



ISTITUTO
PARITARIO
FILIPPO
SMALDONE
— ROMA —

CONGREGAZIONE DELLE SUORE SALESIANE DEI SACRI CUORI
ISTITUTO FILIPPO SMALDONE DI ROMA

CARTA DEI SERVIZI

Edizione 14 del 28/10/2026

SEDE LEGALE ED OPERATIVA:
Via Tor De' Schiavi 404 – 00171 – Roma

SEDI E ORARI DEL CENTRO

Sede: Via Tor de' Schiavi, 404 Roma - 00171 ROMA Apertura: dal lunedì al venerdì 8:00-16.30

Tel. 06 259 4079 06 2596639 3515538646 (segreteria)

SEGRETERIA: segreteria.crs@salesianesacricuori.org – Segreteria Riabilitazione tel. 3515538646

DIREZIONE SANITARIA:

centro.riabilitazione@salesianesacricuori.org PEC:
centroriabilitazionesmaldoneroma@pec.it

SITO internet

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

Come raggiungerci

Centro di Riabilitazione Istituto Filippo Smaldone
Via Tor de' Schiavi 404 – 00171 Roma



La mappa individua il complesso dell'Istituto. Per il percorso dalla propria posizione e le opzioni di trasporto, aprire il collegamento o inquadrare il QR code. Le condizioni di traffico e i servizi di trasporto possono variare.



Apri la mappa e calcola il percorso – Indicazioni stradali

Per informazioni sull'accesso al Centro e su eventuali esigenze di accompagnamento:
 Segreteria 06 2594079 – 3515538646; segreteria.crs@salesianesacricuori.org.

“ *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 fattiva collaborazione, consideri il nostro Personale a Sua disposizione per ogni informazione ed esigenza non illustrate nella Carta dei Servizi.

Dott.ssa Barbara Cherchi

Direttore Tecnico-Sanitario

Suor Rosemery Flexa dos Santos

Rappresentante Amministrativa

IDENTIFICAZIONE E VALIDITA’

Tabella di validazione:

REDATTO DA Funzione	Direzione Tecnico Sanitaria Rappresentante Amministrativa
Verificato DA Funzione	Responsabile SGQ
APPROVATO DA Funzione	Rappresentante Legale
DATA	Revisione 20/10/2026
EDIZIONE	14

PARTE I

PRESENTAZIONE DELL'ISTITUTO FILIPPO Saldone di Roma

L' "Istituto Filippo Saldone" 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 Saldone.

Don Saldone 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 no.

Il Centro di Riabilitazione è una struttura accreditata presso la Regione Lazio (DCA n. U00307 del 04/07/2013) 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 Saldone 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 Saldone 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 Saldone di Roma.

F	Offrire con continuità una garanzia di assistenza ed ascolto 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 di assistenza territoriale extra-ospedaliera 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:

01 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.

02 Imparzialità e Regolarità

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

03 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.

04 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

05 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 extra riabilitative 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.

06 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.

07 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.

08 Aggiornamento del personale

L'Istituto garantisce e favorisce la libertà dei terapeuti, 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.

09 Appropriately 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. Allo stesso tempo 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,
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 smi.
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

È 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", codificata nel Sistema di Gestione per la Qualità secondo UNI EN ISO 9001/2015 con il codice SMAIOP017_3.

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 DE 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 ambulatoriale e semiresidenziale.

L'orario per il trattamento *semiresidenziale* è dalle 8:00 alle 16:30 e si prevedono attività di riabilitazione e scolastiche.

L'orario per il trattamento non *residenziale ambulatoriale* è dalle 8:00 alle 16.30 e si prevedono solo attività di riabilitazione.

MODALITA' DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO E DESTINATARI

Il Centro ha come finalità:

l'erogazione di prestazioni riabilitative in REGIME SEMIRESIDENZIALE (50 POSTI accreditati), per soggetti in età evolutiva.

Principali 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

- Riabilitazione Psicologica
- Counseling familiare

Inoltre, in REGIME DI TRATTAMENTO NON RESIDENZIALE AMBULATORIALE (64 accessi giornalieri accreditati), si eseguono interventi specifici per soggetti in età evolutiva affetti da disturbi delle funzioni linguistiche e cognitive.

È 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, 2 psicologo psicoterapeuta, 8 logopedisti, 2 terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, 3 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 neuropsichiatra infantile e in psicologia clinica interviene direttamente nel trattamento, secondo il loro profilo professionale, inoltre, vengono programmati incontri individualizzati con i genitori per la verifica dei progressi del bambino. È 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 Neuropsichiatra Infantile
 Psicologo Psicoterapeuta
 Infermiera professionale
 Logopedisti
 Terapisti della neuropsicomotricità
 Educatore professionale
 Personale amministrativo-contabile
 Assistenti alla comunicazione
 Addetti alle pulizie
 Addetti alla manutenzione
 Servizio Civile Universale

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 e smi

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 di 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.
- 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 (semiresidenziale, non residenziale ambulatoriale), la modalità d'intervento (estensiva).

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) e/o neuropsichiatra infantile.
- 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
- Informativa sul trattamento dei dati personali ed eventuali autorizzazioni previste dalla modulistica vigente, distinte dal consenso alle prestazioni.
- 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 socioassistenziali.

Il servizio è disponibile dalle ore 08:00 alle ore 14:00 dal lunedì al venerdì

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

Le certificazioni relative al percorso riabilitativo possono essere richieste per iscritto alla Segreteria o al medico responsabile del progetto.

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

La documentazione sanitaria disponibile è fornita agli aventi diritto entro 7 giorni dalla richiesta; le eventuali integrazioni sono fornite entro 30 giorni dalla stessa richiesta, ai sensi dell'art. 4 della Legge 24/2017. Il ritiro o la trasmissione avvengono previa verifica dell'identità e delle eventuali deleghe, secondo le modalità comunicate dalla Segreteria.

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. dal lunedì al venerdì. 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 all'organizzazione delle strutture socioassistenziali, 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.org.

LISTA DI ATTESA

Se non è disponibile un posto, la domanda viene inserita nella lista di attesa. Le convocazioni tengono conto della data della richiesta, della compatibilità dei bisogni con i servizi, delle risorse professionali disponibili e delle priorità cliniche motivate dal DTS, comprese quelle segnalate dalla ASL. La Segreteria comunica la documentazione necessaria e le informazioni disponibili sui tempi, che possono variare e non costituiscono una data garantita di accesso. Trascorso un anno, la famiglia conferma l'interesse alla presa in carico; i contatti, le risposte e le eventuali variazioni sono registrati e comunicati.

LE ASSENZE

La Regione Lazio ha definito il numero di assenze ammesso, con l'obiettivo di non compromettere l'efficacia del trattamento riabilitativo.

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 o dopo ripetute assenze che possono recare pregiudizio alla continuità terapeutica. 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 terapeuti. I tempi di rilascio dei certificati sono di 15 giorni dalla data della richiesta.

RIFERIMENTI E NUMERI TELEFONICI

Istituto Filippo Saldone – Roma

tel. 06 25 94079 - 062596639; 3515538646
(segreteria)

Centro di Riabilitazione:

Resp. Amministrativo: Sr. Rosemary Flexa Dos Santos
Direttore Tecnico-Sanitario: Dr.ssa Barbara Cherchi
tel. 06 2596639 e-mail
centro.riabilitazione@salesianesacricuori.org

Segreteria e URP: Sig.ra Sonia Venga

e-mail segreteria.crs@salesianesacricuori.org tel. 06 25 94079 - 3515538646

APERTURA DEL CENTRO

DALLE 8.00 alle 16.30 DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ

Per i non udenti:

Servizio Ponte: 800 067 590

PARTE III

MECCANISMI DI TUTELA E VERIFICA

SEGNALAZIONI E RECLAMI

Segnalazioni, reclami e suggerimenti possono essere presentati verbalmente, telefonicamente, per iscritto o via e-mail alla Segreteria, anche utilizzando il modulo allegato. Le segnalazioni anonime sono esaminate quando contengono elementi sufficienti; senza un recapito non è possibile fornire una risposta personale.

La Segreteria trasmette la segnalazione al Responsabile SGQ e alla funzione competente. Il Centro registra la ricezione, verifica quanto segnalato e invia una risposta all'utente identificabile entro 5 giorni dal ricevimento.

Quando sono necessari ulteriori accertamenti, entro lo stesso termine viene comunicato un riscontro motivato con la data prevista per la conclusione. Il riscontro interlocutorio non equivale alla chiusura del reclamo e viene distinto dalla risposta conclusiva nel monitoraggio dei tempi.

La risposta conclusiva illustra l'esito della verifica e le eventuali azioni con i relativi tempi. Il Centro controlla l'attuazione degli interventi e comunica in forma aggregata i risultati della gestione dei reclami. Le segnalazioni che richiedono misure immediate per la sicurezza sono gestite tempestivamente.

REFERENTE PER LE RELAZIONI CON IL PUBBLICO

L'Istituto ha proceduto alla nomina di un referente addetto alle relazioni con il pubblico.

L'ufficio è disponibile dalle ore 08:00 alle ore 14:00 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

Rapporti con Associazioni

Il centro Filippo Saldone sede di Roma aderisce alla FOAI e collabora con le associazioni che operano nel campo della disabilità per la difesa dei diritti dei disabili, svolgendo azioni per favorire l'integrazione sociale e lavorativa delle persone disabili

La FOAI è un'associazione tra organismi che si occupano di Riabilitazione ai vari livelli, nata allo scopo di omogeneizzare, nella piena autonomia di ciascun iscritto, l'intervento a favore dei disabili, e favorire un'azione di supporto e di stimolo nei confronti delle istituzioni pubbliche regionali.



Rapporti con le Università e con i Centri di Ricerca

Il Centro Filippo Saldone sede di Roma è convenzionato per la promozione di Tirocini Formativi Teorico Pratici in Logopedia dell'Età Evolutiva con l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" e Tirocinio formativo in psicologia con l'Università Pontificia Salesiana



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA



**Università
Pontificia
Salesiana**

VERIFICHE COSTANTI

Il piano riabilitativo/esecutivo viene verificato costantemente nel suo percorso dall'équipe 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

Almeno una volta l'anno viene rilevata la soddisfazione degli utenti e dei familiari attraverso questionari, con modalità adeguate all'età e alle esigenze comunicative. Sono raccolti anche suggerimenti e osservazioni. I risultati aggregati e gli interventi di miglioramento sono comunicati agli utenti e pubblicati sul sito del Centro. L'indagine considera in particolare:

- delle prestazioni riabilitative erogate;
- dal servizio offerto;
- dai giudizi dei clienti/utenti riguardo:
 - la professionalità del personale;
 - dell'assistenza medico/sanitaria/specialistica offerta;
 - la puntualità delle terapie erogate;
 - il rapporto interpersonale con il terapeuta di riferimento;
 - l'igiene dei locali;
 - il materiale utilizzato per l'esecuzione delle terapie;
 - 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 Saldone 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 Saldone 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 Saldone 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 Saldone si impegna ad attivare tutte le condizioni necessarie alla migliore fruizione del servizio da parte del 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 SALDONE 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

INDICATORI E STANDARD DI QUALITÀ

Gli standard indicano gli obiettivi che il Centro si impegna a rispettare dopo l'approvazione della presente revisione. Non rappresentano risultati già conseguiti. La verifica è almeno annuale; i tempi di risposta e le scadenze sono controllati durante l'anno.

Impegno	Indicatore	Standard obiettivo	Frequenza
1 Informazione e accoglienza	Nuove prese in carico per le quali è registrata la consegna o la messa a disposizione della Carta e della Guida, con spiegazione delle modalità di accesso.	100% delle nuove prese in carico.	Alla presa in carico

Impegno	Indicatore	Standard obiettivo	Frequenza
2 Coinvolgimento della famiglia	Progetti riabilitativi per i quali è documentata la condivisione con il genitore o il rappresentante legittimato.	100% dei progetti attivati o rinnovati.	Ad avvio e rinnovo
3 Valutazione del percorso	Nuove prese in carico con valutazioni iniziali e riunione di definizione del progetto completate entro i primi 30 giorni dall'inizio dei trattamenti.	100% dei percorsi per cui è maturata la scadenza di 30 giorni.	Ad ogni nuovo percorso
4 Documentazione clinica	Cartelle controllate complete e aggiornate rispetto alle informazioni previste per la fase del percorso.	100% delle cartelle del campione verificato.	Verifica periodica; riepilogo annuale
5 Soddisfazione di utenti e familiari	Percentuale di giudizi positivi sulla soddisfazione complessiva, tra le risposte valide alla relativa domanda.	Almeno 85% di giudizi positivi; almeno 1 indagine all'anno.	Annuale
6 Risposta ai reclami	Percentuale di reclami con risposta conclusiva inviata entro 5 giorni dal ricevimento, tra quelli identificabili e con termine scaduto nel periodo.	100% entro 5 giorni. I riscontri interlocutori sono conteggiati separatamente.	Ad ogni reclamo
7 Rilascio di certificazioni	Richieste di certificazione evase entro 15 giorni dalla presentazione della richiesta completa, rispetto alle richieste con scadenza nel periodo.	100% entro 15 giorni.	Ad ogni richiesta
8 Formazione degli operatori	Attività formative realizzate rispetto alle attività previste nel piano annuale approvato.	Almeno 90% delle attività programmate.	Annuale
9 Sicurezza delle attrezzature	Manutenzioni preventive eseguite entro la scadenza rispetto a quelle programmate e in scadenza nel periodo.	100% degli interventi in scadenza.	Secondo piano; riepilogo annuale
10 Ascolto e partecipazione	Incontri collettivi di confronto con utenti, familiari o loro rappresentanti sui servizi e sulle proposte di miglioramento.	Almeno 1 incontro all'anno, con esito documentato.	Annuale

Come leggere i risultati. Le percentuali sono calcolate sui casi pertinenti al periodo. Per il campione di cartelle viene dichiarato il numero verificato. I giudizi positivi della soddisfazione corrispondono alle opzioni favorevoli della scala, identificate prima della rilevazione; risposte mancanti o non applicabili sono escluse. Se nel periodo non vi sono casi da valutare, l'indicatore è indicato come non calcolabile, senza attribuire il 100%.

I risultati aggregati della soddisfazione e delle azioni di miglioramento sono comunicati agli utenti e pubblicati sul sito. Le esigenze di sicurezza e i diritti degli utenti restano tutelati anche quando un indicatore non è calcolabile o non raggiunge lo standard.

PARTE V

ATTUAZIONE

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

Questa revisione aggiorna l'Edizione 13 del 22/09/2025. La data di approvazione è registrata nella tabella di validazione. La Carta è riesaminata almeno annualmente e in occasione di variazioni rilevanti dei servizi o dell'organizzazione.

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.scuolafilipposmaledoneroma.it.

MODALITÀ DI PUBBLICIZZAZIONE E DIFFUSIONE DELLA CARTA DEI SERVIZI

La Carta dei servizi è disponibile a tutti i cittadini. È 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 allo stesso tempo 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 delle pubbliche amministrazioni.
- Legge 8 marzo 2017 n. 24, art. 4, per l'accesso alla documentazione sanitaria.
- Linee guida per l'elaborazione della carta dei servizi sanitari nelle aziende e strutture sanitarie della Regione Lazio – 2013 Accreditamento Sanitario Regione Lazio.