori sanitari che provvederanno a farla pervenire all'ufficio preposto.

Per ogni informazione o reclamo inerente i servizi erogati della struttura Lei potrà rivolgersi all'apposito Ufficio URP al numero telefonico 0382 381360.

Siamo certi di poter contare sulla sua collaborazione.

**Il Direttore Sanitario**

## Il Ricovero

### Informazioni utenti

\_\_\_\_\_ E' fatto obbligo di affiggere all'interno di ogni stanza una copia del documento qui allegato che contempla un "Regolamento dei diritti e dei doveri dell'utente" da intendersi come un momento di riflessione, di analisi e di successivo completamento con quelle variazioni modificative od aggiuntive che concordemente si riterrà apportare.

Copia di tale Regolamento sarà pure consegnata all'atto di presa in servizio ad ogni addetto della struttura a cui si è fatto obbligo di averne completa e giusta conoscenza.

#### *Regolamento dei diritti e dei doveri dell'utente*

*L'articolo che segue costituisce espressione ed integrazione dei principi contenuti nei sotto indicati documenti, elaborati alla luce di norme di diritto internazionale:*

- "Carta dei diritti del paziente" approvata nel 1973 dalla American Hospital Association;
- "Carta dei diritti del malato" adottata dalla CEE in Lussemburgo dal 6 al 9 maggio 1979;
- "Carta dei 33 diritti del cittadino" redatta nella prima sessione pubblica per i diritti del malato, in Roma il 29 giugno 1980;
- Art. 25 della "Dichiarazione universale dei diritti dell'Uomo" – art. 11 e 13 della "Carta sociale europea 1962";
- Art. 12 della "Convenzione internazionale dell'ONU sui Diritti economici, sociali e culturali" 1966;
- Risoluzione n. 23 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, 1970, che trovano Piena corrispondenza nei principi della Carta Costituzionale (art. 2-3-32).

### HOSPICE, LA CARTA DEI SERVIZI

**Il malato terminale non è un paziente come gli altri, ha intrapreso un percorso il cui esito è già noto e deve poter trascorrere il tempo che ha a disposizione con dignità e, se possibile, senza sofferenze fisiche, emotive e psicologiche. E' quindi necessario assicurare cure palliative adeguate, dispensate da personale opportunamente formato, lasciando al paziente la libertà di scegliere come e dove vivere gli ultimi momenti della propria vita.**

**Un po' di storia per capire meglio.....**

*Hospice è un termine inglese che viene oggi universalmente accettato e ricondotto ad un preciso significato: luogo di accoglienza e ricovero per malati verso il termine della vita, soprattutto malati di cancro. La traduzione letterale è ricovero, ospizio, e deriva dal latino hospitium che significa "ospitalità".*

*Il concetto di Hospice nasce infatti nel medioevo come casa di ospitalità costruita ai margini delle strade, lungo i percorsi dei grandi pellegrinaggi religiosi. Il pellegrino vi trovava accoglienza, ristoro e riposo, per poi riprendere il suo viaggio. Nel tempo queste istituzioni si sono sempre più affermate come luogo di soccorso per le persone sofferenti, abbandonando l'iniziale connotazione di rifugio spirituale. Il primo Hospice moderno, nato con l'obiettivo di offrire un'assistenza sanitaria 24 ore su 24 al malato e alla sua famiglia, venne realizzato nel 1967 a Sydenham, vicino Londra: il St. **Christopher's Hospice** fondato da Cicely Saunders. Oggi l'Hospice assume un significato più ampio rispetto all'idea di assistenza generica ai malati divenendo sempre più punto di riferimento per i malati terminali e le loro famiglie, non solo da un punto di vista medico ma come sostegno psicologico. All'interno dell'Hospice viene assicurata la presenza costante di medici esperti e di volontari che operano utilizzando le cosiddette **cure palliative**, ovvero cure sia farmacologiche sia non farmacologiche, che abbiano come scopo principale il preservare la migliore qualità di vita possibile ai malati terminali. Tra gli elementi caratterizzanti le cure palliative troviamo la terapia del dolore e l'assistenza psicologica, sociale e spirituale sia al malato che ai familiari.*



### L'Hospice in Italia

*In Italia, a fronte di una consolidata esperienza di assistenza domiciliare, non vi sono altrettanto diffuse realizzazioni di Hospice.*

*Solo negli ultimi anni, difatti, è aumentata in Italia la sensibilità politica alle tematiche della medicina palliativa e del supporto al malato terminale con tutta una serie di documenti tecnici e di indicazioni normative che sicuramente daranno un impulso significativo a questo settore di cura.*

*Nel piano Sanitario Nazionale 2002-2004, nella parte II, analizza anche le cure palliative affermando che il nostro Paese "presenta ancora una insufficiente diffusione sull'intero territorio dei Centri per le cure palliative con una distribuzione geografica disomogenea. Questa situazione fa sì che solo un numero limitato di pazienti terminali possano giovare di cure efficaci ed integrate del dolore e della sofferenza psicologica, mentre la maggior parte di essi sono condannati a mesi di sofferenze evitabili". Per cui all'interno del Piano Sanitario Nazionale viene prevista la promozione di "una maggiore diffusione dei Centri ed una maggiore integrazione tra l'Ospedale e il domicilio del malato".*

### La Biocard. Carta di autodeterminazione del malato

#### Dichiarazione

alla mia famiglia, ai Medici curanti e a tutti coloro che saranno coinvolti nella mia assistenza, io sottoscritto, essendo attualmente in possesso delle mie facoltà mentali, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere qualora mi ammalassi :

1 Voglio essere informato sul mio stato di salute, anche se fossi affetto da malattia grave ed inguaribile.

SI NO

2 Voglio essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie.

SI NO

3 Autorizzo i curanti a informare, anche senza il mio consenso, le seguenti persone :

SI NO

Se Lei ha risposto NO alla disposizione n.1, può concludere qui la compilazione, apponendo la sua firma.

Firma ..... Data .....

Se invece ha risposto SI, è opportuno che prosegua la lettura in modo da formulare altre disposizioni di carattere generale e particolare.

Sono consapevole che potrebbe accadere in futuro di perdere la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni, ma, poichè voglio esercitare comunque il mio diritto di scelta, formulo qui di seguito alcune disposizioni che desidero vengano rispettate. Resta inteso che queste disposizioni perdono il loro valore qualora, in piena coscienza, io decida di annullarle o sostituirle con altre.

#### Disposizioni generali

So che si definiscono oggi "provvedimenti di sostegno vitale" le misure urgenti senza le quali il processo della malattia porta in tempi brevi alla morte. Esse comprendono la rianimazione cardiopolmonare, in caso di arresto cardiaco, la ventilazione assistita, la dialisi (rene artificiale), la chirurgia di urgenza, le trasfusioni di sangue, le terapie antibiotiche e l'alimentazione artificiale.

Sono consapevole che, qualora venissero iniziati e proseguiti su di me tutti i possibili interventi capaci di sostenere la mia vita, potrebbe accadere che il risultato sia solo il prolungamento del mio morire o il mantenimento in uno stato di incoscienza o di demenza. Formulo perciò le seguenti scelte riguardo ai provvedimenti di sostegno vitale.

Dispongo che questi interventi :

4 o siano

o non siano iniziati e continuati se il loro risultato fosse il prolungamento del mio morire

5 o siano

o non siano iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mio mantenimento in uno stato di incoscienza permanente e privo di possibilità di recupero

6 o siano

o non siano iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mio mantenimento

in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero

Se ha scelto "siano iniziati" in tutte queste tre ipotesi, può concludere qui la compilazione apponendo una firma.

Firma ..... Data .....

Se, invece, lei ha scelto "non siano iniziati" in almeno una di queste tre situazioni, è opportuno che continui la compilazione delle seguenti Disposizioni particolari, che ribadiscono in modo esplicito la rinuncia o la richiesta di alcuni interventi a proposito dei quali è più facile che nascano controversie.

### Disposizioni particolari

7 Dispongo che siano intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie

sofferenze (come l'uso di farmaci oppiacei) anche se essi rischiassero di anticipare la fine della mia vita

SI

NO

8 Dispongo che, in caso di arresto cardiorespiratorio, nelle situazioni descritte

ai punti 4, 5 e 6 sia praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare, se ritenuta possibile dai curanti

SI

NO

9 Dispongo che, nelle situazioni descritte ai punti 4, 5 e 6, qualora io non sia in grado di alimentarmi in modo naturale, sia proseguita la somministrazione artificiale di acqua e sostanze nutrienti se ritenuta indicata dai curanti

SI

NO

10 Altre disposizioni personali

SI

NO

Firma ..... Data .....

Le Disposizioni seguenti possono essere sottoscritte indipendentemente dalle precedenti, anche se non si è eseguita alcuna scelta.

### Disposizioni riguardanti l'assistenza religiosa:

11 Desidero l'assistenza religiosa di confessione

SI

NO

12 Desidero un funerale

o religioso

o laico





### Nomina del Fiduciario

Consapevole del fatto che le disposizioni suddette riguardano situazioni complesse, imprevedibili, dove non sempre è agevole per i curanti esprimere una chiara valutazione del rapporto tra sofferenza e benefici di ogni singolo atto medico, nomino mio rappresentante fiduciario:

il/la

Sig/ra.....

nato/a a..... il ..... residente a .....

CAP ..... in via ..... Tel ..... che si impegna

a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nella presente Carta e a sostituirsi a me per tutte le decisioni non contemplate sopra, qualora io perdessi la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni. Nel caso che il mio rappresentante sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione, delego a sostituirlo in tale compito:

il/la Sig/ra..... nato/a a

..... il ..... residente a..... CAP

..... in via ..... Tel .....

Questo atto avviene il ..... alla presenza di:

il/la Sig/ra.....

nato/a a..... il ..... residente a..... CAP

..... in via.....

Tel .....

che attesta la veridicità della presente dichiarazione e testimonia che i Sigg.ri sopra indicati hanno accettato la delega.

Firma del sottoscrittore .....

Firma del primo fiduciario .....

Firma del secondo fiduciario .....

Firma del testimone .....