RSA&HOSPICE
Villa Arianna
Gruppo NefroCenter
PRIMI PERCHÉ INIZIANO DALLA RICERCA

CARTA DEI SERVIZI

Versione 1 del 20 ottobre 2026

Cure Domiciliari di Villa Arianna Hospital S.r.l.

Territorio dell'ASL Napoli 3 Sud

INDICE

Presentazione 1

1. Il significato delle Cure Domiciliari 1

2. Destinatari e valutazione del bisogno 2

3. I livelli di intensità assistenziale 2

4. Come attivare le Cure Domiciliari 2

5. Il Piano di Assistenza Individuale 3

6. La presa in carico e la continuità della relazione 3

7. Le prestazioni domiciliari 4

8. Competenza clinica specializzata - Per ogni patologia, un percorso su misura 4

9. L'équipe e il coordinamento operativo 5

10. Dimissione protetta e passaggio dall'ospedale alla casa 6

11. Tecnologia e documentazione al servizio della cura 6

12. La famiglia e il caregiver 7

13. Comunicazione, segnalazioni e situazioni urgenti 7

14. Diritti della persona assistita e partecipazione alle cure 7

15. Riservatezza e uso delle informazioni 8

16. Qualità del servizio, ascolto e reclami 8

17. Costi, territorio e riferimenti 9

Impegno conclusivo 9

Ogni voce dell'Indice ha un collegamento ipertestuale alla corrispondente pagina

CARTA DEI SERVIZI

Versione 1 del 20 ottobre 2026

Cure Domiciliari di Villa Arianna Hospital S.r.l.

Territorio dell'ASL Napoli 3 Sud

Presentazione

La casa è il luogo in cui si custodiscono abitudini, relazioni e autonomia. Quando una malattia, una condizione di fragilità o le conseguenze di un ricovero rendono difficile raggiungere un ambulatorio, ricevere assistenza nel proprio domicilio può aiutare la persona a proseguire le cure senza separarsi dal suo ambiente di vita.

La presente Carta dei Servizi descrive il servizio di Cure Domiciliari di Villa Arianna Hospital S.r.l. nel territorio dell'ASL Napoli 3 Sud. È rivolta alle persone assistite, ai familiari, ai caregiver, ai medici e agli altri professionisti coinvolti nella presa in carico. Il suo scopo è spiegare, con un linguaggio chiaro, a chi si rivolge il servizio, come si attiva, quali prestazioni possono essere programmate e quali impegni orientano il lavoro dell'équipe.

Villa Arianna Hospital, parte del Gruppo Nefrocenter, opera con l'obiettivo di portare le cure necessarie nel luogo in cui la persona vive. Secondo quanto indicato per la redazione di questa Carta, la struttura è accreditata dalla Regione Campania per le Cure Domiciliari di **livello base, I, II e III livello**, con **Decreto Dirigenziale n. 773 del 1° settembre 2025**. Il livello assistenziale attribuito a ciascuna persona, le prestazioni e la loro frequenza sono definiti attraverso la valutazione del bisogno e il Piano di Assistenza Individuale, in raccordo con i soggetti competenti dell'ASL.

1. Il significato delle Cure Domiciliari

Le Cure Domiciliari sono un insieme organizzato di interventi sanitari erogati presso l'abitazione della persona quando il suo bisogno di assistenza può essere affrontato in tale contesto. Possono comprendere, secondo il piano definito per il singolo caso, prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e altre attività necessarie a seguire l'evoluzione delle condizioni di salute.

L'espressione *Assistenza Domiciliare Integrata*, o ADI, è frequentemente usata per indicare i percorsi nei quali professionisti diversi collaborano intorno a un progetto di cura comune. L'integrazione è un aspetto essenziale: non basta che più operatori entrino nella stessa casa. Occorre che conoscano gli obiettivi del percorso, condividano le informazioni rilevanti e mantengano il raccordo con il medico curante, il Distretto Sanitario e, quando necessario, con gli altri servizi coinvolti.

Curare a domicilio non significa trasferire in casa ogni attività che si svolgerebbe in ospedale. Significa individuare le prestazioni appropriate, programmabili e compatibili con la situazione clinica e con le caratteristiche dell'abitazione. Se il bisogno cambia o richiede un'assistenza diversa, il percorso deve essere rivalutato con i referenti sanitari competenti.

Le Cure Domiciliari possono rendere meno gravosi gli spostamenti per persone con ridotta autonomia, favorire la continuità dopo una dimissione ospedaliera e sostenere la gestione di malattie croniche o condizioni cliniche complesse. Il loro valore non dipende soltanto dagli interventi eseguiti: ascolto, spiegazioni comprensibili e attenzione a chi assiste quotidianamente il paziente fanno parte della qualità della cura.

2. Destinatari e valutazione del bisogno

Il servizio si rivolge alle persone residenti o assistite, secondo le condizioni previste dal percorso pubblico, nei comuni afferenti all'ASL Napoli 3 Sud e per le quali sia stata valutata la necessità di cure presso il domicilio.

Tra le situazioni che possono motivare una richiesta vi sono la non autosufficienza temporanea o permanente, la difficoltà a raggiungere i servizi ambulatoriali, la necessità di controlli e trattamenti ripetuti per una malattia cronica, il rientro a casa dopo un ricovero e la presenza di bisogni clinici e assistenziali che richiedono la collaborazione di più professionisti. I materiali informativi richiamano anche le persone con malattie gravi o in fase avanzata, per le quali possono rendersi necessari interventi di controllo dei sintomi e sostegno alla famiglia.

Nessuna di queste condizioni determina, da sola, l'accesso automatico a un livello assistenziale. La valutazione tiene conto delle condizioni cliniche, del grado di autonomia, della necessità e della frequenza degli interventi, della possibilità di svolgerli a domicilio e del contesto familiare e abitativo. Da tale valutazione discende il progetto di cura più appropriato.

La persona assistita non coincide con la sua diagnosi. Due pazienti con la stessa malattia possono avere capacità, rischi e necessità molto diversi. Per questo Villa Arianna assume il Piano di Assistenza Individuale come riferimento del lavoro quotidiano: è il piano, non un elenco generale di prestazioni, a indicare cosa debba essere fatto per quella persona e in quel momento.

3. I livelli di intensità assistenziale

I livelli di intensità assistenziale sono presentate secondo una progressione dal **livello base** al **III livello**. Questa distinzione aiuta a comprendere che non tutti i percorsi richiedono la stessa intensità di assistenza.

Il livello base riguarda bisogni per i quali sono appropriate prestazioni domiciliari programmate, anche circoscritte nel tempo, come alcuni interventi infermieristici. Il I livello risponde a bisogni che richiedono una programmazione regolare e una continuità di osservazione. Il II livello riguarda situazioni di maggiore complessità, nelle quali possono essere necessari accessi più frequenti e il contributo coordinato di più figure professionali. Il III livello si riferisce a condizioni di elevata complessità clinica e assistenziale, da affrontare con una pianificazione particolarmente attenta e multidisciplinare.

Queste descrizioni hanno valore orientativo per il lettore della Carta. **Il livello applicabile al singolo paziente è stabilito nel percorso di valutazione e formalizzato nel piano assistenziale**; non può essere scelto sulla sola base di una patologia né dedotto automaticamente dal numero di prestazioni richieste.

La frequenza degli accessi può cambiare durante il percorso. Un miglioramento delle condizioni può consentire una diversa programmazione; un aggravamento o una nuova necessità clinica può richiedere una rivalutazione. La continuità della cura consiste anche in questa capacità di adeguare il progetto al bisogno reale, evitando sia interventi insufficienti sia attività non più necessarie.

4. Come attivare le Cure Domiciliari

Chi ritiene di avere bisogno di Cure Domiciliari può iniziare parlandone con il proprio **medico di medicina generale**. Il paziente può esporre direttamente le proprie difficoltà; se non è in grado di farlo, un familiare o una persona che lo assiste può aiutare a rappresentare il bisogno. Per le situazioni di competenza pediatrica, il riferimento è il pediatra di libera scelta.

Il medico valuta il quadro clinico e, quando ritiene appropriato avviare il percorso, trasmette la richiesta al **Distretto Sanitario competente dell'ASL Napoli 3 Sud**. È possibile rivolgersi al Distretto anche per ricevere indicazioni sulle modalità previste nel proprio territorio. Se il paziente si trova in ospedale e il rientro a casa richiede continuità assistenziale, il percorso può essere avviato nell'ambito della dimissione, attraverso il raccordo fra reparto ospedaliero e servizi territoriali.

Dopo la richiesta, il Distretto provvede alla valutazione del bisogno secondo le procedure applicabili. La valutazione considera non soltanto la diagnosi, ma anche le condizioni di autonomia, gli interventi necessari e il contesto in cui dovranno essere svolti. Su questa base viene definito il **Piano di Assistenza Individuale (PAI)**, che descrive obiettivi, prestazioni, figure professionali coinvolte e frequenza degli interventi.

Nel momento previsto dal percorso di attivazione e di scelta dell'erogatore, la persona assistita può indicare **Villa Arianna Hospital** come struttura per le Cure Domiciliari, ove ricorrano le condizioni per la presa in carico. Una volta ricevuta la comunicazione necessaria, Villa Arianna organizza l'avvio dell'assistenza in raccordo con il Distretto e con il paziente o la famiglia.

In sintesi, il percorso si sviluppa attraverso **richiesta, valutazione, definizione del PAI e scelta dell'erogatore**. Una telefonata a Villa Arianna può essere utile per chiarire a chi rivolgersi e come orientarsi; non sostituisce, tuttavia, la richiesta clinica, la valutazione del Distretto o gli atti necessari all'attivazione.

Per informazioni sul servizio è indicato il numero **081 519 7108**.

5. Il Piano di Assistenza Individuale

Il PAI è il documento che dà concretezza alla presa in carico. Definisce quali risultati si intendono perseguire e quali interventi siano necessari per raggiungerli o per mantenere la migliore condizione possibile. A seconda del caso, gli obiettivi possono riguardare il controllo dei sintomi, la gestione di una terapia, la cura di una lesione, il recupero di abilità, la prevenzione delle complicanze o il sostegno alla permanenza a domicilio.

Il piano indica le figure professionali coinvolte e la frequenza prevista degli accessi. Consente alla persona e alla famiglia di sapere quale percorso sia stato programmato, pur lasciando spazio agli adeguamenti resi necessari dall'evoluzione delle condizioni di salute. Non tutte le prestazioni descritte in questa Carta sono quindi disponibili indistintamente per ogni paziente: sono erogate quando risultano appropriate, previste dal piano e comprese nel percorso attivato.

Perché il PAI funzioni, chi entra a domicilio deve poter conoscere le informazioni utili e documentare ciò che osserva e realizza. I cambiamenti significativi devono essere comunicati ai referenti del percorso, affinché possano essere valutati e, se necessario, tradotti in una revisione della programmazione.

La partecipazione del paziente resta centrale. Spiegare gli obiettivi con parole comprensibili, ascoltare le preferenze e tenere conto delle possibilità della famiglia aiuta a rendere il piano praticabile. La personalizzazione non consiste nel promettere qualunque prestazione richiesta, ma nel costruire un percorso appropriato, sostenibile e riconoscibile da tutte le persone coinvolte.

6. La presa in carico e la continuità della relazione

L'arrivo di professionisti nella propria abitazione può suscitare aspettative, ma anche domande e timori. Per questo la presa in carico non dovrebbe esaurirsi nella programmazione del primo accesso. È il momento in cui il paziente e chi lo assiste iniziano a conoscere l'équipe, comprendono come sarà organizzato il lavoro e possono segnalare esigenze importanti: difficoltà di comunicazione, caratteristiche della casa, terapie in corso, abitudini quotidiane o presenza di altri servizi.

Villa Arianna pone attenzione alla continuità degli operatori e alla conoscenza della storia assistenziale della persona. L'obiettivo è evitare che, a ogni accesso, il paziente debba ricominciare da capo a spiegare la propria condizione. I

materiali informativi richiamano, a questo proposito, la figura di un **case manager infermieristico**, con funzioni di raccordo tra il paziente, l'équipe, il medico curante e il Distretto.

La continuità non deve essere confusa con la garanzia che lo stesso professionista sia presente a ogni visita. Turni, competenze richieste, assenze o modifiche del piano possono rendere necessarie sostituzioni. Ciò che deve rimanere stabile è la conoscenza condivisa del percorso e la possibilità per l'assistito di individuare un riferimento organizzativo.

Durante la presa in carico, l'équipe considera anche il domicilio come luogo di cura. Spazi disponibili, accessibilità, condizioni igieniche, presenza del caregiver e possibilità di utilizzare eventuali presidi possono incidere sulla programmazione. L'attenzione a questi aspetti serve a svolgere gli interventi in modo rispettoso e sicuro per il paziente, la famiglia e gli operatori.

7. Le prestazioni domiciliari

IL' offerta di Villa Arianna comprende, secondo il bisogno e il piano approvato, visite mediche a domicilio, interventi infermieristici, attività riabilitative e monitoraggio delle condizioni cliniche.

Le prestazioni infermieristiche possono riguardare, fra l'altro, la somministrazione di terapie prescritte, le iniezioni, le medicazioni, la cura di ferite e lesioni da pressione, la gestione di dispositivi assistenziali e l'osservazione di parametri utili al percorso. La loro finalità non è soltanto eseguire un atto tecnico, ma verificarne l'effetto, riconoscere eventuali difficoltà e riferire le informazioni rilevanti agli altri professionisti.

Le visite mediche, quando previste, contribuiscono alla valutazione e al controllo del quadro clinico. La collaborazione con il medico di medicina generale mantiene il collegamento con la storia complessiva della persona e con le decisioni terapeutiche di sua competenza. Per le situazioni che richiedono una valutazione specialistica, il ricorso allo specialista dipende dal percorso attivato e dalle modalità disponibili.

Gli interventi riabilitativi hanno obiettivi differenti secondo la persona: recuperare una funzione dopo un evento acuto, conservare la mobilità, migliorare la capacità di compiere attività quotidiane o contrastare il peggioramento dovuto a una malattia progressiva. Il lavoro al domicilio permette di osservare le difficoltà nel contesto in cui si manifestano e di adattare le indicazioni alle possibilità concrete del paziente.

I materiali citano inoltre il supporto psicologico, l'educazione terapeutica e la gestione della nutrizione artificiale domiciliare. Tali attività richiedono professionisti, indicazioni cliniche e condizioni organizzative adeguate. La loro presenza nel percorso individuale deve pertanto essere verificata caso per caso, senza considerarle automaticamente comprese in ogni presa in carico.

8. Competenza clinica specializzata - Per ogni patologia, un percorso su misura

La competenza clinica specializzata, nelle Cure Domiciliari, non significa applicare a tutti i pazienti con la stessa diagnosi una sequenza identica di interventi. Significa riconoscere i problemi che una patologia può comportare, individuare tempestivamente i segnali di cambiamento e costruire, attraverso il PAI, un percorso coerente con la situazione della persona.

Villa Arianna presenta percorsi dedicati allo scompenso cardiaco, alle malattie respiratorie, al diabete, ai disturbi cognitivi, alle lesioni croniche, ai bisogni di nutrizione artificiale e alle patologie neurodegenerative. Le attività di seguito descritte rappresentano **ambiti possibili di intervento**: la loro effettiva attivazione, così come l'eventuale impiego di dispositivi o consulenze specialistiche, dipende dal piano assistenziale e dalle risorse disponibili.

Nello **scompenso cardiaco**, la cura domiciliare può concentrarsi sull'osservazione dei sintomi e sull'andamento di parametri come peso corporeo, pressione arteriosa, frequenza cardiaca e saturazione. L'attenzione alle variazioni nel tempo aiuta a comunicare al medico informazioni utili alla valutazione clinica. Quando indicato e disponibile, un

elettrocardiogramma eseguito a domicilio può integrare tale valutazione. Le decisioni sulla terapia, inclusa quella diuretica, restano di competenza medica e richiedono un appropriato raccordo con il curante o con lo specialista.

Nella **broncopneumopatia cronica ostruttiva e nell'insufficienza respiratoria**, il percorso può comprendere il controllo dei sintomi respiratori, della saturazione e della capacità di svolgere le attività quotidiane. L'équipe può contribuire all'educazione sull'uso dei dispositivi prescritti, alla gestione assistenziale dell'ossigenoterapia o della ventilazione non invasiva e, quando previsto, alla riabilitazione respiratoria. Un cambiamento del respiro abituale, soprattutto se importante o improvviso, richiede una valutazione appropriata e non deve essere gestito come un semplice imprevisto nella programmazione degli accessi.

Per le persone con **diabete mellito**, l'assistenza può riguardare il controllo glicemico previsto dal piano, il sostegno nella corretta gestione della terapia prescritta e l'attenzione alla salute della cute e dei piedi. In presenza di lesioni o di un piede diabetico, la collaborazione fra infermieri, medico curante e specialisti è particolarmente importante. Tecnologie di monitoraggio continuo o sistemi digitali di documentazione possono essere utili in alcuni percorsi, ma non costituiscono una prestazione automaticamente assegnata a ogni persona con diabete.

Nel caso di **demenze e disturbi cognitivi**, la continuità degli operatori, il modo di comunicare e l'osservazione delle capacità residue assumono un rilievo particolare. Il percorso può prevedere valutazioni periodiche, interventi di stimolazione cognitiva e indicazioni ai familiari su come accompagnare la persona nelle attività quotidiane. L'attenzione è rivolta anche ai cambiamenti del comportamento e al carico che l'assistenza può comportare per chi vive accanto al paziente.

La cura delle **lesioni croniche e delle ferite difficili** richiede osservazione sistematica, medicazioni appropriate e valutazione della loro evoluzione. La documentazione clinica, eventualmente accompagnata da immagini acquisite con modalità idonee, può aiutare a confrontare le condizioni nel tempo. Se il quadro lo richiede, il percorso può prevedere un confronto con professionisti esperti nella gestione delle lesioni. L'obiettivo è curare la ferita considerando anche le condizioni generali della persona, la mobilità, la nutrizione e la possibilità di prevenire nuove lesioni.

La **nutrizione artificiale domiciliare** coinvolge bisogni assistenziali e responsabilità cliniche specifiche. Quando il paziente utilizza una gastrostomia o un sondino, l'équipe può contribuire alla gestione quotidiana del presidio, all'osservazione delle possibili difficoltà e all'educazione del caregiver, in raccordo con chi ha prescritto il trattamento e con i centri di riferimento. La gestione di percorsi di maggiore complessità richiede una definizione puntuale delle competenze e delle modalità di collaborazione.

Le **patologie neurodegenerative**, tra cui sclerosi laterale amiotrofica, malattia di Parkinson, sclerosi multipla e alcune forme di demenza, possono richiedere un'assistenza che cambia nel tempo. A seconda dei bisogni, il lavoro può coinvolgere professionisti medici, infermieristici, fisioterapisti, logopedisti, psicologi e servizi sociali. Gli obiettivi possono riguardare movimento, comunicazione, alimentazione, gestione dei sintomi, adattamento del domicilio e sostegno alla famiglia. In questi percorsi, «su misura» significa soprattutto rivalutare: ciò che era utile all'inizio potrebbe non essere sufficiente, o potrebbe non essere più appropriato, in una fase successiva.

9. L'équipe e il coordinamento operativo

Le Cure Domiciliari richiedono una regia organizzativa oltre che competenze professionali. È necessario ricevere le comunicazioni di attivazione, programmare gli accessi, assegnare operatori con le competenze richieste, raccogliere la documentazione e gestire le segnalazioni che possono modificare il percorso.

Questo compito è attribuito a una **Centrale Operativa con sede a Scisciano**, pensata come punto di coordinamento delle équipe mobili che raggiungono i pazienti nel territorio dell'ASL Napoli 3 Sud. La Centrale sostiene la

programmazione degli interventi e il flusso delle informazioni fra gli operatori; mantiene inoltre, secondo le modalità concordate, il raccordo con il medico curante e con i servizi territoriali competenti.

Il coordinamento non sostituisce le responsabilità cliniche dei singoli professionisti. L'infermiere, il medico, il terapista e gli altri operatori intervengono nell'ambito delle rispettive competenze. Una buona organizzazione consente però a ciascuno di lavorare conoscendo gli obiettivi del PAI e quanto emerso dagli accessi precedenti.

La sede operativa di Villa Arianna Hospital è in **Via Camaldoli 3, Scisciano (NA)**. La presenza di una sede centrale non elimina la dimensione territoriale del servizio: le cure si svolgono presso le abitazioni dei pazienti e richiedono una programmazione capace di considerare tempi di percorrenza, necessità cliniche e continuità degli operatori.

10. Dimissione protetta e passaggio dall'ospedale alla casa

Il rientro dall'ospedale può essere un momento delicato. La persona può aver bisogno di proseguire una terapia, ricevere medicazioni, recuperare abilità o imparare a convivere con un nuovo presidio. Anche la famiglia può trovarsi per la prima volta a svolgere attività di assistenza quotidiana.

Quando viene individuata la necessità di Cure Domiciliari dopo un ricovero, il collegamento fra reparto, Distretto, medico curante ed erogatore ha l'obiettivo di evitare interruzioni del percorso. Le informazioni cliniche e assistenziali utili devono arrivare a chi organizzerà gli accessi, così che il domicilio sia preparato ad accogliere il paziente e gli interventi inizino secondo quanto stabilito dagli attori competenti.

La presa in carico avviene entro **24 ore dalla comunicazione del Distretto** ed entro **12 ore nei casi di dimissione protetta**

11. Tecnologia e documentazione al servizio della cura

La tecnologia può facilitare la condivisione delle informazioni, la tracciabilità degli interventi e l'osservazione dell'evoluzione clinica. Nei documenti di Villa Arianna sono descritti un diario clinico digitale, strumenti diagnostici portatili, possibilità di telemonitoraggio e forme di consulto a distanza.

Un diario assistenziale aggiornato permette agli operatori autorizzati di conoscere gli interventi svolti, le osservazioni registrate e le eventuali variazioni da approfondire. La documentazione è particolarmente importante quando più professionisti partecipano allo stesso percorso: rende più agevole il passaggio delle consegne e riduce il rischio che informazioni rilevanti vadano perdute.

Strumenti quali misuratore di pressione, saturimetro, glucometro o elettrocardiografo possono contribuire alle valutazioni domiciliari quando siano clinicamente indicati e disponibili. Alcuni percorsi possono richiedere la trasmissione di dati o un confronto a distanza con altri professionisti. **L'impiego di telemonitoraggio e televisite deve tuttavia essere definito per il singolo caso**: non sostituisce automaticamente le visite in presenza né comporta, di per sé, un controllo continuo di ogni paziente.

Qualunque strumento venga adottato, la finalità resta la stessa: aiutare i professionisti a prendersi cura della persona. Una misurazione ha valore quando è interpretata nel contesto clinico; un'allerta è utile quando è inserita in una procedura chiara; una cartella condivisa migliora il servizio quando gli operatori la utilizzano con attenzione e responsabilità.

12. La famiglia e il caregiver

Nelle Cure Domiciliari la famiglia può essere una presenza fondamentale, ma non deve essere considerata una risorsa inesauribile. Assistere una persona cara comporta impegno fisico, tempo, adattamenti della vita quotidiana e talvolta preoccupazione costante. Anche per questo il percorso di cura deve prestare attenzione a chi sostiene il paziente fra un accesso professionale e l'altro.

Villa Arianna ha un approccio che comprende l'ascolto del caregiver, l'educazione terapeutica e il raccordo con eventuali servizi di supporto. Nella pratica, questo può significare spiegare come osservare un sintomo, aiutare a comprendere l'organizzazione degli accessi, illustrare la gestione ordinaria di un presidio nei limiti delle indicazioni ricevute e chiarire quando sia necessario rivolgersi a un professionista.

La formazione del caregiver non equivale a delegargli attività che spettano agli operatori sanitari. Deve essere proporzionata alle sue possibilità, concordata con lui e inserita in un percorso nel quale rimangano riconoscibili le responsabilità professionali. Il caregiver ha diritto a porre domande, a segnalare difficoltà e a dire quando un compito non è sostenibile.

13. Comunicazione, segnalazioni e situazioni urgenti

Per il paziente e la famiglia è importante sapere chi contattare quando cambia un appuntamento, nasce un dubbio sulla programmazione o si osserva un problema durante il percorso. Villa Arianna indica il numero **081 519 7108** come riferimento per le informazioni sulle Cure Domiciliari.

Villa Arianna Hospital è dotata di una Centrale Operativa attiva nei giorni feriali dalle **08:00 alle 20:00**, con un'estensione **H24, sette giorni su sette**, e pronta disponibilità medica e infermieristica notturna e festiva per alcuni pazienti di maggiore complessità

ÈLa Centrale Operativa del servizio domiciliare, anche quando svolge attività di supporto e orientamento, **non va presentata come sostituto del sistema pubblico di emergenza sanitaria**. In presenza di un'emergenza o di un pericolo immediato, occorre utilizzare il **112**. Per problemi non immediatamente pericolosi, la persona deve seguire le indicazioni ricevute per il proprio percorso e contattare i riferimenti clinici appropriati.

Una comunicazione utile è una comunicazione comprensibile. Gli operatori si impegnano a spiegare il senso degli interventi, a segnalare eventuali cambiamenti nella programmazione e ad ascoltare quanto paziente e familiari osservano nella quotidianità. Le informazioni raccolte a domicilio possono contribuire in modo decisivo alla rivalutazione del piano.

14. Diritti della persona assistita e partecipazione alle cure

La persona assistita ha diritto a essere trattata con rispetto, senza discriminazioni, e a ricevere informazioni comprensibili sul proprio percorso. Il domicilio è uno spazio privato: l'accesso degli operatori deve svolgersi nel rispetto della dignità, delle abitudini e della riservatezza di chi vi abita, compatibilmente con le condizioni necessarie a prestare assistenza in sicurezza.

Il paziente deve poter conoscere quali interventi sono programmati, chi ne è responsabile e a chi rivolgersi per chiarimenti. Ha diritto a esprimere dubbi, preferenze e difficoltà e a partecipare, per quanto possibile, alle decisioni che lo riguardano. Quando le sue condizioni non consentono una partecipazione diretta piena, il coinvolgimento delle persone legittimate a rappresentarlo o ad assisterlo deve avvenire nel rispetto della sua volontà e delle regole applicabili.

La relazione di cura richiede anche collaborazione. È utile rendere disponibili agli operatori le informazioni sanitarie pertinenti, comunicare variazioni delle condizioni cliniche o delle terapie e segnalare tempestivamente eventuali impedimenti agli accessi programmati. La famiglia può contribuire preparando uno spazio adeguato all'intervento e segnalando caratteristiche del domicilio che potrebbero incidere sulla sicurezza.

Questi comportamenti non servono a trasferire sul paziente la responsabilità dell'organizzazione. Servono a rendere il piano concretamente realizzabile. Se emergono ostacoli — per esempio difficoltà negli orari, impossibilità del caregiver a svolgere un compito o cambiamenti nell'abitazione — è preferibile parlarne con l'équipe, affinché possano essere valutate soluzioni appropriate.

15. Riservatezza e uso delle informazioni

Il percorso domiciliare comporta la raccolta di informazioni sulla salute e sulla vita quotidiana della persona. Tali informazioni sono necessarie per organizzare le prestazioni, documentare gli interventi e permettere ai professionisti coinvolti di lavorare in modo coordinato. Devono essere trattate con attenzione, limitando l'accesso a chi ne ha necessità per lo svolgimento dei propri compiti.

Anche le comunicazioni con familiari e caregiver richiedono chiarezza. La presenza di un parente durante un accesso non elimina la necessità di rispettare le scelte e la riservatezza del paziente. Quando il percorso prevede l'impiego di fotografie cliniche, dispositivi connessi, televisite o un eventuale portale digitale, la persona deve ricevere informazioni adeguate sulle modalità d'uso e sui soggetti che potranno accedere ai dati.

La tecnologia non modifica il principio di fondo: le informazioni sanitarie sono raccolte per assistere la persona, non per renderla oggetto di un controllo indistinto. La documentazione deve essere pertinente, corretta e utilizzata nell'ambito delle finalità del percorso di cura.

16. Qualità del servizio, ascolto e reclami

La qualità delle Cure Domiciliari si riconosce in molti aspetti: appropriatezza degli interventi, continuità delle informazioni, puntualità della programmazione, capacità di adattare il piano ai cambiamenti, chiarezza nelle comunicazioni e rispetto della persona. Non coincide con il numero di accessi effettuati né con la quantità di tecnologia utilizzata.

Villa Arianna intende promuovere un'assistenza nella quale ogni intervento sia inserito in un progetto comprensibile. La documentazione delle attività e la raccolta delle segnalazioni sono strumenti per individuare criticità e migliorare il servizio. Un disguido nella programmazione, una difficoltà di comunicazione o una prestazione non compresa dal paziente devono poter essere rappresentati senza timore che ciò comprometta la relazione di cura.

Pazienti e familiari possono chiedere chiarimenti agli operatori e utilizzare i recapiti indicati nella Carta per sottoporre osservazioni e reclami

L'ascolto ha valore soltanto se produce una risposta. Chi presenta una segnalazione verrà a conoscenza che è stata ricevuta, come verrà esaminata e quale sarà l'esito che le sarà comunicato. Definire e rendere pubbliche queste modalità è parte integrante degli impegni di trasparenza della struttura.

17. Costi, territorio e riferimenti

Le Cure Domiciliari attivate nell'ambito del percorso pubblico sono a carico del **Servizio Sanitario Nazionale**, alle condizioni previste per l'accesso e per le prestazioni incluse nel piano. Questo significa che, quando il paziente è ammesso al percorso e le prestazioni rientrano nell'assistenza autorizzata, non deve essere lasciato intendere che sia necessario acquistare privatamente quelle stesse prestazioni per ricevere il servizio.

Allo stesso tempo, la sola residenza in un comune dell'ASL Napoli 3 Sud non comporta l'attivazione automatica delle Cure Domiciliari. Occorrono la valutazione del bisogno e il percorso previsto dal Distretto. Per eventuali prestazioni richieste al di fuori di tale percorso, la struttura dovrà fornire informazioni separate e trasparenti prima di qualunque erogazione.

Villa Arianna indica come ambito territoriale di riferimento i comuni dell'**ASL Napoli 3 Sud**. Villa Arianna Hospital dove ha organizzato la presenza di équipe mobili sul territorio e il coordinamento dalla sede di Scisciano. Chi non sa a quale Distretto appartiene può chiedere indicazioni al proprio medico o al Distretto competente; può inoltre contattare Villa Arianna per un primo orientamento sulle modalità di accesso.

Impegno conclusivo

Villa Arianna Hospital propone una cura che raggiunge la persona nel suo ambiente di vita e considera la casa non soltanto come il luogo in cui eseguire prestazioni, ma come parte del contesto da conoscere e rispettare. Il valore del servizio sta nella collaborazione fra professionisti, paziente, famiglia, medico curante e Distretto, intorno a obiettivi assistenziali definiti e verificabili.

«Per ogni patologia, un percorso su misura» significa partire dalla condizione concreta della persona, spiegare ciò che è previsto, osservare i cambiamenti e rivalutare il progetto quando serve. Significa anche essere precisi nelle promesse: distinguere ciò che la struttura intende offrire da ciò che è effettivamente attivo e garantito.

Scisciano, 20 ottobre 2026

L'amministratore unico

Paola Murano