

COSTRUIRE IL DOMANI ONLUS

CARTA DEI SERVIZI

CENTRO DI RIABILITAZIONE

Rev. 1 del 10 ottobre 2019

Presentazione

Gentile utente,

il presente documento costituisce la nostra "Carta dei Servizi". Questo strumento ci consentirà di migliorare costantemente la qualità dei servizi offerti, anche attraverso la Sua gentile e preziosa partecipazione.

Obiettivo della nostra quotidiana attività è offrirLe una qualificata assistenza attraverso la competenza, la professionalità e l'umanità di coloro che, a vario titolo, operano al nostro interno.

Costruire il Domani è un'Associazione O.N.L.U.S. riconosciuta e regolarmente iscritta all'anagrafe delle associazioni O.N.L.U.S., accreditata presso la Regione Calabria per l'erogazione di prestazioni sanitarie nell'ambito della riabilitazione a favore di le persone affette da minorazioni fisiche, psichiche, sensoriali o miste, dipendenti da qualsiasi causa. Grazie al lavoro di tutti i dipendenti l'Associazione ha ottenuto la certificazione di qualità in base alla norma di riferimento EN ISO 9001/2008.

Nel ringraziarLa per la collaborazione, consideri il nostro personale a Sua disposizione per ogni informazione ed esigenza non illustrate nella Carta dei Servizi.

ASSOCIAZIONE COSTRUIRE IL DOMANI ONLUS

Sede legale

Via Regina Elena n. 72

87054 – Rogliano (CS)

Tel. e Fax: 0984 961530

www.costruireildomani.it

e-mail: info@costruireildomani.it

La “Carta dei Servizi” dell’Associazione Costruire il Domani è essenzialmente rivolta agli utenti per agevolare la fruibilità dei servizi offerti. Inoltre, può essere considerata uno strumento a tutela del diritto alla salute, in quanto attribuisce al cittadino-utente la possibilità di un controllo effettivo sui servizi erogati e sulla loro qualità.

Attraverso questo documento l’Associazione intende favorire comportamenti tesi a migliorare il rapporto tra la struttura e gli utenti del servizio. Il presente documento deve essere interpretato in chiave dinamica, in quanto sarà soggetto a continui momenti di verifica, miglioramenti ed integrazioni, ciò non soltanto per il modificarsi delle situazioni, ma anche per il perseguimento dei vari obiettivi di miglioramento prefissati dall’Associazione stessa.

La Carta dei servizi, che è parte fondamentale della strategia aziendale, vuole essere un vero e proprio “patto” con i cittadini e si propone di illustrare in modo trasparente e chiaro i seguenti aspetti:

- La presentazione dell’Azienda e dei suoi principi fondamentali;
- Le informazioni sui servizi sanitari offerti;
- Gli impegni che l’Azienda ha assunto per garantire la qualità dei servizi;
- Le procedure di tutela

SOMMARIO

SEZIONE PRIMA

Presentazione dell'Associazione Costruire il Domani e principi fondamentali

1. Cenni storici dell'Associazione	6
2. I principi informatori della Carta dei servizi	7
3. I Principi fondamentali	7
4. La mission	8

SEZIONE SECONDA

Informazioni sulla struttura e servizi erogati

1. Informazioni sulla struttura	12
2. Prestazioni fornite	12
3. Soggetti destinatari	12
4. Modalità di accesso	13
5. Organizzazione delle attività riabilitative	13
6. Personale impiegato	13
7. Ritiro referti.....	14

SEZIONE TERZA

Standard di qualità, impegni e programmi

1. Fattori, indicatori e standard di qualità	16
2. Albero della qualità del servizio ambulatoriale	17
3. Verifica degli impegni e adeguamento organizzativo	18
4. Rischio e Governo clinico.....	19

SEZIONE QUARTA

Meccanismi di tutela e verifica

1. Diritti e doveri del cittadino/utente	20
2. Rapporti con il centro	21

SCHEDA SEGNALAZIONI	22
----------------------------------	-----------

Sezione prima

**Presentazione e principi fondamentali
dell'associazione Onlus**

Costruire il Domani

1. Cenni storici dell'associazione

Associazione Costruire il Domani onlus

Centro di riabilitazione estensiva: Via San Domenico n. 20

Casa famiglia: Via San Domenico n. 20

Centro diagnostico per immagini: Via Regina Elena n. 72

Centro di medicina fisica e riabilitazione: Via Regina Elena n. 72

87054 – Rogliano (CS)

Tel. e Fax: 0984 452230

www.costruireildomani.it

e-mail: costruireildomanionlus@gmail.com

L'Associazione Costruire il Domani nasce nel 1986 nella sua forma di associazione senza fini di lucro, ad opera di un gruppo di persone accomunate dalla presenza nelle loro famiglie di figli diversamente abili.

Inizialmente l'associazione operava nel ristretto ambito associativo, fornendo assistenza di tipo ludico ricreativa ai ragazzi diversamente abili, servendosi dell'operato di volontari (soci e non).

Successivamente l'associazione inizia ad operare nel settore della sanità occupandosi di riabilitazione estensiva; ottenne per ciò, con decreto della giunta regionale n. 1184 del 17.03.1990, l'autorizzazione all'apertura di un Centro di Riabilitazione denominato Costruire il domani con sede in via R. Nicoletti, per l'erogazione delle prestazioni riabilitative previste al 1° comma dell'art. 26 della legge 833/78, e precisamente per praticare trattamenti riabilitativi in favore di assistiti affetti da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali nella forma ambulatoriale singola e di piccolo gruppo e nella forma ad internato e semi-internato.

Dal 1997 il Centro di Riabilitazione ha fornito le proprie prestazioni A.S.L. n. 4 di Cosenza, in virtù di protocolli d'intesa annuali.

Nel 1999 l'associazione modificava il suo Statuto per adeguarlo ai dettami del Decreto legislativo n. 460/97, ottenendo, in data 14.07.2004, l'iscrizione nell'Anagrafe delle ONLUS (comunicazione della Direzione Regionale della Calabria dell'Agenzia delle Entrate prot. N. 12529/2004).

Nel 2002 il Centro di riabilitazione si è trasferito dalla sede di via R. Nicoletti alla nuova sede di via Regina Elena n. 72, trasferimento autorizzato con Decreto del dirigente generale della Sanità n. 4077 del 15.04.2002.

Nel 2004, con Decreto del Direttore generale n. 31956 del 25.03.2004, il Centro di riabilitazione è stato accreditato in via provvisoria per l'erogazione di 36 prestazioni pro-die di riabilitazione estensiva in regime ambulatoriale.

Nel 2008, con Decreto del Dirigente Generale n. 13191 del 19.09.2008, il Centro di riabilitazione ha ottenuto il rinnovo dell'accreditamento provvisorio.

Nel 2010, con decreto del Dirigente Generale n. 909 del 04.02.2010, il Centro di riabilitazione ha ottenuto l'**Accreditamento Definitivo**, per l'erogazione di 36 prestazioni pro-die di riabilitazione estensiva in regime ambulatoriale.

Oltre al settore sanitario, del quale abbiamo brevemente riassunto i passaggi fondamentali, l'associazione opera anche nel settore socio-assistenziale.

Essa, infatti, ha realizzato e gestisce una "Casa Famiglia" denominata "Dopo di Noi", sita anch'essa nel comune di Rogliano, alla via Municipio n. 20.

Con Decreto del dirigente Generale n. 691 del 25.07.2006 la casa Famiglia "dopo di Noi" ha ottenuto l'Autorizzazione al funzionamento e relativa iscrizione all'albo regionale degli Enti, Fondazioni, Istituti, Soggetti pubblici e privati che gestiscono strutture ed attività socio-assistenziali, **in via definitiva**, per l'ospitalità e l'assistenza di n. sei utenti.

Infine, il 29.02.2008, è stata stipulata apposita convenzione con la Regione Calabria in virtù della quale è regolamentato il rapporto giuridico - economico tra la Casa Famiglia e la Regione.

Nelle due strutture operano complessivamente 16 dipendenti, oltre alle altre figure professionali che prestano la loro opera in regime libero professionale.

2. I PRINCIPI INFORMATIVI DELLA CARTA DEI SERVIZI

- 1. l'individuazione di una serie di principi fondamentali ai quali deve essere progressivamente uniformata l'erogazione dei servizi pubblici: eguaglianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta, partecipazione, efficienza e efficacia;*
- 2. la piena informazione dei cittadini utenti. L'informazione deve riguardare i servizi offerti e le modalità di erogazione degli stessi. L'informazione deve essere resa con strumenti diversi, assicurando comunque la chiarezza e la comprensibilità dei testi oltre che la loro accessibilità al pubblico;*
- 3. l'assunzione di impegni sulla qualità del servizio da parte del soggetto erogatore nei confronti dei cittadini utenti, attraverso l'adozione di standard di qualità, che sono obiettivi di carattere generale (cioè riferiti al complesso delle prestazioni rese) o anche specifici (cioè direttamente verificabili dal singolo utente);*
- 4. il dovere di valutazione della qualità dei servizi per la verifica degli impegni assunti, e per il costante adeguamento degli stessi. Gli strumenti di valutazione vanno dalle relazioni annuali, alle indagini sulla soddisfazione dei cittadini/utenti;*
- 5. l'applicazione di forme di tutela dei diritti dei cittadini utenti, attraverso le procedure di reclamo, e di eventuale ristoro.*

3. I PRINCIPI FONDAMENTALI

1. Eguaglianza.

1. L'erogazione del servizio deve essere ispirata al principio di eguaglianza dei diritti degli utenti. Nessuna distinzione nell'erogazione del servizio può essere compiuta per motivi riguardanti il sesso, razza, lingua, religione

ed opinioni politiche. Va garantita la parità di trattamento, a parità di condizioni del servizio prestato, sia tra le diverse aree geografiche di utenza, anche quando le stesse non siano agevolmente raggiungibili, sia fra le diverse categorie o fasce di utenti.

2. L'eguaglianza va intesa come divieto di ogni ingiustificata discriminazione e non, invece, quale uniformità delle prestazioni sotto il profilo delle condizioni personali e sociali. In particolare, i soggetti erogatori dei servizi sono tenuti ad adottare le iniziative necessarie per adeguare le modalità di prestazione del servizio alle esigenze degli utenti portatori di handicap.

2. Imparzialità.

1. I soggetti erogatori hanno l'obbligo di ispirare i propri comportamenti, nei confronti degli utenti, a criteri di obiettività, giustizia ed imparzialità. In funzione di tale obbligo si interpretano le singole clausole delle condizioni generali e specifiche di erogazione del servizio e le norme regolatrici di settore.

3. Continuità.

1. L'erogazione dei servizi, nell'ambito delle modalità stabilite dalla normativa regolatrice di settore, deve essere continua, regolare e senza interruzioni. I casi di funzionamento irregolare o di interruzione del servizio devono essere espressamente regolati dalla normativa di settore. In tali casi i soggetti erogatori devono adottare misure volte ad arrecare agli utenti il minor disagio possibile.

4. Diritto di scelta.

1. Ove sia consentito dalla legislazione vigente, l'utente ha diritto di scegliere tra i soggetti che erogano il servizio. Il diritto di scelta riguarda in particolare i servizi distribuiti sul territorio.

5. Partecipazione.

1. La partecipazione del cittadino alla prestazione del servizio pubblico deve essere sempre garantita, sia per tutelare il diritto alla corretta erogazione del servizio, sia per favorire la collaborazione nei confronti dei soggetti erogatori.

2. L'utente ha diritto di accesso alle informazioni in possesso del soggetto erogatore che lo riguardano. Il diritto di accesso è esercitato secondo le modalità disciplinate dalla legge 7 agosto 1990, n. 241.

3. L'utente può produrre memorie e documenti, prospettare osservazioni, formulare suggerimenti per il miglioramento del servizio. I soggetti erogatori danno immediato riscontro all'utente circa le segnalazioni e le proposte da esso formulate.

4. I soggetti erogatori acquisiscono periodicamente la valutazione dell'utente circa la qualità del servizio reso, secondo le modalità indicate nel titolo successivo.

6. Efficienza ed efficacia.

1. Il servizio pubblico deve essere erogato in modo da garantire l'efficienza ed efficacia. I soggetti erogatori adottano le misure idonee al raggiungimento di tali obiettivi.

4. LA MISSION

La globalità dell'intervento riabilitativo è sempre stata e rimane al centro dell'impostazione adottata al fine del raggiungimento del recupero del deficit, del potenziamento delle capacità residue e della realizzazione di una compiuta reintegrazione sociale.

L'Associazione si propone di assicurare il **benessere e la tutela delle persone con disabilità e delle loro famiglie**, operando primariamente per rendere concreti i principi della pari opportunità, della non discriminazione e della inclusione sociale:

1. a livello sociale e culturale, per favorire concreti processi di reale integrazione contro ogni forma di esclusione e di emarginazione;
2. a livello di promozione e realizzazione di servizi sanitari, sociali, socio-sanitari, educativi e assistenziali rivolti alle persone con disabilità e alle loro famiglie, nonché di ogni altra attività - anche formativa - nel rispetto delle finalità statutarie, riferendosi costantemente al modello della "presa in carico" globale.

“L'associazione opera nel settore dell'assistenza sociale e socio-sanitaria e della relativa formazione per il perseguimento, in via esclusiva, di finalità di solidarietà sociale ed ha per scopo:

....

In relazione a ciò l'associazione può gestire, stabilmente o temporaneamente, in conto proprio o per conto terzi.

...

- attività, servizi e centri di riabilitazione, di formazione, di prevenzione;
- centri diurni e residenziali di accoglienza e socializzazione;
- ...

rivolti al contenimento e miglioramento della disabilità. ...” (dall'articolo 2 dello statuto COSTRUIRE IL DOMANI – Scopi).

La visione che dovrà orientare l'impegno dell'Azienda è quella di imprimere il carattere dell'umanizzazione ad ogni iniziativa, ai servizi e alle prestazioni offerte ai cittadini, nell'ambito del sistema socio-sanitario regionale di cui è parte.

L'uomo, nella sua unitarietà, dovrà guidare l'impegno degli operatori dell'Azienda, in modo da assicurare i suoi bisogni di cura, le sue speranze di recupero e miglioramento della salute. Una particolare attenzione dovrà essere posta all'aggiornamento tecnologico delle attrezzature e delle dotazioni che maggiormente possano influire sui miglioramenti qualitativi delle prestazioni offerte.

L'assistenza è il compito fondamentale ed essenziale dell'Azienda; essa deve essere prestata con continuità, con criteri di integrazione organizzativa, con multidisciplinarietà e, ove necessario, integrata con i servizi sociali, in modo da favorire il pieno recupero della persona.

I principi informatori dell'attività prestata sono i seguenti:

- La centralità delle singole persone assistite e delle loro famiglie deve essere sempre tenuta presente
- La pratica professionale deve essere guidata dalle più aggiornate tecniche e procedure per le quali si disponga di provata evidenza per assicurare gli *standard* più elevati

- L'attenzione ai diritti del cittadino comprende la valutazione di tutti i bisogni fisici, psicologici, intellettuali e spirituali
- L'assistenza deve essere offerta nel contesto più appropriato
- La formazione continua del personale deve tendere all'accrescimento delle risorse umane dell'Azienda, all'incremento delle conoscenze e al miglioramento dell'assistenza

Sezione seconda

Informazioni sulla struttura e servizi forniti

1. Informazioni sulla struttura

I servizi riabilitativi vengono erogati presso il Centro di riabilitazione denominato "Costruire il Domani" situato in Rogliano (CS) alla San Domenico (già via Municipio) n. 20 nel pieno centro cittadino (piazza san Domenico), raggiungibile con le seguenti linee del servizio-autobus extra-urbano: Ferrovie della Calabria - Linee 752 e 762 Fermata San Domenico, con il treno Ferrovie della Calabria Fermata Rogliano.

La struttura lavora in esclusivo rapporto di convenzione/accreditamento con la Regione Calabria tramite l'Azienda Sanitaria Provinciale di competenza territoriale, ed è certificata per la "Progettazione ed erogazione di servizi di riabilitazione estensiva in regime ambulatoriale" secondo la norma EN ISO 9001:2015. Ente Certificatore Dasa-Rägister S.p.A. – Certificato N. IQ-0606-02.

La struttura garantisce la completa fruibilità degli spazi da parte di tutti gli utenti, grazie anche alla totale eliminazione delle barriere architettoniche.

Un'adeguata separazione dei vari ambienti garantisce inoltre la privacy degli utenti.

Le condizioni e l'ambiente di lavoro in cui opera il Centro Costruire il Domani, infine, sono adattati al coinvolgimento ed alle esigenze psico-fisiche di tutto il personale, e sono tali da salvaguardare l'incolumità dei dipendenti, dei terzi coinvolti nelle operazioni, dei pazienti e del pubblico.

L'orario di apertura al pubblico del Centro di Riabilitazione Costruire il Domani è il seguente:

dal Lunedì al Venerdì dalle ore 08:00 alle ore 13:00 e dalle ore 14:00 alle ore 20.00

Sabato dalle ore 08:00 alle ore 13:00

2. Prestazioni fornite

La struttura opera su due unità operative:

- Servizi di riabilitazione per soggetti in età adulta
- Servizi di riabilitazione per soggetti in età evolutiva
- Servizi di medicina fisica e riabilitazione
- Servizi di diagnostica per immagini
- Servizi di casa famiglia

COSTRUIRE IL DOMANI ONLUS

ATTIVITA' SANITARIE

Riabilitazione	Diagnostica*	Attività di specialistica ambulatoriale Medicina fisica	Specialistica medica
Logopedia	Radiografia tradizionale	Tecarterapia	Cardiologia
Neuropsicomotricità	Ortopantomografia	Laserterapia	Endocrinologia
Fisioterapia	MOC	Ultrasuonoterapia	Diabetologia
Terapia Occupazionale	Mammografia	Magnetoterapia	Pneumologia
Supporto psico-sociale	Ecografia	Elettroterapia	
		Terapie manuali	

* In corso di completamento e oggetto della richiesta di autorizzazione e accreditamento

3. Soggetti destinatari del servizio

I servizi sono destinati alla collettività. Nello specifico, la riabilitazione estensiva è destinata a persone affette da minorazioni fisiche, psichiche, sensoriali o miste, dipendenti da qualsiasi causa; il centro di diagnostica per immagini, invece, è a disposizione della collettività in senso ampio.

4. Modalità di accesso

Per accedere ai servizi sanitari erogati presso l'Associazione, devono essere seguite le modalità sotto riportate:

- Il paziente, o il suo familiare che contatta il Centro, deve compilare i moduli relativi al consenso informato per il trattamento dei dati, come previsto dalla normativa vigente in ordine di tutela della privacy;
- Successivamente l'equipe medica programma un incontro durante il quale vengono raccolte le informazioni necessarie a valutare la coerenza della richiesta con l'offerta diagnostica o ambulatoriale del centro;
- Quando si rende disponibile uno slot temporale disponibile, viene inserito in trattamento il primo paziente della lista di attesa che ne abbia diritto, secondo i criteri stabiliti che regolano la gestione della lista di attesa. All'atto della presa in carico, il paziente deve presentare la richiesta, da ricettario nazionale, di medico del SSN di visita specialistica, che sarà eseguita da specialisti in servizio presso il Centro. La richiesta del medico deve contenere la seguente dicitura: "Si richiede visita specialistica o esame diagnostico per (inserire la patologia del paziente per cui si richiede la visita).", ovvero, munito, in alternativa della documentazione di cui sopra, del referto di visita specialistica effettuata presso gli ambulatori a diretta gestione dell'Azienda Sanitaria competente per territorio.

La partecipazione alla spesa sanitaria è prevista secondo le modalità stabilite di volta in volta dal Servizio Sanitario Regionale, nel rispetto delle esenzioni di legge.

5. Organizzazione delle attività

Riabilitazione estensiva e medicina fisica:

Con l'ammissione al trattamento riabilitativo, viene dato inizio al progetto riabilitativo individuale, precedentemente elaborato in considerazione del quadro patologico e dell'obiettivo di recupero individuato. Tale progetto, che si avvale delle figure professionali operanti nel Centro, viene verificato ed eventualmente modificato con frequenza periodica. Il progetto terapeutico e gli interventi riabilitativi eseguiti a favore degli utenti vengono riportati su cartelle cliniche individuali.

Diagnostica per immagini:

A fronte di una richiesta di indagine, il medico radiologo verifica che non sussistano cause di incompatibilità all'esame e provvede ad informare il paziente sui rischi connessi all'esame richiesto. Il medico radiologo si avvale della collaborazione di un tecnico di radiologia esperto nell'utilizzo delle tecnologie a disposizione del Centro.

6. Personale impiegato

Per il regolare svolgimento delle prestazioni erogate, l'Associazione si è dotata di una organizzazione adeguata composta da personale sanitario, sia di coordinamento che operativo, in possesso di diverse competenze funzionali.

I responsabili delle U.O. sono:

- Servizi di riabilitazione per soggetti in età adulta: Dott. Francesco Morelli
- Servizi di riabilitazione per soggetti in età evolutiva: Dott.ssa Filippina Rosita Marzullo
- Servizi di diagnostica per immagini: Dott.ssa Maria Francesca Baffa

I Responsabili coordinano il personale sanitario di seguito elencato:

Medici specialisti: operano l'inquadramento iniziale del paziente e ne orientano il PRI. Si occupano delle tematiche inerenti il completamento diagnostico e la eventuale necessità di prescrizioni farmacologiche. Monitorano ed intervengono sull'andamento di patologie croniche a carico degli utenti;

Psicologi/psicoterapeuti: gli psicologi dei centri, oltre ad intervenire direttamente sugli utenti, offrono un supporto all'equipe sanitaria e svolgono un lavoro di consulenza familiare attraverso incontri periodici programmati.

Assistente sociale: la sua principale mansione può essere individuata nel sostegno ai familiari degli utenti, nell'acquisire informazioni specifiche nell'ambito della disabilità al fine di godere pienamente dei diritti previsti e nel tutelare i rapporti tra disabili ed enti locali. Questa figura lavora in stretto rapporto con la direzione amministrativa e sanitaria e fa parte dell'equipe sanitaria.

Terapisti della riabilitazione: si occupano di attività rivolte al recupero funzionale di abilità fisiche e psicomotorie. Svolgono il loro lavoro nei locali palestra del centro;

Assistenti: svolgono funzioni di supporto alle figure sanitarie, sostenendo l'utente nella realizzazione di quanto disposto;

Logopedisti: si occupano di tutti i disturbi del linguaggio, della letto-scrittura e dell'apprendimento anche e soprattutto nell'ambito di interventi precoci;

Tecnico radiologia: si occupa dell'esecuzione degli esami diagnostici strumentali.

Personale amministrativo: gestisce la parte amministrativa dei rapporti con gli enti locali, le incombenze della manutenzione ordinaria e straordinaria dei centri, la contabilità interna ecc.

Addetti ai servizi: svolgono il compito di assicurare le idonee condizioni di igiene degli ambienti della struttura. Il Personale dell'Associazione è riconoscibile dal tesserino di identificazione che riporta la foto, il nominativo, l'ente di appartenenza e la qualifica dell'operatore.

7. Ritiro Referti

Per tutelare la privacy degli utenti, i referti relativi agli accertamenti sanitari devono essere ritirati dal diretto interessato oppure, in caso di impossibilità, da persona munita di delega scritta e documento d'identità proprio e del titolare della prestazione. Il personale medico e dell'accettazione fornirà informazioni riguardo i modi ed i tempi di ritiro referti.

8. Servizi complementari

L'Associazione dispone di due parcheggi riservati adiacenti la sede di Via San Domenico.

Sono comunque disponibili in zona sia parcheggi non custodito che comunali a pagamento.

L'Associazione eroga un servizio di accompagnamento per gli utenti che ne facciano richiesta.

Sezione terza

Standard di qualità, impegni e programmi

1. Fattori, indicatori e standard di qualità

Il riferimento di partenza obbligato è la metodologia indicata dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19 maggio 1995, conosciuta soprattutto per i modelli “**ad albero**”; si richiama l'attenzione sulle definizioni date in quella metodologia: "fattori", "indicatori" e "standard" di qualità.

I **fattori di qualità** sono gli aspetti di un servizio “x” che l’utente giudica importanti e rilevanti in termini di qualità quando fa l’esperienza concreta di quel servizio; esempi di “momenti” di esperienza da cui partire per l’analisi, l’elaborazione e misurazione dei fattori della qualità nella nostra Struttura possono essere: prima visita-accesso, pulmino per il trasporto giornaliero casa-Centro, accoglienza, informazione e condivisione, servizi igienici, locali e materiali per le varie attività, trattamenti terapeutici, assistenza alla persona, relazioni con il personale.

Da tali esperienze vissute, i fattori di qualità ricavati potranno ruotare essenzialmente intorno ad:

1. aspetti legati alle relazioni sociali: la personalizzazione e l’umanizzazione del trattamento, la capacità di rassicurazione, la cortesia e il rispetto della dignità;
2. aspetti legati alla semplicità delle procedure, come la comodità di operare le richieste telefonicamente o la facilità degli adempimenti amministrativi;
3. aspetti legati all’orientamento e all’accoglienza: segnaletica, reception, orari e collocazione dei servizi, nomi dei responsabili;
4. aspetti legati all’informazione e condivisione relativa al trattamento socio-sanitario, socio-educativo e assistenziale in genere: comprensibilità, chiarezza e completezza dei dati;
5. aspetti legati al tempo, come la tempestività, la puntualità e la regolarità del servizio;
6. aspetti legati alle strutture fisiche: sicurezza, igiene, comfort e superamento delle barriere architettoniche.

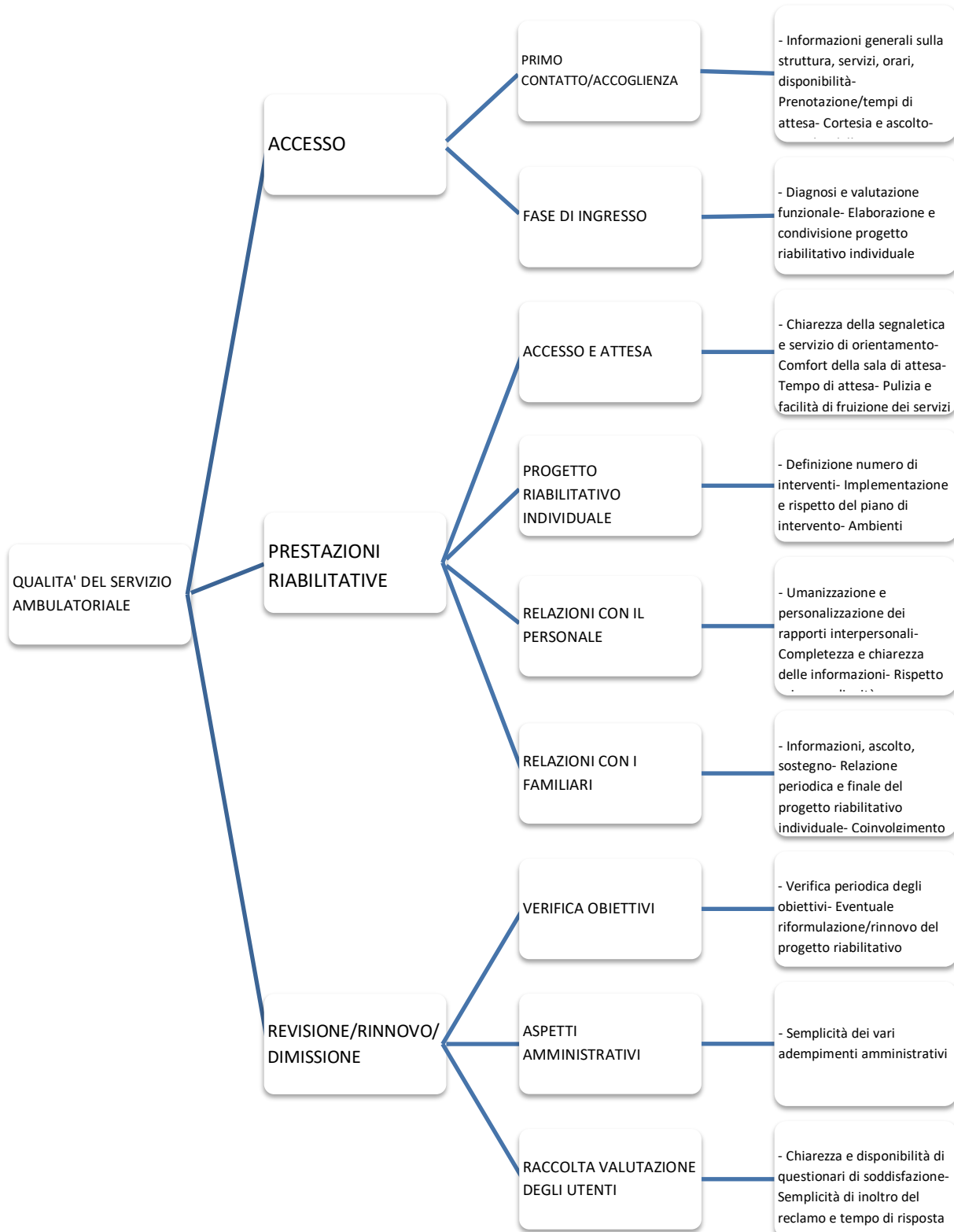
Gli **indicatori di qualità** sono variabili quantitative o parametri qualitativi che permettono di misurare un certo fenomeno, un certo aspetto del servizio. Gli **standard di qualità** sono valori attesi, espressi in base all’indicatore utilizzato.

Presentiamo nelle pagine successive l'elaborazione di un modello "**ad albero**" relativo alle fasi e agli aspetti più tipici dell'esperienza vissuta dai nostri utenti presso la nostra Struttura.

2. ALBERO DELLA QUALITA' DEL SERVIZIO AMBULATORIALE

FASI DELL'ESPERIENZA

FATTORI DI QUALITA'



3. VERIFICA DEGLI IMPEGNI E ADEGUAMENTO ORGANIZZATIVO

I tempi di attesa tra prenotazione e ricovero sono riportati nella tabella seguente. La tabella seguente riporta altri standard di qualità che la casa di cura garantisce e che sono relativi ai principali aspetti connessi con l'erogazione dei servizi; il conseguimento di tali standard è reso possibile dalla esistenza di un "Sistema Qualità" rispondente alle linee guida della norma ISO 9001: 2015, in base alla quale gli Enti accreditati rilasciano la "certificazione" valida in campo nazionale ed internazionale.

CARATTERISTICA DEL SERVIZIO	INDICATORE	STANDARD
Tempi di attesa	<ul style="list-style-type: none">• Tempo medio di attesa allo sportello accettazione	Minuti 10
Qualità dell'assistenza sanitaria	<ul style="list-style-type: none">• Percentuale di utenti soddisfatti (da questionario)	98%
Qualità delle attrezzature	<ul style="list-style-type: none">• Test di sicurezza• Tarature• Prove di efficienza	Secondo frequenze stabilite dalle disposizioni di legge
Qualità dell'informazione	<ul style="list-style-type: none">• Percentuale di utenti soddisfatti (da questionario)	93%
Cortesìa del Personale	<ul style="list-style-type: none">• Percentuale di utenti soddisfatti (da questionario)	99 %

4. RISCHIO E GOVERNO CLINICO

La gestione del rischio clinico (Risk Management) è parte di un processo più generale che è la Clinical Governance cioè lo sviluppo sistematico e continuativo, attuato nel Centro, della conoscenza e del monitoraggio dei processi riabilitativi e assistenziali.

La funzione è in capo alla Direzione Sanitaria che si avvale della collaborazione di referenti professionali specificamente designati, ed ha lo scopo di assicurare la sicurezza dell'assistenza e delle cure: il rischio clinico è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure prestate durante la permanenza nel Centro e l'erogazione della prestazione (sono ivi comprese, per citare alcuni esempi, le cadute del paziente, le infezioni correlate all'assistenza, ...).

Lo scopo viene raggiunto presidiando in modo strutturato e sistematico tutti gli elementi che ricorrono nell'evento avverso (gli errori latenti, le condizioni di lavoro e gli errori attivi) e predisponendo in modo opportuno efficaci barriere o difese.

Nella gestione del rischio clinico il Centro assicura il controllo di ogni singola fase: dalla identificazione del rischio, all'analisi delle cause, dagli interventi correttivi e preventivi al monitoraggio continuo.

I principali strumenti utilizzati dalla Direzione per garantire la sicurezza sono l'analisi delle cartelle cliniche, la formazione e l'aggiornamento degli operatori, le procedure (sottoposte a periodica revisione) generali e specifiche, la RCA, la valutazione delle segnalazioni, il *safety walkaround*¹ che consentono una accurata mappatura aziendale dei rischi e la verifica continua del loro controllo.

¹ Il Safety Walkaround è una tecnica proattiva che cerca con la collaborazione del personale dei Reparti ove esso viene applicato di evidenziare situazioni, processi o modalità comportamentali che celano i cosiddetti "latent failure", gli errori nascosti.

Sezione quarta

Meccanismi di tutela e di verifica

1. Diritti e doveri del cittadino/utente

● I Diritti

1. Il paziente ha diritto di essere assistito e curato con premura ed attenzione, nel rispetto della dignità umana e delle proprie convinzioni ideologiche e religiose.
2. Il paziente ha il diritto di ottenere dalla struttura sanitaria informazioni relative alle prestazioni dalla stessa erogate, alle modalità di accesso ed alle relative competenze. Lo stesso ha diritto di poter identificare immediatamente le persone che lo hanno in cura.
3. Il paziente ha diritto di ottenere dal sanitario che lo cura informazioni complete e comprensibili in merito alla diagnosi della malattia, alla terapia proposta e alla relativa prognosi.
4. Il paziente ha altresì diritto di essere informato sulla possibilità di indagini e trattamenti alternativi, anche se eseguibili in altre strutture. Ove il paziente non sia in grado di determinarsi autonomamente, le stesse informazioni dovranno essere fornite ai familiari riconosciuti come affidatari.
5. Il paziente ha diritto di ottenere che i dati relativi alla propria malattia ed ogni altra circostanza che lo riguardi, rimangano segreti.
6. Il paziente ha diritto di proporre reclami che debbono essere sollecitamente esaminati, ed essere tempestivamente informato sull'esito degli stessi.

● I Doveri

1. Il paziente quando accede nel Centro di Riabilitazione è invitato ad avere un comportamento responsabile in ogni momento, nel rispetto e nella comprensione dei diritti degli altri malati, con la volontà di collaborare con il personale sanitario, tecnico e con la direzione.
2. L'accesso nel Centro di Riabilitazione esprime da parte del paziente un rapporto di fiducia e di rispetto verso il personale sanitario, presupposto indispensabile per l'impostazione di un corretto programma terapeutico e assistenziale.
3. E' un dovere di ogni paziente informare tempestivamente i sanitari sulla propria intenzione di rinunciare, secondo la propria volontà, a prestazioni sanitarie programmate affinché possano essere evitati perdite di tempo e risorse.
4. Il paziente è tenuto al rispetto degli ambienti, delle attrezzature e degli arredi che si trovano all'interno della struttura, ritenendo gli stessi patrimonio di tutti e quindi anche propri.
5. Tutti sono tenuti a rispettare gli orari stabiliti al fine di permettere lo svolgimento della normale attività assistenziale terapeutica e favorire la quiete.
6. Nel Centro di Riabilitazione è vietato fumare.
7. L'organizzazione e gli orari previsti devono essere rispettati in ogni circostanza. Le prestazioni sanitarie richieste in tempi e modi non corretti determinano un notevole disservizio di tutta l'utenza.
8. E' opportuno che i pazienti si spostino all'interno della struttura sanitaria utilizzando i percorsi riservati ad essi, raggiungendo direttamente le sedi di loro stretto interesse.

9. Il personale sanitario, per quanto di competenza, è invitato a far rispettare le norme enunciate per il buon andamento del reparto ed il benessere del cittadino malato.

10. Il paziente ha diritto ad una corretta informazione sull'organizzazione della struttura sanitaria, ma è anche un suo preciso dovere informarsi sui tempi e nelle sedi opportune.

2. Rapporti con il Centro

Il Centro riconosce come suo impegno prioritario la costante verifica dell'adeguatezza delle prestazioni offerte e il miglioramento continuo della qualità. A questi fini si avvale anche della collaborazione degli utenti dei suoi servizi.

RECLAMI

Il Centro garantisce la tutela nei confronti dell'utente anche attraverso la possibilità per quest'ultimo di sporgere reclamo a seguito di disservizio, atto o comportamento che abbia negato o limitato la fruibilità della prestazione.

La tutela è prevista:

- a) per qualsiasi disservizio, inteso come mancanza di efficacia-efficienza, che abbia limitato o negato, al reclamante, la fruibilità della prestazione;
- b) per qualsiasi violazione di leggi o regolamenti che disciplinano la fruizione dei servizi sanitari e in particolare:
 - della carta dei servizi
 - dei principi contenuti nel D.P.C.M. 19 maggio 1995 (Schema generale di riferimento della carta dei servizi pubblici sanitari) e nella direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 27/01/94 contenente principi sull'erogazione dei servizi pubblici
 - del piano sanitario regionale e delle norme sull'autorizzazione e l'accreditamento
 - dei principi contenuti nel contratto di lavoro sui doveri e comportamenti dei dipendenti
 - dei principi etici e deontologici inerenti l'esercizio delle professioni sanitarie dei professionisti iscritti agli Albi.

La tutela degli utenti e ogni comunicazione con gli stessi viene garantita tramite l'Ufficio Relazioni con il Pubblico:

Responsabile: Sig. Gabriele Giuseppe

Tel. 0984.452230

Mail: costruireildomani@libero.it

- c) il reclamo sarà preso in carico entro 24 ore dalla sua segnalazione.
- d) Al reclamante il Centro fornirà ogni aggiornamento in merito alla sua risoluzione entro e non oltre 15 giorni dalla data della sua segnalazione.

Modalità di richiesta ed attivazione della tutela

La tutela può essere richiesta da qualsiasi soggetto utente dei servizi del Centro. La tutela può essere richiesta anche tramite parenti o affini dell'utente o da associazioni di volontariato e di tutela. In quest'ultimo caso la procedura è archiviata qualora il diretto interessato abbia fatto opposizione, ma l'Ufficio di tutela continua la trattazione del caso come segnalazione di disservizio, senza alcun riferimento all'utente.

L'utente attiva le procedure di tutela tramite:

- la presentazione per iscritto di un reclamo, consegnato personalmente all'ufficio o trasmesso via posta (anche elettronica), o inserendo il reclamo nell'apposita cassetta situata nella sala di aspetto;
- un colloquio telefonico con gli operatori dell'ufficio, la cui trascrizione deve essere controfirmata dall'interessato;
- un colloquio diretto con gli operatori dell'ufficio e sottoscrizione del reclamo.

Termini di richiesta della tutela

Il reclamo è inoltrato di norma entro quindici giorni dal momento in cui l'utente ha subito o avuto conoscenza dell'atto o comportamento lesivo. Sono prese in esame anche reclami presentati oltre tale termine, ma comunque non oltre sei mesi, se il ritardo è giustificato dalle condizioni ambientali o personali del soggetto titolare del diritto di tutela.

L'ufficio è aperto al pubblico tutti i giorni dal lunedì al sabato dalle 9.00 alle 13.00

L'ufficio dipende direttamente dalla direzione dell'Associazione e svolge le seguenti funzioni:

- riceve i reclami;
- predispone l'attività istruttoria, acquisendo tutti gli elementi conoscitivi del caso in questione dalle strutture organizzative interessate;
- predispone la lettera con cui il Direttore Sanitario trasmette all'Azienda Sanitaria di Palmi il reclamo e l'attività istruttoria sopraccitata per le determinazioni di competenza.

SEGNALAZIONI E SUGGERIMENTI

L'ufficio rapporti con il pubblico riceve le segnalazioni e i suggerimenti degli utenti e/o delle Associazioni di tutela e volontariato e provvede a catalogarne gli elementi che saranno utilizzati dalla direzione dell'Associazione per effettuare la relazione annuale di autovalutazione in cui sono esplicitati i risultati conseguiti in rapporto agli impegni e agli standard stabiliti e saranno esposti in sede di Comitato Direttivo per migliorare la qualità dei servizi.

RICHIESTA DOCUMENTAZIONE

Gli utenti che necessitano di documentazione sanitaria inerente le attività svolte presso il Centro (relazioni, indicazioni etc.) possono farne richiesta scritta e motivata presso l'URP.

COLLABORAZIONE CON FIGURE ESTERNE

I sanitari del Centro coinvolti nel Progetto Riabilitativo Individuale sono a disposizione per colloqui con altre figure professionali coinvolte nel caso (medici ASL, medici di famiglia, insegnanti, insegnanti di sostegno, familiari etc.) concordando modalità e tempi.

Scheda Segnalazioni

Scheda per la segnalazione di disfunzioni - suggerimenti - reclami

Modalità di reclamo:

Verbale

Telefonica

Con Modulo

Con lettera allegata

del Sig./Sig.ra

abitante a.....

Telefono

Oggetto della segnalazione

Ricevuto il/...../.....da.....

Firma.....

.....

Per la risposta al cittadino, si trasmette la segnalazione a:

Legale rappresentante

Direttore Sanitario

Referente Servizio interessato

.....

Trasmessa dall'ufficio.....il...../...../.....

L'operatore.....