

Associazione Familiari Subnormali e Minorati Psicici "San Vincenzo" Coop. Soc. O.N.L.U.S.

**R.S.A. per disabili - CENTRO DI RIABILITAZIONE "Casa di Cura S. VINCENZO"**

via Aspirante Cante, 16 - 80010 Villaricca (Na) tel 081.8942309 – 081.5061460 – fax 081. 3304534

e-mail: info@centrosanvincenzo.it

## **CARTA DEI SERVIZI**



**Carta dei Servizi redatta in conformità al DPCM del 19.05.1995  
Sistema di gestione qualità conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2015  
Febbraio 2021**

Redazione **RGQ**

Controllo **DS**

Approvazione **PRESIDENTE**

## INDICE

|   |    |
|---|----|
| INDICE .....  | 2  |
| Premessa .....  | 3  |
| Sezione 1 – Presentazione del Centro e Principi Fondamentali .....                | 3  |
| 1. Riferimenti Legislativi della Carta dei Servizi.....                           |    |
| 2. Principi Fondamentali .....  |    |
| 3. La nostra storia .....   | 6  |
| 4. I Nostri Obiettivi .....   | 8  |
| Sezione 2 – Informazione sulla Struttura ed i Servizi Forniti .....               | 9  |
| 5. Sede Operativa .....   | 9  |
| 6. Struttura.....   | 9  |
| 7. Personale ed Organigramma.....   | 11 |
| 8. Come raggiungerci .....  | 12 |
| 9. Informazioni utili.....  | 14 |
| 9.1 Informazione .....  | 14 |
| 9.2 Modalità di accesso .....   | 14 |
| 9.3 Accoglienza.....  | 16 |
| 9.4 Accettazione Amministrativa .....   | 16 |
| 9.5 Modalità di pagamento .....   | 16 |
| 9.6 Visitatori .....  | 16 |
| 9.7 Dimissioni .....  | 17 |
| 9.8 Cartella Clinica.....   | 17 |
| 10. I Servizi .....   | 17 |
| 10.1 Servizi per la salute .....  | 18 |
| 10.2 Percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale.....                          | 19 |
| 10.3 Sviluppo del progetto assistenziale.....                                     | 19 |
| 11. Servizi di Supporto .....   | 19 |
| Sezione 3 – Standard di Qualità, Impegni e Programmi .....                        | 21 |
| 12. Standard di Qualità.....  | 21 |
| 13. Verifica per il rispetto degli standard di qualità.....                       | 21 |
| 14. Politica della Qualità .....  | 22 |
| 15. Obiettivi per il miglioramento della qualità .....                            | 23 |
| Sezione 4 – Diritti e Doveri del Paziente – Meccanismi di Tutela e Verifica ..... | 23 |
| 16. Diritti e Doveri del Cittadino .....  | 23 |
| 17. Regolamento.....  | 25 |
| 18. Gestione del reclamo .....  | 26 |
| 19. Rilevazione del Grado di Soddisfazione del Paziente.....                      | 26 |
| 20. Tutela della Privacy .....  | 27 |
| 21. Condivisione.....   | 27 |

## **Premessa**

La **Carta dei Servizi** è uno strumento-guida a disposizione degli utenti/ospiti per usufruire con consapevolezza dei servizi e delle prestazioni erogate dalla organizzazione sanitaria, in questo caso dal Centro di Riabilitazione RSA ONLUS S.Vincenzo. È in definitiva un patto-contratto che l'ente erogatore fa con i propri utenti/ospiti attraverso un documento pubblico in cui dichiara quali sono i servizi sanitari che offre e con quali standard di qualità e quantità (livelli di servizio) e si impegna a fornirli.

Tale documento è un adempimento a cui tutte le aziende sanitarie sono chiamate a rispondere in seguito alla direttiva del Pres. Cons. Ministri del 27 Gennaio 1994 e successive integrazioni.

Gli utenti/ospiti non sono passivi fruitori di servizi ma "clienti" attivi, partecipi e consapevoli, la cui collaborazione è indispensabile al miglioramento del Centro San Vincenzo. Ecco, quindi, la necessità della Carta dei Servizi come strumento di informazione e anche come mezzo per ottenere dall'utente/ospite e dei suoi familiari suggerimenti, proposte, consigli, nonché lamenti per eventuali inconvenienti che si dovranno eliminare.

In questa pubblicazione, edizione aggiornata 2020, della Carta dei Servizi della *R.S.A. – Centro di Riabilitazione San Vincenzo*, il cittadino-utente troverà elencati i servizi e le prestazioni garantite nella Struttura e le modalità per accedervi, privilegiando in particolare le esigenze di informazione, accoglienza, tutela e partecipazione.

Ogni successiva modifica sarà possibile in conseguenza di sopravvenute o meglio individuate esigenze e delle proposte che ci perverranno e che non ci stancheremo di sollecitare.

È un impegno teso a rendere umana, dignitosa ed efficace la prestazione sanitaria ed a creare le condizioni idonee perché gli operatori possano esprimere al meglio la loro professionalità.

Confidiamo, pertanto, nella serenità del giudizio che vorrà riservarci l'utente/ospite ed i suoi familiari

IL PRESIDENTE

*Dott.ssa Maria Teresa Lupoli*

## **Sezione 1 – Presentazione del Centro e Principi Fondamentali**

### **1. Riferimenti Legislativi della Carta dei Servizi**

- Legge 241 del 7 Agosto 1990 art. 7 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e diritto di accesso ai documenti amministrativi".
- Decreto legislativo del 30 Dicembre 1992 n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria" a norma dell'art. 1 della Legge 23 Ottobre 1992, n. 421.
- Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994 - Principi sull'erogazione dei servizi pubblici
- Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 11 Ottobre 1994 "Principi per l'istituzione ed il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico".
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19 Maggio 1995 "Schema generale di riferimento della Carta dei Servizi Pubblici Sanitari".
- Circolare del Ministero della Sanità n. 2/95 "Linee guida per l'attuazione della Carta dei Servizi nel Servizio Sanitario Nazionale".
- Legge n. 273 dell' 11.07.1995 " Misure urgenti per la semplificazione dei procedimenti amministrativi e per il miglioramento dell'efficienza delle pubbliche amministrazioni" - introduce l'obbligo di legge per l'adozione della Carta dei Servizi
- D.Lgs. 196/03 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"
- Regolamento n. 1 del 22/06/2007 della Regione Campania
- D.Lgs. 81/08 del 09 aprile 2008 "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di Lavoro"
- Delibera 369 del 23 marzo 2010 "Linee Guida per la Carta dei Servizi Delibera 369 del 23 marzo 2010 "Linee Guida per la Carta dei Servizi"
- Delibera n.2010 – Area Generale di Coordinamento n.20 – assistenza sanitaria – Osservatorio Regionale per la promozione della Carta dei Servizi
- Regolamento n.3 del 2006 Delibera n.2100 – Area Generale di Coordinamento n.20 – assistenza sanitaria – Osservatorio Regionale per la promozione della Carta dei Servizi [Regolamento n. 3 del 2006](#)
- Regolamento UE 679/2016 "Privacy"
- Decreto n.43 del 29/07/2019
- Decreto n.51 del 04/07/2019 "Integrazione Requisiti per l'Accreditamento Istituzionale delle Strutture Pubbliche e Private"

## **2. Principi Fondamentali**

I principi fondamentali ai quali si ispira l'attività del Centro e che sono contenuti all'interno della presente Carta dei Servizi, coincidono con quelli stabiliti dalla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994 e sono in particolare:

- eguaglianza,
- imparzialità,
- continuità,
- diritto di scelta,
- partecipazione,
- efficienza ed efficacia
- tutela dei diritti
- informazioni
- qualità

**Eguaglianza:** il principio dell'uguaglianza comporta che le regole riguardanti i rapporti tra utenti e Centro San Vincenzo e le possibilità di accesso agli stessi, devono essere uguali per tutti. Nessuna distinzione nell'erogazione del servizio può essere compiuta per motivi riguardanti sesso, razza, lingua, religione e opinioni politiche. Va garantito uguale trattamento, a parità di condizioni del servizio prestato, sia fra le diverse categorie o fasce di utenti/ospiti. L'uguaglianza va intesa come il divieto di ogni ingiustificata discriminazione e non, invece, quale uniformità delle prestazioni sotto il profilo delle condizioni personali e sociali.

**Imparzialità:** gli operatori sanitari e amministrativi della Struttura hanno l'obbligo di ispirare i propri comportamenti, nei confronti degli utenti, a criteri di obiettività, giustizia ed imparzialità

**Continuità:** La Struttura si impegna a rispettare il principio della continuità assistenziale e nel caso di interruzione del Servizio a farlo nei modi regolamentati dalle norme vigenti, con adeguato preavviso agli utenti/ospiti ed all'utenza tutta

**Diritto di scelta:** La Struttura si impegna, nell'ambito della prevista funzione di informazione e delle sue specifiche iniziative di marketing, ad assumere costantemente criteri di obiettività, lealtà ed imparzialità nei confronti dei partners concorrenti (sia pubblici che privati accreditati) al fine di non condizionare e di rendere assolutamente fruibile la libera scelta del cittadino.

**Partecipazione:** all'utente/ospite è garantita la partecipazione alla prestazione del servizio pubblico e il diritto di accesso alle informazioni in possesso della Struttura che lo riguardano. L'utente può produrre memorie e documenti, prospettare osservazioni e formulare suggerimenti per il miglioramento del servizio. La Struttura dà immediato riscontro all'utente circa le segnalazioni e le proposte da esso formulate secondo le modalità indicate nella sezione "reclami" o "grado di soddisfazione" della presente carta dei servizi.

**Efficienza ed efficacia:** il servizio della Struttura viene erogato in modo da garantire l'efficacia e l'efficienza; con efficacia si intende la corrispondenza fra il servizio erogato e i bisogni espressi, con efficienza si intende il raggiungimento di un risultato gestionale ottimale nel rapporto fra costi delle prestazioni e benefici ottenuti dai utenti/ospiti

**Tutela dei diritti:** mediante modalità strutturate di assistenza, comunicazione, ascolto, trattamento.

**Piena informazione dei cittadini utenti/ospiti:** sui servizi offerti e sulle modalità di erogazione degli stessi mediante comunicazione dei criteri espliciti, sottoscrizione della documentazione privacy e del consenso informato, informazione sull percorso terapeutico

**Qualità:** definizione di standard ed assunzione di impegni mediante definizione di obiettivi di qualità, indicatori definiti ed obiettivi annuali.

### **3. PRESENTAZIONE DELLA STRUTTURA : La nostra Storia**

Nel 1972 un gruppo di familiari di ragazzi diversamente abili, allo scopo di provvedere all'assistenza e al recupero di minorati gravi e gravissimi, costituì la Cooperativa Sociale "Associazione Familiari Subnormali e Minorati Psicici" denominata RSA "San Vincenzo", oggi O.N.L.U.S., avente per oggetto l'assistenza, il recupero e la riabilitazione di subnormali e minorati psichici, senza scopo di lucro.

Le motivazioni dell'Associazione erano e sono quelle di assicurare, in autogestione, dal punto di vista assistenziale e di riabilitazione, uno standard di livello, con una quota aggiuntiva annuale a carico dei soci per il miglioramento delle prestazioni, anche oltre le prestazioni di tipo privatistico e pubblico a volte non del tutto adeguate ai bisogni dei disabili e/o anche anziani.

L'Associazione, con la sua Cooperativa a norma dell'art. 3 dello Statuto, non ha scopo di lucro, esclude eventuali dividendi ai Soci e attualmente è una O.N.L.U.S. con decreto dirigenziale n.

393/SAN-STAP-NA del 21 maggio 2002 della Giunta della Regione Campania – Area Generale di Coordinamento Assistenza Sanitaria Settore T.A.P..

Punti fondamentali dello Statuto per diventare Soci sono:

- a) versare quota d'ingresso stabilito annualmente dal Consiglio di Amministrazione
- b) rinuncia preventiva a quote patrimoniali in caso di recesso.

Il Patrimonio e la destinazione sono e saranno sempre quelle indicate nei fini statuari tesi al miglioramento dell'assistenza ai disabili e/o anziani. in caso di cessione della O.N.L.U.S. questa può avvenire esclusivamente ad Ente erogatore del SSN e/o ad altri Enti assistenziali senza scopo di lucro che abbiano la medesima finalità socio-assistenziale

- c) obbligo per i soci di prestare comunque il proprio lavoro gratuitamente con attività di volontariato.
- d) obbligo per i soci di versare un contributo mensile annualmente stabilito, destinato al potenziamento e/o miglioramento della Struttura e dell'assistenza.

Criteri ispiratori dell'Associazione sono: quello di garantire, per tutta la vita, una sistemazione idonea ai congiunti dei Soci, nonché quello di dare ospitalità ed assistenza, attività di recupero e riabilitazione anche a congiunti di non Soci, con identico trattamento assistenziale e di recupero e/o riabilitazione. Allo scopo di conseguire le sue finalità l'Associazione può creare e/o gestire, come di fatto avviene, in accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale, Istituti e/o Centri per il recupero e la riabilitazione nonché l'assistenza, mediante RSA di ricovero e Centro Diurno, di subnormali e minorati psichici e/o fisici nonché anziani, congiunti dei Soci e non; promuovere, anche in cooperazione con altri Enti o Istituzioni, iniziative a favore di disabili e/o anziani, nonché la formazione di personale addetto all'assistenza e/o recupero, anche nel campo del volontariato. Allo stato la Struttura di assistenza della O.N.L.U.S. destinata a tale scopo è costituita da una R.S.A. per disabili adulti e dal Centro di Riabilitazione.

La Struttura è regolarmente autorizzata all'esercizio dell'attività sanitaria con ultimo Decreto Sindacale rilasciato il 11/12/2006 dal comune di Villaricca (Na).

#### **4. I Nostri Obiettivi: la " Mission ".**

**Art. 1** *La struttura, in ossequio ai principi ed alle finalità indicati dagli art. 2 e 32 della Costituzione Italiana e dalla Legge 23 dicembre 1978 n° 833 che istitutiva il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), promuove e persegue il pieno riconoscimento e la tutela dei diritti degli utenti che vi si rivolgono per effettuare terapie riabilitative." Il fine ultimo delle attività della Struttura è la piena realizzazione dell'individuo nel rispetto delle sue difficoltà e nella valorizzazione delle proprie potenzialità in modo da favorire un adeguato inserimento nel gruppo sociale di appartenenza.*

La Struttura adotta un modello organizzativo e gestionale in conformità alla norma UNI EN ISO 9001:2015 che stabilisce i criteri per un corretto svolgimento di tutte le attività aziendali.

La Direzione, consapevole da tempo di operare in un campo in cui, da un lato i bisogni dell'Utente sono particolarmente importanti e critici e, dall'altro, si sono evolute le normative di riferimento specifiche e le conseguenti necessità di adeguamento, ha deciso di istituire e gestire un Sistema Gestione Qualità in conformità alla norma UNI EN ISO 9001:2015, con la ferma convinzione che tale Sistema sia uno strumento efficace per il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- pieno soddisfacimento delle esigenze e delle aspettative dell'Utente
- il continuo miglioramento del servizio reso all'Utente
- l'efficienza nella prestazione del servizio

Il raggiungimento di questi obiettivi deve essere perseguito gestendo il cambiamento con flessibilità, tempestività e determinazione, utilizzando al meglio gli strumenti organizzativi disponibili, migliorando la propria professionalità in ordine alle tecniche individuali di lavoro (pianificazione delle attività, addestramento del personale, gestione del tempo e delle priorità di lavoro), e sviluppando la capacità di lavorare insieme agli altri.

Le esigenze e le aspettative dell'Utente vanno soddisfatte attraverso il massimo impegno nelle attività di esecuzione del servizio.

Tutte le figure professionali facenti parte della struttura, indipendentemente dalle specifiche responsabilità assegnate, sono determinanti per il conseguimento della soddisfazione dell'Utente.

L'applicazione del Sistema Gestione Qualità coinvolge pertanto tutte le funzioni e richiede la partecipazione, l'impegno e l'efficace interazione di tutto il personale.

## Sezione 2 – Informazione sulla Struttura ed i Servizi Forniti

### 5. Sede Operativa

La Struttura ha sede operativa in di via Asp. Uff. Cante 16, Villaricca (NA). La struttura è ubicata nel centro storico del Comune di Villaricca.

### 6. Struttura

Il fabbricato in fase di ristrutturazione per il rispetto più scrupoloso dei recenti requisiti richiesti dalle normative vigenti si sviluppa su due livelli, tutti con possibilità di accesso dall'esterno dell'edificio. La Struttura è composta da una RSA per disabili adulti, un Centro Diurno ed un ambulatorio di riabilitazione.

La struttura è articolata secondo le prescritte indicazioni tecniche emanate dalla Delibera di Giunta Regione Campania n°7301/01 inerenti la definizione dei requisiti strutturali, impiantistici e tecnologici ed organizzativi finalizzati all'esercizio di Residenza Sanitaria Assistita per cui è regolarmente autorizzata all'esercizio dell'attività socio-sanitaria con Autorizzazione Sanitaria (Autorizzazione Sanitaria n. 8 del 09.07.04) e dispone allo stato di 40 posti letto.

La suddivisione degli ambienti si articola, allo stato, come segue:

- Al Piano Terra sono allocati il Centro di Riabilitazione Ambulatoriale e i Servizi (accettazione, uffici, direzione sanitaria ed amministrativa, cucina, lavanderia, guardaroba.)  
Parcheggio solo per far scendere e salire
- Le RR.SS.AA. disabili adulti sono allocate al piano terra e al primo piano

a) R.S.A. RD3 RICOVERO (per persone adulte non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate)

La ricettività attuale è di 40 posti letto, suddivisi in 2 moduli denominati Sorriso e Concordia, con assegnazione secondo sesso e gravità.

La struttura è dotata di tutti i più moderni sistemi di sicurezza:

- sistema di chiamata per ciascun letto
- rilevatori di fumo
- sistemi antincendio

Le camere sono tutte fornite di servizi igienici per disabili e gli arredi sono realizzati secondo i parametri ergonomici di un'utenza anziana disabile al fine di eliminare le barriere architettoniche.

Gli spazi comuni garantiscono agli ospiti momenti di piacevole relax: ampi saloni, sala TV, giardino e terrazze attrezzate.

b) R.S.A. per disabili - CENTRO DIURNO

L'attività è svolta tutti i giorni feriali dalle ore 9.00 alle 15.00 con capacità di 30 posti.

I locali comprendono adeguati laboratori per la T.O. in tutte le sue attività, ivi compreso l'uso del computer, musicoterapia, sale per il soggiorno-pranzo, bagni attrezzati e 2 grandi terrazzi per attività ludiche.

I pazienti sono suddivisi in più gruppi, secondo le loro attitudini su indicazione del Direttore della Riabilitazione e dell'Equipe Multidisciplinare.

Ogni gruppo è affidato ad un terapeuta per terapia occupazionale nonché per F.K.T., logopedia, programmi di autonomia personale, domestica autonomia sociale ed altro.

Per il trasporto il Centro mette a disposizione delle famiglie i propri pulmini attrezzati.

c) CENTRO DI RIABILITAZIONE AMBULATORIALE

Le attività ambulatoriale comprendono:

- LOGOPEDIA INDIVIDUALE E DI GRUPPO
- PSICOMOTRICITÀ,
- FISIOKINESITERAPIA,
- TERAPIA OCCUPAZIONALE,
- PSICOTERAPIA INDIVIDUALE E FAMILIARE.

Le attività di recupero e riabilitazione comprendono ampi locali per la Terapia Occupazionale (T.O.), Laboratori Protetti (L.P.) per attività di artigianato, ceramica e quant'altro, nonché una Sala Polivalente anche per attività culturali e scientifiche nonché una moderna e attrezzata palestra per fisiokinesiterapia (F.K.T.) riabilitazione neuromotoria.

d) DOMICILIARE

Il Centro esplica anche attività di riabilitazione domiciliare (FKT e logopedia).

Le prestazioni necessarie vengono erogate da specifico personale presso il domicilio del soggetto secondo le indicazioni dell'equipe multidisciplinare del Centro concordate con quella della A.S.L.

PREDISPOSIZIONE PER MUSICOTERAPIA

## 7. Personale ed Organigramma



**Direttore Sanitario : dott.ssa Vincenza Palladino**

**Direttore Tecnico: dott. Riccardo Canero**

## **8. Come Raggiungerci**

### **Via automobile:**

Provenendo dalla Tangenziale di Napoli direzione Pozzuoli:

- Prendere SS7quater ed uscire (dopo Varcaturò) a Circumvallazione Esterna,
- Entra in **SS162** e proseguire per circa 5 Km,
- Entra in **Via Circumvallazione Esterna di Napoli/SP1** e continua a seguire la SP1 per circa 7 Km attraversando 2 rotonde,
- Alla rotonda, prendere l'uscita 3a per Via Enrico Fermi/SP55 e proseguire dritto per circa 0,7 Km, e svolta a sinistra in **Via Aspirante Cante**.

### **Via treno e Autobus:**

- da Napoli prendere la Linea 1 della Metropolitana e scendere alla fermata Chiaiano,
- all'uscita della stazione ferroviaria, prendere l'autobus n. 162. Dopo aver oltrepassato la Clinica Maione, scendere alla fermata. Il Centro S. Vincenzo dista dalla fermata circa 50 mt.
- Oppure Metropolitana Napoli Nord Est., scendere a Giugliano poi autobus n. 162 con fermata alla Via Enrico Fermi angolo via Aspirante Cante



## **9. Informazioni utili**

La struttura garantisce agli utenti/ospiti ed ai loro familiari le seguenti funzioni:

- Informazione
- Accoglienza
- Tutela
- Partecipazione

Tali funzioni sono assicurate dal Servizio Relazioni con il Pubblico (SRP) e dall'accettazione.

### **9.1 Informazione**

Viene garantita dal Servizio Relazioni con il Pubblico e dall'Accettazione svolto da:

1) SRP

- Direzione Amministrativa dalle ore 09:00 alle 13:00 tel. 081/8942309-081/5061460
- Assistente sociale dalle ore 09:00 alle 12:00 tel. 081/8942309-081.5061460
- Direzione Sanitaria tel. 081/8942309

Gli uffici osservano i seguenti orari di apertura:

Ore 9:00 – 16:00 dal lunedì al venerdì; Ore 9:00 – 13:00 il sabato;

- L'accettazione osserva il seguente orario Lunedì Mercoledì e Giovedì dalle 08.00-19.00 Martedì e Venerdì dalle 08.00 alle 14.00 Sabato Chiuso

Assistente Sociale - ore 9:00 – 12:00 dal lunedì al venerdì.

IL SRP assicura al ospite/utente l'informazione chiara, puntuale sulle attività e sui servizi del Centro San Vincenzo, sulle modalità di ricovero, sui tempi di attesa, sulle procedure necessarie per ottenere le prestazioni.

Qualora per l'ufficio non fosse possibile assicurare immediatamente l'informazione richiesta, vi si provvederà nel minor tempo possibile, anche a mezzo telefono.

### **9.2 Modalità di accesso alle prestazioni**

L'iter per l'accesso ad una delle prestazioni fornite: R.S.A. per disabili adulti (ricovero e Centro diurno) CENTRO DI RIABILITAZIONE AMBULATORIALE (terapie ambulatoriali e domiciliari) è il seguente:

- a) Apertura della pratica per la R.S.A. per disabili adulti (ricovero o Centro diurno) o per il CENTRO DI RIABILITAZIONE AMBULATORIALE (terapie ambulatoriali o domiciliari).
- b) Disponibilità al trattamento e/o inclusione nella lista d'attesa.
- c) Impegnativa A.S.L.
- d) Visita medica del Direttore Sanitario e/o del Medico Responsabile per la R.S.A., del Direttore Tecnico e/o di un Medico Specialista per il Centro di Riabilitazione per la presa in carico e colloquio con il terapeuta cui il paziente viene affidato.
- e) Ricevuto il contratto terapeutico, la DS di concerto con le figure di coordinamento delle aree, provvede ad avviare il programma riabilitativo come da cartella clinica

L'orario delle prestazioni ambulatoriali e domiciliari viene concordato dagli interessati e/o dalle famiglie con l'operatore.

## 2) ACCETTAZIONE

L'Accettazione costituisce l'interfaccia con l'Utente in riferimento a tutte le fasi che vanno dall'apertura della pratica fino all'espletamento del servizio.

Le prenotazioni si possono effettuare di persona o telefonicamente tutti i giorni, dal lunedì al venerdì, dalle 08:00 alle ore 13:00 e dalle ore 15:00 alle ore 19:00, il sabato dalle ore 09:00 alle ore 13:00.

### Ricovero in R.S.A.

Per i Ricoveri in R.S.A. per disabili adulti al momento della disponibilità e prima dell'esecuzione del trattamento, l'assistito o il Legale rappresentante, munito di valido documento di riconoscimento deve presentare la documentazione clinica, dichiarare i dati anagrafici ed apporre la firma in calce ai Moduli per il trattamento dei dati, Consenso, prestazioni mediche d'urgenza e/o ricovero, uscite del ricoverato.

Al momento dell'accettazione e prima dell'esecuzione del ricovero, il legale rappresentante deve impegnarsi a versare la quota della retta mensile a suo carico se dovuta, così come prevista dalla normativa sui L.E.A. (livelli essenziali di assistenza)

All'arrivo del paziente/ospite presso la *R.S.A. San Vincenzo* l'O.S.A. provvede all'accoglienza in reparto.

La Direzione Sanitaria responsabile in base:

- alla pregressa documentazione clinica;
- alla valutazione clinica presente al momento del ricovero
- al progetto terapeutico individuale
- al progetto socio-sanitario personalizzato individuale
- al programma riabilitativo

predispone l'intestazione della Cartella Clinica, ossia la registrazione dei dati anagrafici, anamnestici, esame obiettivo generale e per apparati e la diagnosi di ingresso.

Nel Diario Clinico il medico annota la terapia e la dieta che il paziente deve seguire, e la richiesta di eventuali altri esami e/o consulenze di prima istanza.

L'infermiere provvede a rilevare i parametri clinici standard del paziente (curva termica, diuresi, feci, pressione arteriosa ecc.) e a registrarli su appositi moduli.

Il Direttore Sanitario e/o il medico addetto effettua il giro visita dei pazienti e provvede all'aggiornamento del Diario Clinico di ciascun paziente/ospite, laddove necessario.

Il Direttore Sanitario e/o il medico addetto, sulla base delle prescrizioni terapeutiche effettuate, provvede alla compilazione del "Foglio Terapia" e gli infermieri provvedono all'aggiornamento del Registro consegne per gli infermieri, in cui annotano i principali compiti da svolgere.

L'equipe medica della Struttura pianifica gli interventi ed entro i primi trenta giorni dall'inserimento, provvede a redigere un programma d'intervento individuale definitivo.

### **9.3 Accoglienza**

La funzione relativa all'accoglienza è garantita da personale qualificato che opera all'interno della Direzione Sanitaria in grado di:

- Instaurare una relazione con ospite/paziente ed ai suoi familiari al fine di limitare i suoi disagi per metterlo in grado di esprimere i suoi bisogni e di accedere alle prestazioni nel miglior modo possibile;
- Curare l'accoglienza dell'utente/paziente ed ai suoi familiari, soprattutto per quanto attiene i ricoveri, aiutandolo a risolvere i problemi inerenti i servizi erogati all'interno della Struttura;

### **9.4 Accettazione Amministrativa**

La struttura garantisce l'accessibilità all'ufficio accettazione amministrativa, dove l'utente/ospite o un delegato si recherà per il disbrigo delle necessarie pratiche amministrative.

### **9.5 Modalità di Pagamento**

La Struttura opera in regime di convenzione con l'ASL NA 2 Nord, pertanto per i Sig.ri pazienti/ospiti della R.S.A. è prevista una compartecipazione alla spesa ( come stabilito dalla legge sui L.E.A.) da parte dell'utente e/o comune.

Gli utenti del Centro di Riabilitazione non sono tenuti, per i trattamenti riabilitativi ambulatoriali e/o domiciliari, ad alcun esborso di denaro.

### **9.6 Visitatori**

I visitatori sono benvenuti. Gli orari di visita, legati ovviamente alle esigenze di servizio e alle attività mediche terapeutiche e di assistenza alla persona, sono i seguenti:

| ORARIO PER LE VISITE |                         |                         |
|----------------------|-------------------------|-------------------------|
| Giorni Feriali       | Dalle ore 10:00 – 12:00 | Dalle ore 15:00 – 17:30 |
| Giorni Festivi       | Dalle ore 10:00 – 12:00 |                         |

Per qualsiasi esigenza particolare il/i visitatore/i potrà rivolgersi all'Assistente Sociale che può concedere permessi di visita autorizzati dal Direttore Sanitario.

Per non arrecare disturbo agli altri pazienti/ospiti, invitiamo ad evitare il più possibile rumori a parlare a bassa voce, durante l'orario di visita ed eventualmente a moderare il volume della radio e della televisione.

## **9.7 Dimissioni**

La dimissione del paziente può avvenire per:

- dimissione con data prevista dal progetto sociosanitario personalizzato
- dimissione autorizzata dai Sanitari;
- dimissione volontaria del paziente/ospiti;
- trasferimento in altra struttura;
- sopraggiunta incompatibilità assistenziale;
- decesso.

Quando il medico giudica che il paziente/ospite può essere dimesso, ne da comunicazione alla Segreteria qualche giorno prima, il giorno previsto effettua l'ultima visita di controllo e redige il "Foglio dimissione" con i consigli terapeutici e dietetici che il paziente deve continuare altrove.

La segreteria avvisa i familiari per la "consegna" del paziente/ospite.

## **9.8 Cartella Clinica**

Se il paziente/ospite ed i suoi familiari ha necessità di avere una copia di cartella clinica dovrà farne richiesta al momento della dimissione al SRP compilando l'apposito modulo. La consegna avverrà entro 15 giorni al costo di 10 EURO.

La documentazione clinica potrà essere ritirata dopo la dimissione anche da persona delegata per iscritto, che dovrà consegnare copia fotostatica di documento d'identità del paziente debitamente firmata.

## **10. I Servizi**

### **TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI FORNITE**

A) R.S.A. per disabili:

- a. RICOVERO A TEMPO PIENO
- b. CENTRO SOCIO EDUCATIVO

B) CENTRO DI RIABILITAZIONE AMBULATORIALE

Le attività ambulatoriale comprendono:

- LOGOPEDIA individuale e di gruppo
- PSICOMOTRICITÀ,
- FISIOKINESITERAPIA,
- TERAPIA OCCUPAZIONALE,
- PSICOTERAPIA individuale e familiare

## **10.1 Servizi per la salute**

All'interno della R.S.A. è presente un'equipe multidisciplinare, composta da Medici, Psicologi, Assistente sociale, Infermieri, Terapisti della Riabilitazione, Educatori e Animatori.

L'assistenza infermieristica è garantita da infermieri regolarmente iscritti all'Ordine Professionale.

Punto di forza della R.S.A. è infatti l'assistenza sanitaria: i pazienti/ospiti vengono seguiti giorno per giorno assiduamente da una Equipe medica interna che ne cura la terapia medica e lo stile di vita, approntando per ciascuno di essi una Cartella Clinica che aggiorna periodicamente.

La RSA San Vincenzo è organizzata e diretta da personale qualificato e da medici specialisti e ciò garantisce un servizio efficiente per curare e preservare la salute degli ospiti.

L'attività di fisioterapia e riabilitazione viene svolta da una equipe di medici specialisti in Fisiatria e fisioterapisti in possesso dello specifico diploma.

La terapia occupazionale ha valenza riabilitativa ed è fondamentale perché il soggetto possa attivare tutte le sue potenzialità di autonomia, comunicazione, socializzazione, per il mantenimento delle autonomie residue e per prevenire possibili involuzioni.

Tra le svariate tipologie di intervento attivate, risultano particolarmente originali i training di riattivazione cognitiva ed affettivo relazionale prodotti dal lavoro sinergico tra la psicologa e l'educatrice professionale della struttura.

Il programma di stimolazione cognitiva si prefigge di potenziare le abilità neuropsicologiche che risultano relativamente preservate dal deterioramento cognitivo.

L'intervento mira da una parte a contrastare la progressiva compromissione delle abilità residue e, dall'altra, a favorire i meccanismi di compensazione nei confronti delle funzioni lese.

Il training viene adattato alla tipologia ed al livello di compromissione di ciascun soggetto in modo che gli esercizi non siano né eccessivamente facili, tali da non indurre alcuna forma di stimolazione, né tanto difficili da risultare frustranti.

Questo addestramento neuropsicologico si rivolge ad un ampio ventaglio di ospiti, dagli anziani normali che presentano una mera smemoratezza benigna ai pazienti/ospiti affetti da grave demenza. Tale programma prevede una valutazione neuropsicologica pre e post intervento, al fine di monitorare i risultati prodotti dal training.

Infine, l'attività di animazione si integra con le attività sanitarie e assistenziali per promuovere e mantenere nell'ospite l'interesse per una socialità viva e positiva. Infatti durante l'anno a cadenza bimestrale, in collaborazione con gli Enti Comunali preposti, i Servizi Sociali e le Associazioni di Volontariato si organizzano feste a tema (es. feste natalizie, pasquali, di primavera, di fine estate ecc.) nel corso delle quali gli ospiti vengono coinvolti in attività ricreative e musicali, gite al mare ed in montagna.

## **10.2 Percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale**

La RSA San Vincenzo esegue un'attività di progettazione assistenziale dedicata al singolo paziente.

Il progetto prevede:

- la terapia educativa;
- la programmazione-prescrizione del programma nutrizionale;
- la prevenzione delle malattie;
- la gestione delle patologie e delle complicanze delle patologie croniche.

La pianificazione delle attività della RSA avviene tramite l'elaborazione dei seguenti documenti: la Cartella Clinica ed il Programma di intervento individuale.

Il Piano di intervento individuale raccoglie in un unico documento le informazioni di pianificazione e programmazione temporale dell'iter terapeutico ed è allegato alla Cartella Clinica e contiene almeno i seguenti aspetti:

- individua i problemi e gli obiettivi attesi;
- tiene conto in maniera globale dei bisogni, delle preferenze del paziente/ospite (e/o dei suoi familiari, quando è necessario), dei problemi di salute, disabilità e dei fattori contestuali, personali e familiari;
- stabilisce la durata presumibile e l'intensità del programma di intervento;
- definisce le azioni e gli interventi (diagnostici, terapeutici, riabilitativi, assistenziali, protesici, di socializzazione, ecc.);
- la frequenza e la durata degli accessi in caso di assistenza semi-residenziale.

La Cartella Clinica indica inoltre gli eventuali riesami dell'iter terapeutico e le altre attività di verifica e validazione che i medici della Struttura ritengono necessari per assicurare il raggiungimento degli specifici obiettivi qualitativi e/o il rispetto delle relative prescrizioni dei pazienti.

## **10.3 Sviluppo del progetto assistenziale**

Sulla base degli obiettivi da raggiungere a breve, a medio ed a lungo termine definiti dal progetto assistenziale, il Responsabile Sanitario definisce il piano terapeutico.

## 11. Servizi di Supporto

1 - Servizio di ristorazione: quotidianamente vengono preparati nella cucina della struttura, sottoposta a ripidi controlli sanitari, i piatti di colazione, pranzo, cena, da personale qualificato. La struttura ha diete approvate dall'ASL. Ogni paziente segue una dieta personalizzata a seconda della propria specifica patologia (es. malattia diabetica, ipertensione arteriosa ecc.).

|                  |
|------------------|
| ORARIO DEI PASTI |
|------------------|

|           |             |
|-----------|-------------|
| Colazione | 08:00/09:00 |
| Pranzo    | 12:00/13:00 |
| Cena      | 18:00/19:00 |

2 - Servizio religioso: nei giorni festivi viene celebrata la Santa Messa.

3 - Servizio di pulizia: il servizio di pulizia è interno.

4 - Servizio di lavanderia/guardaroba: il lavaggio e la distribuzione della biancheria da letto, da bagno e del tovagliato viene effettuata da una ditta con appalto esterno; per i capi personali è attiva una lavanderia interna ed un servizio guardaroba.

5 - Servizio di barbiere/parrucchiere/podologo a pagamento: per gli uomini è previsto l'accesso almeno tre volte la settimana del barbiere per le barbe e un taglio di capelli al mese, per le donne un taglio di capelli al mese.

Per ogni ospite è previsto almeno un accesso del podologo.

6 - Trasporto: per il trasporto dei disabili in regime di semiconvitto il Centro mette a disposizione delle famiglie i propri pulmini attrezzati. E' predisposto apposito percorso previa autorizzazione scritta.

7 - Gite fuori porta: per gli ospiti si organizzano passeggiate durante la settimana e gite a tema durante l'anno.

### **Sezione 3 – Standard di Qualità, Impegni e Programmi**

#### **12. Standard di Qualità**

La Carta dei servizi, costituisce l'impegno formale che la struttura assume nei confronti dei propri utenti, attraverso il rispetto dei seguenti standard di qualità:

- gestione delle liste di attesa;
- brevità tempi di attesa tra l'ingresso alla struttura e l'erogazione delle prestazioni;
- raccolta, controllo ed aggiornamento dei protocolli diagnostico-terapeutici;
- raccolta delle autorizzazioni del paziente al trattamento dei dati personali per fini sanitari;
- segnaletica chiara e disponibilità di opuscoli informativi;
- manutenzione delle attrezzature elettromedicali e sanitarie con verifiche integrali mensili e verifiche giornaliere secondo procedura;
- semplicità delle procedure di reclamo e risposta entro 15 giorni;
- formazione ed aggiornamento periodico del personale;
- Impiego di risorse umane adeguatamente addestrate;
- esecuzione dei controlli di qualità interni ed esterni così come pianificato;
- rilevazione della soddisfazione dell'utenza tramite modulo di soddisfazione allegato alla presente carta dei servizi e loro analisi con obiettivo dell'85%:

#### **13. Verifica per il rispetto degli standard di qualità**

Per ciascuno degli standard descritti, la Direzione adotta rispettivamente i seguenti strumenti:

- Verifiche periodiche da parte del Responsabile Gestione Qualità;
- Verifica sistematica da parte della Direzione della raccolta firme per autorizzazione al trattamento dei dati personali;
- Verifica sistematica da parte del direttore sanitario dell'esecuzione dei controlli pianificati;
- Pianificazione delle attività di formazione e registrazione delle stesse.;
- Verifica sistematica da parte della Direzione della soluzione dei reclami ricevuti.;
- Pianificazione e registrazione degli interventi di manutenzione e taratura.

#### **14. Politica della Qualità**

La struttura si pone come obiettivo fondamentale quello di ottenere la piena soddisfazione dell'utente/ospite attraverso l'offerta di servizi, capaci di soddisfare in pieno quelli che sono i bisogni espressi ed impliciti dell'utente/ospite.

A tal fine, grande importanza viene data alla fase di riesame del contratto ossia nel momento di definizione con l'utente/ospite delle caratteristiche e dei requisiti del servizio da prestare; tutti processi gestiti in qualità, nonché nel rispetto delle norme vigenti in materia di sicurezza ed igiene del lavoro (D.Lgs. 81/2008).

La Direzione è consapevole di operare in un campo in cui:

- è necessario pianificare, gestire e controllare tutte le attività sanitarie per garantire all'Utente un servizio efficiente, professionalmente valido;
- i bisogni dell'utente/ospite sono particolarmente importanti e critici;
- vi è una continua evoluzione delle normative di riferimento specifiche e conseguentemente una necessità di adeguamento costante;
- un'attività gestionale efficace ed efficiente costituisce un valido strumento di competitività rispetto al settore pubblico ha istituito un Sistema di Gestione per la Qualità in conformità alla norma UNI EN ISO 9001:2015.

Il Centro San Vincenzo ha puntato molto alla soddisfazione dell'Utenza, offrendo la massima disponibilità e competenza e coccolando l'Utente. Infine provvede all'addestramento continuo di tutto il personale al fine di elevare le competenze professionali dei suoi operatori.

La Direzione ritiene che l'adozione di un Sistema di Gestione per la Qualità sia uno strumento efficace per il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Soddisfare l'utente/ospite e determinarne la misura;
- Migliorare la qualità del servizio reso;
- Aumentare l'utenza del Centro;
- Fidelizzare l'Utente;

### **15. Obiettivi per il miglioramento della qualità**

Con cadenza annuale la Direzione in sede di riesame del Sistema Gestione Qualità e di piano delle attività, definisce gli obiettivi di miglioramento per la qualità ed eventuali obiettivi strategici il cui perseguimento viene verificato secondo quanto stabilito nel rapporto di riesame.

Ogni 4 anni la Direzione si configura gli obiettivi strategici generali.

Gli Utenti hanno la possibilità di consultare su richiesta la sezione obiettivi di miglioramento del Rapporto di riesame.

## **Sezione 4 – Diritti e Doveri del Paziente – Meccanismi di Tutela e Verifica**

### **16. Diritti e Doveri del Cittadino**

Il Centro si attiene ai sotto-indicati documenti ed elaborati delle normative di Diritto Internazionale:

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

### **I DIRITTI DEL PAZIENTE O CHI PER ESSO**

1. Il paziente/ospite ha diritto di essere assistito e curato con premura ed attenzione, nel rispetto della dignità umana e delle proprie convinzioni filosofiche e religiose.
2. Il paziente/ospite ha diritto di ottenere dal Centro San Vincenzo informazioni relative alle prestazioni dalla stessa erogate, alle modalità di accesso ed alle relative competenze. Lo stesso ha il diritto di poter identificare immediatamente il personale della struttura.
3. Il paziente/ospite ha diritto di ottenere dal personale sanitario di competenza informazioni complete e comprensibili in merito alla diagnosi della malattia, alla terapia proposta e alla relativa prognosi.
4. Prima dell'erogazione del servizio, il paziente/ospite o chi per esso ha diritto di ricevere le notizie che gli permettano di esprimere un consenso effettivamente informato; dette informazioni debbono concernere anche i possibili rischi o disagi conseguenti al trattamento. Ove il personale sanitario raggiunga il motivato convincimento dell'inopportunità di una informazione diretta, la stessa dovrà essere fornita, salvo espresso diniego del paziente/ospite, ai familiari o a coloro che esercitano potestà tutoria.
5. Ha diritto di ottenere che i dati relativi alla propria malattia ed ogni altra circostanza che lo riguardino, rimangano segreti.
6. Ha diritto di esprimere reclami che debbono essere sollecitamente esaminati, ed essere tempestivamente informato sull'esito degli stessi

### **I DOVERI DEL (UTENTE/OSPITE) O CHI PER ESSO**

1. L'ospite/utente è invitato ad avere un comportamento responsabile in ogni momento, nel rispetto e nella comprensione dei diritti degli altri ospiti, con la volontà di collaborare con il personale della struttura in cui si trova.
2. E' dovere di ogni ospite/utente di informare tempestivamente i sanitari sulla propria intenzione di rinuncia, secondo la propria volontà, a cure e prestazioni sanitarie programmate affinché possano essere evitati sprechi di tempi e risorse.
3. L'ospite/utente è tenuto al rispetto degli ambienti, delle attrezzature e degli arredi che si trovano all'interno del Centro San Vincenzo ritenendo gli stessi patrimonio di tutti e quindi anche propri.
4. Il ospite/utente è chiamato al rispetto degli orari delle visite stabiliti dalla struttura, al fine di permettere lo svolgimento della normale attività sanitaria e assistenziale. Nella considerazione di essere parte di una comunità, è opportuno evitare qualsiasi comportamento che possa creare situazioni di disturbo o disagio agli altri.
5. L'organizzazione e gli orari previsti nel Centro San Vincenzo nella quale si accede, devono essere rispettati in ogni circostanza. Le prestazioni sanitarie richieste in tempi e modi diversi determinano un notevole disservizio per tutta l'utenza.
6. È opportuno che i ospiti/utenti ed i visitatori si spostino all'interno della struttura utilizzando i percorsi riservati ad essi, raggiungendo direttamente le sedi di loro stretto interesse.
7. E' dovere dell'ospite/utente di adeguarsi alle regole ed alle disposizioni vigenti nel Centro San Vincenzo al fine di rendere più efficace l'attività del personale addetto alla sua cura e rendere più confortevole la sua permanenza insieme a tutti coloro che condividono la sua esperienza di Ospite/Utente.
8. L'ospite/utente ha diritto ad una corretta informazione sull'organizzazione della struttura, ma è anche un suo preciso dovere informarsi nei tempi e nelle sedi opportune.
9. E' dovere dell'ospite/utente rispettare il divieto di fumare, disciplinato da apposita legge e condiviso da tutti gli operatori del Centro.

## **17. Regolamento**

Le norme che seguono sono indispensabili a tutela della qualità della istituzione (Centro diurno e/o RSA) e del rispetto dovuto a tutte le diverse famiglie e agli operatori della struttura.

Il responsabile diretto dell'assistito, socio o non socio della O.N.L.U.S. "Associazione Familiari Subnormali e Minorati Psicici RSA San Vincenzo" Coop. Sociale, DEVE RISPETTARE E FAR RISPETTARE le norme che seguono ed è personalmente responsabile nei confronti del Centro di Riabilitazione "Casa di Cura San Vincenzo" dell'osservanza delle stesse, anche per conto dei familiari e delle persone che a qualsiasi titolo abbiano per suo conto rapporti con il Centro stesso.

### **• RAPPORTI DEI FAMILIARI CON IL PERSONALE**

**Ai familiari e/o loro demandati è TASSATIVAMENTE VIETATO DARE ORDINI DISPOSIZIONI O FARE RICHIAMI DIRETTAMENTE AL PERSONALE. Ogni rilievo e/o suggerimento va fatto, precisando tutte le opportune circostanze, all'Amministrazione, al Direttore Sanitario e/o al Medico Responsabile per iscritto nell'apposito registro in Segreteria o per lettera raccomandata AR inviata al Presidente dell'Associazione.**

### **• VISITE, USCITA E RIENTRO DEGLI ASSISTITI**

- a) **Il familiare responsabile diretto o il tutore, all'atto dell'inizio trattamento in regime di ricovero o di semiconvitto dell'assistito, deve indicare in un apposito modulo e sotto la sua responsabilità le persone che possono visitare e/o accompagnare l'assistito; ogni eventuale variazione va tempestivamente comunicata all'Amministrazione tramite lettera raccomandata AR o raccomandata consegnata a mano.**
- b) **I FAMILIARI NON POSSONO ACCEDERE AI REPARTI SENZA PREVENTIVA E MOTIVATA AUTORIZZAZIONE del personale di turno, comunque è vietato l'accesso nei reparti durante la consumazione dei pasti.**
- c) **Il familiare o la persona autorizzata che accompagna l'assistito, al momento dell'uscita o del rientro, è tenuto alla compilazione in ogni sua parte dell'apposito modello e/o del registro uscite-rientro custoditi presso la Medicheria.**

ORARIO USCITA E RIENTRO DEGLI OSPITI RICOVERATI: dalle ore 9:30 alle ore 18:00

ORARIO VISITE AGLI OSPITI RICOVERATI: dalle ore 10:00 alle 12:00 e dalle ore 15:00 alle 17:30 di tutti i giorni, esclusi i pomeriggi domenicali e festivi

**Rispettare gli orari delle visite non trattenendosi oltre il periodo fissato.**

### **• DIVIETI**

- 1. È assolutamente vietato introdurre medicinali, cibi e/o bevande, senza il consenso della Direzione sanitaria.
- 2. Fumo : è severamente VIETATO FUMARE all'interno della struttura.
- 3. È proibito assolutamente l'uso di fornelli elettrici, macchine da caffè, ferri da stiro e sciorinare biancheria.
- 4. È vietato introdurre animali nel Centro.

### **18. Gestione del Reclamo/Suggerimento/miglioramento**

La qualità dei propri servizi, intesa come rispetto delle aspettative dell'Utente o chi per esso, viene monitorata dal Centro attraverso un'attenta gestione del reclamo o suggerimento o del miglioramento

Ai sensi dell'art. 14 comma 5 del D.L. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, l'ospite/utente può esercitare il proprio diritto, presentando osservazioni, opposizioni o reclami, entro 15 gg, dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento contro cui voglia opporsi, in uno dei seguenti modi:

- Modulo di reclamo compilato e consegnato in accettazione o all'Assistente Sociale
- Lettere in carta semplice, indirizzata e inviata alla Direzione Sanitaria.
- Colloquio con il Direttore Sanitario o suo delegato.
- Telefonicamente

Sono disponibili infatti nelle aree di attesa dei moduli dedicati, la cui compilazione permette di evidenziare eventuali anomalie o disservizi.

### **19. Rilevazione del Grado di Soddisfazione dell'ospite o del suo legale rappresentante**

All'ospite o suo legale rappresentante viene consegnato almeno annualmente un breve questionario che consentirà di esprimere il proprio giudizio sulla permanenza nella struttura. Il questionario sarà ANONIMO.

Preghiamo pertanto di compilarlo con estrema attenzione in quanto le indicazioni saranno utili per migliorare la qualità dei nostri servizi. Il questionario dovrà essere depositato nell'apposita cassetta. L'assistente sociale, in caso di difficoltà potrà collaborare, su richiesta dell'utente alla compilazione dello stesso.

## 20. Tutela della Privacy

Informativa Decreto legislativo n. 196 del 30 giugno 2003

Gentile Signore/a, desideriamo informarla che il decreto legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 garantisce che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità delle persone fisiche, con particolare riferimento alla riservatezza e all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali (art. 2).

Ai sensi dell'Art. 13 del Decreto Legislativo predetto, Le forniamo quindi le seguenti informazioni:

- a) Il trattamento dei dati è inerente all'utilizzo degli stessi in ambito sanitario ed ha le seguenti finalità: prestazioni sanitarie di diagnosi e cura in regime di degenza e ambulatoriale. Esso sarà effettuato unicamente con logiche e forme di organizzazione dei dati strettamente correlati agli obblighi, ai compiti, ed alle finalità di cui art. 1 e 2 del Decreto legislativo 196/2003 e secondo le modalità di trattamento indicate all'art. 11 del Decreto.
- b) Il trattamento di dati personali (art. 23) da parte di privati o di enti pubblici economici è ammesso solo con il consenso espresso dell'interessato. Il consenso può riguardare l'intero trattamento ovvero una o più operazioni dello stesso. Il consenso è validamente prestato solo se è espresso liberamente e specificamente in riferimento ad un trattamento chiaramente individuato, se è documentato per iscritto, e se sono state rese all'interessato le informazioni di cui all'articolo 13. Il consenso è manifestato in forma scritta quando il trattamento riguarda dati sensibili.
- c) Il conferimento dei dati è obbligatorio e il loro eventuale mancato conferimento comporta l'impossibilità di trattare i dati personali;
- d) I dati personali idonei a rivelare lo stato di salute possono essere resi noti all'interessato o ai soggetti di cui all'articolo 82, comma 2, lettera a), da parte di esercenti le professioni sanitarie ed organismi sanitari, solo per il tramite di un medico designato dall'interessato o dal titolare. Il presente comma non si applica in riferimento ai dati personali forniti in precedenza dal medesimo interessato. Il titolare o il responsabile possono autorizzare per iscritto esercenti le professioni sanitarie diversi dai medici, che nell'esercizio dei propri compiti intrattengono rapporti diretti con i pazienti e sono incaricati di trattare dati personali idonei a rivelare lo stato di salute, a rendere noti i medesimi dati all'interessato o ai soggetti di cui all'articolo 82, comma 2, lettera a). L'atto di incarico individua appropriate modalità e cautele rapportate al contesto nel quale è effettuato il trattamento di dati.
- e) Titolare del trattamento dei dati è la *R.S.A. – Centro di Riabilitazione San Vincenzo*, nella persona del Responsabile sig.ra De Rosa Fernanda.

## 21. Condivisione

La presente Carta dei Servizi è stata inviata e sottoposta alle categoria professionali (ASPAT) Alla stesura ha collaborato tutto il personale del Centro.

## **22 Lista d'attesa**

Il Centro opera nel rispetto delle indicazioni di contenimento delle liste di attesa del Piano regionale in accordo con la DGRC 271/2012 "Piano Regionale per il Governo delle liste d'attesa 2010-2012 e con la DGRC 170/2007 "Piano Regionale Contenimento Tempi di Attesa"

In accettazione è gestita la lista di attesa qualora non vi sia disponibilità immediata di terapeuta e orari e posti per RSA.

Il paziente che si presenta al Centro con la prescrizione è inserito in archivio per branca di trattamento in ordine cronologico. Appena si libera un orario il paziente tolto dalla lista d'attesa e viene inserito come nuovo paziente e l'ufficio amministrativo gli rilascia la disponibilità. Il paziente ritorna con l'impegnativa ASL ed è inserito in trattamento.

Le priorità sono assegnate dalla Direzione Sanitaria in base:

- cronologia di arrivo
- esigenza di completamento del trattamento quando lo stesso paziente deve essere sottoposto a più aree di intervento.

IL PRESIDENTE

***Dott.ssa Maria Teresa Lupoli***