



Ed.0 2024

CARTA DEI SERVIZI

CENTRO ISO RIABILITATIVO PER L'ETA' EVOLUTIVA APS

Struttura Intermedia Semiresidenziale per Minori (S.I.Se.M.)"

Sede legale: Via Roma n.374 Pomigliano D'Arco CAP 80038

Sede Operativa: Via G. Luraghi (interno Consorzio Il Sole)

Pomigliano D'Arco CAP 80038

Tel. 081 2181716 - Cell. 351 6422347

Email: info@centroisoriabilitativo.it centroisoriabilitativo@pec.it

Sito web www.centroisoriabilitativo.it

LA CARTA DEI SERVIZI: *Che cos'è. Come si legge.*

LA CARTA DEI SERVIZI: *Normative di riferimento*

SEZIONE PRIMA

PRESENTAZIONE

- ❑ *Carta dei Servizi e Centro*
- ❑ *Principi fondamentali*
- ❑ *Mission*

SEZIONE SECONDA

INFORMAZIONI SULLE STRUTTURE E I SERVIZI FORNITI

- ❑ *Servizi erogati*
- ❑ *Attrezzature*
- ❑ *Comfort*
- ❑ *Modalità di accesso*
- ❑ *Orario al pubblico*
- ❑ *Oneri a carico dell'ospite*

SEZIONE TERZA

STANDARD DI QUALITÀ ED IMPEGNI ASSUNTI

- ❑ *Impegni assunti*
- ❑ *Standard di qualità*

SEZIONE QUARTA

INFORMAZIONE, ACCOGLIENZA, TUTELA E PARTECIPAZIONE

- ❑ *Presentazione delle osservazioni, opposizioni, denunce e reclami*
- ❑ *Regolamento dei diritti e dei doveri dell'ospite*
- ❑ *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*

*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.*

CHE COSA E'

- ❖ Uno strumento che presenta Centro Iso al cittadino, informandolo sulla struttura, sui servizi offerti e sul modo di utilizzarli;
- ❖ Una forma di impegno di Centro Iso verso i cittadini che usufruiscono della Struttura e delle relative Prestazioni Sanitarie;
- ❖ Un impegno da parte del personale di garantire una maggiore qualità e un miglioramento della struttura e delle prestazioni offerte ai cittadini;
- ❖ Uno strumento con cui Centro verifica sé 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.

COME SI LEGGE

La CARTA DEI SERVIZI si articola in 5 sezioni:

- ❖ Nella I sezione Centro Iso 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;
- ❖ Nella III Sezione 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;
- ❖ Nella V Sezione sono presenti le indicazioni di contenimento delle liste d'attesa secondo il Piano Regionale.

NORMATIVE DI RIFERIMENTO PER LA REALIZZAZIONE DELLA CARTA DEI SERVIZI

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:

- **Legge 7 agosto 1990, n° 241** – *“Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e diritto di accesso ai documenti amministrativi”*;
- **D.P.C.M. del 27 gennaio 1994, Gazzetta Ufficiale n° 43 del 22 febbraio 1994** - *“Principi sull’erogazione dei Servizi Pubblici”*;
- **D.P.C.M. dell’11 ottobre 1994 Gazzetta Ufficiale n° 261 dell’8 novembre 1994** - *“Principi per l’istituzione ed il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico”*;
- **Decreto Legge 12/05/95 n° 163 convertito in Legge l’11/07/95 n° 273** - *“Adozione da parte di tutti i soggetti erogatori di servizi pubblici di proprie carte dei servizi”*;
- **D.P.C.M. in data 19/05/95** - *“Schema di riferimento per il settore sanitario della carta dei servizi”*;
- **Linee Guida n°2/95 del 31/08/95 supplemento ord. della Gazzetta Ufficiale n° 108 del 31/08/95** - *“Attuazione della Carta dei Servizi nel Servizio Sanitario Nazionale”*;
- **Circolare del Ministero della Sanità prot. n° 100/SCPS/21.12833 del 30/09/95** - *“Adozione della Carta dei Servizi Sanitari”*;
- **DGRC n. 2100 del 31.12.2008** **“Osservatorio Regionale per la promozione della carta dei servizi - Costituzione del comitato tecnico”**;
- **Decreto Legge 286 del 2008 Art. 2 comma 461** - (Legge finanziaria 2008);
- **D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, Art. 28** - *“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)*;
- **DGRC n. 369 del 23 marzo 2010** - *“Linee Guida Per La Carta Dei Servizi Sanitari”*;
- **DCA N.51 del 04/07/2019** - *“Integrazione requisiti per l’accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e private”*;
- **Decreto N. 52 DEL 4/7/2019** Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019/2021 (PNGLA 2019/2021). Recepimento Intesa e adozione del Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019/2021 (PRGLA 2019/2021) e smi.
- Delibera della Giunta Regionale Campania n. **379 del 29 Giugno 2023**, la Giunta Regionale della Regione Campania ha emanato il **“PIANO OPERATIVO REGIONALE PER IL RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA”**

SEZIONE PRIMA

PRESENTAZIONE

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 **Centro Iso Riabilitativo per l'età evolutiva**, cosa offre e in che modo lo offre consentendo all'utente di potersi orientare meglio nella scelta.

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;
- 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.

La carta dei Servizi è redatta sulla base dei seguenti principi:

- imparzialità nell'erogazione delle prestazioni e uguaglianza del diritto all'accesso ai servizi;
- piena informazione dei cittadini utenti sui servizi offerti e la modalità di erogazione degli stessi;
- definizione di standard e assunzione di impegni da parte dell'amministrazione locale rispetto alla promozione del servizio e alla determinazione di modalità di valutazione costante della qualità stessa;
- organizzazione di modalità strutturate per la tutela dei diritti del cittadino;
- ascolto delle opinioni e dei giudizi espressi dai cittadini direttamente o attraverso le associazioni che li rappresentano.

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.

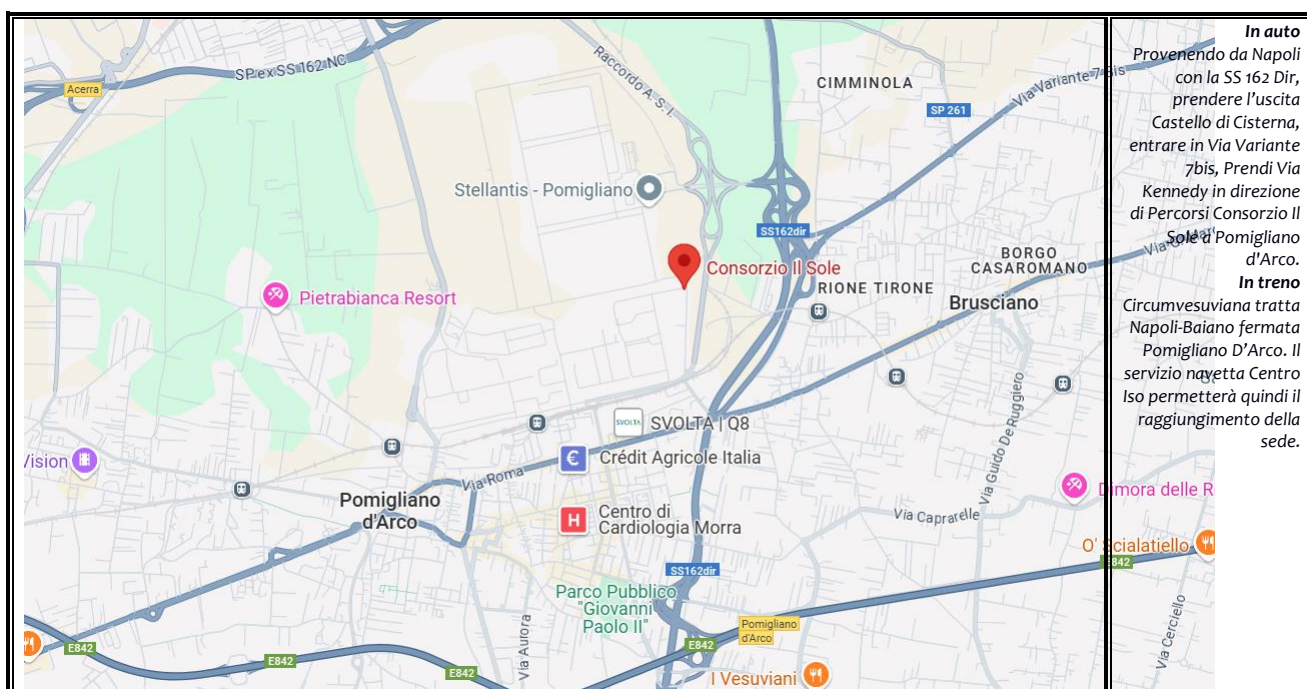
Il Centro Iso Riabilitativo dell'Età Evolutiva APS nasce dalla professionalità, passione e dedizione del Dott. Domenico Manna musicoterapeuta clinico e dall'esigenza di rispondere in maniera adeguata ai bisogni delle persone affette da Disturbi Pervasivi dello Sviluppo. Il rapporto con il territorio, la centralità della persona e della famiglia, dei suoi bisogni e dei suoi diritti, il lavoro in rete sono tre elementi fondativi delle nostre esperienze.

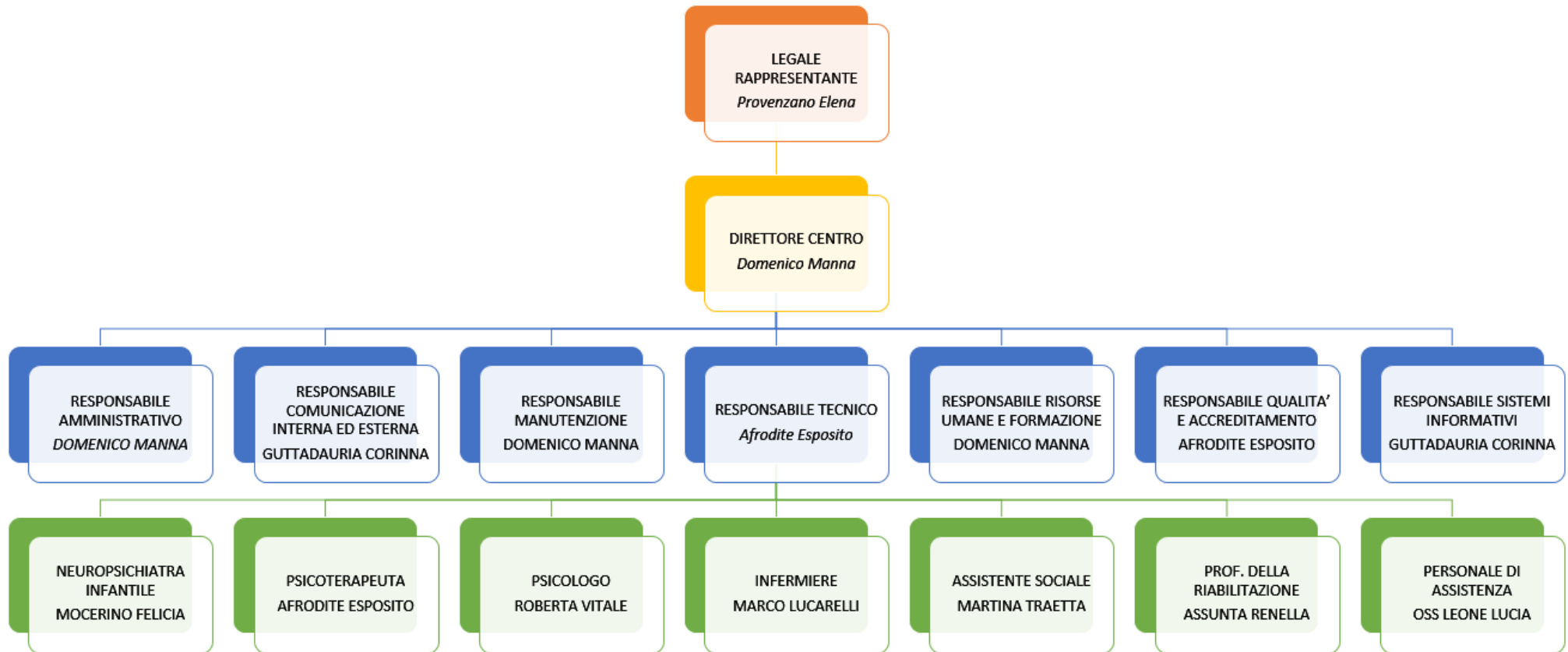
La rete formata da persona, famiglia, enti territoriali (scuola, associazioni, servizi sociali...) rappresenta lo strumento elettivo di intervento efficace ed efficiente, attraverso la capacità di moltiplicarne saperi e competenze al fine di realizzare un progetto complessivo unitario nel territorio con e per la comunità, leggendo ed interpretando le differenze come valore e non come separazione.

Il Centro ha deciso di ampliare le proprie attività, ottenendo l'autorizzazione all'esercizio per l'attività di struttura intermedia per minori S.I.Se.M. con dotazione di n.12 PL ai sensi del DCA 45/2015 con prot. Suap del Comune di Pomigliano D'Arco n.834 del 11/07/2024. Tale Carta dei Servizi si pone l'obiettivo di fornire tutte le indicazioni necessarie per il nuovo setting.

COME RAGGIUNGERCI

CENTRO TERAPIE: Via G. Luraghi, interno Consorzio "Il Sole" – 80038 – Pomigliano d'Arco (NA)





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

IMPARZIALITÀ NELL' EROGAZIONE E UGUAGLIANZA DEL DIRITTO ALL'ACCESSO DEI SERVIZI

Le prestazioni sono erogate secondo regole uguali per tutti, indipendentemente da sesso, razza, lingua, religione, opinioni politiche, classe sociale, condizioni patologiche, sociali, giuridiche o altro.

CONTINUITA'

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;

PIENA INFORMAZIONE DEGLI UTENTI SUI SERVIZI OFFERTI E SULLE MODALITÀ DI EROGAZIONE

Il Centro garantisce all'utenza la piena informazione sui servizi offerti anche mediante la descrizione delle modalità di accesso ed erogazione dei servizi resi, la descrizione dei rischi, il rilascio del consenso informato;

EFFICIENZA ED EFFICACIA – PROFESSIONALITA'

Tutte le attività, prestazioni e trattamenti erogati dal Centro mirano alla risoluzione dei dogmi diagnostici e ai bisogni sanitari richiesti dall'utenza nella loro maggiore completezza (efficacia), valutando allo stesso tempo le risorse impiegate ed i mezzi per erogare tali prestazioni (efficienza); il centro opera attraverso operatori qualificati e impegnati in percorsi di formazione continua, che condividono strumenti e metodologie di lavoro.

DEFINIZIONE DI STANDARD E ASSUNZIONE DI IMPEGNI RISPETTO ALLA PROMOZIONE DEL SERVIZIO E ALLA DETERMINAZIONE DI MODALITÀ DI VALUTAZIONE COSTANTE DELLA QUALITÀ STESSA

Il Centro si impegna costantemente ad orientare le strategie e gli sforzi della propria organizzazione al fine del raggiungimento della qualità del servizio prestato. 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 ed implicite dell'utente, anche attraverso la definizione di standard e la pianificazione di obiettivi e politiche per il raggiungimento ed il miglioramento degli stessi;

ORGANIZZAZIONE DI MODALITÀ STRUTTURATE PER LA TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI E TUTELA DELLA PRIVACY

Il centro garantisce il rispetto e la tutela dei diritti dei cittadini come meglio specificato nella sezione quarta della presente carta dei servizi. All'Ospite che si rivolge al Centro vengono fornite informazioni sul suo stato di salute, rispettando il Diritto alla Privacy di tutti i suoi utenti in base a quanto disposto dal D.lgs. n.196/2003 come modificato dal D.lgs. 101/2018 e dal General Data Protection Regulation Reg.UE 2016/679;

PARTECIPAZIONE - ASCOLTO DELLE OPINIONI E DEI GIUDIZI ESPRESSI DAI CITTADINI DIRETTAMENTE O ATTRAVERSO LE ASSOCIAZIONI CHE LI RAPPRESENTANO

Il paziente può produrre documenti, prospettare osservazioni, formulare suggerimenti per il miglioramento del servizio. In particolare è garantito l'accesso alla documentazione relativa alle autorizzazioni ed alle valutazioni del Sistema di Accreditamento; viene garantita una risposta tempestiva e pertinente a reclami, segnalazioni e osservazioni degli Utenti, anche tramite le associazioni di tutela dei cittadini stessi; la famiglia dell'utente e, ove possibile l'utente stesso, vengono informati sulle modalità di funzionamento del servizio e coinvolti nell'elaborazione del Progetto Individualizzato.

TRASPARENZA

Il nostro Centro, in base alla legge n.241 del 7/8/1990, dà libero accesso, qualora richiesto, dei suoi Atti, Provvedimenti, secondo le modalità ed i limiti previsti dalla succitata normativa.

In una visione moderna di assistenza sanitaria e in linea con la programmazione aziendale, 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 SULLE STRUTTURE E I SERVIZI FORNITI

S.I.Se.M. Struttura Intermedia Semiresidenziale per Minori (12 PL)

La struttura garantisce il funzionamento per almeno 8 ore al giorno per non meno di 6 giorni a settimana e la capacità di erogare programmi di trattamento a carattere estensivo da attivare in funzione delle direttive del PTI. I programmi di trattamento estensivo riguardano gli utenti con condizioni psicopatologiche discretamente stabili, moderata compromissione delle funzioni ed abilità, con presenza di adeguate risorse relazionali in ambito familiare e/o sociale.

La durata massima del programma semiresidenziale non può essere superiore a 18 mesi, salvo diverso parere dell'equipe territoriale di riferimento, anche su proposta della struttura ospitante, e comunque non superiore a 36 mesi complessivi.

L'offerta terapeutica è finalizzata al potenziamento delle competenze individuali per la gestione del controllo emotivo e al recupero dell'autonomia e delle funzioni adattive e cognitive del minore nelle seguenti aree:

- Psicopatologica;
- cura di sé/ambiente;
- competenza relazionale;
- autonomie e abilità sociali;
- famiglia, scuola e contesti di vita.

Le azioni devono svilupparsi secondo un approccio multimodale che preveda la seguente tipologia di interventi:

- interventi psicoeducativi, abilitativi e psico-riabilitativi;
- interventi psicoterapeutici;
- interventi di individuazione della terapia psicofarmacologica, somministrazione e vigilanza;
- interventi sugli apprendimenti;
- interventi sul contesto familiare;
- interventi di risocializzazione di rete per l'inclusione scolastica e/o socio-lavorativa.

Devono essere previste azioni di tutoring e accompagnamento sia per quanto riguarda gli adempimenti di carattere giudiziario sia per l'assolvimento degli obblighi scolastici e formativi.

La struttura garantisce modalità organizzative idonee a una graduale familiarizzazione e accoglienza del minore, in raccordo con i servizi territoriali che hanno in carico il minore.

La struttura deve garantire attività trattamentali, sportive e culturali e progetti di reinserimento nel contesto socio affettivo, lavorativo e territoriale di appartenenza per il pieno superamento di ogni forma di esclusione sociale e isolamento.

In caso di minore di area penale, il programma terapeutico deve garantire particolare attenzione agli interventi di rielaborazione dei comportamenti illegali e di emancipazione dagli stili di devianza. L'organizzazione della giornata e delle attività deve tenere in considerazione le esigenze e i ritmi di vita di ciascun ospite (per es. possibilità di riposo, di avere momenti individuali, di partecipare alle attività organizzate anche esterne, ecc.).

Il programma terapeutico, per la specifica della valutazione degli esiti, deve essere periodicamente sottoposto alla verifica congiunta tra l'equipe inviante e gli operatori della struttura.

Eventuali emergenze psichiatriche dei minori ospiti della struttura devono essere affrontate e risolte dai servizi specialistici della ASL in cui insiste la struttura, in analogia a quanto previsto per gli altri interventi di emergenza territoriale. Per tale motivo la struttura provvede ai necessari accordi con i servizi specialistici territoriali (NPI, DSM, SerT, ecc.).

Il programma terapeutico è sempre a termine in relazione agli obiettivi raggiunti, preventivamente definiti nel PTI. La conclusione definitiva del percorso è decisa dall'equipe inviante sentita la struttura ospitante. La struttura, in relazione a quanto previsto dal PTI e dal servizio territoriale inviante, concorre, con idonee

modalità organizzative e operative, alla transizione del minore verso altra tipologia di offerta residenziale o semiresidenziale in funzione delle condizioni cliniche dell'ospite, ovvero al rientro in famiglia.

Il percorso di ogni minore è documentato da un fascicolo personale, la cui tenuta è garantita dal responsabile della struttura. Il fascicolo personale comprende gli atti di carattere sanitario, eventuali atti giudiziari, le schede di diagnosi e di valutazione redatte, le osservazioni periodiche degli operatori, eventuali documentazioni prodotte dai servizi esterni e dalla AG.

La struttura è inoltre dotata di un registro nel quale si annotano giornalmente le presenze degli ospiti e le attività svolte.

Esiste specifico documento interno, redatto dal Responsabile della struttura, che individua le procedure operative di redazione, conservazione e tutela dei dati sensibili.

ARREDI E ATTREZZATURE

Le attrezzature sono qualitativamente e quantitativamente adeguate ai bisogni dell'Utenza e garantiscono un corretto ed efficace svolgimento dei trattamenti richiesti sulla scorta di quanto previsto e predisposto dalla normativa vigente.

Gli arredi, le attrezzature e gli utensili sono curati, esteticamente gradevoli, secondo i principi di normale arredamento delle civili abitazioni al fine di assicurare comfort, funzionalità d'uso e fruibilità. Particolare attenzione è rivolta alle esigenze di decoro e di protezione dei minori nel rispetto della specifica normativa nazionale e regionale.

La struttura è ubicata in luoghi dotati di agevole accessibilità ai servizi scolastici, sociali, sanitari, educativi, ricreativi e culturali. Nella struttura sono presenti dispositivi di protezione individuale per il primo soccorso, i relativi strumenti e la cassetta medica che devono essere custoditi secondo la normativa vigente. La struttura è fornita della necessaria strumentazione elettronica e informatica (televisore, riproduttore musicale, computer, stampante, wifi, etc.) che, oltre ad essere indispensabile ausilio per tutte le esigenze del servizio, sia in grado di offrire, nell'ambito della complessiva gestione educativa, quelle opportunità, congrue all'età, per un minimo livello di alfabetizzazione digitale.

COMFORT

L'alta professionalità dell'assistenza si coniuga perfettamente con quello che è un grande punto di forza del Centro Iso, la disponibilità e l'abnegazione. Gli ospiti sono monitorati costantemente dagli operatori che seguono, la cura, la terapia e la sicurezza del paziente attraverso l'utilizzo di strumenti reportistici completi ed esaustivi. Per ogni Ospite sono raccolti i dati significativi in appositi documenti, consultabile in qualunque momento e aggiornata in tempo reale, che permette di conoscere con precisione la storia clinica del paziente.

Il Centro garantisce:

- Sistemi di sicurezza ottemperanti alle normative ministeriali;
- Climatizzazione;
- Servizi igienici adeguati alle esigenze di tutte le tipologie di utenza, privi di barriere architettoniche (secondo legge);
- Percorsi e segnaletica adeguati alle esigenze dell'utenza.

Destinatari:

I servizi sono rivolti a minori di età compresa tra i 10 e i 18 anni che, avendo superato la fase di instabilità clinica, necessitano, nel prosieguo del decorso post acuzie, di intervento terapeutico riabilitativo in regime semiresidenziale.

L'estensione della fascia di età (10 – 18 anni) deve tener conto che nelle strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche non è in genere opportuna la contemporanea presenza di utenti con età molto diverse; qualora questo avvenga, sono previste modalità organizzative che consentano la gestione con gruppi differenziati per età, perché i bisogni e le risposte necessarie possono essere molto differenti.

Solo per i casi inviati dall'EMT a carico del SSR e su specifica autorizzazione della stessa EMT inviante, in ragione di esigenze cliniche di completamento del percorso terapeutico-riabilitativo, i servizi possono continuare ad ospitare soggetti fino al compimento del 21° anno, purché già inseriti in minore età.

L'accoglienza di minori sottoposti a provvedimento della Autorità Giudiziaria (AG) non deve superare il 30% dei posti letto autorizzati.

La struttura impronta l'organizzazione degli ambienti e delle attività secondo modalità di tipo domestico-familiare, che favorisca la partecipazione degli ospiti alla conduzione della vita quotidiana insieme all'equipe degli operatori. A tal fine le strutture è caratterizzate da una peculiare organizzazione degli spazi e delle risorse umane.

Modalità di accesso:

L'accesso alla struttura è coordinato ed autorizzato, nei casi di inserimento i cui costi gravino sul SSR, dall'equipe multidisciplinare territoriale (EMT) della ASL di residenza del minore.

Per l'inserimento nella residenza terapeutica è necessario che siano presenti, insieme, ognuna delle seguenti condizioni:

- a) presenza di una patologia psichiatrica, non controllata con interventi a minore intensità assistenziale, incluso quello farmacologico;
- b) presenza di gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale;
- c) necessità di interventi riabilitativo-terapeutici frequenti, intensivi, multipli e coordinati;
- d) insufficienza degli interventi erogabili in altre tipologie di setting assistenziale;
- e) necessità di una più o meno prolungata discontinuità con il contesto di vita.

Pertanto la sola presenza del criterio e), in assenza dei criteri b)-c)-d), non è sufficiente per porre l'indicazione a un percorso di residenzialità terapeutica, ma deve orientare verso un percorso di residenzialità socioeducativa, con supporto sanitario specialistico variabile a seconda delle necessità.

Per i minori dell'area penale con disturbo psichiatrico la sola presenza del requisito a) è sufficiente a determinare l'accesso ai servizi in quanto intervento ordinato dalla Autorità Giudiziaria Minorile ai sensi dell'art. 22 del DPR 448/88. In questo caso il referente aziendale di cui alla DGRC n. 621/12 attiva l'EMT dell'ASL di residenza del minore che provvede alla presa in carico.

Gli inserimenti che sono a carico del Servizio Sanitario Regionale avvengono attraverso un'approfondita valutazione multidimensionale da parte delle EMT dell'ASL di residenza del minore, che deve garantire l'appropriatezza del setting attraverso la verifica del rispetto dei criteri di accesso.

In caso di un soggetto con età uguale o superiore ai 17 anni, alla valutazione multidimensionale devono partecipare, in collaborazione con l'EMT dell'ASL di residenza del minore, anche i servizi per la Salute Mentale adulti.

In tutti i casi, l'inserimento si configura come processo attivo di pratica clinica secondo cui l'insieme delle necessità assistenziali, in caso di disturbo psichiatrico in età evolutiva, non è definito solo dalla diagnosi nosografica, ma anche dalla valutazione psicopatologica e dalla sua ricaduta sul funzionamento complessivo dell'individuo e del suo sistema.

A titolo esemplificativo, disturbi schizofrenici, forme gravi dei disturbi affettivi, disturbi del comportamento alimentare, disturbi ossessivo-compulsivi, con gravi compromissioni del funzionamento e dell'adattamento in assenza di disabilità intellettiva o fisica significativa, costituiscono situazioni per le quali può esservi l'indicazione a un collocamento semiresidenziale presso questo tipo di struttura.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

La dotazione organica di personale, in accordo con quanto vigente in tema di normativa sul lavoro, deve garantire l'offerta delle sottoelencate attività attraverso il personale di seguito specificato:

- Attività e prestazioni medico specialistiche di NPI (Neuropsichiatra Infantile)
- Attività e prestazioni psicoterapeutiche individuali e di gruppo (anche attraverso almeno una delle figure professionali già presenti e abilitata alla psicoterapia)
- Attività e prestazioni di assistenza psicologica (Psicologo)
- Attività e prestazioni di assistenza infermieristica e tutelare (Infermieri e Operatori Sociosanitari, ciascuno per la sua competenza)
- Attività e prestazioni educative (Educatore Professionale, Animatore di Comunità, Animatore Sociale, ciascuno per la sua competenza)
- Attività e prestazioni di altre figure professionali sanitarie che possono essere impiegate in relazione a specifici programmi terapeutici (per es. Psichiatra, in relazione a eventuali pazienti con età uguale o superiore ai 17 anni, Operatore della Riabilitazione, Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica)

ORARIO AL PUBBLICO



Lunedì-venerdì 08:30 – 19:00
Sabato 08:30 – 16:30

Orari colloqui Medico e Terapisti:

La Direzione Tecnica riceve i familiari secondo un calendario comunicato all'utenza o secondo necessità del familiare

ONERI

€ 70/die per l'accoglienza semiresidenziale a carico del SSR secondo sez.4 Regime Tariffario/All.B DCA 45/2015.

SEZIONE TERZA

STANDARD DI QUALITÀ ED IMPEGNI ASSUNTI

IMPEGNI ASSUNTI

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;
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:** definizione di 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.

Gli standard di seguito elencati, rappresentano l'impegno che la Struttura assume nei riguardi dei propri utenti:

N	RIFERIMENTO	INDICATORI	Standard
1.	ACCESSIBILITÀ:	Disponibilità della Carta dei Servizi e della guida ai servizi	Sempre
		N. di Richieste di Documenti dei Pazienti accordate/n. totale di Richieste (%)	100%
		Riconoscibilità degli operatori tramite cartellino identificativo	Sempre
2.	UMANIZZAZIONE:	N. di Schede con consenso scritto al trattamento dei dati relativi ai Pazienti/Totale pazienti (%)	100%
		N. Schede con consenso informato dei Pazienti/Totale Pazienti (%)	100%
		N. di reclami legittimi a cui si è fornita risposta efficace/N. di reclami legittimi pervenuti. (%)	100%
3.	APPROPRIATEZZA:	Idoneità della documentazione preliminare all'ingresso in struttura e appropriatezza delle prestazioni effettuate	100%
4.	RIDUZIONE DEI TEMPI E LISTE D'ATTESA:	Tempo di permanenza in lista di attesa	0 (tale indicatore sarà oggetto di modifiche nel tempo)
5.	CONTINUITA' DELLE CURE:	N. di interruzioni del servizio per indisponibilità della struttura	0
		N. eventi avversi verificati	0
6.	RIDUZIONE DEI RISCHI:	Adeguate formazione per il Risk Management	Si
		Adeguate procedura con relative registrazioni sulla corretta manutenzione degli elettromedicali e delle attrezzature	Si
		Formazione del personale	Si
		% manutenzione effettuata/manutenzione programmata	100%
		Numero pulizie ambienti comuni / Giorno	1 volte /gg
		Numero pulizie ambienti privati / Giorno	1 volte /gg

SEZIONE QUARTA

INFORMAZIONE, ACCOGLIENZA, TUTELA E PARTECIPAZIONE

Centro Iso 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.

Il Reclamo è un elemento di input per procedere alla rivalutazione del Servizio.

Pertanto Centro Iso mette a disposizione moduli per eventuali reclami/segnalazioni, al fine di consentire un costante monitoraggio dell'efficienza e dell'efficacia del servizio svolto

Volontari/Tirocinanti:

- Il Centro ha stipulato convenzione per i tirocini con l'Università Federico II e Niccolò Cusano.
- Il Centro è soggetto attuatore del Servizio Civile
- Il Centro è autorizzato ad accogliere Volontari, regolarmente iscritti nel registro dei Volontari e vidimato presso il Comune di Pomigliano d'Arco, con documentata e specifica formazione nel campo dell'assistenza a pazienti con problemi psichiatrici.

Rete con il Territorio:

- Unità Materno Infantile di competenza
- Servizi Sociali Territoriali di competenza
- Istituto Comprensivo "D'Acquisto-Leone" di Pomigliano d'Arco: il centro ha stipulato rapporto di collaborazione finalizzato alla realizzazione di due progetti regionali.
- Collaborazione con Agenzia MiaSposa finalizzata all'inclusione di ragazze e ragazzi, con disabilità, nella realizzazione di eventi.
- Convenzione con Università Federico II per la realizzazione di tirocini post lauream
- Convenzione con Università Telematica Niccolò Cusano- Roma per la realizzazione di tirocini post lauream
- Contratti di collaborazione con Aziende e Imprese del territorio che affiancano il Centro nella realizzazione di progetti di inclusione lavorativa finanziati dalla Regione Campania
- Convenzione con Poliambulatorio di Macerata per l'esecuzione del Mineral Test.
- Regione Campania
- Comune di Pomigliano d'Arco
- Ambito N 25
- Rapporto di partenariato con A.G.V.H. ODV - Pomigliano d'Arco
- Rapporto di partenariato Thymos Campania ODV - Pomigliano d'Arco Rapporto di partenariato Kirghisia APS - Pomigliano d'Arco
- Rapporto di partenariato Auxilium Sociale APS - Napoli

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, reclami, etc. al fine di migliorare la qualità assistenziale.

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 della Centro Iso;
- Compilazione di apposito modello, sottoscritto dall'utente, distribuito presso la Centro Iso;
- Segnalazione telefonica o via fax al Centro;
- Colloquio con la direzione previo appuntamento.

La struttura si impegna a rispondere formalmente ai reclami entro 2 giorni lavorativi dalla ricezione.

Art. 3

Le osservazioni, reclami, etc. 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 Decreto Legislativo 502/92, come modificato dal Decreto Legislativo 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

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

Art. 5

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. 6

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 onde eventuale risarcimento danni.

Art. 7

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

Art. 1

Il paziente ha diritto di essere assistito e curato secondo le GCP (Good Clinical Procedure) 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/familiari 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/familiari dovrà essere informato in tempo sulle reali condizioni di salute-terapie in corso;

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;

Art. 9

Possono chiedere o ritirare copia di cartella clinica:

- **Il paziente:** se è ancora ricoverato o in fase di dimissione occorre disporre di un valido documento di riconoscimento. Se il paziente è interdetto, la cartella deve essere rilasciata al tutore legale, munito di documento di riconoscimento e stato di famiglia; un'altra persona, tra cui il medico di famiglia che abbia delega scritta da parte dell'interessato;
- **Gli eredi legittimi**, con riserva per determinare notizie, presentando una dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante lo stato di unico erede o di delegato degli altri eredi. Può accedere ai dati personali del paziente defunto chi abbia un interesse proprio o agisca a tutela della persona deceduta o per ragioni familiari meritevoli di protezione;
- **L'autorità giudiziaria**, gli enti previdenziali ed il Sistema Sanitario Nazionale.

L'assistente sociale o la direzione amministrativa accetterà le richieste di rilascio di copia delle cartelle cliniche secondo la seguente procedura:

- 1 Richiesta di copia di cartella clinica presentata da soggetto avente diritto su apposito modulo;
- 2 Pagamento dei diritti per ogni copia della cartella clinica richiesta;
- 3 In conformità alla disciplina sull'accesso ai documenti amministrativi e a quanto previsto dalla normativa vigente sulla privacy, le cartelle cliniche sono fornite, in ogni caso, entro il termine massimo di trenta giorni dalla presentazione della richiesta, previa autorizzazione al rilascio del Direttore Sanitario.

Art. 10

Nessun trattamento può essere eseguito senza il consenso volontario, informato e cosciente del paziente. Il paziente ha diritto, in qualsiasi momento, di rifiutare un trattamento, tranne che in alcuni casi di interesse pubblico e sociale disciplinati da specifiche disposizioni di legge.

Quando il rifiuto di un trattamento impedisce che l'assistenza sia appropriata, il rapporto tra la struttura ed il paziente non ha più ragione di essere, pertanto il paziente sarà dimesso.

I DOVERI

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

Art. 1

Il paziente e i familiari, quando accedono nella struttura, sono invitati ad avere un comportamento responsabile in ogni momento e di considerare il rispetto e la comprensione dei diritti degli altri pazienti ivi presenti, nonché del Personale tutto;

Art. 2

L'accesso alla struttura presuppone da parte del paziente un rapporto di Rispetto e Fiducia verso il personale sanitario;

Art. 3

Il paziente ha la facoltà di rifiutare eventuali accertamenti diagnostici che reputasse non utili, contrariamente al parere dei sanitari, al fine di evitare sprechi di tempo e risorse. Il paziente, a tal proposito, dovrà sottoscrivere opportuno modulo redatto dalla direzione sanitaria in cui si evince il suo rifiuto;

Art. 4

Il paziente e i familiari sono tenuti al rispetto degli ambienti, delle attrezzature e degli arredi che si trovano all'interno della struttura come forma di rispetto verso sé stessi e per gli altri. Eventuali danni a cose o persone saranno oggetto di risarcimento legale;

Art. 5

Chiunque usufruisca della struttura è tenuto a rispettare gli orari stabiliti, salvo in casi in cui è stata fatta esplicita richiesta ed avvisato il personale per tempo;

Art. 6

Nella struttura 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 alla Direzione sanitaria della struttura.

INFORMAZIONE E PRIVACY

Centro Iso 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. I dati relativi al trattamento di ciascuna persona presa in carico, sono registrati su cartella clinica, dove vengono riportati i dati anagrafici ed i dati sanitari storici e correnti; la responsabilità unica della gestione di tali documenti e l'inviolabilità di tali registri è assicurata dalla Direzione Sanitaria.

Tutta la documentazione è trattata conformemente alle disposizioni vigenti in materia.

MODALITA' DI PUBBLICIZZAZIONE E DIFFUSIONE DELLA CARTA DEI SERVIZI

La Carta dei servizi è patrimonio di tutti i cittadini. È 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.

- Front office struttura;
- eventuali canali social;
- sito Web.

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

PIANO DI VERIFICA E AGGIORNAMENTO

La Carta dei servizi è rivalutata periodicamente con cadenza annuale, o in casi straordinari di sopraggiunte modifiche rispetto ai contenuti, al fine di mantenerla sempre allineata con l'effettiva condizione della struttura. Anche in fase di revisione della carta dei servizi è tenuto in debito conto da parte del centro:

- partecipazione di referenti in tutti gli ambiti aziendali responsabili dell'aggiornamento delle informazioni;
- analisi reclami;
- l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini;
- il contributo fornito dai malati e dai pazienti;
- il contributo fornito dai volontari;

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

SEZIONE QUINTA

INDICAZIONI DI CONTENIMENTO DELLE LISTE DI ATTESA SECONDO IL PIANO REGIONALE

Con Delibera della Giunta Regionale Campania n. 379 del 29 Giugno 2023, la Giunta Regionale della Regione Campania ha emanato il “PIANO OPERATIVO REGIONALE PER IL RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA” Aggiornamento ai sensi del Decreto Legge 29 dicembre 2022, n.198, coordinato con la legge di conversione 24 febbraio 2023, n. 14, art. 4, commi 9-septies e 9- octies, 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 alla stregua anche del residuo delle prestazioni da erogare riferibili alle liste d’attesa generatesi durante il periodo pandemico (2020-2021).

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, la nostra struttura, 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.

*All'interno del Centro Centro Iso Riabilitativo per l'età evolutiva Aps disponibile un'area contenente:
"Modulo di reclamo" che i clienti/pazienti possono utilizzare per recapitare (anche in forma anonima)
suggerimenti e/o aspettative per il miglioramento del servizio nonché eventuali reclami.
"Questionario di soddisfazione clienti" che i clienti/pazienti possono utilizzare per recapitare (anche in forma
anonima) la propria valutazione del Centro in modo da valutare annualmente la customer satisfaction al fine
del miglioramento continuo.*

*La redazione della presente Carta dei Servizi è stata curata dal Direttore Tecnico e dal Direttore del Centro.
Il responsabile di quanto riportato nella suddetta Carta è il Legale Rappresentante della Struttura.
La presente Carta dei Servizi in accordo a quanto previsto dal Regolamento 3 del 2006 della
Regione Campania art. 17 comma 2, è stata redatta con la consultazione
delle categorie professionali e delle associazioni di tutela, di volontariato rappresentative del
collettivo dell'utenza e rappresentati degli utenti.
Inoltre hanno collaborato alla redazione della stessa e ne hanno condiviso i principi tutte le
risorse della struttura.*