



RSA OASI SAN FRANCESCO
CASTELLAMMARE DI STABIA

CARTA SERVIZI

ANNO 2019

20/09/2019

C.R.R.S. S.R.L.

**Centro Residenziale Riabilitazione Sanitaria
"OASI S. FRANCESCO"**

Salita Quisisana n. 30 Castellammare di Stabia (NA)

Tel. / Fax 0818710109

e-mail: daoasi@libero.it

www.oasisanfrancesco.it

LA CARTA DEI SERVIZI:

Che cos' è

Come si legge

Normative di riferimento

SEZIONE PRIMA

PRESENTAZIONE

- Carta dei Servizi
- Centro Residenziale Riabilitazione Sanitaria "Oasi San Francesco"
- Territorio di competenza
- Definizione dei compiti e responsabilità' del personale ai fini civili e penali
- Organigramma
- Come raggiungere la struttura
- Principi fondamentali

SEZIONE SECONDA

INFORMAZIONI SUI SERVIZI E SULLA STRUTTURA

- Servizio di assistenza sanitaria
- Servizio di psicologia e psicoterapia
- Assistenza sociale
- Attività di animazione
- Servizio di terapia occupazionale
- Assistenza riabilitativa
- Servizio assistenziale
- Servizi alberghieri
- Struttura
- Attrezzature
- Servizi accessori
- Comfort
- Accesso alla struttura
- Nomenclatore tariffario
- Oneri a carico dell'ospite
- Orario visite
- Orario ricevimento

SEZIONE TERZA

PROGRAMMI, IMPEGNI E STANDARD DI QUALITA'

- Impegni assunti
- Politica per la qualità
- Strumenti di verifica e tutela

SEZIONE QUARTA

INFORMAZIONE, ACCOGLIENZA, TUTELA E PARTECIPAZIONE

- Regolamento interno dell'Oasi S. Francesco per ospiti e familiari
- Presentazione delle osservazioni, opposizioni, denunce e reclami.
- Regolamento dei diritti e dei doveri del cliente/paziente.
- Informazione e Privacy
- Modalità di pubblicizzazione e diffusione della carta dei servizi
- Piano di verifica e aggiornamento

SEZIONE QUINTA

INDICAZIONI DI CONTENIMENTO DELLE LISTE DI ATTESA SECONDO IL PIANO REGIONALE

- Governo della domanda e criteri di priorità
- Criteri di priorità di accesso

LA CARTA DEI SERVIZI

CHE COS'È

COME SI LEGGE

NORMATIVE DI RIFERIMENTO

*Questa Carta dei Servizi è a disposizione degli Organi dello Stato
deputati al Controllo, come da Normativa vigente,
ed è depositata agli Atti nelle rispettive Sedi di appartenenza dei suddetti Organi.*

- ❖ Uno strumento che presenta il Centro Residenziale Riabilitazione Sanitaria "Oasi San Francesco" al cittadino, informandolo sulla struttura, su i servizi offerti e sul modo di utilizzarli.
- ❖ Una forma di impegno del Centro Residenziale Riabilitazione Sanitaria "Oasi San Francesco" verso i cittadini che usufruiscono della Struttura e delle relative Prestazioni Sanitarie.
- ❖ Un impegno da parte del personale del Centro Residenziale Riabilitazione Sanitaria "Oasi San Francesco", di garantire una maggiore qualità e un miglioramento della struttura e delle prestazioni offerte ai cittadini.
- ❖ Uno strumento con cui il Centro Residenziale Riabilitazione Sanitaria "Oasi San Francesco" verifica se stesso apportando, anno per anno, i cambiamenti necessari per raggiungere una funzionalità sempre migliore, grazie alle segnalazioni da parte della clientela di eventuali disservizi o disagi.

La **CARTA DEI SERVIZI** si articola in 4 sezioni:

- ❖ Nella **I** sezione il Centro Residenziale Riabilitazione Sanitaria "Oasi San Francesco" si presenta, dichiara i suoi fini istituzionali e i principi fondamentali che devono ispirare l'erogazione delle prestazioni sanitarie
- ❖ Nella **II** Sezione vengono indicate tutte le strutture e i servizi, le modalità di accesso e come fruire delle prestazioni sanitarie che vengono offerte dal Centro
- ❖ Nella **III** Sezione il Centro delinea i suoi obiettivi, gli impegni programmatici ed infine con quali meccanismi misura i risultati (standard) al fine di poter verificare e controllarne l'attività
- ❖ Nella **IV** Sezione si parla di meccanismi di tutela del cittadino.

Art. 32 della Costituzione

“la Repubblica Italiana tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti”.

La realizzazione della “**Carta Dei Servizi**”, strumento di tutela dei cittadini che in essa trovano le informazioni utili per fruire in maniera agevole dei **Servizi Sanitari** erogati, deve essere formulata nel rispetto delle normative di riferimento:

- *Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e diritto di accesso ai documenti amministrativi”* **Legge 7 agosto 1990, n° 241;**
- *Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994, “Principi sull’erogazione dei Servizi Pubblici”* **Gazzetta Ufficiale n° 43 del 22 febbraio 1994;**
- *Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri dell’11 ottobre 1994 “Principi per l’istituzione ed il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico”* **Gazzetta Ufficiale n° 261 dell’8 novembre 1994;**
- *“Adozione da parte di tutti i soggetti erogatori di servizi pubblici di proprie carte dei servizi”* **decreto legge 12/05/95 n° 163 convertito in Legge l’11/07/95 n° 273;**
- *“Schema di riferimento per il settore sanitario della carta dei servizi”* **D.P.C.M. in data 19/05/95;**
- *“Attuazione della Carta dei Servizi nel Servizio Sanitario Nazionale”* **linee guida n°2/95 del 31/08/95 supplemento ord. della Gazzetta Ufficiale n° 108 del 31/08/95;**
- *“Adozione della Carta dei Servizi Sanitari”* Circolare del Ministero della Sanità prot. n° 100/SCPS/21.12833 del 30/09/95;
- *Osservatorio Regionale per la promozione della carta dei servizi - Costituzione del comitato tecnico”,* **DGRC n. 2100 del 31.12.2008**, ha istituito, presso il Settore Assistenza Sanitaria, l’Osservatorio regionale per la promozione della Carta dei servizi e costituito il Comitato Tecnico con la funzione di sostenere e promuovere l’attività dell’Osservatorio attraverso l’attuazione di azione programmate e l’individuazione di strumenti di qualificazione del sistema Carta dei Servizi;
- **Decreto Legge 286 del 2008 Art. 2 comma 461** (Legge finanziaria 2008) ha previsto l’obbligo per il soggetto gestore di emanare una «Carta della qualità dei servizi»;
- *“Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni (Riforma Brunetta)* **D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, Art. 28;**
- **DGRC n. 369 del 23 marzo 2010**, “*Linee Guida Per La Carta Dei Servizi Sanitari*”, con cui la Regione Campania ha previsto la consultazione obbligatoria delle associazioni dei consumatori; la verifica periodica, con la partecipazione delle associazioni dei consumatori, e di un sistema di monitoraggio permanente del rispetto dei parametri fissati nel contratto di servizio e di quanto stabilito nelle Carte della qualità dei servizi, istituzione di una sessione annuale di verifica del funzionamento dei servizi tra ente locale, gestori dei servizi ed associazioni dei consumatori.

SEZIONE PRIMA

PRESENTAZIONE

CARTA DEI SERVIZI

La *Carta dei Servizi* rappresenta l'impegno formale che questa Struttura assume nei confronti dei propri Utenti per dire in modo chiaro e semplice che cosa è il Centro Residenziale Riabilitazione Sanitaria "Oasi San Francesco", cosa offre e in che modo lo offre.

Gli obiettivi che si perseguono sono i seguenti:

- ✓ assicurare la trasparenza dei propri atti;
- ✓ assicurare e mantenere i più alti livelli prestazionali attraverso periodiche attività di verifica e miglioramento continuo della qualità del servizio;
- ✓ ottimizzare le attività di consulenza e collaborazione con le Istituzioni Sociali e Sanitarie (Servizi Sociali, Associazioni di Volontariato, AA.SS.LL. etc.);
- ✓ assicurare l'educazione e la formazione di Utenti, Familiari e degli Operatori;
- ✓ definire gli standard di qualità.
- ✓ garantire la centralità del cittadino rispetto alla organizzazione dei servizi;
- ✓ favorire la partecipazione del cittadino in forma organizzata alla progettazione e monitoraggio delle attività;
- ✓ migliorare la comunicazione per favorire l'accesso e l'utilizzo dei servizi sanitari;
- ✓ verificare concretamente la qualità dei servizi erogati attraverso il controllo del rispetto degli standard che l'azienda si impegna a perseguire;
- ✓ favorire la conoscenza dell'organizzazione aziendale ed il coinvolgimento degli operatori;
- ✓ garantire la funzione di tutela dei diritti dei cittadini, attraverso la partecipazione degli stessi all'attività dell'Azienda e attraverso la gestione dei reclami.

In particolare la Carta dei servizi:

- a) Adotta gli standard di qualità del servizio;
- b) Pubblicizza gli standard adottati e informa il cittadino;
- c) Garantisce il rispetto degli standard adottati;
- d) Verifica il rispetto degli standard e misura il grado di soddisfazione degli utenti.

Tutto ciò al fine di offrire servizi efficaci ed efficienti.

PRESENTAZIONE

Centro Residenziale Riabilitazione Sanitaria “Oasi San Francesco”

Il Centro Residenziale Riabilitazione Sanitaria “Oasi San Francesco”, inizia la sua attività nel 1998, opera in regime di convenzione con il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) e si pone, oggi, come area residenziale di intervento su pazienti geriatrici non autosufficienti avvalendosi di adeguati contesti organizzativi e di personale in possesso di specifiche competenze professionali. L'Azienda espleta le proprie finalità istituzionali attraverso una linea di intervento che utilizza:

- ✓ assistenza medica continuativa
- ✓ assistenza infermieristica
- ✓ assistenza psicologica
- ✓ assistenza sociale
- ✓ consulenza psichiatrica
- ✓ terapia riabilitativa
- ✓ animazione
- ✓ terapia occupazionale

Sede legale e operativa

La R.S.A. è ubicata in Castellammare di Stabia (NA), Salita Quisisana, n. 30 – Tel/Fax 081/8710109

TERRITORIO DI COMPETENZA

Il Centro Residenziale Riabilitazione Sanitaria “Oasi San Francesco” nasce nell’Azienda Sanitaria Locale ASL NA 5, che con delibera della Giunta Regionale n. 505 del 20 marzo 2009 è confluita nella nuova **Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud**, con sede legale provvisoria nel Comune di Castellammare di Stabia (Na) – Corso Alcide de Gasperi 167. I Comuni di competenza dell’ASL NAPOLI 3 SUD sono 56, per un totale di 1.012.314 abitanti e comprendono il bacino ex ASL NA 4 e dell’ex ASL NA 5). Per dimensioni e mole abitativa il territorio dell’ASL Napoli 3, risulta essere tra i più estesi e densamente abitati su scala Nazionale.



In tale ottica, operando con estrema “ratio e duttilità” è possibile garantire una buona qualità ad una Richiesta in continua e costante evoluzione.

Nel rispetto di un obiettivo imposto dalla Nostra strategia di lavoro, è stata data estrema importanza alla formazione e all’aggiornamento dei nostri operatori, in grado di sopperire alle richieste dell’Utente in modo esaustivo, affidabile e preciso (questi principi saranno esposti nella presente Carta dei Servizi).

Per questo motivo, in questa Carta dei Servizi è possibile rendersi conto del Lavoro di Qualità, nonché degli sforzi profusi per raggiungere gli obiettivi prefissati.

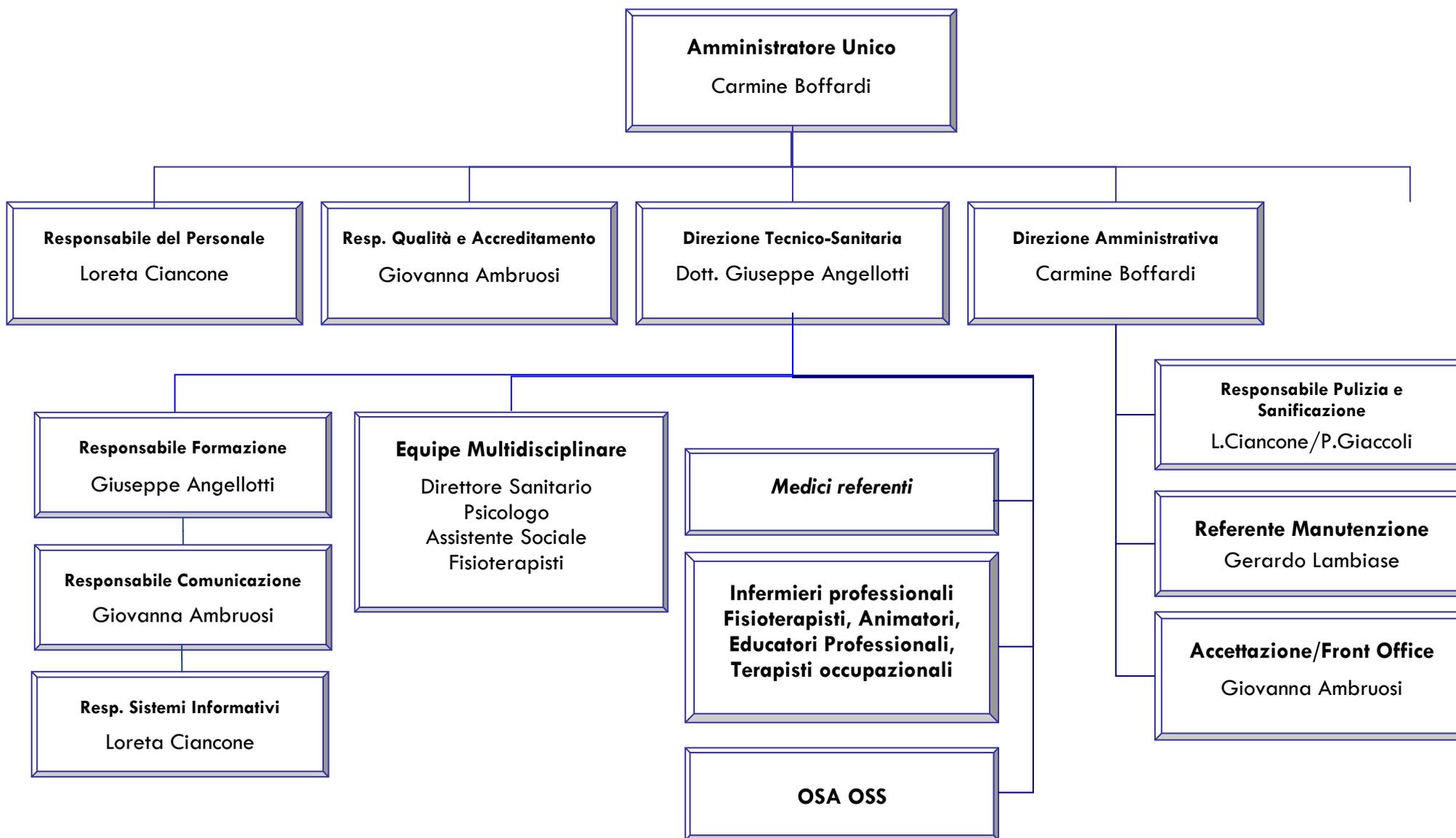
Il Lettore in tal modo potrà apprezzare non solo i vantaggi offerti dal Nostro Centro, ma anche i tempi e i modi in cui i Nostri Servizi vengono erogati, in uno spirito costruttivo e competitivo così come richiesto da un Servizio Sanitario Moderno.

E’ importante precisare che questa competitività non mira nel modo più assoluto alla massività del Servizio, ma all’umanizzazione del rapporto con il Paziente intesa come valorizzazione dei Servizi, ponendo la salute del Cittadino come obiettivo primario.

Infine si porge un particolare ringraziamento da parte della Direzione, del Personale Amministrativo e dagli Operatori Sanitari, per l'Attenzione e la Stima che riporrete scorrendo le pagine di questa Carta dei Servizi, che per Noi risulta un elogio ed un monito al lavoro e agli sforzi quotidiani per il raggiungimento della Salute di Tutti.

DEFINIZIONE DEI COMPITI E RESPONSABILITA' DEL PERSONALE AI FINI CIVILI E PENALI

- Il Rappresentante legale del Centro Residenziale Riabilitazione Sanitaria "Oasi San Francesco" è l'amministratore Unico, Carmine Boffardi. Pertanto ogni azione civile contro la società andrà intrapresa nei confronti della stessa, in persona del suo Amministratore e Legale Rappresentante.
- La Direzione Sanitaria sovrintende alla gestione dell'attività di assistenza e cura dei pazienti in trattamento presso il Centro.
- La Direzione Amministrativa è invece deputata al controllo Direttivo sui vari ambiti Amministrativi.
- I Coordinatori dei vari Settore si assumono la Responsabilità relativa ai propri Compiti e definiscono i provvedimenti più opportuni di concerto, con il Direttore Sanitario. Pertanto, ogni operazione deve essere segnalata e preventivata in collaborazione con il Direttore Sanitario e Amministrativo.
- La Funzione Acquisti provvede alle necessità quotidiane di rifornimento ed esecuzione di tutte le operazioni inerenti le attività di deposito, archivio e approvvigionamento.
- Responsabile Qualità e Accredimento gestisce tutti i procedimenti e i manuali di tutela della Qualità a disposizione degli Organi di Controllo sia Pubblici che Privati relativi al rilascio della Certificazione UNI-EN ISO e di Accredimento.
- Front Office/Acettazione esplica le funzioni di registrazioni di eventuali Segnalazioni e/o Denunce e/o Esposti da parte di pazienti o loro familiari/tutori, nonché della compilazione ed archiviazione delle "Customer Satisfaction" così come previsto dalle Normative vigenti.



Il Nostro Centro può essere raggiunto agevolmente:

in treno...



dalla Ferrovia dello Stato – tratta linea Circumvesuviana proveniente da Napoli per Sorrento – Stazione di Castellammare di Stabia.

in auto...



dall'Autostrada A3 (Napoli - Salerno) mediante l'uscita del casello di Castellammare chi proviene da Salerno e da Napoli. Al casello di Castellammare, superstrada seguendo la segnaletica per Sorrento. Uscire appena dopo il secondo tunnel seguendo l'indicazione Castellammare. A circa 30 mt. Si troverà, sulla sinistra, il cartello indicatore "Oasi San Francesco"

Per qualsiasi chiarimento è possibile contattarci telefonicamente dove il nostro personale provvederà a fornire ulteriori informazioni.

PRINCIPI FONDAMENTALI

L'erogazione dei servizi viene effettuata nel rispetto dei principi di seguito elencati:

① UGUAGLIANZA

L'Azienda si impegna ad erogare servizi senza distinzione di età, di sesso, di nazionalità, di religione, di condizioni economiche e sociali nei confronti di tutti coloro che richiedono le sue prestazioni.

L'Azienda prende in considerazione l'individuo come "**persona**", cui prodigare le cure di cui necessita, consapevole di svolgere essenzialmente un servizio fortemente permeato di carattere solidaristico, che come tale, deve essere prestato a tutti, senza discriminazione di alcun genere.

② IMPARZIALITA'

E' complementare rispetto al principio di uguaglianza, del quale rappresenta la naturale integrazione.

Essa viene garantita:

- attraverso l'erogazione delle prestazioni esclusivamente sulla base della gravità del caso, dell'emergenza e dell'adozione delle liste di prenotazione per i casi non urgenti;
- con l'obbligo di astensione, da parte di tutti i Dipendenti dell'Azienda, da atti o da fatti che abbiano il carattere della parzialità o dell'interesse privato;
- con la più stretta osservanza, da parte dei Dipendenti dell'Azienda, dei doveri d'ufficio e deontologici, nell'espletamento della propria attività lavorativa;
- con il divieto da parte del Personale di accettare somme in denaro, da chiunque e a qualunque titolo elargite.

③ DIRITTO DI SCELTA

L'Azienda favorisce, nei limiti della propria organizzazione, il diritto di scelta dell'Assistito, riferito tanto alla individuazione dell'équipe sanitaria preposta alla sua cura, quanto alle possibili alternative terapeutiche, che gli vengono rappresentate dal medico di reparto e dal personale di assistenza, nel rispetto del “**Consenso Informato**”.

④ DIRITTO ALLA RISERVATEZZA

L'Azienda garantisce agli assistiti il diritto alla riservatezza ed impronta alla più stretta osservanza dello stesso l'attività dei propri operatori e i rapporti con gli Organismi esterni.

⑤ PARTECIPAZIONE

Attraverso la rilevazione del gradimento e della qualità, misurate sulla base degli standard indicati dalle normative nazionali vigenti e in armonia con altre fonti significative, quale la presente Carta dei Servizi, dovrà prendere in esame, in particolare, la qualità dei rapporti con il personale e il comfort offerto. Il controllo di qualità, inoltre, dovrà essere effettuato sia in fase di prenotazione e di erogazione della prestazione, sia a prestazione avvenuta, avendo cura di considerare i punti di vista espressi dai vari soggetti interessati (cittadini e personale).

La qualità del servizio erogato, dovrà, altresì, essere valutata, oltre che attraverso i classici strumenti di rilevazione, anche mediante gruppi di monitoraggio e secondo il metodo dell'analisi dei fatti osservati, documentati o riferiti.

L'andamento dei servizi, quale conseguenza della rilevazione, sarà periodicamente oggetto di studio da parte della Direzione.

⑥ EFFICIENZA ED EFFICACIA

E' obiettivo prioritario lo sviluppo inteso come incremento della qualità e della quantità dei livelli e della tipologia delle prestazioni ambulatoriali e sanitarie in genere, rese da parte dell'Azienda a tutti i pazienti. Tale obiettivo è perseguito attraverso il miglioramento ed il rinnovamento degli aspetti professionali scientifici, tecnologici, organizzativi e gestionali dell'Azienda ed è indirizzato esclusivamente all'effettivo soddisfacimento del bisogno di salute.

E' perciò impegno costante dell'Azienda, la ricerca dei criteri e degli indicatori per l'analisi e la valutazione del soddisfacimento del bisogno di salute dei propri pazienti.

La ricerca continua delle condizioni di economicità di lungo periodo dell'Azienda rappresenta obiettivo di tutta l'Organizzazione che si realizza attraverso il monitoraggio e l'intervento sui seguenti indicatori:

- di efficienza: intesa come rapporto tra risorse impiegate e prestazioni prodotte;
- di efficacia gestionale: intesa come rapporto tra obiettivi raggiunti e prestazioni prodotte;
- di efficacia sociale: intesa come rapporto tra obiettivi raggiunti e grado di soddisfacimento del bisogno di salute.

Peraltro, l'Azienda riconosce, quale valore prioritario dei propri servizi il livello di soddisfacimento del bisogno di salute per tutti gli assistiti.

⑦ QUALITA'

Per qualità si definisce l'insieme delle proprietà e delle caratteristiche di un servizio che, al minor costo, determinano allo stesso la capacità di soddisfare le esigenze esplicite e implicite del Paziente (UNI 9001:2015).

⑧ CONTINUITA'

L'Azienda nei propri servizi sanitari è impegnata a garantire la caratteristica della continuità degli stessi, intesa sia come erogazione nel tempo delle prestazioni, sia come elemento di qualità tecnica delle stesse.

L'erogazione dei servizi aziendali è, pertanto, continua, regolare e senza interruzioni.

L'Azienda si impegna ad adottare misure volte ad arrecare il minor disagio possibile ai pazienti anche in casi di contingenti difficoltà operative nell'erogazione dei servizi.

In una visione moderna di assistenza sanitari, obiettivo primario è quello di erogare prestazioni sanitarie appropriate attraverso un approccio sensibile e aperto verso l'utenza e i suoi bisogni, attenendosi ai principi della qualità: efficacia, efficienza, economicità ed equità.

Pertanto, si è ritenuto indispensabile creare le condizioni adatte a favorire un'attenzione al monitoraggio e all'implementazione dei processi gestionali per il continuo miglioramento della performance e ottimizzazione delle risorse, motivando il personale sanitario mediante il coinvolgimento e la condivisione degli obiettivi aziendali, la valorizzazione delle singole professionalità, la gratificazione personale, la flessibilità organizzativa, definita in base ai bisogni sanitari e assistenziali del cittadino-utente; inoltre, massima accessibilità e libertà di scelta dell'assistenza per i cittadini, equità delle prestazioni per gli utenti, e, infine, integrazione e raccordo istituzionale con gli enti locali e con le organizzazioni sanitarie e di volontariato.

SEZIONE SECONDA

INFORMAZIONI SUI SERVIZI E SULLA STRUTTURA

In questa Sezione vengono indicati tutti i servizi attualmente presenti presso il Centro Residenziale Riabilitazione Sanitaria "Oasi San Francesco" e le relative prestazioni erogate.

Il Centro esplica funzioni di assistenza, tutela, accoglienza ed ospitalità di tipo residenziale ad anziani, per interventi socio-assistenziali finalizzati allo sviluppo, al mantenimento e al recupero dei livelli di autonomia della persona e al sostegno delle famiglie. I trattamenti sono erogati nella forma residenziale e i servizi sono offerti alla popolazione anziana che ha compiuto sessantacinque anni ed è residente nei Comuni dell'Ambito Sanitario NA 3 SUD.

I servizi

- prestazioni di medicina generale
- prestazioni specialistiche, farmaceutiche, protesiche e integrative
- prestazioni infermieristiche
- prestazioni di assistenza tutelare e di aiuto infermieristico
- Attività Sociali
- Assistenza sociale
- Fisioterapiche e riabilitative
- Consulenza e controllo dietologico
- Sostegno psicologico, riabilitazione cognitiva
- Alberghiere
- Attività di animazione, socializzazione e di integrazione con l'ambiente
- Trasporto, accompagnamento ed eventuale assistenza per la fruizione di prestazioni sanitarie esterne

Al fine di una migliore qualità lavorativa e produttiva, e specialmente per un miglior riconoscimento della stessa Unità Operativa da parte del Servizio Sanitario Nazionale e delle SASN del territorio attraverso un accreditamento qualitativo il CENTRO ha adeguato la propria struttura e la propria organizzazione agli standard di cui ai DCA 97/2018.

Il Decreto 97 del 16/11/2018 definisce "Requisiti, criteri e procedure di accesso per le R.S.A.: Unità di cure residenziali per persone adulte non autosufficienti (R3); Unità di cure residenziali per persone affette da disturbi cognitivi e demenze (R2D); unità di cure per persone adulte non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate (RD3)".

In particolare, Oasi è in attesa di riscontro da parte della Pubblica Amministrazione per destinare dei 65 pl 20 al modulo R2D.

SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA

L'assistenza medica di base è a cura del medico interno della struttura. Compito principale del medico è valutare lo stato complessivo di salute per definire il programma di cure, le visite, gli esami diagnostici, la terapia farmacologia.

L'assistenza del medico di medicina generale viene garantita anche attraverso i medici di medicina generale di ciascun assistito, che visitano gli ospiti presso la struttura, con le modalità previste dall'Accordo Integrativo Regionale.

Consulenze specialistiche La struttura può avvalersi della consulenza di medici specialisti esterni convenzionati col Servizio Sanitario Nazionale.

L'assistenza infermieristica è prestata da Infermieri Professionali. Identifica i bisogni dell'utente, formula adeguati obiettivi di prevenzione e cura, collaborando con il medico, valuta e gestisce gli interventi assistenziali infermieristici. Somministra le terapie farmacologiche ed effettua tutti gli interventi di competenza.

SERVIZIO DI PSICOLOGIA E PSICOTERAPIA

Nella R.S.A. opera uno psicologo, con il compito di intervenire nel programma riabilitativo del paziente, con valutazione diagnostica oggettiva e intervento psicoterapeutico individuale, di gruppo o familiare.

ASSISTENZA SOCIALE

L'assistente sociale ha il compito di recarsi nei reparti, contattare le istituzioni (associazioni, comuni, ASL, istituti, ecc.) al fine di svolgere all'interno della R.S.A. il proprio ruolo tecnico-professionale a disposizione dei pazienti e delle loro famiglie. Ha il compito di gestire la procedura di ingresso dei nuovi ospiti.

ATTIVITÀ DI ANIMAZIONE

Il servizio di animazione ha lo scopo di:

- Stimolare e mantenere, nel rispetto dell'identità individuale, le abilità psicologiche e fisiche dell'anziano.
- Adottare una modalità riabilitativa diffusa alle attività della vita quotidiana, al fine di mantenere le capacità residue e contrastare il processo involutivo;
- Facilitare il rapporto tra l'ospite e l'ambiente, al fine di favorire le condizioni di benessere alla persona all'interno della residenza.

La progettazione tiene conto delle richieste, degli interessi, delle capacità e dei bisogni espressi dagli anziani. Le attività di animazione, a tipo esemplificativo, sono: lettura dei giornali, riattivazione cognitiva, attività manuali o creative, utilizzo degli spazi esterni delle strutture, uscite organizzate per gruppi e/o individuali, cineforum, sedute di stimolazione sensoriale e di training logico.

In occasione di particolari ricorrenze e delle festività tradizionali, sono organizzati momenti di aggregazione. Le feste rappresentano un momento importante di incontro con i familiari e con le associazioni territoriali, oltre che facilitatori di orientamento temporale.

SERVIZIO DI TERAPIA OCCUPAZIONALE

La Terapia Occupazionale mira al trattamento delle condizioni fisiche, psichiche, e psichiatriche attraverso attività specifiche, allo scopo di aiutare le persone a raggiungere e mantenere il massimo livello di funzione e di indipendenza, in tutti gli aspetti della vita quotidiana.

Ha lo scopo di mantenere e /o recuperare le capacità psicofisiche dell'anziano sia attraverso interventi gestiti direttamente dal Terapista della Riabilitazione, sia fornendo attività di consulenza agli altri operatori per rendere riabilitative le attività di vita quotidiana.

Sono previste attività motorie che si avvalgono di spazi interni alla struttura (palestra attrezzata) e di spazi esterni. La terapia motoria è finalizzata al recupero o al mantenimento delle funzioni motorie carenti e all'acquisizione della abilità necessaria allo svolgimento di attività quotidiane, in particolare all'autonomia della persona. L'attività riabilitativa, che si struttura in movimento attivo e passivo, viene svolta in un numero di sedute stabilite in relazione al tipo di problema dell'ospite.

SERVIZIO ASSISTENZIALE

L'assistenza è garantita da operatori socio assistenziali (O.S.A.) e da operatori socio sanitari (O.S.S.). Il servizio è diretto a migliorare e mantenere le capacità residue della persona senza sostituirsi ad essa, dove è possibile, e al soddisfacimento dei bisogni primari dove si rendesse opportuno.

Il servizio riguarda:

- ✓ Igiene personale e cura della persona
- ✓ Assunzione dei pasti
- ✓ Cura della camera e degli effetti personali

SERVIZI ALBERGHIERI

- **Ristorazione**

I pasti vengono preparati esternamente alla struttura. Il servizio di ristorazione garantisce un'alimentazione adeguata alle esigenze dietetiche, malattie metaboliche e a particolari problemi di masticazione e di deglutizione, e tiene conto del gradimento dell'anziano.

Il consumo dei pasti si svolge in ambienti accoglienti e opportunamente attrezzati e curati. Il menù varia giornalmente e propone più possibilità di scelta. Un menù tipo è così composto:

- colazione a scelta tra:
 - latte, caffè d'orzo, the, caffè
 - fette biscottate, biscotti, pane fresco
 - marmellata

- pranzo e cena:
 - piatto del giorno fra due scelte
 - pasta o riso in bianco
 - pastina in brodo
 - semolino
- secondo piatto a scelta tra:
 - piatto del giorno fra due scelte
 - manzo o pollo bollito
 - carne trita o frullata
 - formaggio o affettati
 - pesce
- contorno a scelta tra:
 - verdura cruda o cotta fra due scelte
 - patate bollite
 - purea
- frutta o dessert a scelta tra:
 - frutta fresca di stagione
 - frutta cotta
 - budino al latte o yogurt
 - frutta frullata
 - dolce
- bevande, acqua minerale, bevande gassate
- merenda mattina/pomeriggio a scelta tra:
 - the, caffè d'orzo, frutta fresca di stagione.

- **Lavanderia**

Il servizio di lavanderia, affidato a una ditta esterne, provvede al lavaggio della biancheria (lenzuola, federe etc.) e dei capi personali dell'ospite che deve essere appositamente siglata. Si richiede che i familiari garantiscano un'adeguata dotazione di biancheria e abiti personali, nonché la sostituzione dei capi usurati.

Nel caso di capi personali di particolare valore o pregio si consiglia di provvedere in proprio, per la tipologia di lavaggio effettuato con macchinari industriali ad acqua e temperature elevate, non idonee al trattamento del capo delicato ma che garantiscono igiene e sicurezza alla comunità.

- **Pulizie**

Il servizio di pulizia assicura l'igiene di tutti gli ambienti della struttura; in particolare garantisce la pulizia quotidiana delle camere degli ospiti, dei bagni, degli spazi e dei servizi comuni. Ove necessario, sono previsti interventi ripetuti durante la giornata.

STRUTTURA

La Struttura garantisce l'accesso e la completa fruibilità degli spazi da parte di tutti gli Utenti disabili grazie all'assenza di barriere architettoniche.

Gli accessi e l'ubicazione dei vari locali sono chiaramente indicati.

La R.S.A. si compone di 65 posti letto organizzati su 4 moduli e si articola su 2 piani

Piano terra: hall con reception, cucina, dispensa, Uffici amministrativi e Direzione Sanitaria, sala attività, locali per attività occupazionale. Chiesa. Sala mortuaria.

Il Secondo piano della struttura:

una sala d'attesa con comfort per i familiari dell'utente, posti letto, medicheria e stanza dei Medici

Il Terzo piano della struttura: posti letto

Ogni piano è provvisto di soggiorno, con angolo tisaneria e infermeria.

Tutte le camere sono attrezzate per accogliere uno o due ospiti. Tutte le stanze sono dotate di televisore e dispositivo di chiamata che può essere utilizzato dall'ospite o dall'operatore in caso di necessità.

Eventuali telefonate sono garantite anche agli allettati mediante telefono cellulare della struttura. La camera è provvista di guardaroba personale e bagno autonomo.

ATTREZZATURE

Le attrezzature del Centro sono qualitativamente e quantitativamente adeguate ai bisogni dell'Utenza e garantiscono un corretto ed efficace svolgimento dei trattamenti richiesti.

In funzione degli scopi istituzionali e della tipologia dell'utenza sono previsti:

Attrezzature, presidi necessari e risorse tecnologiche atte allo svolgimento di prestazioni mediche, fisioterapiche e assistenziali quali:

- elettromedicali;
- computer;
- libri.

SERVIZI ACCESSORI

SERVIZIO DI PARRUCCHIERE E BARBIERE

Il servizio di barbiere viene effettuato tre volte a settimana e su richiesta dell'ospite. Il servizio di parrucchiere viene effettuato una volta al mese e su chiamata, su richiesta dell'ospite

SERVIZIO DI PODOLOGIA

Su richiesta dell'ospite o quando si ritiene necessario viene attivato il servizio di podologia.

SERVIZIO TRASPORTO

Il servizio di trasporto viene utilizzato per l'accompagnamento a visite mediche, dove è possibile viene promosso l'intervento dei familiari a sostegno dell'ospite. La struttura è convenzionata con ambulanze private per il trasporto dei pazienti in caso di ricovero o per la fruizione di prestazioni sanitarie.

TELEFONO

E' possibile utilizzare il telefono della struttura tutti i giorni della settimana. I pazienti allettati possono fruire del servizio di telefonia mobile.

ASSISTENZA RELIGIOSA

Nella Casa di Cura è assicurata l'assistenza religiosa cattolica. Un Sacerdote officia la Santa Messa tutte le domeniche alle ore 17:30 presso il Santuario all'interno del convento. Inoltre, le suore francescane del Sacro Cuore con la collaborazione degli animatori, recitano il Santo Rosario tutti i giorni alle ore 16:00 e provvedono a fornire ai degenti i Sacramenti ed un conforto spirituale. Per i pazienti allettati o impossibilitati a raggiungere il Santuario, viene assicurata l'assistenza religiosa nelle camere di degenza. Per i fedeli di altre religioni, potrà essere fatta esplicita richiesta di assistenza alla Direzione Sanitaria.

COMFORT

- Sistemi di sicurezza ottemperanti alle normative ministeriali
- Servizi igienici adeguati alle esigenze di tutte le tipologie di utenza, ovvero privi di barriere architettoniche come previsto per legge
- Distributori automatici di bevande
- Musica in filo diffusione
- Giardini attrezzati.

ORARIO VISITE

I parenti degli ospiti possono accedere:

Tutti i giorni: 10.30 – 12.00 16.00 – 17.30
--

I medici di medicina generale di ciascun ospite accedono secondo necessità.

ORARIO RICEVIMENTO

Orario ricevimento Direttore Sanitario: per concordare gli appuntamenti telefonare al n° 081/8710109

Orario ricevimento Medici Referenti: per concordare gli appuntamenti telefonare al n° 081/8710109

Orario ricevimento Psicologa: Lunedì dalle ore 9.00 alle ore 13.00. Per ulteriori disponibilità telefonare al n° 081/8710109 per concordare eventuali appuntamenti.

Orario ricevimento Assistente Sociale: Lunedì e Giovedì dalle ore 10.00 alle ore 12.00, per ulteriori disponibilità telefonare al n°081/8710109 per concordare eventuali appuntamenti.

Per il rilascio di copie di cartelle cliniche o documentazione varia è necessaria la seguente procedura:

1. richiesta della specifica documentazione da lasciare in Amministrazione
2. il ritiro nei giorni previsti, indicati dall'amministrazione, in orario di ufficio

SEZIONE TERZA

PROGRAMMI, IMPEGNI E STANDARD DI QUALITA'

Questa Sezione illustra gli standard di qualità e gli impegni assunti dal Centro

La politica aziendale è finalizzata al miglioramento continuo delle prestazioni. Pertanto sono stati individuati gli standard di qualità, di seguito elencati, che rappresentano l'impegno che la struttura assume nei riguardi dei propri utenti.

La Carta dei Servizi delle Aziende sanitarie pubbliche e private della Regione Campania adottano e fanno propri i 14 diritti enunciati nella Carta Europea dei diritti del malato:

1. **Prevenzione:** Sistema Sicurezza aggiornato al D.Lgs. 81/08, HACCP
2. **Accesso garantito per tutti:** trasparenza delle liste d'attesa
3. **Informazione:** pubblicazione e diffusione della Carta dei Servizi e della Guida ai servizi, Bacheche, sito
4. **Consenso informato:** informazione al paziente riguardo il trattamento
5. **Libera scelta** tra differenti procedure ed erogatori di trattamenti sanitari
6. **Privacy** e confidenzialità: impegno degli operatori del Centro alla privacy ed alla confidenzialità nel riguardo del paziente
7. **Rispetto del tempo** del paziente: adeguamento, per quanto possibile, agli orari del paziente, anche mediante erogazione di terapie domiciliari
8. Individuazione di **standard di qualità:** definizione di standard che definiscono il livello di qualità erogata
9. **Sicurezza dei trattamenti** sanitari: definizione di protocolli validati, controllo delle attività, formazione e monitoraggio sull'evento avverso
10. **Innovazione e costante adeguamento:** miglioramento delle prestazioni, delle infrastrutture, delle attrezzature, e della comunicazione da e verso il paziente
11. **Iniziative organizzative e procedurali volte ad evitare le sofferenze e il dolore** non necessari attraverso protocolli validati, controllo delle attività, formazione e monitoraggio sull'evento avverso
12. **Personalizzazione del trattamento:** definizione di percorsi individualizzati, assegnazione ad operatori qualificati nel settore
13. **Sistema del reclamo:** definizione di una procedura per la raccolta e risposta ai reclami, analisi delle cause e spunti di miglioramento
14. **Procedure di risarcimento** adeguato ed in tempi ragionevolmente brevi: individuazione di una procedura per la registrazione dei provvedimenti legali, copertura assicurativa

La politica aziendale è finalizzata al miglioramento continuo delle prestazioni. Pertanto gli standard di qualità, di seguito elencati, rappresentano l'impegno che la Struttura assume nei riguardi dei propri utenti:

N.			INDICATORI	Esito/risultato/valore ottenuto
1.	ACCESSIBILITÀ:	<p>Il Paziente ha diritto di ottenere dalla struttura sanitaria informazioni relative alle prestazioni dalla stessa erogate, alle modalità d'accesso e alle relative competenze, il Centro ha pertanto predisposto per gli Utenti (Pazienti) e i Clienti (familiari dei Pazienti), una Carta dei Servizi Sanitari, nella quale sono indicati tra l'altro:</p>	Disponibilità della Carta dei Servizi	Sempre
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ I servizi offerti dalla struttura; ▪ L'indirizzo e i numeri di telefono/fax; ▪ Gli orari e le modalità d'accesso i servizi; ▪ L'organigramma aziendale; ▪ La procedura di gestione dei reclami. 	N. di Richieste di Documentaz. dei Pazienti accordate/n. totale di Richieste (%)	100%
2.	UMANIZZAZIONE:	<p>Il Paziente ha diritto di essere assistito e curato con premura ed attenzione, nel rispetto della dignità umana e delle proprie convinzioni filosofiche e religiose.</p>	N. di Schede con consenso scritto al trattamento dei dati relativi ai Pazienti/Totale pazienti (%)	100%
		<p>Egli chiede la soddisfazione del suo bisogno riabilitativo, inteso come il raggiungimento del miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale. Per tale motivo, la persona umana, nella globalità delle sue dimensioni e di suoi bisogni, è al cento degli interessi</p>	N. Schede con consenso informato ai trattamenti ambulatoriali dei Pazienti/Totale Pazienti (%)	100%
			N. di Cartelle Cliniche aggiornate/ Totale Pazienti (%)	100%

		del Centro ed è assunta a costante punto di riferimento per la programmazione, l'organizzazione, la gestione ed il controllo dell'attività aziendale.	N. di recl. legittimi a cui si è fornita risposta efficace/N. di reclami legittimi perven. (%)	100% di risposte ai reclami
3.	APPROPRIATEZZA:	Il Paziente ha il diritto di ottenere dal sanitario che lo cura informazioni complete e comprensibili in merito alla diagnosi e alla malattia, alla terapia proposta e alla relativa prognosi.	Aggiornamento delle Cartelle dei Pazienti	Sempre
			Disponibilità del Copia delle Cartelle dei Pazienti.	1 SETTIMANA
			Esistenza del consenso informato del Paziente alla terapia scelta	100%
			N. di Cartelle con registrazione degli indici di adeguatezza /N. di Pazienti (%)	100%

4.	APPROPRIATEZZA DELL' EROGAZIONE DEL SERVIZIO:	E' garantita al Paziente l'appropriatezza dell'erogazione del servizio, inteso come servizio di assistenza alla persona	Valutazione in ingresso della rispondenza tra le necessità del Paziente e i servizi erogati dal Centro	100%
			N° utenti cui è garantita igiene quotidiana dell'ospite e al bisogno/ N° totale utenti	100% utenti (quaderno di consegna)
			N° docce /mese	8 docce mese per ospite (minimo)
			N° cambi pannolone e all'esigenza/N°ospiti che necessitano di pannolone	3 cambi/giorno per il 100% ospiti

			N° 1 (minimo) di cambi di vestiario giornalieri	100% ospiti	
		E' garantita al Paziente l'appropriatezza dell'erogazione del servizio, inteso come servizio di animazione	N° utenti che partecipano a programmi di socializzazione / N° totale utenti	Almeno 50% ospiti	
		E' garantita al Paziente l'appropriatezza dell'erogazione del servizio, inteso come servizio di psicologia e assistenza sociale, con l'obiettivo di mantenere gli aspetti cognitivi, funzionali	N° valutazione aspetti cognitivi / anno	2 valutazioni/anno per il 100% ospiti	
			N° Valutazione aspetti sociali /anno	2 valutazioni/anno per il 100% ospiti	
			N° colloqui psicologici in ingresso e mensile	1 colloquio psicologico all'ingresso Almeno 50% ospiti	
		E' garantita al Paziente l'appropriatezza dell'erogazione del servizio, inteso come servizio di assistenza sanitaria	N°utenti che effettuano riabilitazione/ N° utenti che necessitano di riabilitazione	100%	
			N° valutazioni degli aspetti funzionali (scala di Barthel) / anno	2 valutazioni/anno per il 100% ospiti	
	Segue punto 4	E' garantita al Paziente l'appropriatezza dell'erogazione del servizio, inteso come servizio alberghiero	N° menu/giorno	2 menu da poter scegliere ogni giorno	
				N° di diete personalizzate / N° utenti che ne necessitano	100%
				N° procedure HACCP implementate / N° pasti monitorati	100%
				N° procedure di sanificazione implementate / N°controlli	100%

5.	RIDUZIONE DEI TEMPI E LISTE D'ATTESA:	Agli Utenti è garantita la continuità dell'erogazione prestata senza interruzione della stessa nello spazio e nel tempo, allo scopo di ridurre i vari problemi ad essi inerenti.
----	--	--

6.	CONTINUITA' DELLE CURE:	<p>Agli Utenti è garantita la continuità dell'erogazione prestata senza interruzione della stessa nello spazio e nel tempo, allo scopo di ridurre i vari problemi ad essi inerenti.</p> <p>Dall'inizio delle attività ambulatoriali ad oggi, non si sono mai verificati eventi tali da giustificare la gestione di liste d'attesa finalizzate alla prenotazione e pianificazione dei trattamenti dei Pazienti.</p>	Cartelle Cliniche di ciascun Paziente gestite di norma dallo stesso medico	Si
			N. di interruzioni del servizio per indisponibilità della struttura	0
7.	RIDUZIONE DEI RISCHI:	<p>Il Centro attua un continuo programma per la riduzione dei Rischi essenzialmente esso viene effettuato attraverso le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Garantendo uno spazio per le attese arredato e confortevole anche per gli eventuali accompagnatori; ➤ Garantendo locali puliti con microclima adeguato; ➤ Garantendo servizi igienici adatti anche per i portatori di handicap; ➤ Garantendo percorsi idonei; ➤ Garantendo la salute del personale mediante l'effettuazione delle valutazioni dei rischi ai sensi del D.Lgs. 81/08. ➤ Garantendo la predisposizione di un programma degli interventi migliorativi da attuare. 	È assicurata la presenza di adeguata procedura che descriva la corretta manipolazione dei materiali biologici da parte del personale del Centro	Si
			Esiste adeguata formaz. per il Risk Management nelle infezioni.	Si

Il Centro individua nel pieno soddisfacimento delle attese dell'Utente l'obiettivo prioritario della sua Politica e ritiene che il servizio debba essere improntato alla massima flessibilità ed efficienza, per

- fornire un intervento unitario e globale volto alla cura della persona anziana
- promuovere e favorire ogni intervento volto alla tutela della salute e del benessere della persona anziana, soprattutto per quanto attiene alle attività di prevenzione e di mantenimento delle capacità cognitive e funzionali

Il Centro ha implementato un Sistema Qualità certificato in riferimento alla norma UNI EN ISO 9001:2015 non solo per prevenire le eventuali non conformità dei servizi offerti, adottando di conseguenza tutte le azioni correttive necessarie, ma anche per migliorare continuamente nel tempo gli standard qualitativi raggiunti.

Il Sistema Qualità implementato è per l'Azienda strumento per il soddisfacimento degli obiettivi, di seguito descritti, che la Direzione si è prefissa di raggiungere intesi non solo nel miglioramento degli standard qualitativi dei suoi servizi ma anche e soprattutto nel miglioramento della gestione dei suoi processi.

La Direzione, al fine di rendere la struttura aziendale aderente al Sistema di Gestione per la Qualità a norma ISO 9001:2015, persegue in prima persona con tutti i mezzi necessari, la conformità del Sistema ai requisiti richiesti dalla normativa, utilizzandolo come strumento essenziale della gestione aziendale.

Gli obiettivi che la Direzione ha individuato e che devono essere raggiunti con il coinvolgimento di tutto il personale e di tutti i collaboratori, nessuno escluso, possono così riassumersi:

1. l'impegno diretto, continuo e permanente della Direzione Generale nella gestione del Sistema Qualità;
2. il coinvolgimento e la partecipazione diretta, piena e consapevole del personale a tutti i livelli nell'attuazione del Sistema Qualità;
3. il rapporto di massima collaborazione e trasparenza con gli Utenti al fine di valutarne ed interpretarne correttamente le esigenze e poter operare al meglio;
4. l'attenzione alle risorse umane e la consapevolezza dell'importanza del loro ruolo nella dinamica aziendale, che attribuisce un ruolo di preminenza alla formazione ed allo sviluppo di tutto il personale.
5. Riduzione delle non conformità interne ed esterne;
6. Soddisfacimento delle attese dell'Utente, riducendo il numero di reclami scritti e verbali degli Utenti stessi.

La diffusione della conoscenza e l'applicazione di tale norma sono assicurate dall'impegno costante della Direzione.

FATTORI DI QUALITÀ, STANDARD E STRUMENTI DI VERIFICA

Il Centro svolge un costante lavoro di verifiche e controllo sui servizi e sulle risposte alle esigenze dell'utenza, al fine di un continuo miglioramento dei nostri standard di qualità. Come punti di riferimento a garanzia della qualità del servizio, evidenziamo alcuni parametri importanti del servizio offerto:

FATTORI DI QUALITÀ CONSIDERATI NELLA CARTA DEI SERVIZI:

- ❖ informazione
- ❖ rispetto dei tempi
- ❖ gestione reclami
- ❖ accoglienza e comfort
- ❖ presa in carico del paziente
- ❖ visite di controllo
- ❖ condizioni igienico-sanitarie
- ❖ consenso informato

STRUMENTI DI VERIFICA E TUTELA

- ❖ rilevazione a campione del rispetto dello standard sulle informazioni date all'utenza
- ❖ rilevazione a campione del rispetto del trattamento dei dati sensibili
- ❖ rilevazione sistematica del gradimento dell'utenza attraverso il questionario di gradimento, la gestione dei reclami e delle non conformità
- ❖ rilevazione a campione del rispetto dei tempi di attesa per le visite di controllo

Le rilevazioni ci consentono di verificare continuamente il livello di Qualità dei nostri servizi ai fini anche del mantenimento ed aggiornamento del Sistema di Qualità implementato.

GESTIONE DEI RECLAMI

Siamo impegnati a fornirvi un servizio che soddisfi ogni vostra esigenza; qualora vi riteniate comunque insoddisfatti non esitate a contattarci e a segnalarci le vostre asserzioni ed eventuali reclami. Gli eventuali reclami possono essere comunicati mediante la compilazione dell'apposita "scheda valutazione servizio", disponibile allo sportello di segreteria; in caso di difficoltà un operatore è a vostra disposizione per aiutarvi nella compilazione. A tal fine è stata installata nell'atrio della sala d'attesa, una cassetta per la raccolta dei vostri reclami. Conseguentemente l'azienda provvederà a valutare la fondatezza delle segnalazioni e a comunicarvi poi l'esito della suddetta valutazione. Ove sia riscontrata la fondatezza della segnalazione, l'azienda provvederà alla sua risoluzione nei tempi e modi comunicati di volta in volta in base alle esigenze ed alla gravità della segnalazione.

Sui servizi offerti garantiamo la riservatezza dell'anonimato.

SEZIONE QUARTA

INFORMAZIONE, ACCOGLIENZA, TUTELA E PARTECIPAZIONE

La struttura promuove ed assicura la funzione di Tutela dei Diritti degli Utenti del SSN, affermando il diritto al reclamo contro gli atti o i comportamenti che neghino o limitino la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria e, inoltre, fissa le procedure di presentazione dei reclami.

- Si prega di osservare tutte le disposizioni della Direzione Sanitaria ed Amministrativa dell'Oasi S. Francesco con particolare riferimento agli orari dei vari programmi giornalieri.
- L'accesso al centro per le visite ai degenti è consentito tutti i giorni dalle ore 11:00 alle ore 12:00 al mattino e dalle ore 15:00 alle ore 18:00 al pomeriggio. I familiari comunicheranno il proprio arrivo al Medico di turno e/o all'Assistente Sociale, i quali provvederanno a far accompagnare l'ospite negli appositi spazi all'esterno del reparto. Previa autorizzazione della Direzione Sanitaria, il familiare in via eccezionale può assistere il congiunto anche durante le ore notturne.
- Si consiglia di depositare in reception oggetti preziosi o danaro che resteranno a completa disposizione dell'ospite. E' possibile tenere oggetti personali in camera compresa la televisione là dove non è presente.
- I farmaci personali vengono consegnati al Medico Referente che ne deciderà l'utilizzo.
- Gli oggetti potenzialmente pericolosi quali (coltelli, rasoi, lamette, martelli, chiodi, ecc.) vengono riconsegnati ai familiari o depositati alla reception che li conserverà per tutta la durata della degenza.
- Su richiesta dell'ammalato o della sua famiglia potranno essere tenuti consulti medici o esami specifici previa autorizzazione del Direttore Sanitario.
- Eventuali richieste di cambiamenti di camera vanno esaminati ed autorizzati dall'equipe medico-riabilitativa, previa autorizzazione del Direttore Sanitario.
- L'ingresso ai minori di anni 12 è consentito solo se accompagnati da adulti sotto loro responsabilità.
- Si prega vivamente di non introdurre cibi preparati e/o confezionati e bevande, se non in confezioni con data di scadenza evidenziata e previa autorizzazione del Medico Referente.
- Le uscite con la famiglia vanno concordate con l'assistente sociale ed autorizzate dal Medico Referente.

PRESENTAZIONE DELLE OSSERVAZIONI, OPPOSIZIONI, DENUNCE E RECLAMI

Art. 1

Gli utenti, parenti o affini, o organismi di volontariato o di tutela dei diritti accreditati presso la Regione o presso la ASL possono presentare osservazioni, opposizioni, denunce o reclami contro gli atti o comportamenti che negano o limitano la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria e sociale.

Art. 2

Gli utenti e gli altri soggetti come individuati dall'art.1, esercitano il proprio diritto con:

- Lettera in carta semplice indirizzata e inviata al Direttore Responsabile del Centro;
- Compilazione di apposito modello, sottoscritto dall'utente,
- Segnalazione telefonica o via fax al Centro;
- Colloquio con il Direttore Responsabile del Centro.

Per le segnalazioni telefoniche o per colloquio sarà compilata un'apposita "scheda verbale", annotando sulla stessa quanto segnalato dall'utente, con l'acquisizione di tutti i dati necessari per le comunicazioni di merito.

La segnalazione per colloquio sarà acquisita in presenza di un testimone.

Art. 3

Le osservazioni, le opposizioni, le denunce o i reclami dovranno essere presentate, nei modi sopra elencati, entro 15 giorni dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento lesivo dei propri diritti in armonia con il disposto dell'art.14, comma 5, del D.Lgs. 502/92, come modificato dal D.Lgs. 517/93. Il reclamo presentato fuori del termine di scadenza sopra indicato non ha, come tale, gli effetti giuridici previsti dal presente Regolamento, tuttavia, il Direttore Responsabile del Centro si rende disponibile a valutare qualsiasi irregolarità e a darne spiegazione o a prendere adeguati provvedimenti nei confronti del personale responsabile.

Art. 4

Le osservazioni, le opposizioni, le denunce o i reclami, comunque presentate o ricevute nei modi sopra indicati, qualora non trovino immediata soluzione, devono essere istruite e trasmesse nel termine massimo di 3 giorni alla Direzione del Centro.

Art. 5

La Direzione assolve il compito di "Ufficio di Pubbliche Relazioni" ed esplica le funzioni di cui agli articoli precedenti.

Art. 6

L'utente può eventualmente richiedere il riesame del provvedimento del Direttore Responsabile del Centro di cui all'articolo 5 con motivata istanza in carta semplice indirizzata allo stesso Direttore Responsabile, che decide in merito nel termine massimo di 15 giorni dalla ricezione dell'istanza.

Art. 7

Il Direttore Responsabile, svolte le opportune indagini acquisite agli atti e sottoposte a controllo ai sensi della Legge 241/90, valuta le eventuali misure disciplinari. Qualora quanto denunciato dall'utente dovesse risultare immotivato e non confortato da prove adeguate riproducibili eventualmente presso il Foro competente per territorio, si riserva di cautelare la propria immagine e credibilità nei tempi e nei modi più opportuni e di sottoporre l'istanza ai propri Legali.

Art. 8

Per tutto quanto non previsto dal presente regolamento si rimanda alle leggi citate nel testo e alle disposizioni regolanti la materia in generale.

REGOLAMENTO DEI DIRITTI E DEI DOVERI DEL PAZIENTE

Il Centro si attiene ai sottoindicati documenti ed elaborati delle normative di Diritto Internazionale:

1. "Carta dei Diritti del paziente" approvata nel 1973 dall'American Hospital Association;
2. "Carta dei diritti del malato" adottata dalla CEE in Lussemburgo dal 6 al 9 maggio 1979;
3. Art.25 della "Dichiarazione Universale dei diritti dell'Uomo", art.11 e 13 della "Carta Sociale Europea 1961";
4. Art.12 della "Convenzione Internazionale dell'ONU sui diritti economici, sociali e culturali", 1996;
5. Risoluzione n.23 dell'OMS, 1970 che trova piena rispondenza nei principi della Carta Costituzionale (art. 2-3-32).

Art. 1

Il paziente ha diritto di essere assistito e curato con premura ed attenzione, nel rispetto della dignità umana e delle proprie convinzioni filosofiche e religiose.

Art. 2

In particolare, al momento dell'accettazione ha il diritto di essere sempre individuato con nome e cognome ed interpellato con la particella pronominale "Lei".

Art. 3

Il paziente ha diritto di ottenere dalla struttura sanitaria informazioni relative alle prestazioni dalla stessa erogate, alle modalità di accesso e alle relative competenze. Lo stesso ha il diritto di poter identificare immediatamente le persone che l'hanno in cura.

Art. 4

Il paziente ha il diritto di ottenere dal sanitario che lo cura informazioni complete e comprensibili in merito alla diagnosi e alla malattia, alla terapia proposta e alla relativa prognosi.

Art. 5

In particolare, il paziente dovrà essere informato in tempo sulle reali condizioni di salute e, ove il Direttore Responsabile raggiunga il motivato convincimento dell'inopportunità di un'informazione diretta, la stessa dovrà essere fornita, salvo espresso diniego del paziente, ai familiari o a coloro che esercitano potestà tutoria, salvo i casi di urgenza nei quali il ritardo possa comportare pericolo per la salute verrà avvisato il medico richiedente.

Art. 6

Il paziente ha altresì diritto di essere informato sulla possibilità di indagini e metodiche alternative, anche se eseguibili in altre strutture. Qualora il paziente non sia in grado di determinarsi autonomamente, le stesse informazioni dovranno essere fornite alle persone di cui all'art. precedente.

Art. 7

Il paziente ha diritto alla segretezza del proprio "Status" di salute.

Art. 8

Il paziente ha il diritto di proporre reclami che devono essere sollecitamente esaminati e di essere tempestivamente informato sull'esito degli stessi.

L'ADEMPIMENTO DI ALCUNI DOVERI È ALLA BASE PER USUFRUIRE PIENAMENTE DEI PROPRI DIRITTI.

Art. 1

Il paziente, quando accede nel Centro è invitato ad avere un comportamento responsabile in ogni momento e di considerare il rispetto e la comprensione dei diritti degli altri pazienti ivi presenti, nonché con i Professionisti ed il Personale tutto.

Art. 2

L'accesso al Centro presuppone da parte del paziente un rapporto di Rispetto e Fiducia verso il personale sanitario.

Art. 3

E' un dovere di ogni paziente rifiutare o rinunciare ad accertamenti diagnostici che reputasse incongrui, in tempo utile (massimo 2 ore dall'accettazione) al fine di evitare sprechi di tempo e risorse.

Art. 4

Il paziente è tenuto al rispetto degli ambienti, delle attrezzature e degli arredi che si trovano all'interno del Centro come forma di rispetto verso se stessi e per gli altri.

Art. 5

Chiunque usufruisca del Centro è tenuto a rispettare gli orari stabiliti ed esposti sulla tabella all'ingresso del suddetto Centro, salvo in casi in cui è stata fatta esplicita richiesta ed avvisato il personale per tempo.

Art. 6

Nel Centro è severamente vietato fumare.

Art. 7

Il cittadino è tenuto, all'atto della Denuncia o Segnalazione di Irregolarità, Disfunzioni e Comportamenti riscontrati nel Centro, a produrre Motivata e Tangibile Documentazione, mediante Prove da depositare agli Atti dell'Istruttoria.

Art. 8

Il paziente impossibilitato a ricevere il trattamento per motivi personali è tenuto a dare congruo avviso al Centro

INFORMAZIONE E PRIVACY

Il Centro ha come obiettivo la riconoscibilità di tutto il personale attraverso apposito cartellino identificativo.

Il diritto alla privacy viene garantito dalle modalità di trattamento e comunicazione dei dati personali per i quali gli utenti rilasciano il loro consenso informato (Vedi Modulo Seguente). I dati relativi al trattamento di ciascuna persona presa in carico dall'Istituto vengono registrati sia su software che su rel. cartella clinica, dove vengono riportati i dati anagrafici ed i risultati dei trattamenti; la responsabilità unica della gestione di tali documenti è del Titolare del Trattamento; l'inviolabilità di tali registri è assicurata dal AU.

Le cartelle Cliniche sono archiviate presso il centro in appositi archivi, chiusi a chiave, la cui responsabilità è del DS.

Le cartelle Cliniche possono essere visionate dai pazienti (o dai rispettivi genitori, se minorenni) tramite formale richiesta; eventuali copie di documenti ivi collazionati possono essere consegnate solo a seguito di richiesta scritta e consegnate unicamente ai diretti interessati in busta chiusa.

MODALITA' DI PUBBLICIZZAZIONE E DIFFUSIONE DELLA CARTA DEI SERVIZI

La Carta dei servizi è patrimonio di tutti i cittadini. E' per questo che l'azienda ha scelto i canali di comunicazione più adatti e prevedere, nello stesso tempo, più sistemi di diffusione del documento e nel contempo ha garantita la chiarezza espositiva e la completezza dell'informazione.

- ✓ uffici URP dell'ASL di appartenenza,
- ✓ ambulatori distrettuali e dei medici di base e pediatri di libera scelta,
- ✓ le sedi dell'associazione del collettivo dell'utenza
- ✓ sito Web

E' altresì prevista l'informazione telefonica, che può orientare il cittadino all'accesso dei servizi.

PIANO DI VERIFICA E AGGIORNAMENTO

La Carta dei servizi è verificata e, se necessario aggiornata ogni anno, in sede di riesame della Direzione, in modo da valutare la qualità dell'informazione, mediante:

- partecipazione di referenti in tutti gli ambiti aziendali responsabili dell'aggiornamento delle informazioni,
- analisi reclami,
- le indagini di soddisfazione e i sistemi di ascolto ed il confronto
- confronto con le Associazioni

I risultati delle valutazioni vengono pubblicizzati sia all'interno che all'esterno dell'azienda ai soggetti coinvolti e interessati affinché possano proporre modifiche organizzative.

Tutte queste procedure sono comunicate all'Osservatorio regionale per la promozione della Carta dei Servizi che ha anche il compito di effettuare il monitoraggio delle Carte dei Servizi.

SEZIONE QUINTA

INDICAZIONI DI CONTENIMENTO DELLE LISTE DI ATTESA SECONDO IL PIANO REGIONALE

Con Deliberazione N. 170 del 10 febbraio 2007, la Giunta Regionale della Regione Campania ha emanato il “*Piano Regionale Contenimento Tempi di Attesa (PRCTA)*”, con l’obiettivo di garantire, mediante tempi d’accesso alle prestazioni sanitarie certi e adeguati ai problemi clinici presentati, il rispetto di fondamentali diritti alla persona, quali la tutela della salute e l’eguaglianza nell’erogazione delle prestazioni sanitarie.

GOVERNO DELLA DOMANDA E CRITERI DI PRIORITA’

All’allungamento dei tempi di attesa concorrono una molteplicità di fattori complessi, ma per una possibile soluzione del problema delle liste d’attesa bisogna intervenire per modificare l’attuale contesto organizzativo del sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie.

Gli interventi di modifica del contesto richiedono cambiamenti del sistema del governo della domanda e/o dell’offerta, mediante:

- Revisioni periodiche dell’attività prescrittiva, da parte dell’Ente competente
- Governo clinico orientato alle liste di attesa, su cui deve incidere ogni Azienda adottando tutti gli strumenti per perseguire gli obiettivi di miglioramento

CRITERI DI PRIORITÀ DI ACCESSO

Per facilitare l’accesso ai servizi e per promuovere un sistema di gestione dell’offerta che tenga anche conto della gravità del bisogno, il nostro Centro, come indicato dalla Regione Campania adotta il sistema della classificazione della domanda di prestazioni in base a criteri di priorità clinica. Nel sistema sanitario, infatti, la possibilità di attribuire a singoli utenti tempi di attesa diversi è determinante per l’efficacia e l’efficienza del sistema.

Suddetta procedura, nell’obiettivo di trasparenza e controllo delle liste d’attesa, è stata definita dal Centro, sulla base delle indicazioni della Regione Campania al fine di attribuire al paziente un tempo di attesa ragionevole per ottenere l’erogazione della prestazione sanitaria senza comprometterne la prognosi e la qualità della vita.

	<p>All'interno della RSA è disponibile, bene in vista, una “cassetta dei suggerimenti e reclami” che i pazienti possono utilizzare per recapitare (anche in forma anonima) suggerimenti e/o aspettative per il miglioramento del servizio nonché eventuali reclami. Il modulo da utilizzare è a disposizione dei pazienti presso la cassetta dei suggerimenti.</p>
	<p>La redazione della presente Carta dei Servizi è stata curata dal Direttore Sanitario Dottor Giuseppe Angellotti</p> <p>Il responsabile di quanto riportato nella suddetta Carta è dell'Amministratore Unico Carmine Boffardi</p>
	<p>La Carta dei Servizi è stata redatta in collaborazione con associazioni rappresentative del collettivo dell'utenza</p>

C.R.R.S. è certificato secondo la norma UNI EN ISO 9001:2015 con l'Ente di Certificazione BSCIC

