



S.R.P. 3.1

**STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA PER INTERVENTI
SOCIO-RIABILITATIVI**

IL BAGLIO

Via Badano, 23
Sassello (SV)

Direttore Sanitario: Dott. Dario Nicora specializzato in Psichiatria

SOMMARIO

- 1. Significato e funzione della carta dei servizi**
- 2. Definizione del servizio**
- 3. La struttura – dove siamo**
 - *Orario visite*
 - *Contatti e riferimenti*
- 4. Obiettivi e finalità**
- 5. Strumenti e metodi**
- 6. Attività e servizi accessori**
- 7. Composizione dell'Equipe**
- 8. Accoglienza e Dimissioni**
 - *Lista di attesa*
- 9. Mission, Vision e Politica della qualità**
- 10. Indicatori di qualità sull'erogazione del servizio**
- 11. Reclami e tutela dell'ospite**
- 12. I diritti degli ospiti**

1. SIGNIFICATO E FUNZIONE DELLA CARTA DEI SERVIZI

La Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27/01/94, "Principi sull'erogazione dei servizi pubblici", individua:

- principi che devono regolare i rapporti tra gli enti erogatori di servizi ed i cittadini
- i relativi strumenti di attuazione: adozione di standard, semplificazione delle procedure, informazioni e rapporti con gli utenti, dovere di valutazione della qualità dei servizi, reclami e rimborsi

L'insieme di questi provvedimenti costituisce la "Carta dei servizi", che, in estrema sintesi, rappresenta un sistema di garanzia di qualità del servizio, attuato con la partecipazione ed il controllo dei cittadini.

In questo documento, che si uniforma alle disposizioni del DPCM del 19/05/95 ed alle "Linee guida del Ministero della Sanità n. 2/95", la Struttura presenta gli standard operativi e qualitativi, che garantisce nell'erogazione del servizio.

Per la realizzazione di questo obiettivo abbiamo provveduto a:

- adottare gli standard di quantità e di qualità del servizio di cui assicuriamo il rispetto
- pubblicizzare e verificare il grado di soddisfazione tra gli utenti, attraverso il modello dell'analisi partecipata della qualità (APQ)
- garantire al Cittadino azioni correttive nei casi in cui sia possibile dimostrare che il servizio reso è inferiore agli standard assicurati
- adeguarci alla Legge Gelli – Bianco in materia di sicurezza delle cure e responsabilità professionale, descrizione della posizione assicurativa:

N.ro polizza	Periodo di vigenza	Compagnia	Tipologia di rischio coperto
50 52675HT	dal 16/03/2026 al 31/12/2027	SARA ASSICURAZIONI S.p.A.	RCT: € 7.500.000,00 per sinistro, sinistro in serie per periodo assicurativo RCO: € 7.500.000,00 per sinistro, persona e periodo assicurativo

Pertanto, la Carta dei servizi è da interpretare in chiave dinamica, soggetta a continui momenti di verifica, miglioramenti ed integrazioni.

I principi fondamentali che ne hanno ispirato la creazione sono:

Eguaglianza ed imparzialità: nessuna discriminazione è compiuta per motivi riguardanti il sesso, la razza, la lingua, la religione e le opinioni politiche

Rispetto: gli utenti sono assistiti e trattati con premura, cortesia ed attenzione nel rispetto della persona e della sua dignità

Continuità: l'erogazione del servizio, nell'osservanza delle modalità operative, è continua, regolare e senza interruzioni

Diritto di scelta: l'Utente ha diritto di prendere liberamente decisioni, compatibilmente con il suo quadro psicologico, in merito ai trattamenti proposti dai sanitari

Partecipazione: la partecipazione del Cittadino è garantita attraverso l'accesso alle informazioni sanitarie, la possibilità di presentare reclami o suggerimenti e la rilevazione periodica sulla qualità del servizio fruito

Efficienza ed efficacia: il servizio è erogato in modo da garantire l'efficienza e l'efficacia delle azioni intraprese volte a fornire prestazioni sociosanitarie educative sempre aggiornate dal punto di vista

2. DEFINIZIONE DEL SERVIZIO

Il Baglio è una struttura residenziale psichiatrica per interventi socioriabilitativi costituita da tre nuclei: A, B e C, destinato a persone di esclusiva competenza psichiatrica per un proseguimento del programma di trattamento a maggior gradiente assistenziale. Le prestazioni sono inserite nell'ambito di programmi di trattamento intensivo riabilitativo volti al miglioramento delle competenze personali e sociali del paziente.

I servizi erogati nella Struttura sono quindi studiati con particolare attenzione ai bisogni non solo sanitari, ma anche sociali, relazionali, culturali e riabilitativi del paziente psichiatrico, in accordo con i più recenti orientamenti che riconoscono la tutela della persona con patologia psichiatrica come una priorità ed un dovere di tutta la popolazione; offrendo la possibilità "di partecipare appieno alla vita della comunità e della famiglia secondo le modalità da loro scelte e alle quali hanno diritto".

Più nello specifico, il lavoro degli operatori è volto a stimolare la sfera delle autonomie residue dell'ospite, con l'obiettivo fondamentale di "aiutare la persona ad aiutarsi", stimolandola al mantenimento e al recupero delle proprie abilità psico-fisiche e alla riscoperta delle proprie potenzialità latenti, senza sostituirsi a lei in qualsiasi mansione.

3. LA STRUTTURA – dove siamo

Il presidio si trova a Sassello, in Via Badano 23, inserito nel Parco naturale regionale del Beigua e attraversato dal torrente Erro, è meta di villeggiatura estiva per il suo clima relativamente fresco in estate.

Trovandosi in paese, la locazione idonea per la fruizione di tutti i servizi e assicura l'integrazione dei pazienti con la comunità locale, favorendo la creazione ed il consolidamento di una rete sociale interna ed esterna. È facilmente raggiungibile dall'uscita dell'autostrada di Albisola (4 Km) per chi arriva dalla zona del levante, e dall'uscita dell'autostrada di Savona (6 km) per chi arriva dalla zona del ponente e dal Piemonte.

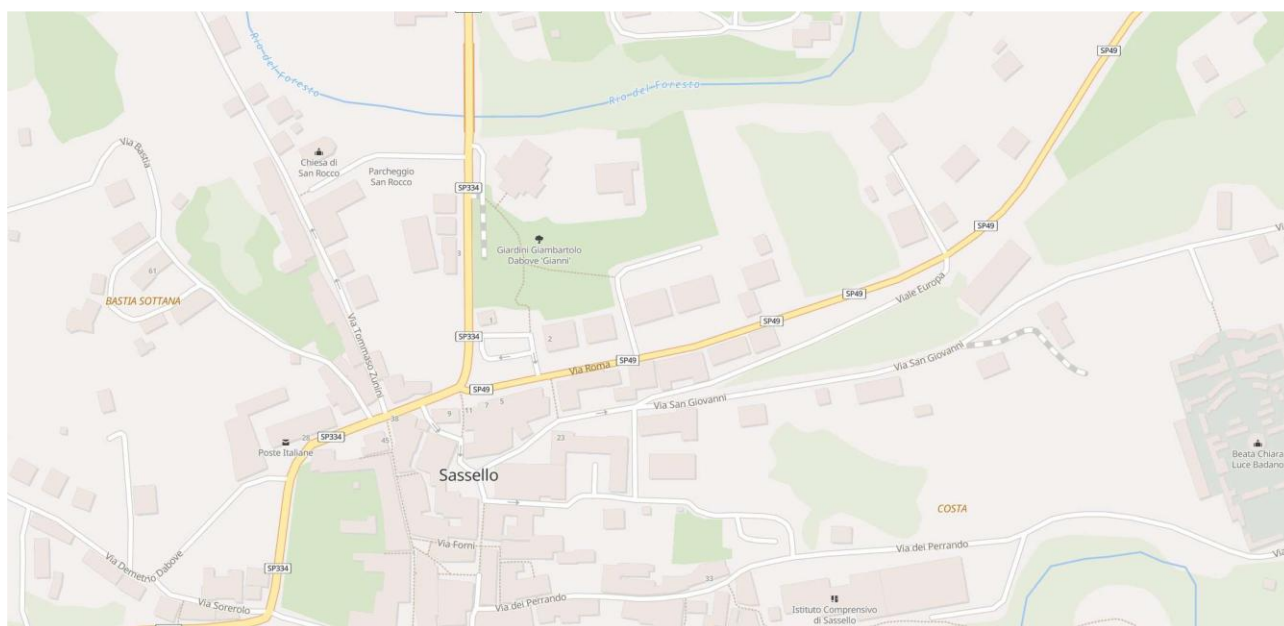
I collegamenti, inoltre, avvengono con il servizio di autobus o tramite linea ferroviaria (stazione di Albisola o Savona).

La struttura è composta da tre moduli abitativi collocati nell'Ala B dell'“**Ospedale Sant'Antonio**”, può ospitare 8 persone per modulo per un totale di 24 pazienti.

Ogni modulo è composto da soggiorno, 3 camere doppie e 2 camere singole con servizi in camera, due servizi igienici per disabili, uno studio operatori con armadio farmaci, uno studio colloqui, un deposito. Vi sono camere con terrazzo, un grande giardino ed il locale lavanderia.

Gli spazi abitativi si caratterizzano da un lato per un design che ne esalta il comfort e la vivibilità, dall'altro sono volti a garantire la più completa privacy degli ospiti.

La SRP 3.1 non è istituzionalmente connotata, ma fornisce un ambiente in grado di riproporre la naturalità della famiglia, seppure allargata, una struttura aperta in cui gli ospiti sono coinvolti, ed in un certo senso immersi, nella vita quotidiana di una casa normale.



- **Orario visite**

L'accesso alla struttura è consentito tutti i giorni in orario diurno secondo l'orario esposto all'ingresso.

Orari di apertura per visite:

dalle 9:30-11:30 e dalle 14:30-17:30

È vietato l'ingresso nelle camere di degenza, durante le attività sanitarie e/o assistenziali; durante il riposo degli ospiti e qualora vi sia una precisa indicazione del Direttore Sanitario.

- Contatti e riferimenti

Coordinatrice di struttura: Dott.ssa Demetra Piccardo - baglio@redancia.net

Direttore Sanitario: Dott. Dario Nicora - baglio@redancia.net

Tel. 019 / 8770086

Mail: baglio@redancia.net - Sito: <https://www.grupporedancia.it/jet31/il-baglio/>

4. OBIETTIVI E FINALITÀ

Il progetto "IL BAGLIO" nasce da una lunga esperienza del gruppo Redancia nella gestione clinica e riabilitativa di pazienti psichiatrici in ambito comunitario e risponde a specifiche esigenze di percorsi residenziali assistiti rivolti a persone giunte ad una fase avanzata del loro reinserimento sociale.

Non si tratta solo di una proposta abitativa e residenziale per pazienti ma piuttosto di un intervento pensato e programmato come "individualizzato, complesso e condiviso".

Il progetto è elaborato sul singolo paziente tenendo conto della sua storia personale e clinica.

La finalità è di rendere i pazienti autonomi nella gestione della casa, di sé stessi e nell'interazione con il contesto esterno.

Gli obiettivi del progetto vengono principalmente perseguiti attraverso vari interventi di carattere medico-farmacologico, psicoterapeutico e psicologico, psicoterapeutico di gruppo, educativo comportamentale e riabilitativo sociale. La verifica del percorso riabilitativo avviene attraverso incontri periodici e regolari tra i referenti, con il servizio competente e con il paziente stesso. Con questo strumento è possibile verificare in itinere la validità degli interventi attuati ed eventualmente apportare modifiche ed aggiustamenti utili all'ottenimento degli obiettivi prefissati, con monitoraggio costante del lavoro svolto e dell'andamento clinico del paziente.

5. STRUMENTI E METODI

Il quadro di riferimento del lavoro clinico nella la SRP 3.1 è il modello integrato del software OYDA SYSTEM che viene adottato da tutte le nostre strutture. Questo integri aspetti di tipo psicodinamico, (evidenziati durante le supervisioni), aspetti farmacologici e aspetti di tipo cognitivo-comportamentale, soprattutto declinati nella gestione della quotidianità.

La finalità è consentire ai pazienti una sempre maggiore autonomia e la naturalità dell'abitare con il supporto dell'operatore che è presente in Struttura nell'arco di tutte le 24 ore.

Lo strumento cardine di intervento sarà la funzione di supporto e di confronto degli operatori.

Si prevederanno, nello specifico, i seguenti interventi:

- medico-farmacologico, con l'individuazione della terapia più adatta con il consenso del paziente
- educativo-comportamentale attraverso la partecipazione alle mansioni quotidiane di vita domestica e il rispetto delle regole

- riabilitativo-sociale, attraverso la partecipazione ai laboratori, alle attività ricreative esterne e alle uscite
- supporto psicologico
- attività organizzative-assembleari: l'assemblea con gli ospiti e gli operatori è il momento centrale della vita della struttura, dove è possibile confrontare ogni singola esperienza. Durante l'assemblea si definiscono:
 - la programmazione organizzativa
 - le attività degli ospiti
 - gli orari
 - le regole
 - le proposte e tutto ciò che riguarda l'intero gruppo

Uno degli strumenti fondamentali di lavoro è la riunione settimanale d'équipe, a cui partecipa l'intero staff di lavoro discutendo i casi clinici, organizzando le attività di gruppo ed individuali, incontrando i servizi referenti.

La riunione d'équipe rappresenta il momento in cui viene condivisa l'esperienza che ciascuno fa con il paziente e i diversi interventi vengono integrati in un unico piano di lavoro coordinato che si traduce in un progetto terapeutico.

6. ATTIVITÀ E SERVIZI ACCESSORI

La vita della struttura è scandita da orari che riguardano l'intero gruppo di ospiti ed il singolo: l'orario di sveglia, dei pasti, delle attività di intrattenimento, formative, delle attività terapeutiche e di riposo.

Tra quelle strutturate le principali sono:

- Attività di autogestione: gli ospiti, con l'aiuto degli operatori curano i propri spazi di vita personali e collettivi, partecipano alle mansioni, si occupano della piccola manutenzione dell'abitazione
- Attività organizzative-assembleari: l'assemblea con gli ospiti e gli operatori costituisce il momento fondamentale della settimana
- Attività sociali: la Comunità non è una struttura chiusa ma si propone di promuovere attività sociali che coinvolgono il territorio, al fine di consentire ai propri ospiti di attivare competenze relazionali e sociali

I principali servizi erogati dalla SRP 3.1 sono di tipo socioriabilitativo ed educativo, tuttavia, trattandosi di una struttura residenziale, offre una serie di servizi di tipo alberghiero, tra cui:

- l'assegnazione di un posto letto in una camera arredata
- servizio di valutazione clinica pre-inserimento
- servizio di mantenimento dei contatti con il servizio inviante e con la famiglia (visite, incontri, telefonate); servizio di mantenimento del posto letto del paziente momentaneamente assente dalla struttura (in caso di ricovero ospedaliero e di permesso temporaneo per rientro a domicilio)
- servizio di lavanderia
- colazione, pranzo, cena

- particolari esigenze alimentari dei pazienti, a fronte di certificazione medica, vengono affrontate con pasti personalizzati

Il servizio di ristorazione collettiva rispetta un rigoroso piano di autocontrollo dell'igiene basato sulle norme HACCP della cooperativa appaltante.

7. COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE

Il personale operante in struttura rispetta i requisiti previsti per l'accreditamento con il Servizio Sanitario Regionale:

- Direttore Sanitario: è il responsabile del modulo sotto il profilo igienico e sanitario, supervisiona a livello organizzativo, strategico e clinico il gruppo di lavoro. È responsabile del case-management con riguardo alla gestione della terapia farmacologica e al monitoraggio clinico. Garantisce la reperibilità psichiatrica e la gestione delle emergenze e urgenze cliniche
- Coordinatore SRP 3.1: coordina organizza e presiede le riunioni di equipe redigendone il calendario. Coordina i rapporti con l'Ente committente e con le agenzie a vario titolo interessate coinvolgendo, ove necessario, altri membri dell'equipe
- Educatore: affianca operativamente il paziente nel percorso terapeutico individuato, nella condivisione della quotidianità e degli atti ad essa legati. Tengono contatti (per le questioni logistiche ed operative), con i familiari degli ospiti e con i loro referenti territoriali. Organizzano le attività terapeutiche riabilitative e ricreative di gruppo
- Infermieri: si occupano della terapia farmacologica e dei processi legati all'approvvigionamento ed alla custodia dei farmaci. Tengono i contatti con il medico di base e con le altre agenzie sanitarie esterne (consulenti medici specialisti, laboratori analisi; in concerto con lo Psichiatra della Comunità).
- OSS: si occupano dell'assistenza di base e dei bisogni primari dei pz in ausilio alle competenze residue degli assistiti, integrandosi nel percorso di assistenza, cura e riabilitazione del pz.

Tutti gli operatori, ciascuno per le proprie competenze, sono inseriti in un progetto di Formazione Permanente continua coordinato e monitorato dal Responsabile delle Risorse Umane.

8. ACCOGLIENZA E DIMISSIONI

La SRP 3.1 eroga prestazioni sociosanitarie a pazienti psichiatrici:

1. In regime di convenzione con il SSN, provenienti dai centri di salute mentale di tutta Italia;
2. in regime privatistico solvente.

La retta viene stabilita in base ai servizi erogati e può comprendere: tutto ciò che riguarda l'assistenza diretta alla persona; gli interventi riabilitativi sanitari e gli aspetti "alberghieri".

Non rientrano nella retta le seguenti spese che rimangono a carico dei pazienti:

- abbigliamento; prodotti per l'igiene personale; spese personali (es. acquisto sigarette, consumazione al bar); acquisto di farmaci e dispositivi medici non coperti dal SSN, eventuali ticket per visite sanitarie specialistiche; visite specialistiche private, soggiorni estivi; attività sportive non comprese in quelle previste dalla Comunità (es. palestra e piscina); spese per ripristino e/o riparazione di eventuali danni causati volontariamente dai pazienti.

Il primo contatto con la struttura deve comunque avvenire attraverso l'invio di una relazione clinica a cura dei servizi invianti e/o dai medici specialisti che operano sul territorio ai Responsabili Sanitario e di Struttura che la esaminano al fine di stabilirne l'idoneità, ossia decide se il caso di specie possa essere trattato in SRP 3.1.

Successivamente, avviene l'incontro di conoscenza reciproca fra il gruppo residente, gli operatori ed il futuro ospite che consente di valutare il grado di consenso del paziente, il quale viene esaurientemente informato sulla vita in struttura, sul regolamento interno e sulla necessità della sua collaborazione.

L'accoglimento definitivo del paziente è soggetto ad inderogabile approvazione amministrativa risultante dalla ricezione della delibera della A.S.L. proponente e dall'assunzione da parte dei familiari dei costi relativi alle spese personali oppure, per il regime di solvenza, al perfezionamento del contratto di ospitalità.

– **Lista di attesa**

La lista di attesa che la struttura gestisce in proprio è sia quella dei pazienti che accedono alla struttura in regime privatistico (solvenza diretta) sia quella dei pazienti provenienti dall'DSM/ASL di appartenenza.

Le richieste di questo genere vengono immediatamente sottoposte al preventivo giudizio di idoneità clinica espresso in modo insindacabile dal Direttore Sanitario, il quale comunica sempre e tempestivamente ai soggetti invianti l'esito di tale valutazione.

Le richieste di inserimento idonee vengono archiviate dal Direttore Sanitario in ordine cronologico di arrivo. Quando si libera un posto letto al fine di contattare il possibile candidato o il CSM di competenza, si rispetta l'ordine di arrivo della richiesta di inserimento archiviata.

Il Direttore Sanitario riesamina il caso specifico accertandosi che sia ancora valida l'idoneità clinica. Se il risultato è positivo viene avviata la procedura di inserimento, se invece mancasse anche solo uno dei due requisiti, il DS passa alla richiesta di inserimento successiva.

I tempi di attesa sono variabili in relazione alla disponibilità del posto-letto ed alla compatibilità del candidato con il gruppo residenziale.

All'atto di ammissione del paziente si richiedono i seguenti documenti:

- documento di identità
- codice fiscale
- tesserino sanitario ed eventuali esenzioni dal ticket per patologia specifica
- pregressa documentazione clinica

Il trattamento dei dati sensibili e non, avviene nel rispetto della normativa vigente (Codice privacy).

Qualora esistano i presupposti per una dimissione, quest'ultima viene concordata con tutte le parti interessate esattamente come avviene per l'ingresso.

La dimissione si effettua:

- se il progetto terapeutico educativo ha dato buon esito
- per abbandono volontario dell'ospite
- se si presenta la necessità di un trasferimento in altra struttura, anche per esigenze familiari o sanitarie – con preavviso di 30 giorni da parte del recedente
- se non viene rispettato il Regolamento interno sottoscritto al momento dell'ingresso, e/o per gravi inadeguatezze comportamentali, e/o per non condivisione del progetto terapeutico educativo - con preavviso di 30 giorni da parte del recedente. In questo caso trattasi comunque di *"dimissioni protette"*, ovvero subordinate alla preventiva e tempestiva comunicazione nonché presa in carico, da parte del Centro di Salute Mentale (CSM) inviante e/o altra struttura idonea individuata.
- per decesso dell'ospite

In ogni caso, la cartella clinica viene chiusa ed archiviata il giorno della dimissione.

9. POLITICA PER LA QUALITÀ, MISSIONE E VISIONE

La Direzione ritiene fondamentale perseguire la soddisfazione delle parti interessate come condizione indispensabile per qualificare l'operato della struttura.

Per farlo ha deciso di implementare e mantenere un Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ) che permetta all'organizzazione di identificare:

- i fabbisogni e le aspettative del Cliente
- le leve organizzative a fini del miglioramento continuo
- gli obiettivi per la qualità

e di adottare il Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex D.Lgs. 231/01 e relativo Codice Etico.

La politica è identificata principalmente nell'ambito dello sviluppo e miglioramento della qualità sia dal punto di vista del "servizio reso alla persona" sia per quanto concerne l'organizzazione e l'operatività del presidio.

I valori aziendali alla base della politica della qualità sono così identificati:

- tutela e promozione della dignità umana, dell'equità, della solidarietà e dell'etica professionale

- orientamento costante al benessere ed alla qualità di vita dei pazienti, dei loro parenti e degli operatori
- considerazione del paziente come protagonista del processo di promozione e di tutela della propria salute
- rispetto e coinvolgimento attivo dei pazienti nella vita comunitaria
- equità di accesso
- responsabilizzazione e crescita del personale
- valutazione della qualità e miglioramento continuo
- sicurezza sul lavoro
- promozione di interventi basati su evidenze scientifiche

I principi fondamentali e le caratteristiche di qualità del servizio sono descritti nella presente "Carta dei Servizi", predisposta dalla Direzione, resa disponibile al pubblico, comunicata a tutto il personale e rivedibile in sede di Riesame della Direzione, e costituiscono l'impegno assunto per mantenere attivo e migliorare il sistema di qualità interno implementato.

In questo quadro si inseriscono le definizioni di missione e visione.

MISSIONE

La nostra Missione consiste nel fornire prestazioni residenziali sociosanitarie a carattere fortemente riabilitativo ed educativo (residenzialità leggera) nell'ambito di programmi terapeutici individuali volti al raggiungimento di obiettivi nelle aree dell'autonomia della persona, della gestione dell'abitazione, delle risorse economiche e delle relazioni sociali.

Quindi, garantire, attraverso un'assistenza qualificata e continuativa, una qualità di vita il più possibile elevata all'ospite psichiatrico, tenendo in considerazione i suoi specifici bisogni psicologici, fisici e sociali nel rispetto dell'individualità, della riservatezza e della dignità della persona.

L'intervento residenziale è pensato come un periodo a tempo determinato per consentire un percorso evolutivo dei degenti utilizzando, al contempo, modelli di verifica rigorosa delle prestazioni erogate e soluzioni innovative sul piano residenziale ed operativo.

Il cardine dell'intervento è la formulazione del progetto terapeutico educativo elaborato per ciascun paziente, a partire dal riconoscimento e dall'analisi dei suoi bisogni tenendo in considerazione anche le necessità del Servizio inviante e/o della famiglia, se esistente.

VISIONE

Rendere la SRP 3.1 punto di raccordo tra i diversi attori coinvolti nel processo (paziente, famiglia, Asl) fornendo il supporto riabilitativo - educativo personalizzato al soggetto in condizioni di disagio, autonomizzarlo

sotto il profilo della gestione della propria vita personale e sociale, al contempo, se esistente, assicurare formazione e sostegno alla famiglia nell'affrontare il percorso riabilitativo del congiunto, rendendola parte attiva nel rapporto con il familiare.

Per la realizzazione della visione la Direzione considera prioritarie le seguenti strategie:

- attivare un sistema organizzativo e gestionale che valorizzi la reale competenza del personale e favorisca processi di miglioramento continui della qualità
- garantire l'assolvimento degli obblighi formativi dei pazienti, anche rispetto al tempo libero ed alle relazioni sociali
- offrire un modello di intervento finalizzato al prendersi cura della sofferenza psicologica e della riabilitazione del paziente psichiatrico, nell'ambito della propria famiglia, se esistente
- creare le condizioni affinché utenti/pazienti e famiglie attuino scelte responsabili per la tutela della salute e per la prevenzione delle malattie

10. INDICATORI DI PROCESSO E STANDARD DI QUALITA'

Il SGQ è un sistema documentato (procedure, istruzioni e modulistica di registrazione), sottoposto a controlli periodici al fine di garantirne la coerenza e adeguatezza alla realtà operativa della struttura, nonché la rispondenza ai requisiti cogenti e volontari.

La valutazione del servizio erogato dalla SRP3.1 è definita sulla base dell'analisi di tre aspetti:

1. L'andamento degli indicatori di processo
 2. il lavoro clinico quotidiano e il raggiungimento degli obiettivi prefissati per ciascun paziente
 3. L'analisi del "General Satisfaction Questionnaire" (GSQ) somministrato agli ospiti
 4. Reclami e tutela dell'ospite
-
1. Al fine di poter valutare oggettivamente l'erogazione del servizio, sono stati individuati i seguenti indicatori di processo:
 - Cadute degli ospiti e loro livello di gravità - al fine di valutare l'efficacia del piano assistenziale individuale: più è basso il numero di cadute, e più possono essere ricondotte ad un livello fisiologico correlato alla naturale e tendenziale perdita di autosufficienza da parte degli Ospiti
 - Invii al pronto soccorso - per valutare l'efficacia del piano assistenziale individuale: più è basso il numero di invii al pronto soccorso e più efficienti risultano essere le cure mediche e l'assistenza infermieristica. A parte, vengono conteggiati gli invii causati da **atti di auto – eterolesionismo**
 - Lesioni da decubito - guarite durante la degenza, al fine di valutare l'efficacia delle cure specifiche somministrate: più è alto il numero di casi guariti e più è appropriata la cura impostata dal medico e applicata dall'infermiere.

→ Rilevazione eventi avversi/quasi eventi - ovvero accadimenti non conformi alle linee guida che cagionano/avrebbero potuto cagionare un danno alla salute dell'Ospite: più basso è il numero degli eventi avversi, più sicura risulta essere l'organizzazione dei processi di cura ed assistenza.

Si precisa che la struttura, quale modello di gestione del rischio clinico per la prevenzione del contenzioso, ha predisposto il Piano Annuale di Sicurezza per la Prevenzione dei Rischi Sanitari - PARS, che contiene la sintesi degli eventi avversi verificatisi, le loro cause e le conseguenti azioni correttive implementate, oltre ai dati relativi ad eventuali risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio.

→ Malnutrizione: per monitorare le valutazioni MNA effettuate sugli ospiti a supporto della presa in carico delle situazioni a rischio

→ Verifiche interne - la Direzione Sanitaria, mensilmente, esegue controlli sia sui comportamenti professionali degli operatori in base alle linee guida e protocolli aziendali; RQ si accerta che il SGQ interno trovi applicazione nello svolgimento delle mansioni di ciascun operatore.

2. il lavoro clinico quotidiano e il raggiungimento degli obiettivi prefissati per ciascun paziente: il numero di riunioni interprofessionali permette di comprendere il livello di adesione del personale all'intera organizzazione del lavoro, in quanto sono coinvolti tutti i reparti, sanitari e non: le riunioni periodiche consentono di monitorare l'interazione e la comunicazione dei diversi settori coinvolti nell'assistenza alla persona.

Ogni settimana si tiene e si verbalizza la riunione d'equipe a cui partecipa l'intero staff di lavoro si discutono i singoli casi clinici, si organizzano le attività di gruppo ed individuali, si incontrano i servizi referenti. La riunione d'equipe rappresenta il momento in cui viene condivisa l'esperienza che ciascuno fa con il paziente, i diversi interventi vengono integrati in un unico piano di lavoro coordinato che si traduce nel Progetto terapeutico educativo. Tale Piano può essere passibile di aggiustamenti in corso d'opera finalizzati comunque al raggiungimento degli obiettivi pianificati per ciascun ospite.

3. L'analisi del "General Satisfaction Questionnaire" (GSQ). Per fornire servizi sempre più rispondenti alle esigenze degli Ospiti, periodicamente, viene richiesta, ad Ospiti e familiari, la compilazione di un questionario di gradimento che contiene una serie di domande a cui si può rispondere attribuendo un punteggio da 0 a 10, ed un'area in cui il cliente ha la possibilità di esprimere i propri giudizi liberi.

Il Responsabile Qualità effettua un'analisi annuale della soddisfazione percepita e presenta i risultati in sede di Riesame della Direzione dove vengono decisi eventuali provvedimenti.

La Direzione aziendale e sanitaria, unitamente al Responsabile Qualità, sulla base di una consolidata esperienza pregressa, ha specificato i valori soglia degli indicatori di controllo dei processi, ossia lo **standard di qualità del servizio** di cui si impegna ad assicurare il rispetto:

CARTA DEI SERVIZI

MO 06 - Rev. 2 del 14/01/2026

Processi	Indicatore	Standard di qualità garantito
Erogazione del servizio	<i>Pazienti dimessi in modo non concordato</i>	Nessuno
	<i>Pazienti che sono stati visitati in Pronto Soccorso a seguito di un atto anticonservativo</i>	≤ 1
	<i>Pazienti che hanno commesso un atto etero aggressivo tale da comportare la visita della vittima in Pronto Soccorso</i>	≤ 1
	<i>pazienti che hanno avuto un ricovero in SPDC</i>	< 5
	<i>Attenzione ai tempi degli ospiti in relazione alla somministrazione dei pasti</i>	Esistenza di una sala da pranzo per gli ospiti
		Orari pasti: Pranzo tra le 12 e le 13 Cena tra le 18 e le 19
		Possibilità, per gli ospiti, di preparare i propri pasti
	<i>Indicatori di processo:</i>	LDD: nessuna
		Malnutrizione - nessuno
		Verifiche interne (Audit) – almeno 2 volte all'anno
		N.ro cadute: < 3
	<i>Partecipazione ad attività ricreative e lavorative esterne</i>	≥ 40% degli ospiti
	<i>Mantenimento dei legami parentali, amicali e con il territorio, promozione della compartecipazione</i>	Orario di visita definiti con possibilità di concordarlo con la Direzione
		Progetti Terapeutici Educativi integrati con le istituzioni e le realtà territoriali locali
	<i>Comunicazione con l'esterno</i>	Carta dei servizi
		Sito Web aggiornato
Erogazione del servizio	<i>Attenzione all'alimentazione e idratazione</i>	Scelta fra due piatti per ogni portata
		Regimi dietetici personalizzati
		Pasti caldi alla sera
		Accesso ai generi di conforto durante la giornata
		Esistenza di protocolli codificati per il monitoraggio dell'apporto idrico e la rilevazione del peso corporeo
Gestione Risorse	<i>Fruibilità, accessibilità e piacevolezza degli ambienti comuni di aggregazione</i>	Presenza di salotto, angolo ristoro, giardino vivibile e attrezzato con tavoli, sedie, ombrelloni e panchine.
		Ambienti dotati di riscaldamento e raffrescamento.

	<i>Personalizzazione delle camere</i>	Possibilità di portarsi piccoli elementi personali di arredo.
		Presenza di televisore (a pagamento) e telefono fisso
	<i>Turn over del personale</i>	≤ 1
SGQ Interno	<i>Non conformità, Schede IR, Azioni correttive.</i>	Puntuale presa in carico, gestione e chiusura delle possibili criticità
	<i>Miglioramento continuo</i>	Riesame e Piano di miglioramento annuale
		Rilevazione annuale della soddisfazione degli ospiti, dei familiari e degli operatori. Diffusione in forma anonima dei risultati
		Ascolto e trattamento dei reclami entro 10 giorni dalla ricezione
		Rilevazione annuale della soddisfazione degli operatori

(dati riferibili all'anno solare)

La presente dichiarazione costituisce parte integrante della Carta dei Servizi a cui viene allegata.

11. RECLAMI E TUTELA DELL'OSPITE

la Direzione tiene monitorato il livello di soddisfazione delle parti interessate, anche mediante l'analisi di eventuali reclami, delle loro cause e ripercussioni.

La funzione di tutela nei confronti del paziente è assicurata attraverso la possibilità di sporgere reclami su disservizi insorti prima, durante e dopo l'inserimento.

Per reclamo si intende ogni comunicazione nella quale il residente, o un suo familiare/tutore, o il Servizio inviante esprime una lamentela motivata circa l'incongruenza del servizio ricevuto rispetto a quanto previsto dalla Carta dei Servizi, dallo standard di qualità ivi esplicitato oltre che dalle normative vigenti.

Le segnalazioni vengono impiegate per meglio comprendere problemi, criticità e disservizi.

Sulla base di tali segnalazioni sono intraprese azioni correttive volte ad eliminare/mitigare le cause del reclamo ripristinando il livello di qualità garantito.

Il reclamo può essere inoltrato con:

- compilazione, sottoscrizione e restituzione del modulo "Segnalazione Reclamo" a disposizione presso la struttura
- segnalazione a voce o telefonicamente, lettera indirizzata alla Coordinatrice
- inviando un whatsapp e/o e-mail firmata

La Direzione, se in possesso di tutte le informazioni, sentita la Coordinatrice di struttura, dà risposta immediata a quelle segnalazioni che si presentano di veloce soluzione.

Nei casi in cui il reclamo meriti maggior approfondimenti, viene interpellato RQ il quale avvia un'indagine interna e fornisce una risposta scritta al reclamante entro e non oltre 10 giorni.

I reclami e le azioni che ne derivano vengono analizzate in sede di Riesame dalla Direzione, la quale si impegna a riconoscere, qualora ne sussistano oggettivamente i presupposti (es. scostamenti rispetto allo standard garantito), eventuali azioni risarcitorie a carico dei soggetti interessati.

Eventuali suggerimenti rivolti all'operato della struttura sono trattati alla stessa maniera in quanto possono contribuire al miglioramento continuo.

12. I DIRITTI DEGLI OSPITI

Diritto alla vita

Ogni persona riceve la tempestiva, necessaria e appropriata assistenza per il soddisfacimento dei bisogni fondamentali per la vita.

Diritto di cura ed assistenza

Ogni persona è curata in scienza e coscienza e nel rispetto delle sue volontà.

Diritto di prevenzione

Ad ogni persona si assicura ogni strumento atto a prevenire rischi e/o danni alla salute e/o alla sua autonomia.

Diritto di protezione

Ogni persona in condizioni di bisogno va difesa da speculazioni e raggiri.

Diritto di parola e di ascolto

Ogni persona è ascoltata e le sue richieste soddisfatte, nel limite del possibile.

Diritto di informazione

Ogni persona è informata sulle procedure e le motivazioni che sostengono gli interventi cui viene sottoposta.

Diritto di partecipazione

Ogni persona è coinvolta sulle decisioni che la riguardano.

Diritto di espressione

Ogni persona è considerata come individuo portatore di idee e valori ed ha il diritto di esprimere le proprie opinioni.

Diritto di critica

Ogni persona dichiara liberamente il suo pensiero e le sue valutazioni sulle attività e disposizioni che la riguardano.

Diritto al rispetto ed al pudore

Ogni persona è chiamata con il proprio nome e cognome e viene rispettata la sua riservatezza ed il suo senso del pudore.

Diritto di riservatezza

Ogni persona ha diritto al rispetto del segreto professionale su dati sensibili da parte di chi eroga direttamente o indirettamente l'assistenza.

Diritto di pensiero e di religione

Ogni persona esplicita le sue convinzioni filosofiche, sociali e politiche nonché pratica la propria confessione religiosa.