CARTA DEI SERVIZI

(redatta ai sensi del DPCM 19/05/95)

Lista delle revisioni

5					
4					
3	*Imbesi Graziella*	01.07.25	*Anastasi Giuseppe*	01.07.25	*Nuova emissione*
2	*Imbesi Graziella*	09.05.23	*Anastasi Giuseppe*	09.05.23	*Nomina nuovo Legale Rappresentante*
1	*Imbesi Graziella*	01.12.21	*D'Agata Domenico*	01.12.21	*Adeguamento normativo*
0	*Imbesi Graziella*	07.06.19	*D'Agata Domenico*	07.06.19	*Prima Emissione*
Rev.	Redazione e Verifica RGQ	Data	Approvazione e adozione DIR	Data	Causale

Indice

SEZIONE PRIMA

Introduzione: cos'è la carta dei Servizi

1. Presentazione dell'Associazione

2. Finalità

3. Principi fondamentali

3.1 Eguaglianza

3.2 Diritto di scelta

3.3 Efficienza ed efficacia

3.4 Imparzialità e regolarità

3.5 Continuità

3.6 Partecipazione

4. Qualità del Servizio

SEZIONE SECONDA

1. Informazioni all'utente

2. Servizi forniti

2.1 Carattere delle prestazioni fornite

2.2 Modalità di Accesso

2.3 Orario di apertura dei Centri

2.4 Accesso alle prestazioni

2.5 Identificazione del personale

2.6 Comfort

2.7 Sicurezza

2.8 Rispetto della Privacy

3. Diritti di Tutela e Partecipazione

Diritto al rispetto

Diritto alle libertà di scelta

Diritto alla qualità delle cure

Diritto all'informazione

Diritto al reclamo

Responsabilità e doveri

SEZIONE TERZA

1. Politica per Qualità

2. Standard di qualità e di servizio

3. Impegni e Strumenti

SEZIONE QUARTA

1. Reclami e modalità di presentazione

2. Verifica degli impegni e adeguamento organizzativo

3. Indagini sulla soddisfazione degli utenti

Allegato Misurazioni Standard qualità Anno 2024

SEZIONE PRIMA

Introduzione: cos'è la carta dei Servizi

La legislazione vigente, con particolare riferimento al DPCM 19/05/95, pubblicato sulla G.U. 31/05/95, n.125, suppl. ord. N. 65, stabilisce che le strutture sanitarie debbano dotarsi di una ***"Carta dei Servizi"***.

Questa è un documento che, raccogliendo dati e notizie indispensabili all'utenza, contribuisce a migliorare sempre più il rapporto con gli utenti fornendo informazioni agli Utenti Assistiti e ai loro familiari sui diritti e le responsabilità e mirando a coinvolgerli nel processo di cura e riabilitazione.

La Carta dei Servizi, oltre alle informazioni più generali, contiene una descrizione approfondita di tutti i servizi offerti dalla Struttura.

La Carta dei Servizi, insomma, è il "contratto" tra l'Associazione e gli utenti.

1. Presentazione dell'Associazione

L'***Associazione Italiana Assistenza Spastici*** (AIAS) nasce a Roma nel 1954 per iniziativa di un gruppo di genitori di bambini cerebrolesi, in una condizione di quasi assoluta carenza di strutture adeguate e svolge a livello nazionale attività di tutela dei diritti delle persone handicappate. L'AIAS in questi anni ha favorito la creazione di centri di riabilitazione e di scuole per la formazione di operatori, ha promosso ed avviato la promulgazione di leggi, di normative e di quant'altro potesse servire all'integrazione sociale del disabile.

A livello territoriale l'attività viene espletata dalle singole Sezioni dell'AIAS in stretta collaborazione e coordinamento con la sede centrale. La ***Sezione AIAS di S. Filippo del Mela*** svolge attività di riabilitazione neuropsicomotoria rivolta alle persone che presentano handicaps fisici, psichici o sensoriali.

L'Associazione, costituita il 4 dicembre 1989, ha istituito i Centri Riabilitativi nel 1999 e fornisce servizi terapeutici riabilitativi a persone disabili provenienti dai comuni della fascia tirrenica e ionica gestendo due centri di riabilitazione, un Centro Diurno (Seminternato) sito in San Filippo del Mela in Contrada Donnamiata snc ed un Centro Ambulatoriale/Domiciliare sito in Messina in via Rotonda 32/36

L'Associazione è autorizzata ad effettuare 80 prestazioni giornaliere in regime di seminternato, 76 prestazioni in regime ambulatoriale e 133 in regime domiciliare.

L'Associazione è inoltre convenzionata ex art.26 della legge 833/78 con il Servizio Sanitario Nazionale, in particolare tramite l'attuale convenzione in atto sottoscritta con l'ASP di Messina, eroga giornalmente 62 trattamenti ambulatoriali, 38 domiciliari e 70 accessi di Seminternato, per un totale di 170 trattamenti, a fronte dei 289 giornalieri autorizzati dall'accreditamento.

CENTRO DIURNO

Il Centro Diurno è situato a San Filippo del Mela in Contrada Donnamiata, all'interno di una graziosa Villa circondata dal verde.

I soggetti afferenti al Centro Diurno sono portatori di gravi cerebropatie croniche con, in genere marcati deficit intellettivi ed associati disturbi secondari del comportamento. Le attività diurne sono dedicate ai trattamenti riabilitativi neurofacilitatori, logopedici e di terapia occupazionale, differenziati a seconda del deficit lesionale della persona, mentre le attività pomeridiane sono scandite da ampi momenti ludici e di aggregazione. Gli assistiti inoltre usufruiscono di un servizio mensa con dieta personalizzata.

CENTRO AMBULATORIALE/DOMICILIARE

L'ambulatorio ha sede a Messina-Tremestieri, nei pressi dello svincolo autostradale (ME-CT), facilmente raggiungibile da ogni parte della città e dai paesi limitrofi.

Le prestazioni sanitarie erogate in regime ambulatoriale sono rivolte soprattutto a pazienti in età evolutiva con disturbi motori e cognitivi, del linguaggio e del comportamento, per i quali è necessario il lavoro sinergico con le famiglie e con la rete dei servizi.

All'ambulatorio afferiscono anche pazienti adulti, affetti da patologie neuromotorie, per i quali è richiesto un trattamento riabilitativo continuo o a cicli di terapia.

2. Finalità

La Struttura è gestita da persone che mirano a svolgere il proprio ruolo all'insegna della massima professionalità, disponibilità, cortesia, trasparenza ed efficacia, per fornire all'utente un servizio che possa essere sempre più soddisfacente, nell'ottica di *miglioramento continuo*. Tutto questo senza dimenticare che l'utente a cui si fa riferimento è una persona che attraversa una condizione di particolare sensibilità e fragilità.

Infatti, per ciascuna tipologia di prestazioni erogate vengono assicurati i requisiti tecnologici e di dotazione organica in grado da assicurare qualità ed efficienza nella erogazione di tutte le prestazioni dalla più semplice alla più complessa secondo la logica del miglioramento continuo della qualità e della valutazione dei risultati dei processi così come previsto dal DA 319/2016 e dal D.A. 20/2024.

La *mission* dell'Associazione consiste nel promuovere il benessere della persona con disabilità intellettiva e relazionale e della sua famiglia, attraverso attività educative e riabilitative – mediante la presa in carico del soggetto nella sua globalità – svolte in apposite strutture o presso il domicilio dei soggetti svantaggiati, differenziando gli interventi in base ai bisogni o all'età, allo scopo riabilitativo vero e proprio, favorendone contestualmente l'integrazione sociale e diffondendo una reale cultura di accettazione della diversità.

L'Associazione persegue con metodo di continuità, obiettivi quali la solidarietà, la partecipazione effettiva delle persone in situazioni di handicap alla programmazione, organizzazione e gestione democratica dei servizi e delle attività loro destinati.

3. Principi fondamentali

3.1 Eguaglianza

L'Associazione nel rapporto con gli utenti non compie alcuna discriminazione per motivi riguardanti sesso, razza, lingua, religione, opinioni politiche, condizioni psico-fisiche e socio-economiche. Tutte le attività assistenziali e organizzative sono orientate all'accoglienza di utenti considerando le diverse esigenze relative all'età, al genere ed a particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica e tenendo conto delle specificità religiose, etniche e linguistiche.

3.2 Diritto di scelta

L'utente ha il diritto di scegliere la propria struttura di fiducia alla quale affidarsi.

3.3 Efficienza ed efficacia

L'Associazione è costantemente impegnata per:

- migliorare l'informazione obiettiva ed imparziale sulle prestazioni sanitarie disponibili;

- attuare programmi d'informatizzazione della diagnosi e degli atti terapeutici, nel rigoroso rispetto della riservatezza nei confronti di terzi;
- dare sempre maggiore considerazione agli eventuali reclami;
- informare e formare il personale operante sui principi dell'accoglienza al fine di migliorare la qualità complessiva del servizio, migliorandone l'ospitalità.

3.4 Imparzialità e regolarità

L'Associazione il servizio secondo criteri di obiettività e regolarità. I comportamenti degli operatori sanitari ed amministrativi sono ispirati ad evitare atteggiamenti di parzialità e ingiustizia, ossia trattamenti non obiettivi nei confronti degli utenti.

Attraverso il proprio personale, garantisce la regolarità e la continuità del servizio, nel rispetto dei principi e delle norme sanciti dalle leggi e dalle disposizioni contrattuali in materia.

3.5 Continuità

Tutte le risorse sono impegnate ad adottare tutte le misure necessarie per ridurre al minimo i disagi dell'utenza anche nei casi di funzionamento irregolare o di interruzione del servizio, imputabili a cause di forza maggiore, ed erogare prestazioni sanitarie in modo coordinato.

3.6 Partecipazione

È garantita la partecipazione alla prestazione del servizio attraverso una informazione corretta e completa, la possibilità di esprimere la propria valutazione sulla qualità delle prestazioni erogate e di inoltrare reclami o suggerimenti per il miglioramento dei servizi.

Ci impegniamo a migliorare i nostri servizi, tenendo conto dei feedback ricevuti dagli utenti e a fare il necessario per soddisfarne le richieste.

4. Qualità del Servizio

L'Associazione è dotata di un Sistema di Gestione, con lo scopo di orientare, monitorare e rendere i servizi erogati più vicino ai bisogni ed alle rispettive aspettative dei cittadini.

Sono attive procedure per la raccolta dei suggerimenti, osservazioni o reclami da parte dell'utente, familiari ed operatori.

Impegno prioritario della Direzione Sanitaria è la costante verifica dell'efficacia delle terapie eseguite e di miglioramento degli standard qualitativi attraverso il calcolo di indicatori i cui risultati costituiscono lo strumento per il miglioramento continuo.

SEZIONE SECONDA

1. Informazioni all'utente

Le informazioni preliminari inerenti i servizi erogati dall'Associazione vengono fornite dal Servizio Sociale ed URP.

Il personale dell'Associazione, fornisce esaurientemente tutte le informazioni preliminari su come accedere ai servizi offerti.

Numero telefonico (*sede amministrativa*): 090/930666

Numero telefonico (*centro diurno*): 090/930738

Numero telefonico (*ambulatorio*): 090/9433231

Eventuali richieste di informazioni posso essere anche richieste per email:

amm.aias.sfm@gmail.com

Di seguito sono riportati PEC e sito:

aiassanfilippodelmela@pec.it – www.aiassanfilppodelmela.it

2. Servizi forniti

Nei Centri dell'Associazione si effettuano i seguenti trattamenti riabilitativi:

- ***Rieducazione neuromotoria***: La riabilitazione neuromotoria riguarda il trattamento di soggetti con menomazioni del sistema nervoso centrale o periferico, dovute ad accidenti vascolari (ad es. l'ictus), degenerazioni (ad es. il morbo di Parkinson), infiammazioni (ad es. le encefaliti), malattie auto-immuni (ad es. la sclerosi multipla e la poliradicolonevrite), tumori benigni operati (ad es. i meningiomi), traumi cranici. Sfrutta metodiche particolari quali: Bobath, Voyta, Kabat, Perfetti, Albaecc.
- ***Fisiokinesiterapia***: Si intende il trattamento riabilitativo delle funzioni motorie parzialmente o totalmente compromesse. Essa si basa su metodiche riconosciute messe in atto con l'utilizzo della manualità diretta dell'operatore.
- ***Psicomotricità***: È un trattamento che mira a riabilitare cognitivamente il soggetto con ritardo intellettivo partendo da una visione olistica che vede mente e corpo come un tutt'uno che si evolve nello sviluppo. Proprio per tale motivo la riabilitazione deve contemporaneamente rivolgersi ora ad uno ora all'altro dei due versanti di uno sviluppo che avviene nel medesimo soggetto.
- ***Logopedia***: È così intesa la terapia riabilitativa del linguaggio nei suoi aspetti verbali e di comprensione. Di solito di avvale di una metodologia mediata dall'operatore anche se, in casi particolari, quest'ultimo può avvalersi di strumenti elettromedicali e informatici.
- ***Psicoterapia***: È una forma di trattamento cognitivo che mira a rafforzare le basi stesse dello sviluppo intellettivo. Proprio per questo è spesso chiamato "Trattamento di Rafforzamento Cognitivo". Si avvale di esercizi (didattici e informatici) che vengono proposti sotto forma di gioco con l'intento di costruire una impalcatura solida e tale da potere sostenere le successive acquisizioni anche scolastiche. Altre volte, mediante appositi programmi e in relazione all'età dei soggetti, vengono insegnate abilità indispensabili per adattarsi al mondo esterno.
- ***Terapia occupazionale***: Mira ad esercitare le residue abilità motorie presenti attraverso movimenti finalizzati alla produzione di oggetti e mediante materiali plasmabili (come l'argilla) o facilmente lavorabili (come il cartoncino o plastica)**.**

Servizi ambulatoriali

Le prestazioni sanitarie erogate in regime ambulatoriale sono rivolte soprattutto a pazienti in età evolutiva con disturbi motori e cognitivi, del linguaggio e del comportamento, per i quali è necessario il lavoro sinergico con le famiglie e con la rete dei servizi.

All'ambulatorio afferiscono anche pazienti adulti, affetti da patologie neuromotorie, per i quali è richiesto un trattamento riabilitativo continuo o a cicli di terapia.

L'ambulatorio si rivolge a quelle persone che, in orari prestabiliti e comunicati preventivamente, si recano presso la Struttura per fare la terapia prescritta.

Tutti gli assistiti, oltre alla costante presenza dei medici responsabili dei vari settori, vengono seguiti da medici specialisti esterni su attivazione dell'Associazione.

L'assistito è seguito anche dallo psicologo che fornisce interventi di sostegno psicologico, indaga le abilità cognitive, in età evolutiva valuta la capacità cognitive e neuropsicologiche, collabora con l'équipe didattica al bisogno.

Le prestazioni riabilitative hanno la durata di 45 minuti, l'orario di terapia dovrà essere concordato con il paziente e/o la famiglia, cercando di tener conto delle rispettive esigenze e facilitando così una regolare frequenza. Pertanto, il paziente e l'operatore sono tenuti al rispetto dell'orario di inizio e fine della terapia. Nel

caso in cui accadimenti eccezionali non consentano di rispettare la presente norma, è indispensabile informare il Servizio Sociale, il Medico e/o la Direzione Sanitaria.

Erogazione del servizio domiciliare

Il servizio domiciliare è rivolto a persone con grave disabilità fisica, psichica e/o sensoriale che non possiedono nessuna autonomia di base e che sono totalmente dipendenti nello svolgimento delle semplici attività di vita quotidiana.
Le modalità di gestione del servizio sono analoghe a quanto indicato per l'attività ambulatoriale e includono visite periodiche presso il domicilio espletate dagli specialisti (assistente sociale, psicologo, medico) per fornire un adeguato iter riabilitativo al fine di favorire il recupero e/o il mantenimento delle funzioni compromesse, migliorando da un lato la qualità della vita e riducendo dall'altro la condizione di disagio.
I trattamenti hanno durata di 45 minuti ciascuno.

Erogazione del servizio in regime seminternato

I trattamenti riabilitativi effettuati in regime di seminternato hanno lo scopo di coinvolgere gli assistiti dal mattino al pomeriggio allo scopo di sollecitare un processo di sviluppo globale del soggetto che cerchi di favorire le dinamiche socializzanti e lo sviluppo delle capacità comunicative.

Il seminternato è rivolto ad utenti con disabilità medio-gravi per i quali è previsto un percorso riabilitativo diversificato sia di mantenimento delle abilità acquisite che per l'acquisizione di prerequisiti per un migliore inserimento sociale.
I pazienti, oltre ad usufruire dei trattamenti riabilitativi individuali specifici, sono inseriti in gruppi in cui il lavoro dell'educatore è organizzato sulla base di una programmazione concordata con la direzione sanitaria e lo psicologo. Le strategie educative seguite sono definite, verificate ed aggiornate periodicamente con incontri di équipe.
Vengono inoltre proposte attività grafico pittoriche, di tessitura, ludico ricreative, attraverso cui la persona disabile riceve stimoli positivi che innescano dinamiche socializzanti e sviluppano capacità comunicative.

2.1 Carattere delle prestazioni fornite

Le prestazioni del servizio sono erogate in regime di convenzionamento e accreditamento con il S.S.N.

2.2 Modalità di Accesso

Recandosi presso l'ASP territoriale - Dipartimento di Riabilitazione - l'utente presentando la propria istanza, qualora presenta i requisiti di legge, potrà ricevere apposita impegnativa di trattamento ed essere destinatario delle prestazioni riabilitative da parte dell'Associazione.
A seguito di trasmissione dell'impegnativa di trattamento da parte dell'ASP, l'Associazione prende in carico l'utente. L'assistente sociale del Centro, provvede a contattare gli utenti segnalati dall'ASP, pianificando con gli stessi gli appuntamenti per la visita di ingresso. L'utente arrivato al Centro dovrà recarsi presso l'ufficio dell'Assistente Sociale dove, dovrà:

- Presentare un valido documento di riconoscimento;
- Esibire il proprio codice fiscale;
- Compilare e firmare il modulo "RICHIESTA AMMISSIONE" al Centro;
- Firmare il proprio consenso al trattamento dei dati sensibili;
- Ritirare la carta dei servizi;
- Ritirare l'informativa sulla privacy,

Il Servizio Sociale provvederà a fissare una visita di controllo con il Direttore Sanitario al quale compete l'accettazione del protocollo riabilitativo o la richiesta di un'integrazione documentale da condursi con eventuali analisi diagnostiche prima d'inserire il paziente nella programmazione del percorso riabilitativo.
Un 'equipe multidisciplinare interna eseguirà:

- Colloquio Anamnestico
- Valutazione Medica Generale
- Valutazione Psicologica
- Valutazione Sociale
- Visita Specialistica
- Diagnosi
- Prescrizione della Terapia Riabilitativa

A conclusione dell'iter di accertamento e previo parere favorevole dell'equipe multidisciplinare, l'utente viene informato dal Servizio Sociale del Centro della disponibilità del posto e dei tempi previsti per la successiva presa in carico, indicativamente pari ad una settimana.

2.3 Orario di apertura dei Centri

I Centri sono aperti al pubblico nei seguenti orari:

Centro Diurno

Dal lunedì al venerdì dalle 08:00 alle 16:00

Sabato dalle 8:00 alle 12:40

Ambulatorio

Dal lunedì al venerdì dalle 08:00 alle 20:00

Sabato dalle 8:00 alle 14:00

I Centri sono dotati di Servizio Sociale con personale addetto ai rapporti con gli utenti (U.R.P.) a cui possono rivolgersi anche gli utenti stranieri con problemi di comprensione della lingua.

I responsabili U.R.P. sono i referenti per l'ascolto di pazienti e familiari, accettare reclami, segnalazioni e suggerimenti, fornire informazioni sui diritti e le responsabilità dell'Utenza.

Nei casi straordinari in cui l'accesso ai Centri sia interdetto ai visitatori/familiari per motivi organizzativi o di emergenze sanitarie, il Servizio Sociale garantirà i rapporti utenti-familiari mediante l'effettuazione di videochiamate programmate con la famiglia.

2.4 Accesso alle prestazioni

L'accesso alle prestazioni avviene solo previo parere favorevole dell'equipe multidisciplinare e successiva presa in carico dell'Utente.

L'Associazione nel rapporto con gli utenti non compie alcuna discriminazione per motivi riguardanti sesso, razza, lingua, religione, opinioni politiche, condizioni psico-fisiche e socio-economiche.

Tutte le attività assistenziali e organizzative sono orientate all'accoglienza di pazienti considerando le diverse esigenze relative all'età, al genere ed a particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica e tenendo conto delle specificità religiose, etniche e linguistiche.

Nell'erogazione delle prestazioni vengono sempre tenuti in considerazione i ritmi fisiologici della persona nella definizione delle modalità di accoglienza.

Prima della presa in carico di un paziente fragile, è di particolare importanza il contatto iniziale (eventualmente da mettere in atto con eventuali accompagnatori e/o caregivers), poiché in questa prima fase è possibile, almeno in linee generali, definire il grado di collaborazione ed autonomia così da consentire la programmazione dell'approccio adeguato.

Verrà data particolare attenzione ad anziani e minori che presentino particolari esigenze. Nel caso in cui il paziente sia un minorenne, ed in particolare modo un bambino, nei Centri si adottano specifiche modalità di accoglienza e di svolgimento delle attività assistenziali adeguate al soggetto.

Per rendere *non traumatica* la prestazione si adotta un approccio che cerchi di costruire la sua fiducia nel corso del percorso assistenziale fornendo comunque le necessarie informazioni e rendendolo partecipe a ciò che avviene usando un linguaggio comprensibile e adeguato all'età del minore, al suo sviluppo e alla sua maturità, e utilizzando modalità (modi, tempi e strumenti) che rispondano alle sue condizioni.

Nel caso di utente straniero con problemi di comprensione della lingua, il personale utilizzerà un linguaggio semplice e contestualizzato in base al grado di comprensione della lingua italiana da parte del paziente e che preveda il sincerarsi che le informazioni siano state chiaramente recepite.

In caso di minori e/o genitori di origine straniera con difficoltà di comprensione linguistica, il personale si avvale di traduttori simultanei di lingua, per facilitare la comunicazione.

Ritiro copia cartella clinica

La cartella clinica può essere ritirata direttamente dall'utente o da persona preventivamente delegata tramite compilazione di una delega al ritiro disponibile presso l'Amministrazione del Centro. Nel caso di minore o se la persona è interdetta o inabilitata la richiesta deve essere presentata rispettivamente dal genitore, dal tutore o dal curatore, i quali dovranno produrre la documentazione idonea ad attestare la propria qualità; la suddetta documentazione dovrà essere trasmessa agli uffici amministrativi che provvederanno alla verifica della legittimità della richiesta.

I tempi di attesa per il rilascio sono di una settimana lavorativa dalla presentazione della richiesta.

Per il ritiro è necessario munirsi di idoneo documento di riconoscimento in corso di validità e dell'eventuale delega. La copia della cartella clinica resta disponibile presso gli archivi del centro fino a 30 giorni dalla data prevista per il ritiro.

Le copie delle cartelle cliniche sono consegnate in busta chiusa sigillata a garanzia e tutela della privacy dell'utente.

In tutti i casi a trattamento riabilitativo ultimato, la scheda con la valutazione riabilitativa finale verrà tenuta negli archivi interni per la durata prevista dalla legge e messa a disposizione degli organi di controllo.

2.5 Identificazione del personale

Tutti i soggetti operanti nei Centri, compresi eventuali partecipanti al processo assistenziale nell'ambito di percorsi formativi (es. tirocinio, specializzazione post-laurea, ecc) sono opportunamente identificabili attraverso il cartellino personale.

2.6 Comfort

Al fine di mantenere un ambiente confortevole ed accogliente, tutti i nostri locali sono climatizzati.

2.7 Sicurezza

La Struttura ha provveduto a tutti gli adempimenti di legge in materia di sicurezza sul lavoro previsti dal D.lgs 81/08 e s.m.i. ed è dotata di tutte le necessarie autorizzazioni in materia. Viene monitorato costantemente il livello di rischio al suo interno, adottando tutte le misure necessarie atte a garantirne il mantenimento ai livelli minimi possibili. Tutti i presidi antincendio e di sicurezza sono costantemente verificati.

2.8 Rispetto della Privacy

La Struttura garantisce il trattamento dei dati personali ottemperando al regolamento UE 679/2016 e al decreto 196/2003 e s.m.i.

3. Diritti di Tutela e Partecipazione

Diritto al rispetto

Ogni Utente ha il diritto di ricevere il rispetto della dignità personale e delle sue convinzioni morali, politiche e religiose e la tutela su:

- la protezione da qualsiasi pressione, diretta o indiretta, sulle convinzioni personali del cittadino ospitato, come condizione essenziale per sviluppare relazioni di fiducia tra il paziente e i medici o gli operatori sanitari;
- la riservatezza nell'esecuzione della prestazione sanitaria, nel pieno rispetto del pudore e dell'intimità personali;
- il trattamento dei dati personali secondo il rispetto della legislazione vigente (Regolamento UE 679/2016 - D.lgs 196/2003 e s.m.i.);
- un trattamento professionalmente corretto e cortese da parte del personale, che è tenuto a rivolgersi al paziente, interpellandolo col suo nome e cognome, nonché con la particella pronominale "Lei".

Diritto alle libertà di scelta

Il Diritto alla libertà di scelta tutela:

- la libertà di scelta del luogo di diagnosi e cura da parte del cittadino;
- l'accesso, nei tempi più brevi possibili, a cure di qualità, qualunque sia la condizione sociale, ideologica, economica e di età del paziente;
- un'informazione obiettiva ed imparziale sull'offerta di prestazioni terapeutiche e strumentali disponibili, per mettere il paziente in condizione di decidere a quale struttura affidarsi;
- la possibilità di rifiutare ogni metodo diagnostico, terapeutico e di sperimentazione, grazie ad un'informazione esauriente e chiara al paziente o ai suoi rappresentanti legali, nel rispetto degli interessi legittimi della sanità pubblica.

Diritto alla qualità delle cure

Il Diritto alla qualità delle cure garantisce:

- il massimo della sicurezza nell'esercizio della medicina, l'esecuzione delle prestazioni e l'assistenza ai pazienti;
- prestazioni di qualità adeguata allo stato del malato, nelle migliori condizioni materiali possibili;
- il beneficio dei progressi della medicina e della tecnologia in campo diagnostico e terapeutico;
- la formazione di base e specialistica del personale medico, sostenuta anche da opportune iniziative di aggiornamento;
- la progressiva attivazione di un processo interno di valutazione della qualità.

Diritto all'informazione

Il Diritto all'informazione tutela:

- il diritto ad un'informazione adeguata sulle caratteristiche della struttura sanitaria, le prestazioni ed i servizi da essa erogati, le modalità di accesso, l'organizzazione interna;
- il diritto ad un'informazione imparziale sulla possibilità di ulteriori indagini e trattamenti, eventualmente disponibili in altre strutture;
- il diritto ad un'informazione obiettiva ed appropriata sulle modalità di indagine e sugli atti terapeutici, al fine di poter esprimere, dove necessario, un consenso effettivamente informato;
- che il diritto all'informazione venga esercitato dai suoi rappresentanti legali qualora il paziente non si trovi in condizione di ricevere un'informazione diretta o di autodeterminarsi;

- il diritto al rigoroso rispetto della riservatezza dei dati relativi alla sua persona e alla sua malattia, conservati in una cartella clinica e in un archivio informatico;
- il diritto ad identificare il personale, che deve essere dotato di cartellino di riconoscimento.

Diritto al reclamo

Il Diritto al reclamo tutela:

- il diritto del paziente, o dei suoi familiari, a veder presi in considerazione dalle istituzioni gli eventuali reclami;
- il diritto a ricevere precise informazioni sulla modalità di presentazione dei reclami stessi e dei mezzi messi a disposizione dalla Struttura (personale disponibile, cassetta per l'inoltro delle osservazioni, se prevista, ecc);
- il diritto di conoscere, entro un determinato periodo di tempo l'esito dell'eventuale reclamo presentato;
- il diritto ad esprimere il proprio parere sulla qualità delle prestazioni, dei servizi, dell'assistenza ricevuti, anche tramite la compilazione del questionario di soddisfazione dell'utente.

L'Associazione, attraverso il proprio modulo reclami, garantisce le funzioni di tutela verso il cittadino e prevede, per quest'ultimo, la possibilità di sporgere reclamo a seguito di disservizio, atto o comportamento che abbiano negato o limitato la fruibilità delle prestazioni, i principi fondamentali dell'assistenza sanitaria.

Per conoscere le modalità di presentazione di eventuali reclami si rimanda all'apposita sezione del presente documento.

Responsabilità e doveri

L'utente ha il dovere:

- di collaborare con i medici e il personale di assistenza, fornendo loro informazioni chiare e precise sulla propria salute, sui precedenti ricoveri e sulle terapie eseguite
- di informare il personale nel caso desideri allontanarsi dalla Struttura o in caso di disdetta dell'appuntamento
- di dimostrare rispetto per il lavoro di tutto il personale del centro attenendosi alle prescrizioni e utilizzando in maniera appropriata ambienti, attrezzature e arredi della Struttura
- di rispettare gli orari per permettere lo svolgimento della normale attività riabilitativa
- di evitare qualsiasi comportamento che possa creare situazioni di disturbo o disagio agli altri pazienti
- di rispettare il divieto di non fumare nei locali della Struttura
- di rispettare le regole istituzionali e del buon comportamento civile.

SEZIONE TERZA

1. Politica per Qualità

L'Associazione si impegna a perseguire una politica che pone al centro delle attività l'utente.

In particolare, la soddisfazione del cliente viene perseguita offrendo e adeguando tutti i processi erogativi alle sue particolari esigenze, implicite ed esplicite.

Questo presuppone l'instaurazione di una profonda interazione tra l'Associazione e gli utenti che fruiscono delle prestazioni erogate.

Gli obiettivi che si pone l'Associazione sono:

- il miglioramento dell'immagine e della reputazione sul mercato;
- garantire all'utente che tutti i servizi erogati nei diversi contesti e situazioni siano mirati ed adeguati alle specifiche esigenze;
- perseguire la costante innovazione del know-how e la sua ingegnerizzazione (shelf engineering) al fine di patrimonializzare protocolli, metodi materiali e esperienze;

- l'applicazione degli standard di qualità previsti regolamentando l'attività di erogazione delle prestazioni e dei processi correlati mediante la redazione, e la successiva adozione di metodiche standard;
- migliorare la qualità tecnica delle prestazioni grazie all'esecuzione di controlli periodici sui macchinari;
- la soddisfazione delle parti interessate e quindi: raggiungimento degli obiettivi di budget, incremento del livello occupazionale, costante riduzione del numero dei reclami, elevato livello di soddisfazione degli utenti, accordi di partnership con i fornitori;
- il rispetto degli impegni espliciti ed impliciti;
- la cura della comunicazione verso l'utente;
- migliorare l'assistenza al cliente fornendo sempre informazioni chiare relative ai servizi erogati: tutto questo sarà perseguito attraverso una costante attività di formazione e aggiornamento del management aziendale e dei dipendenti che ricoprono ruoli di responsabilità;
- il rispetto dell'ambiente e della normativa ambientale vigente;
- il rispetto della normativa sulla sicurezza e igiene sui luoghi di lavoro;
- il rispetto della normativa sulla gestione dei dati personali degli utenti.

2. Standard di qualità e di servizio

L'Associazione ha affrontato la questione della misurazione della qualità nell'ambito dei propri servizi focalizzando l'attenzione sui seguenti Standard di qualità riportati in allegato.

Gli standard definiti sono monitorati costantemente attraverso strumenti dedicati. Tutti i risultati ottenuti sono analizzati almeno una volta all'anno in sede di riesame dove ne viene valutato l'andamento.

Il rispetto degli standard viene messo a disposizione degli utenti attraverso la pubblicazione delle misurazioni effettuate aggiornando la presente carta dei servizi.

Qualora a seguito della misurazione degli standard di qualità prefissati si rilevassero degli obiettivi non raggiungi, a tutela degli utenti saranno avviate delle azioni di miglioramento ed implementati i relativi piani di miglioramento.

3. Impegni e Strumenti

L'Associazione, dando priorità alle azioni preventive per il miglioramento continuo, è impegnata a:

- agire nel pieno rispetto delle norme e delle leggi vigenti in campo nazionale e regionale ed applicabili;
- perseguire il miglioramento continuo dei risultati;
- accrescere la soddisfazione del cliente mediante la traduzione delle sue esigenze ed aspettative in requisiti del servizio offerto;
- tenere sotto controllo la qualità dei servizi erogati attraverso attività sistematiche di monitoraggio e misurazione dei processi e dei prodotti risultanti.

SEZIONE QUARTA

1. Reclami e modalità di presentazione

Per dare valore al rapporto di fiducia tra assistiti e operatori, teniamo in particolare considerazione tutte le segnalazioni e i reclami.

Per presentare osservazioni, opposizioni, denunce o reclami contro gli atti o i comportamenti che negano o limitano la fruibilità delle prestazioni sanitarie è possibile:

prestazioni sanitarie è possibile:

- rivolgersi ai Responsabili U.R.P. (Ufficio relazioni con il pubblico) di presenza o telefonicamente
- compilare il modulo specifico richiedibile all'URP o all'amministrazione
- comunicarlo all'operatore domiciliare

Ci impegniamo a rispondere e ad intervenire nel più breve tempo possibile dopo aver approfondito e valutato con attenzione quanto segnalato. Il trattamento dei dati personali degli assistiti avviene nel rispetto di quanto previsto dal D.lgs. 196/03 e del Regolamento UE 2016/679.

2. Verifica degli impegni e adeguamento organizzativo

L'adozione di un Sistema di Gestione, fornisce i mezzi per una continuativa verifica degli impegni e dell'adeguamento organizzativo. Tali mezzi sono:

- gli *Audit Interni*, che vengono effettuati periodicamente su tutte le attività inerenti i servizi erogati
- i *Riesami della Direzione*, che lo staff dirigenziale, effettua annualmente per valutare l'andamento generale del sistema qualità, nonché evidenziare il monitoraggio degli standard qualitativi sopra definiti.

L'Associazione garantisce la verifica dell'attuazione degli impegni pubblicati, attraverso:

- relazione annuale sui risultati conseguiti;
- attuazione degli standard pubblicati e adeguamento degli stessi alle esigenze del servizio offerto avendo cura di ridurre al minimo eventuali conseguenze disagevoli per gli utenti;
- programmazione annuale di piani diretti al miglioramento continua della qualità.

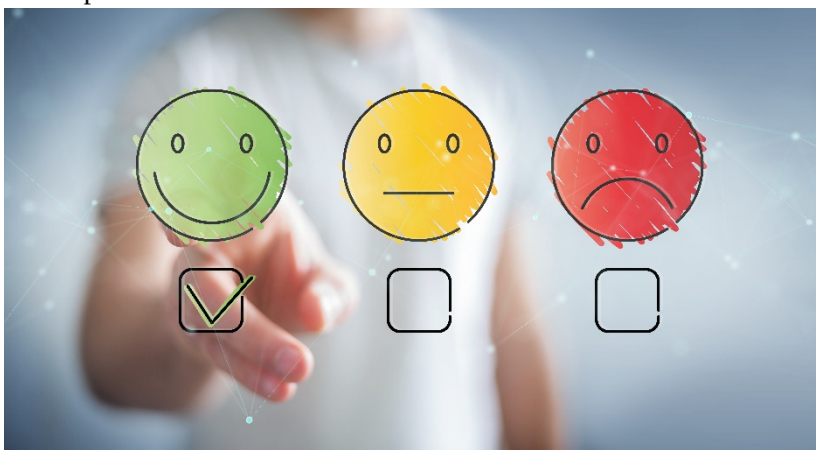
3. Indagini sulla soddisfazione degli utenti

Al fine di migliorare i servizi offerti ai propri utenti è stato adottato un questionario di soddisfazione dell'utente che viene messo a loro disposizione.

L'utente potrà compilarlo in forma anonima e lo potrà riconsegnare direttamente all'accettazione o depositandolo in un apposito contenitore.

Tutti i questionari vengono periodicamente raccolti ed analizzati da parte della Direzione al fine di migliorare l'erogazione del proprio servizio.

I dati di monitoraggio del grado di soddisfazione degli utenti sono riportati nell'allegato Misurazioni Standard qualità e messi a diposizione per la consultazione.



Da parte degli utenti è gradito qualsiasi suggerimento.

Allegato Misurazioni Standard qualità Anno 2024

Fattore	Obiettivo	Indicatore	Target anno 2024	Misurazione anno 2024	Raggiungimento obiettivo	Target anno 2025
Processi e SG	Raggiungimento obiettivi prefissati	N° indicatori raggiunti/N° indicatori fissati	70%	75%	☺	80%
Gestione della documentazione	Migliorare l'efficacia del corpo documentale del SGQ	N° revisioni documenti SG, diverso da 0 e comunque < del target	2	1	☺	2
Documentazione sanitaria	Appropriatezza delle prestazioni erogate	N° non conformità in erogazione dei servizi	0	0	☺	0
Ottenimento del beneficio desiderato (outcome)	Miglioramento aspettative di vita	% soddisfazione dell'utente	85%	90%	☺	95%
Sicurezza lavoratori	Condizioni di lavoro sicure	% infortuni	< 2%	0	☺	<2%
		N° incidenti verificatesi nell'anno	< 2	0	☺	< 2
Valutazione del fornitore	Utilizzare fornitori qualificati	N° fornitori riqualificati/N° fornitori totali	85%	90%	☺	90%
Ambiente esterno	Riduzione dell'impatto delle attività lavorative sull'ambiente esterno	Rischi ambientali rilevati	0	0	☺	0
Approvvigionamenti	Garantire un alto livello qualitativo dei prodotti	N° NC prodotti/servizi approvvigionati rispetto all'ordine/contratto	< 2	0	☺	< 2

Fattore	Obiettivo	Indicatore	Target anno 2024	Misurazione anno 2024	Raggiungimento obiettivo	Target anno 2025
Ambienti di lavoro	Struttura funzionale ed efficiente	N° monitoraggi effettuati/N° monitoraggi previsti	100%	100%	☺	100%
		N° anomalie riscontrate durante le attività di monitoraggio	< 10	0	☺	< 10 all'anno
	Condizioni ambientali e di lavoro sicure e salubri	N° adempimenti attuati/N° adempimenti previsti	100%	100%	☺	100%
	Corretta esecuzione delle attività di pulizia e sanificazione	Pulizie effettuate/pulizie previste	100%	100%	☺	100%
		N° Non Conformità rilevate	0	0	☺	0
Personale	Cura e attenzione alle esigenze dell'utente	% soddisfazione dell'utente	85%	90%	☺	95%
	Immediata identificazione del personale	N° di operatori correttamente identificati/N° totale di operatori della Struttura	100%	100%	☺	100%
	Competenza	% soddisfazione dell'utente	80%	85%	☺	90%
	Cortesia e disponibilità	% soddisfazione dell'utente	85%	90%	☺	95%
	Chiarezza delle comunicazioni e delle informazioni	% soddisfazione dell'utente	85%	90%	☺	95%
	Preparazione del personale alla gestione del rischio clinico	Corsi di formazione effettuati nell'anno su tematiche di gestione del rischio clinico	1	1	☺	1
Competenze	Erogare la azioni di formazione pianificate annualmente	% di attività formative svolte	100%	100%	☺	100%

Fattore	Obiettivo	Indicatore	Target anno 2024	Misurazione anno 2024	Raggiungimento obiettivo	Target anno 2025
Efficacia della formazione	Eseguire con regolarità la verifica dell'efficacia della formazione	% Verifiche della formazione positive	85%	90%	☺	90%
Qualità del servizio erogato	Rispondenza ai requisiti dell'utente	% soddisfazione dell'utente	85%	90%	☺	90%
	Ottimizzazione delle le fasi di erogazione del servizio (efficienza del servizio)	%Prestazioni pianificate/Prestazioni eseguite	85%	90%	☺	95%
		% soddisfazione dell'utente	85%	90%	☺	95%
Conformità dei servizi	Erogare il servizio in conformità i requisiti delle parti interessate	N° non conformità annuali < di	2	0	☺	5
	Migliorare la conformità ai requisiti di Sistema	N° Azioni Correttive < di	2	0	☺	5
Audit interno	Monitoraggio sulla conformità normativa e del SG	% di audit eseguiti	100%	100%	☺	100%
	Efficace gestione del piano di audit	% audit conclusi nei tempi previsti	100%	100%	☺	100%
Normativo-Legislativo	Tutela dei dati e della privacy degli utenti	% soddisfazione dell'utente	95%	100%	☺	100%
Continuità assistenziale	Garantire le prestazioni erogate	% Prestazioni non eseguite per impossibilità tecnologico/organizzativa	1%	0%	☺	0%

Fattore	Obiettivo	Indicatore	Target anno 2024	Misurazione anno 2024	Raggiungimento obiettivo	Target anno 2025
Informazione all'utenza	Tenuta sotto controllo delle informazioni contenute nella Carta dei Servizi	N° revisioni straordinarie a seguito di segnalazione di contenuti errati/insufficienti	0	0	☺	0
	Corretta informazione all'utenza	% soddisfazione degli utenti	80%	85%	☺	90%
Comunicazione	Comunicazione efficace	N° reclami ricevuti per mancanza/scarsa comunicazione con gli utenti	0	0	☺	0
	Coinvolgimento e ascolto attivo del paziente	N° incontri periodici formalizzati tra equipe, pazienti e caregivers per paziente	≥ 4 (almeno 1 ogni trimestre)	4	☺	≥ 4 (almeno 1 ogni trimestre)
Soddisfazione degli utenti	Ottenere un elevato gradimento da parte delle parti interessate	Esito complessivo del questionario > del target	85%	87%	☺	>85%
	Erogare il servizio in conformità ai requisiti di Sistema	n. Reclami annui < di	2	0	☺	5
Rischio clinico	Riduzione dei rischi	N° eventi sentinella segnalati nell'anno	0	0	☺	0
		N° near miss segnalati nell'anno	0	0	☺	0