

**Congregazione delle Suore Salesiane dei Sacri Cuori  
ISTITUTO FILIPPO SMALDONE DI ROMA**



Sede Legale ed operativa:  
Via Tor De' Schiavi 404 – 00171 – Roma

# CARTA DEI SERVIZI

in conformità al Decreto del presidente del consiglio dei ministri 19 maggio 1995

“Schema generale di riferimento della carta dei servizi Pubblici sanitari”.

Linee guida per l'elaborazione della carta dei servizi sanitari nelle aziende e strutture sanitarie della Regione  
Lazio – 2013

Sede : Via Tor de' Schiavi, 404 Roma - 00171 ROMA

Tel. 06 259 4079 – 06-2596639 Fax: 06-2590605

Mail: SEGRETERIA : [filippo.smaldone@cuori.191.it](mailto:filippo.smaldone@cuori.191.it)

Direzione sanitaria: [centro.riabilitazione@salesianesacricuori.org](mailto:centro.riabilitazione@salesianesacricuori.org)

PEC [filippo.smaldone@pec.it](mailto:filippo.smaldone@pec.it)

SITO internet : <http://www.scuolafilipposmaldoneroma.it/centro-di-riabilitazione/>

Pilastro e fondamento di tutta l'attività educativa delle Suore Salesiane dei Sacri Cuori e dei loro collaboratori è l'amore, di esso deve essere pervaso ogni loro intervento sugli alunni perché "Non si può educare se non si ama".

**(San Filippo Smaldone)**

*Gentile ospite,*

ho il piacere di presentarLe la nostra "Carta dei Servizi". Questo strumento, grazie anche alla Sua gentile e preziosa partecipazione, ci consente di migliorare la qualità dei Servizi offerti.

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

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

a Rappresentante Amministrativa  
Suor Carmela Agrosi

IDENTIFICAZIONE E VALIDITA'

**Tabella di validazione:**

<b>REDATTO DA:</b> <i>Mansione</i>	Suor Carmela Agrosi <i>Resp SGQ</i> Dr. Barbara Cherchi <i>Direttore Tecnico-Sanitario</i>	
<b>CONTROLLATO DA:</b> <i>Mansione</i>	Suor Carmela Agrosi <i>Resp SGQ</i>	
<b>APPROVATO DA:</b> <i>Mansione</i>	Suor Carmela Agrosi <i>Rappr. Amministrativo</i>	
<b>DATA:</b>	<b>28 01 2019</b>	
<b>EDIZIONE:</b>	<b>07</b>	

## PARTE I

### **PRESENTAZIONE DELL'ISTITUTO FILIPPO SMALDONE di Roma**

L' "Istituto Filippo Smaldone" è un Ente autonomo Religioso con riconoscimento giuridico, gestito dalle Suore Salesiane dei Sacri Cuori, fondate in Lecce il 25 Marzo 1885 da San Filippo Smaldone.

Don Smaldone intuì che la sua missione era l'apostolato verso i sordi e si mise d'impegno per conoscere mezzi e metodi validi per la loro istruzione ed educazione cristiana.

Il suo intervento educativo era basato sulla pedagogia dell'amore: "Non si può educare se non si ama".

L'apostolato principale delle Suore Salesiane dei Sacri Cuori è il servizio educativo ai bambini e ai giovani in difficoltà, in primis a quelli con disabilità uditiva e del linguaggio.

Propone un progetto riabilitativo ed educativo, rivolto alla formazione integrale e cristiana dell'utente, sordo e non.

*Il Centro di Riabilitazione è una struttura accreditata presso la regione Lazio per trattamenti riabilitativi ex art. 26 legge 833/78. Area d'intervento: L' Istituto si occupa solo di pazienti in età evolutiva.*

Le finalità che l'Istituto Filippo Smaldone di Roma intende garantire sono riportate di seguito :

- A: Offrire servizi e prestazioni riabilitative capaci di assicurare continuità nel processo di cura anche in collegamento con le reti del territorio.*
- B: Offrire agli utenti disabili ed in particolare alle persone sorde sostegno allo sviluppo delle loro potenzialità e canali di comunicazione spendibili nelle comunità sociali allargate e ristrette, al fine di garantire una partecipazione sociale priva di restrizioni.*
- C. Promuovere la formazione educativa, culturale dell'utente disabile con particolare attenzione alle persone sorde .*
- D: Perseguire la soddisfazione dell'utente, della sua famiglia, del committente e del personale dell'Istituto Filippo Smaldone di Roma e di tutte le parti interessate attraverso miglioramento continuo del servizio, mettendo a disposizione risorse professionali diverse e integrate, strutture adeguate e continuamente aggiornate.*
- E: Perseguire la massima efficacia ed efficienza dei servizi offerti all'utente, alla famiglia ed al committente dell'Istituto Filippo Smaldone di Roma.*
- F: Offrire con continuità una garanzia di assistenza ed ascolta ad utenti e famiglie*
- G: Offrire una sempre rinnovata tutela alle persone fragili e di conseguenza coadiuvare l'azione educativa della famiglia in modo graduale e con interventi personalizzati dando certezza alla famiglia che il percorso di riabilitazione e didattico educativo dell'utente non avviene in solitudine e secondo modalità di educazione e di coinvolgimento del caregiver.*
- H: Perseguire lo spirito di carità che caratterizza l'Opera dell'Istituto Filippo Roma.*
- I: Migliorare continuamente il servizio attraverso la gestione della qualità, in linea con le norme UNI EN ISO 9001:2015, con i requisiti per l'accreditamento definitivo adottati dalla Regione Lazio per le strutture sanitarie nonché con i documenti di programmazione sanitaria regionale*

## **PRINCIPI FONDAMENTALI**

L'Istituto si ispira nella sua Opera educativa, didattica e riabilitativa ai seguenti principi informatori:

### **1. Uguaglianza**

L'Istituto è aperto a tutti coloro che ne richiedono i servizi. Le regole che disciplinano i rapporti fra gli utenti ed il Centro di Riabilitazione sono uguali per tutti e nessuna discriminazione ingiustificata può essere compiuta.

### **2. Imparzialità e Regolarità**

L'Istituto si impegna ad erogare il servizio riabilitativo secondo criteri di obiettività, equità ed imparzialità.

### **3. Accoglienza ed Umanizzazione**

L'Istituto si impegna con opportune ed adeguate attività e con la collaborazione di tutti gli operatori a favorire l'accoglienza dei genitori e degli utenti, con particolare attenzione alla fase di ingresso, per la quale si organizzeranno momenti di ascolto e di orientamento, atti a favorire il processo di socializzazione e di integrazione.

Particolare impegno è prestato alla soluzione delle problematiche sociali derivanti dall'handicap uditivo, valutando le potenzialità acustiche residue ed agendo in maniera personalizzata sul fronte dell'intervento riabilitativo, protesico, scolastico ed educativo.

### **4. Diritto di scelta,**

L'Istituto si impegna al rispetto del diritto che i genitori o chi ne fa le veci, vorranno esercitare nella scelta di questo Istituto o di servizi erogati da altri gestori. L'organizzazione del servizio sarà orientata ad assicurare l'obbligo scolastico, e la regolarità di frequenza

### **5. Partecipazione, efficienza e trasparenza**

Il personale del Centro di Riabilitazione, i genitori e gli utenti sono protagonisti e responsabili dell'attuazione della "Carta", attraverso una gestione partecipata del Centro di Riabilitazione, nell'ambito dei momenti di incontro e di confronto.

Le attività dell'Istituto ed in particolare l'orario di servizio si conformeranno a criteri di efficienza, di efficacia e di flessibilità nell'organizzazione dei servizi amministrativi, dell'attività riabilitativa, che saranno orientati alla massima semplificazione delle procedure e sostenute da un'informazione completa e trasparente.

L'Istituto si impegna a favorire le attività extrariabilitative e di integrazione sociale, che permettano agli utenti di raggiungere una promozione culturale, sociale e religiosa, favorendo l'utilizzo delle risorse strutturali e sociali del territorio.

### **6. Libertà di intervento e aggiornamento del personale**

Il Centro di Riabilitazione garantisce e favorisce la libertà degli operatori, come valorizzazione della progettualità individuale e collegiale degli stessi. L'aggiornamento e la formazione costituiscono un impegno per tutto il personale e un compito per l'amministrazione, che assicura interventi organici e regolari.

### **7. Accessibilità alle informazioni**

L'Istituto garantisce la piena informazione dei cittadini utenti sui servizi offerti e le modalità di erogazione degli stessi; inoltre, nel rispetto della normativa vigente sul trattamento dei dati personali, garantisce l'accesso all'utente o ai familiari aventi diritto di ottenere informazioni sulle sue condizioni, sui prodotti realizzati durante le attività riabilitative e sui livelli prognostici. I familiari, inoltre, hanno libero accesso durante le sedute riabilitative previo appuntamento da concordare con il DS.

### **8. Aggiornamento del personale**

L'Istituto garantisce e favorisce la libertà dei terapisti, come valorizzazione della progettualità individuale e collegiale degli stessi. L'aggiornamento e la formazione costituiscono un impegno per tutto il personale e un compito per l'amministrazione, che assicura interventi organici e regolari.

### **9. *Appropriatezza degli interventi***

L'Istituto si pone come obiettivo prioritario il perseguimento dell'appropriatezza degli interventi riabilitativi, al fine di non incidere negativamente sulla dignità degli utenti e delle loro famiglie, sulla spesa pubblica e sulla gestione delle proprie risorse umane e strumentali.

### **10. *Riduzione dei tempi e liste di attesa***

L'Istituto adotta tutti gli strumenti in suo potere per ridurre i tempi di attesa dell'utenza e per snellire le liste di attesa, programmando con gli interlocutori della committenza la gestione della disponibilità interna ed offrendo all'utenza in caso di tempi di attesa non definibili adeguate informazioni per l'accesso presso altre analoghe strutture sul territorio ed extraterritoriali.

### **11. *Continuità delle cure***

L'Istituto assicura l'erogazione dei servizi senza interruzione temporali improprie ed ha predisposto una procedura per garantire la continuità assistenziale alla conclusione del progetto riabilitativo, che prevede la comunicazione al medico curante, l'eventuale l'addestramento ai familiari per la gestione di strumenti protesici o per l'acquisizione di materiali per il proseguimento delle cure a domicilio, nonché l'attivazione delle competenti Aziende Sanitarie Locali per quanto concerne la fornitura dei materiali e la continuazione assistenziale.

### **12. *Riduzione dei rischi***

L'Istituto ha predisposto una procedura per prevenire, individuare, definire e trattare le sorgenti di rischio per il personale e per l'utenza che opera nel Centro, mediante l'elaborazione di un appropriato programma di prevenzione e protezione che miri a contenere il rischio al più basso livello possibile. Nel contempo la stessa procedura prevede analoga attenzione verso gli eventi avversi procurati ai pazienti, completata con la loro registrazione ed elaborazione statistica.

Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal CENTRO GESTIONE RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DEL PAZIENTE della Regione Lazio (CRRC).

### **13. *Soddisfazione degli utenti***

L'Istituto presta particolare attenzione al monitoraggio periodico dei livelli di soddisfazione dell'utenza, dei loro familiari, dei committenti e del personale interno, mediante la somministrazione anonima di questionari con risposte aperte e chiuse e la raccolta di lamentele e reclami verbali e scritti, che saranno attentamente valutati per migliorare la qualità dei servizi offerti all'utenza.

### **14 *Ricerca dell'efficacia, dell'efficienza e del miglioramento continuo***

L'Istituto garantisce che i servizi, gli interventi e le attività svolte raggiungano il risultato ottimale utilizzando le risorse con il minimo di sprechi e duplicazioni e si impegna a definire i propri standard di qualità dei servizi offerti ed a determinare le modalità di valutazione costante della qualità stessa.

L'Istituto garantisce, infine, un controllo diretto sulla qualità del servizio erogato fornendo l'opportunità ai cittadini di riorientare l'organizzazione e l'offerta.

Questa Carta dei Servizi adotta e fa propri i 14 diritti enunciati nella Carta Europea dei diritti del malato:

1. Prevenzione : Sistema Sicurezza aggiornato al D.lgs 81/08, sistema 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 con riguardo anche all'adozione del Regolamento (UE) 2016/679 e D.Lgs 101/2018
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 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.

**1. Procedure per assicurare la tutela degli utenti**

E' presente presso l'Istituto un Sistema di Gestione del Rischio e l'attivazione di attività mirate alla riduzione degli errori al fine di aumentare la sicurezza del paziente, in primis, ma anche di migliorare efficienza e qualità del sistema, riducendo i costi aggiuntivi derivanti da errori. Il Sistema è descritto nell'Istruzione Operativa "Gestione dell'evento avverso".

L'Istruzione Operativa previene e gestisce gli Eventi avversi, allo scopo di prevenire e ridurre i conseguenti rischi reali e potenziali per gli utenti mediante un processo coordinato di identificazione, segnalazione, registrazione ed analisi degli incidenti, che comprende un momento finale di coordinamento delle varie informazioni sulla sicurezza in modo da favorire una migliore strategia per la soluzione dei problemi.

A livello aziendale è istituita l'UGR (Unità di Gestione del Rischio), con funzione di programmazione, coordinamento e verifica di quanto pianificato, al fine di ridurre il rischio nello specifico ed in generale i fattori di rischio (Risk Management).

## PARTE II

### INFORMAZIONI SULLA STRUTTURA E I SERVIZI FORNITI

#### TIPOLOGIA DEI SERVIZI EROGATI DALL'ISTITUTO "FILLIPPO SMALDONE di Roma"

L'Istituto Filippo Smaldone di Roma appartiene alla Congregazione delle Suore Salesiane dei Sacri Cuori, Ente Autonomo Religioso di diritto pontificio con riconoscimento giuridico della legale rappresentante. Nell'Istituto sono presenti una Scuola Paritaria dell'Obbligo formativo ed un Centro di Riabilitazione accreditato con la Regione Lazio, che opera secondo la normativa ex art. 26 L. 833/78. L'Istituto accoglie utenti in età evolutiva e rivolge particolare attenzione ai soggetti sordi.

L'Istituto accoglie gli utenti in età evolutiva in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale ed esplica i suoi servizi agli utenti in regime non residenziale, semi-Residenziale e Residenziale.

Il centro è aperto per le attività riabilitative dalle 9,00 alle 18,00 dal lunedì al venerdì. Il sabato dalle 9,00 alle 14,00.

#### MODALITA' DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO E DESTINATARI

Il Centro ha come finalità l'erogazione di prestazioni riabilitative in regime Residenziale (20 posti), semiresidenziale (50 posti), soggetti in età evolutiva affetti da sordità.

##### PATOLOGIE TRATTATE:

Sordità trasmissive e neurosensoriali , profonde , gravi, medie e lievi.  
Disturbi specifici di linguaggio  
Disturbi di linguaggio espressivo  
Disturbi dell'apprendimento  
Dislessie  
Ritardo cognitivo  
Alcune tipologie di disturbo misto dello sviluppo

##### ***Le prestazioni offerte in regime di convenzione, dunque a carico del S.S.R., sono:***

Riabilitazione cognitiva  
Intervento neuro e psicomotorio  
Intervento educativo  
Logoterapia  
Musicoterapia  
Riabilitazione Psichiatrica  
Counseling familiare

Inoltre, in regime di trattamento non residenziale ( 40 posti ) individuale, si eseguono interventi specifici per soggetti in età evolutiva affetti da disturbi delle funzioni linguistiche e cognitive.

E' disponibile un servizio di supporto psicologico al bambino ed alle famiglie in base alle necessità evidenziate.

Per tutti i bambini, con certificazione di handicap, viene fornita la consulenza medico-pedagogica agli insegnanti curricolari della scuola.

### IL PERSONALE

Il Centro si avvale di diverse figure professionali, ognuna delle quali è altamente specializzata nel proprio settore di competenza.

Il Direttore Tecnico-Sanitario, responsabile del Centro Riabilitativo, è un medico specialista in Otorinolaringoiatria e Audiologia.

Nel Centro opera l'équipe multidisciplinare, formata da medici, psicologi, terapisti, educatori ed insegnanti specializzati, che si occupa del trattamento riabilitativo del bambino.

L' équipe è formata da: 1 specialista in Otorinolaringoiatria e Audiologia e Foniatria, 1 neuropsichiatra infantile, 1 psicologo psicoterapeuta, 8 logopedisti, 1 terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, 1 musicoterapista, 2 educatori professionali.

Il medico responsabile specialista in Otorinolaringoiatria e Audiologia e Foniatria conduce l'équipe all'interno della quale sono decisi, verificati e supervisionati i piani di trattamento e l'andamento clinico del singolo bambino.

Il medico specializzato in neuropsichiatria infantile e in psicologia clinica e gli psicologi intervengono direttamente nel trattamento, secondo il loro profilo professionale, inoltre, vengono programmati incontri individualizzati con i genitori per la verifica dei progressi del bambino.

E' prevista l'introduzione di incontri congiunti tra operatori coinvolti nel trattamento (educatori e terapisti) e medici specialisti per un confronto diretto tra équipe curante e genitori.

L'Organizzazione del Centro prevede uno stretto rapporto interdisciplinare tra i membri dell' équipe di Direzione e il personale che lavora con i pazienti.

Tali rapporti si concretizzano nel passaggio continuo di informazioni, tramite comunicazioni verbali e scritte, e soprattutto tramite incontri e riunioni (riunioni di équipe), in cui vengono delineate e verificate le linee operative riguardanti le attività riabilitative e l'organizzazione quotidiana, nonché le linee riabilitative individualizzate per ciascun paziente.

### PERSONALE OPERANTE

Direttore Sanitario: Medico specialista in Otorinolaringoiatria e Audiologia

Direttore Tecnico: Medico specialista in Otorinolaringoiatria e Audiologia

Medico Specialista: Medico specialista in Otorinolaringoiatria e Audiologia

Medico specialista in Neuropsichiatria Infantile

Psicologi Psicoterapeuti

Infermiera professionale

Logopedista

Musicoterapista

Terapista della neuropsicomotricità

Educatore professionale

Vari Ausiliari

Presso l'Istituto operano i volontari del servizio civile.

### PROCEDURA DI ACCESSO

L'accesso al Centro è regolamentato dalla Regione Lazio e dalla A.S.L. RM 2 di Roma secondo le modalità ex art. 26 della Legge 833 e dalla delibera Regionale n. 583 maggio 2002.

La domanda per accedere al Centro ed usufruire dei servizi relativi a trattamenti riabilitativi deve essere indirizzata alla Direzione Sanitaria e corredata dalla seguente documentazione:

- Impegnativa del medico specialista (neuropsichiatra infantile, otorinolaringoiatra..) dell'ASL di riferimento
- Codice Fiscale
- Certificato di residenza
- Fotocopia del libretto delle vaccinazioni
- Tessera sanitaria dell'Azienda ASL
- Accertamenti diagnostici eseguiti precedentemente ed eventuali cartelle cliniche di altri ricoveri.

Detta documentazione, integrata, eventualmente da una relazione sugli interventi attuati in precedenza, in favore del soggetto con disabilità, deve essere consegnata al DS della Struttura.

Dopo l'analisi della richiesta, mediante un'osservazione e valutazione del caso in esame il DS del Centro formalizza l'idoneità all'ammissione.

Se c'è disponibilità immediata di accoglienza, si procede ad inviare la richiesta di presa in carico alla A.S.L. di residenza del minore per l'autorizzazione e successivamente all'autorizzazione si invia, per via telematica il "piano di trattamento" al SIAR, e cartacea alla A.S.L. RM 2.

In caso di mancanza di disponibilità di posti si procede alla iscrizione del nominativo in lista di attesa.

Nel caso si tratti di una riapertura progetto si invia la richiesta proroga (RPP) alla ASL di competenza per l'autorizzazione alla riapertura, successivamente si invia per via telematica la proposta progetto al SIAR, e cartacea alla ASL RM2.

#### TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI

Il Centro garantisce la seguente tipologia di interventi:

- Valutazione audiologica, foniatria, neuropsichiatrica infantile, cognitiva, psicologica, logopedica, psiconeuromotoria.
- Interventi di terapia logopedica
- Interventi di terapia psicomotoria
- Interventi di terapia psicologica di supporto alla disabilità
- Counseling alla famiglia
- Attività educativa di sostegno per l'apprendimento e l'integrazione in classi di bambini udenti.
- Musicoterapia
- Assistenti alla comunicazione interpreti LIS.
- Attività educativa per il potenziamento delle autonomie personali e sociali.
- Consulenza sociale
- Consulenza scolastica esterna
- Assistenza generale
- Assistenza religiosa

Il metodo di lavoro prevede una prima formulazione di un piano di trattamento individualizzato a cui segue, dopo l'ingresso del paziente, una definizione più precisa degli obiettivi ed una programmazione delle attività con inizio dell'intervento riabilitativo vero e proprio.

Il progetto riabilitativo si articola nelle seguenti fasi:

1. Valutazione e Osservazione iniziale
2. Formulazione di un Progetto Individualizzato in équipe
3. Attivazione degli interventi
4. Verifica e discussione efficacia degli interventi in riunioni di équipe
5. Monitoraggio e verifica nel tempo

Valutazione, intervento e verifica rappresentano un processo circolare, dove il feedback informa e orienta il processo stesso.

#### ATTIVITA' COLLATERALI

❖ L'Istituto, tenuto conto delle esigenze individuali dei soggetti, garantisce l'accesso all'istruzione scolastica seguendone il percorso e gli obiettivi, facilita, attraverso contatti con le strutture territoriali competenti, l'orientamento scolastico degli assistiti.

❖ L'Istituto collabora con le istituzioni del territorio preposte alla ricerca di inserimenti sociali idonei per il bambino (campi solari, campi scuola etc.)

## OBIETTIVO GENERALE

L'aspetto prioritario attorno a cui converge l'impegno di tutti è:

l'orientamento alla "centralità della persona" che si avvicina ai nostri servizi e l'impegno per soddisfare le sue attese.

Pertanto il Centro è impegnato a garantire la partecipazione dell'utente alla prestazione da noi erogata, attraverso una corretta informazione, un costante ascolto dei suoi bisogni, oltre alla possibilità di esprimere il proprio giudizio con questionari di gradimento, di formulare suggerimenti e inoltrare reclami.

## INFORMAZIONI E PRIMA ACCOGLIENZA

Al momento dell'ingresso nella struttura le prime informazioni vengono fornite al paziente ed alla famiglia dai Medici dell'équipe di riabilitazione, che illustrano le caratteristiche del Centro, le modalità di svolgimento della prestazione riabilitativa, orari ed impegni da rispettare ed i comfort messi a disposizione dell'utenza.

## LA PRESA IN CARICO

La presa in carico prevede la definizione del regime assistenziale (residenziale, semiresidenziale, non residenziale individuale), la modalità d'intervento (estensiva), l'impegno riabilitativo (elevato medio lieve)

Il medico responsabile del progetto insieme all'équipe multidisciplinare definisce i livelli assistenziali con conseguente apertura e formulazione del progetto provvisorio e con l'apertura della cartella clinica.

Successivamente dopo le valutazioni specialistiche medico responsabile del progetto insieme all'équipe multidisciplinare procedono alla formulazione del

Piano Terapeutico e del Programma riabilitativo individuale sulla base delle linee guida presenti nel Protocollo diagnostico-terapeutico relativo alla patologia dell'utente.

Il progetto riabilitativo individuale viene elaborato dopo una attenta e osservazione clinica dell'utente in trattamento e dopo la somministrazione di test audiologici, linguistici, neuropsicologici e motori, atti ad evidenziare il quadro clinico d'ingresso e le indicazioni terapeutiche e prognostiche.

Il Piano Terapeutico viene proposto ai genitori, condiviso e firmato dagli stessi e poi inviato al Sistema Informativo per l'assistenza Riabilitativa (SIAR).

### Informazione all'utenza sulla presa in carico

#### DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE

Il genitore, all'atto dell'ammissione, deve presentare la seguente documentazione:

- Tessera sanitaria dell'Azienda ASL
- Tutti gli accertamenti diagnostici già eseguiti ed eventuali cartelle cliniche di altri ricoveri.
- Impegnativa del medico (pediatra) di medicina generale.
- Fotocopia del libretto delle vaccinazioni
- Certificato di residenza

## INFORMATIVA ALL'ACCESSO

Al genitore viene consegnata la documentazione informativa:

- La carta dei Servizi e carta dei diritti del paziente
- La guida dei servizi
- Modulo di informazione e consenso al trattamento dei dati personali per la tutela della privacy
- Modulo di consenso informato per ogni tipo di prestazione effettuata

Per il ritiro della carta dei servizi e guida ai servizi, il genitore apporrà la firma di consegna su apposito registro, mentre i consensi saranno firmati e conservati nella cartella clinica del bambino.

Il genitore viene inoltre indirizzato al servizio di informazioni, gestito dalla Segreteria per eventuali delucidazioni ed informazioni, sia sul Centro che su aspetti legislativi e socio assistenziali.

Il servizio è disponibile dalle ore 9,00 alle ore 13,00 dal lunedì al sabato.

#### CONSENSO ALLE CURE

All'ingresso del paziente, il medico responsabile illustra il piano di trattamento e le attività con le quali si intende raggiungere gli obiettivi prefissati e ne chiedono il consenso all'utente .

#### RICHIESTE CARTELLE CLINICHE E CERTIFICATI

Ogni certificazione, durante il ricovero, può essere richiesta, previa domanda scritta al responsabile del Centro, ai medici o alla segretaria.

All'atto della dimissione, o successivamente, si può richiedere copia della cartella clinica, mediante richiesta scritta, alla Direzione Sanitaria del Centro "Filippo Smaldone" presso la sede di Roma - Via Tor de' Schiavi, 404

La copia è disponibile, entro 30 giorni dalla richiesta, tutti i giorni dal lunedì al venerdì dalle 08:00 alle 16:00, il sabato dalle 08:00 alle 13:00.

Può essere ritirata personalmente da un genitore o tutore o da altra persona in possesso di una delega completa della fotocopia del documento di identità dell'utente.

#### ONERI A CARICO DELL'UTENTE

Per eventuali costi di richiesta della cartella clinica è necessario rivolgersi alla segreteria e compilare il relativo modulo di richiesta.

I farmaci per gli utenti in regime semiresidenziale sono a carico delle famiglie.

#### IL SERVIZIO INFORMAZIONI

Informazioni generali sul Centro possono essere date telefonicamente, personalmente o attraverso la posta elettronica dalla segretaria e assistente sociale.

E' attivata una linea telefonica funzionante dalle ore 9.30 alle ore 13.00. Entro tale orario sarà possibile parlare direttamente con il Direttore Sanitario.

Il servizio, oltre a garantire, tramite contatto telefonico, tutte le informazioni rispetto all'eventuale ammissione e al chiarimento delle procedure per accedere alla Struttura, può offrire indicazioni inerenti l'organizzazione delle strutture socio- assistenziali, o l'impianto legislativo per la tutela dei disabili, ed altro. Non è ovviamente di sua pertinenza fornire informazioni di tipo clinico.

E' possibile inviare anche messaggi tramite posta elettronica, l'indirizzo è il seguente: [centro.riabilitazione@salesianesacricuori.it](mailto:centro.riabilitazione@salesianesacricuori.it).

#### I TEMPI MASSIMI DI ATTESA:

Presso l'istituto è presente una lista di attesa, i tempi massimi sono comunicati all'atto della richiesta di inserimento. Ad un anno dall'inserimento in lista d'attesa, il paziente è tenuto a rinnovare la richiesta di inserimento in lista d'attesa (anche telefonicamente); in caso contrario viene cancellato.

#### LE ASSENZE

Se il paziente è assente nel giorno e ora previsti per la terapia la prestazione non viene erogata.

Il numero massimo di assenze sporadiche (cioè non superiore ai 7gg continuativi) non può superare il 10% del totale delle terapie previste dal progetto (tale informazione è comunicata al momento dell'avvio del progetto).

Le uniche assenze tollerate dalla normativa vigente nell'ambito di un progetto riabilitativo sono quelle dovute a MALATTIA.

Altre assenze non sono ammesse e comportano la sospensione del progetto.

L'assenza superiore a 7 gg continuativi deve necessariamente essere giustificata da certificato medico (vedi sotto ASSENZE PROLUNGATE).

L'utente è comunque tenuto ad avvertire il Centro dell'assenza comunicandolo alla segreteria del centro e specificando il nome del terapeuta che avrebbe dovuto effettuare la terapia .

Negli orari di chiusura della segreteria la comunicazione può essere effettuata lasciando un messaggio in segreteria telefonica.

Il terapeuta non è tenuto a recuperare la prestazione mancata per assenza del paziente.

Se la prestazione non viene erogata per assenza del terapeuta quest'ultimo si impegna ad offrire una possibilità di recupero.

Il recupero della prestazione andrà realizzato al massimo entro il mese successivo a quello in cui si è avuta la prestazione mancata. Se la proposta di recupero del terapeuta (giorno e ora) non viene accettata tale prestazione non sarà recuperata. Occasionalmente alcune prestazioni di terapia possono venir meno per permettere al terapeuta di partecipare ad altri appuntamenti inerenti il progetto (ad esempio riunione di GLH o colloquio d'equipe con la famiglia o altri operatori) o a giornate di formazione professionale. Tali prestazioni non sono assoggettate al recupero da parte dei terapeuti.

#### ASSENZE PROLUNGATE

Il progetto riabilitativo prevede lo svolgimento dei trattamenti in maniera continuativa e regolare, pertanto assenze superiori a 7 giorni possono giustificarsi solo in presenza di un certificato medico. Nel caso di assenza superiore a 7 giorni sarà necessario consegnare al centro un certificato medico che giustifichi l'assenza del paziente dalla terapia per motivi di salute.

L'assenza settimanale si verifica quando non vengono erogate tutte le prestazioni previste nell'arco di una settimana anche se queste hanno cadenza bisettimanale o trisettimanale. Il certificato va consegnato alla segreteria del centro entro 5 giorni dall'inizio del periodo di malattia. La certificazione deve riportare le seguenti informazioni:

1. Dati identificativi del medico
2. data rilascio del certificato
3. Nome e Cognome dell'assistito/utente
4. Data di nascita e luogo
5. Diagnosi (qualora omessa dal medico certificatore per tutela privacy deve essere riportata la dizione patologia temporaneamente inabilitante)
6. prognosi con data inizio e fine malattia
7. Timbro e firma del medico

Nel caso di assenza superiore a 15 giorni (seppure giustificata da certificato medico) l'equipe valuterà l'opportunità di chiudere il progetto dal momento che non è più possibile assicurare una continuità terapeutica.

Nel caso di chiusura del progetto e di non riapertura, il paziente si considera dimesso dal centro.

Nel caso di assenze prolungate non superiori a 15 giorni ma ripetute nell'arco temporale di durata del progetto l'equipe valuterà l'opportunità di proseguire il progetto o procedere alla sua chiusura.

#### VALUTAZIONI PERIODICHE

L'equipe realizza valutazioni periodiche tramite strumenti psicodiagnostici, osservazioni e colloqui clinici. Le osservazioni possono essere effettuate anche mediante registrazione video della seduta di terapia. Tali registrazioni sono utilizzate esclusivamente ai fini della verifica degli obiettivi di trattamento. Per qualsiasi ulteriore utilizzo dei filmati (per es. ai fini di ricerca o di formazione) sarà chiesta apposita autorizzazione.

#### DURATA DEL PROGETTO

Il progetto riabilitativo ha una durata prestabilita e comunque non supera i 10 mesi.

Alla scadenza del progetto, se l'equipe concorda sull'opportunità di proseguire il trattamento, è possibile effettuare un rinnovo.

Il rinnovo del progetto deve essere autorizzato dalla ASL territoriale di competenza che rilascerà l'impegnativa all'utente dopo la presentazione del PRI (proroga progetto riabilitativo individuale). L'utente deve impegnarsi a rispettare gli appuntamenti dati dal centro per consentire al medico la stesura del PRI che va consegnato dall'utente alla ASL.

In assenza dell'impegnativa rilasciata dalla asl alla scadenza del progetto le prestazioni non potranno essere erogate.

#### DIMISSIONI DELL'UTENTE

L'utente si considera dimesso: - alla scadenza del progetto riabilitativo - dopo 7 gg di assenza non giustificata - assenze occasionali ripetute recanti pregiudizio alla continuità terapeutica - in caso di rifiuto della proposta del progetto terapeutico. La struttura, al termine della presa in carico, rilascia al paziente un documento in cui siano esplicitati lo stato di salute, i trattamenti effettuati, le indicazioni sui trattamenti successivi. In tal caso la struttura invia una copia della relazione ai servizi territoriali d'appartenenza del paziente.

#### CERTIFICAZIONI

Per la richiesta di certificazioni ci si deve rivolgere alla segreteria del Centro o direttamente al medico responsabile del progetto. La richiesta deve essere inoltrata compilando il modulo disponibile in segreteria. Le certificazioni devono essere ritirate dalla famiglia in segreteria, non si possono spedire né possono essere recapitate dai terapisti. I tempi di rilascio dei certificati sono di 15 giorni dalla data della richiesta.

#### RIFERIMENTI E NUMERI TELEFONICI

**Istituto Filippo Smaldone – Roma**  
tel. 06 25 94079 - 062591074; fax 062590605

#### **Centro di Riabilitazione:**

***Resp. Amministrativo: Sr. Carmela Agrosi***

***Direttore Tecnico-Sanitario: Dr.ssa Barbara Cherchi***  
tel. 06 2596639 e-mail [centro.riabilitazione@salesianesacricuori.it](mailto:centro.riabilitazione@salesianesacricuori.it)

***Segreteria, Servizio sociale e URP: Sr. Carmela Agrosi***  
e-mail [filippo.smaldone@cuori.191.it](mailto:filippo.smaldone@cuori.191.it)  
tel. 06 25 94079 - 062591074 fax 062590605

**APERTURA DEL CENTRO**  
**DALLE 9,00 ALLE 13,00 – DALLE 14 ALLE 18,00 DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ**  
**DALLE RE 9,00 ALLE ORE 13,00 IL SABATO**

#### **Per i non udenti:**

**Servizio Ponte: 800 067 590**

### PARTE III

#### **MECCANISMI DI TUTELA E VERIFICA**

##### SEGNALAZIONI E RECLAMI

Le segnalazioni/reclami possono essere presentate verbalmente, telefonicamente, per iscritto via fax o e-mail, anche in forma anonima.

E' compito dell'assistente sociale aiutare l'utente nella segnalazione ed indicare il nome dell'addetto referente per i rapporti con il pubblico, responsabile della gestione del reclamo/segnalazione.

E' responsabilità dell'addetto inoltrare la documentazione alle funzioni competenti per una risposta che dovrà comunque essere inviata all'utente, se non anonimo, non oltre 5 gg dal ricevimento del reclamo.

La risposta dovrà indicare i termini entro i quali la struttura provvederà a rimuovere le irregolarità eventualmente riscontrate.

##### REFERENTE PER LE RELAZIONI CON IL PUBBLICO

L'Istituto ha proceduto alla nomina di un referente, addetto alle relazioni con il pubblico, nella persona dell'assistente sociale.

L'ufficio è disponibile dalle ore 9,00 alle ore 16,00 dal lunedì al venerdì.

##### TUTELA

La funzione di tutela dei diritti dell'utente si esplica con la trasparenza delle procedure relative alle liste di attesa e ai tempi previsti per l'erogazione dei servizi. Gli utenti possono presentare segnalazioni o reclami se ritengono si siano verificati una situazione o un comportamento che ha limitato o negato la fruibilità delle prestazioni.

Il ***Tribunale per i diritti del malato - Cittadinanzattiva***, si occupa della tutela dei diritti e della partecipazione civica nell'ambito dei servizi sanitari e assistenziali.

##### **Segreteria Regionale**

Viale Angelico, 28

CAP 00195 Roma

Tel 06/3729924

Fax 06/6385881

roma@cittadinanzattiva.it

##### VERIFICHE COSTANTI

Il piano riabilitativo/esecutivo viene verificato costantemente nel suo percorso dall'èquipe multidisciplinare, che valuta i risultati ottenuti e imposta le nuove azioni.

##### PARTECIPAZIONE

La Direzione si adopera allo scopo di potenziare la partecipazione dell'utente alla vita dell'istituzione, sia attraverso le varie attività previste per i genitori che attraverso la rilevazione della soddisfazione dell'utenza, durante il periodo di presa in carico presso la struttura, tramite apposito questionario.

#### **SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI**

La soddisfazione degli utenti è monitorata attraverso l'utilizzo periodico di un questionario che misura la qualità attesa e percepita:

- delle prestazioni riabilitative erogate;
- dal servizio offerto;
- dai giudizi dei clienti/utenti riguardo:
  - a) *la professionalità del personale;*

- b) *dell'assistenza medico/sanitaria/specialistica offerta;*
- c) *la puntualità delle terapie erogate;*
- d) *il rapporto interpersonale con il terapeuta di riferimento;*
- e) *l'igiene dei locali;*
- f) *il materiale utilizzato per l'esecuzione delle terapie;*
- g) *il livello di soddisfazione rispetto al servizio fornito;*

### **CARTA DEI DIRITTI DEL PAZIENTE**

La Carta dei Servizi ha adottato e fa propri i diritti enunciati nella Carta Europea dei diritti del malato:

1. **Diritto a misure preventive.** Il paziente ha diritto a servizi appropriati a prevenire la malattia.
2. **Diritto all'accesso.** Ogni individuo ha il diritto di accedere ai servizi sanitari che il suo stato di salute richiede. L'Istituto Smaldone garantisce eguale accesso a ognuno, senza discriminazioni sulla base delle risorse finanziarie, del luogo di residenza, del tipo di malattia o del momento di accesso al servizio.
3. **Diritto alla informazione.** Il paziente ha il diritto di accedere a tutti i tipi di informazione che riguardano il suo stato di salute e i servizi sanitari e come utilizzarli, nonché a tutti quelli che la ricerca scientifica e la innovazione tecnologica rendono disponibili. L'Istituto garantisce la piena informazione dei cittadini utenti sui servizi offerti e le modalità di erogazione degli stessi inoltre, nel rispetto della legge sulla privacy, garantisce l'accesso all'utente o ai familiari aventi diritto di ottenere informazioni sulle sue condizioni, sui prodotti realizzati durante le attività riabilitative e sui livelli prognostici. I familiari, inoltre, hanno libero accesso durante le sedute riabilitative
4. **Diritto al consenso.** Il paziente ha il diritto ad accedere a tutte le informazioni che lo possono mettere in grado di partecipare attivamente alle decisioni che riguardano la sua salute. Queste informazioni sono un prerequisito per ogni procedura e trattamento, ivi compresa la partecipazione alla ricerca scientifica.
5. **Diritto alla libera scelta.** Il paziente ha il diritto di scegliere liberamente tra differenti procedure ed erogatori di trattamenti sanitari sulla base di adeguate informazioni. L'Istituto Smaldone si impegna al rispetto del diritto che i genitori o chi ne fa le veci vorranno esercitare nella scelta del ns. Istituto o di altre strutture
6. **Diritto alla privacy e alla confidenzialità.** Il paziente ha il diritto alla confidenzialità delle informazioni di carattere personale, incluse quelle che riguardano il suo stato di salute e le possibili procedure diagnostiche o terapeutiche, così come ha diritto alla protezione della sua privacy durante l'attuazione di esami diagnostici, visite specialistiche e trattamenti medico in generale.
7. **Diritto al rispetto del tempo dei pazienti.** Il paziente ha diritto a ricevere i necessari trattamenti sanitari in un periodo di tempo veloce e predeterminato. L'Istituto adotta tutti gli strumenti in suo potere per ridurre i tempi di attesa dell'utenza e per snellire le liste di attesa, programmando con gli interlocutori della committenza la gestione della disponibilità interna ed offrendo all'utenza in caso di tempi di attesa non definibili adeguate informazioni per l'accesso presso altre analoghe strutture sul territorio.
8. **Diritto al rispetto di standard di qualità.** Il paziente ha il diritto di accedere a servizi sanitari di alta qualità, sulla base della definizione e del rispetto di precisi standard. L'Istituto si impegna a definire i propri standard di qualità dei servizi offerti ed a determinare le modalità di valutazione costante della qualità stessa
9. **Diritto alla sicurezza.** Il paziente ha il diritto di essere libero da danni derivanti dal cattivo funzionamento dei servizi sanitari, dalla malpractice e dagli errori medici, e ha il diritto di accesso a servizi e trattamenti sanitari che garantiscano elevati standard di sicurezza. L'Istituto Smaldone si impegna a garantire la gestione del rischio clinico attraverso tutti gli strumenti necessari a prevenire gli errori.

10. **Diritto alla innovazione.** Il paziente ha il diritto all'accesso a procedure innovative, incluse quelle diagnostiche, secondo gli standard internazionali e indipendentemente da considerazioni economiche o finanziarie. L'Istituto si impegna a rendere disponibili risorse tecnologiche, protocolli, procedure e metodiche innovative nel rispetto delle indicazioni provenienti dagli organismi internazionali
11. **Diritto a evitare le sofferenze e il dolore non necessari.** Il paziente ha il diritto di evitare quanta più sofferenza possibile, in ogni fase della sua malattia. L'Istituto Smaldone si impegna ad attivare tutte le condizioni necessarie alla migliore fruizione del servizio da parte di paziente.
12. **Diritto a un trattamento personalizzato.** Il paziente ha il diritto a programmi diagnostici o terapeutici quanto più possibile adatti alle sue personali esigenze.
13. **Diritto al reclamo.** Il paziente ha il diritto di reclamare ogni qual volta abbia sofferto un danno e ha il diritto a ricevere una risposta o un altro tipo di reazione.

L'ISTITUTO FILIPPO SMALDONE SI IMPEGNA INOLTRE A GARANTIRE i seguenti diritti:

- **Diritto al Rispetto dei valori e delle abitudini del paziente**

L'istituto si impegna al rispetto ed all'accoglienza dei pazienti di ogni credo religioso; si impegna a fornire l'assistenza religiosa nel rispetto della fede del paziente ; si impegna garantire le abitudini alimentari nel rispetto del credo religioso.

- **Diritto all'accesso ai servizi**

L'istituto si impegna all'annullamento delle barriere fisiche, linguistiche e culturali; mediante apposizione di segnaletica, leggibile e di facile comprensione lungo tutti i percorsi .

L'istituto si impegna, a garantire la disponibilità di operatori che possano favorire l'orientamento degli utenti stranieri

- **Diritto alla tutela dei pazienti fragili**

L'istituto si impegna a garantire la tutela dei pazienti che si trovano in condizioni di fragilità, anche temporanea. In fase di prima accoglienza attraverso incontri con operatori specializzati vengono raccolte tutte le informazioni necessarie ad inquadrare le condizioni del paziente e del contesto in cui vive allo scopo di individuare eventuali situazioni di fragilità. Successivamente, anche attraverso le organizzazioni territoriali e di volontariato, si attiverà per favorire gli interventi di supporto che possano agevolare il ripristino di condizioni ottimali per la fruizione dei servizi .

## PARTE IV

### **STANDARD DI QUALITA', IMPEGNI E PROGRAMMI**

La **Carta dei Servizi** è lo strumento d'interfaccia tra L'Istituto e gli Utenti.

In questo senso il suo compito non è solo informativo, ma attribuisce a questi ultimi un reale potere di controllo sulla qualità delle prestazioni erogate.

In particolare l'Istituto :

- adotta Standard di qualità del servizio;
- rende pubblici gli Standard, ed anche gli impegni o i programmi di miglioramento che si assumono nel breve/medio termine, informandone l'Utente;
- verifica il rispetto degli Standard e riconosce all'Utente lo stesso diritto di verifica;
- verifica il grado di soddisfazione dell'Utente;
- assicura all'Utente stesso la possibilità di reclamare, in tutti i casi in cui sia possibile dimostrare che il servizio reso è inferiore agli standard dichiarati, o che sono stati lesi i principi informativi della carta dei servizi e i diritti stessi dell'Utente.

Vengono individuati i seguenti fattori di qualità per la realizzazione di un sistematico monitoraggio e per ognuno dei quali vanno individuati gli indicatori e fissati gli standard:

- accoglienza e orientamento
- comprensibilità e completezza delle informazioni
- accessibilità alle prestazioni e alle strutture
- regolarità, puntualità, tempestività
- tutela dei diritti
- umanizzazione e valorizzazione delle relazioni sociali e umane
- personalizzazione e riservatezza
- partecipazione
- comfort

### **FATTORI DI QUALITÀ, INDICATORI, STANDARD E STRUMENTI DI VERIFICA**

<b>DIMENSIONI DI QUALITA'</b>	<b>CRITERI</b>	<b>INDICATORI</b>	<b>obiettivo STANDARD</b>
<i>Accoglienza</i>	Garantire un sistema di accoglienza	Presenza costante di operatori	Presenza di almeno 1 operatore all'accoglienza negli orari di apertura
<i>Umanizzazione</i>	Garantire il rispetto delle relazioni umane	Scelta e formazione di personale aperto all'ascolto ed al rispetto dell'altro	Assenza di reclami per comportamento degli operatori
<i>Umanizzazione</i>	Processi Assistenziali E Organizzativi Orientati Al Rispetto E Specificità Della Persona – <b>attenzione alla fragilità della persona</b>	Supporto psicologico Gestione della tutela delle condizioni di fragilità	100% di interventi attuati /programmati

<b>DIMENSIONI DI QUALITA'</b>	<b>CRITERI</b>	<b>INDICATORI</b>	<b>obiettivo STANDARD</b>
<i>Umanizzazione</i>	Processi Assistenziali E Organizzativi Orientati Al Rispetto E Specificità Della Persona <b>Rispetto della privacy</b>	Rispetto dell'anonimato e della riservatezza	Assenza di reclami per mancato rispetto della privacy
<i>Umanizzazione</i>	Processi Assistenziali E Organizzativi Orientati Al Rispetto E Specificità Della Persona <b>Impegno nella non discriminazione culturale, etnica, religiosa</b>	Rispetto delle specificità linguistiche Rispetto delle esigenze di culto/etniche e culturali	Disponibilità di informazioni multilingua Disponibilità, in caso di necessità di un mediatore culturale
<i>Soddisfazione dell'utente</i>	Conoscere e soddisfare le esigenze e le aspettative dell'utente.	Livello medio di soddisfazione degli assistiti	Buono
	Garantire una pronta risposta alle problematiche con l'utente .	Tempi di risposta ai reclami	5 giorni
<i>Coinvolgimento del personale</i>	Soddisfazione del personale	Livello medio di soddisfazione del personale	Buono
<i>Libertà di accesso e pari opportunità</i>	Garantire l'accesso a tutti gli aventi diritto	Presenza della lista di attesa con criteri trasparenti	Rispetto dei tempi di attesa
Informazione	Garantire informazione sul servizio	Colloqui individuali e consegna della carta dei servizi	Assenza di reclami per cattiva informazione
	Garantire la comprensibilità e completezza delle informazioni	Rivedere periodicamente i documenti dell'info/formazione	Assenza di reclami per cattiva informazione
Trasparenza	Assicurare la trasparenza delle decisioni e degli interventi	Garantire, per tutti i pazienti, la completa e corretta compilazione della cartella clinica	100% delle attività
Trasparenza	Assicurare la trasparenza delle decisioni e degli interventi	Garantire, per tutti i pazienti, la completa e corretta compilazione della cartella clinica	100% delle cartelle cliniche aggiornate e monitorate
Trasparenza	Gestione della lista d'attesa con criteri definiti e pubblicizzati	Garantire il rispetto dei criteri definiti nell'inserimento in lista d'attesa	Assenza di reclami cliente sulla gestione della lista d'attesa
Trasparenza	Pubblicizzazione dei tempi di attesa	Garantire il rispetto dei tempi di attesa definiti	Assenza di reclami cliente sulla gestione della lista d'attesa

<b>DIMENSIONI DI QUALITA'</b>	<b>CRITERI</b>	<b>INDICATORI</b>	<b>obiettivo STANDARD</b>
Professionalità	Garantire la professionalità dell'intervento riabilitativo	Formazione continua degli operatori	100% del personale in linea con i punteggi ECM
Continuità	Assicurare la continuità terapeutica	Presenza di un sistema di sostituzioni (intercambiabilità degli operatori) e di recupero	Zero assenze per mancanza di operatori
Regolarità , puntualità, tempestività	Garantire la regolarità, puntualità e tempestività degli operatori nelle loro attività	Verifica della pianificazione orari terapeuti	Zero assenze per mancanza di operatori
Personalizzazione e riservatezza	Assicurare la privacy	Presenza del GDPR . I dati sono trattati nel pieno rispetto delle norme in materia	Assenza di reclami – non conformità per mancato rispetto della privacy
Partecipazione	Assicurare la partecipazione del personale e degli utenti/familiari/caregiver alle decisioni del Centro	Presenza di protocolli d'intesa con associazioni e riunioni con personale	Almeno 1 protocollo d'intesa Almeno 1 riunione annuale
Comfort	Garantire strutture igieniche e confortevoli	Presenza di un sistema di manutenzione ordinaria e straordinaria	Zero assenze per carenza di manutenzione o problemi alla struttura
Accessibilità	Garantire la facilità di accesso al servizio	Assenza di barriere architettoniche interne o esterne	Zero barriere architettoniche
Attrezzature	Mantenere l'efficienza ed efficacia delle apparecchiature ed attrezzature utilizzate nell'erogazione dei servizi	Giorni di ritardo nell'effettuazione delle manutenzioni e delle tarature	Zero
Sicurezza	Garantire la sicurezza strutturale	Presenza di un sistema di sicurezza interno	100% delle prescrizioni di sicurezza applicate
Riduzione del numero di eventi clinici sfavorevoli	Esistenza di procedure per la gestione del rischio clinico	Implementazione delle procedure Verifica dell'aderenza alle procedure	0 eventi sfavorevoli

## PARTE V

### ATTUAZIONE

Le indicazioni contenute nella presente Carta dei Servizi si applicano fino a quando, in materia, non intervengano disposizioni modificative.

La presente Carta dei Servizi è stata discussa ed approvata in data 29 01 2019 e viene aggiornata con cadenza annuale o ad ogni eventuale variazione.

### PUBBLICAZIONE DELLA CARTA DEI SERVIZI

La presente Carta dei Servizi è affissa nella bacheca dell'Istituto ed è a disposizione degli utenti, dei genitori, tutori e degli operatori dell'Istituto.

Sarà fornita una copia della Carta dei Servizi alla presa in carico dell'utente ed a chi ne farà espressa richiesta verbale alla Segreteria dell'Istituto.

La Carta dei Servizi in formato PDF è visionabile e scaricabile senza restrizioni sul sito [www.scuolasmaldoneroma.it](http://www.scuolasmaldoneroma.it)

### MODALITÀ DI PUBBLICIZZAZIONE E DIFFUSIONE DELLA CARTA DEI SERVIZI

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

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

### NORMATIVA DI RIFERIMENTO

**Decreto del presidente del consiglio dei ministri 19 maggio 1995** " Schema generale di riferimento della carta dei servizi Pubblici sanitari".

**Linee Guida n.2/95** "attuazione della carta dei servizi del sistema sanitario nazionale

**Delibera 88/2010** linee guida per la definizione degli standard di qualità

**Dlgs 33/2013** – Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione di informazioni da parte della pubbliche amministrazioni.

**Linee guida per l'elaborazione della carta dei servizi sanitari nelle aziende e strutture sanitarie della Regione Lazio – 2013**

**Accreditamento Sanitario Regione Lazio**

ISTITUTO FILIPPO SMALDONE ROMA  
CENTRO DI RIABILITAZIONE

(Allegato 1)

**MODULO PER LA SEGNALAZIONE DI DISFUNZIONI E SUGGERIMENTI**

Il Sig./La Sig.ra \_\_\_\_\_

- SPORGE RECLAMO
- SEGNALA DISSERVIZI
- DA' SUGGERIMENTI
- ALTRO: \_\_\_\_\_

In merito a:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_