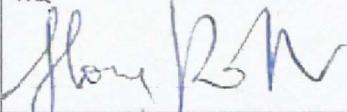
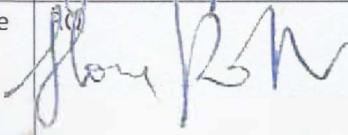
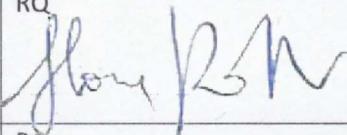
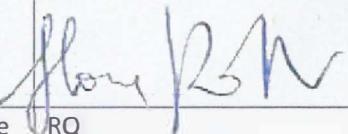
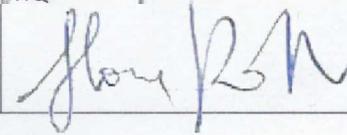


CARTA DEI SERVIZI

Matrice di revisione				
Rev.	Data	Oggetto	Redatto	Verificato e approvato
0	29.04.2021	1^ emissione	RQ 	AU LA MARGHERITA srl Via di Casal Bianco 135 cap 00131 P.I. 16057891000
1	23.02.2022	2^ emissione	RQ 	AU LA MARGHERITA srl Via di Casal Bianco 135 cap 00131 P.I. 16057891000
2	02.02.2023	3^ emissione	RQ 	AU LA MARGHERITA srl Via di Casal Bianco 135 cap 00131 P.I. 16057891000
3	22.01.2024	4^ emissione	RQ 	AU LA MARGHERITA srl Via di Casal Bianco 135 cap 00131 P.I. 16057891000
4	31.12.2024	5^ emissione	RQ 	AU LA MARGHERITA srl Via di Casal Bianco 135 cap 00131 P.I. 16057891000

Sommario

INTRODUZIONE.....	3
CAP. 1 - PRINCIPI SULL'EROGAZIONE DEL SERVIZIO.....	4
CAP.2 -MISSION E VISION.....	5
CAP. 3 - DIRITTI ED INFORMAZIONE DEL PAZIENTE E DEI FAMILIARI.....	7
CAP. 4 - POLITICHE E GOVERNO DELL'ORGANIZZAZIONE	8
CAP. 5 - PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE.....	18
CAP. 6 - LA DIMISSIONE	23
CAP. 7 - GESTIONE DELLE RISORSE UMANE.....	27
CAP. 8 - GESTIONE DELLE RISORSE TECNOLOGICHE E STRUMENTALI	28
CAP. 9 - COMUNICAZIONE E GESTIONE DELLE INFORMAZIONI.....	29
CAP. 10 - GESTIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	31
CAP. 11 - ATTIVITÀ E RISULTATI.....	33

INTRODUZIONE

La Carta dei Servizi è un documento redatto congiuntamente dalla Direzione Amministrativa e Sanitaria, al fine di descrivere i Servizi offerti dalla nostra Società e le politiche adottate dall'organizzazione. Tutti gli impegni nei confronti dei nostri utenti sono dichiarati in questa Carta dei Servizi, predisposta secondo quanto stabilito dal DPCM 19 maggio 1995 ed in coerenza con le indicazioni contenute nelle linee-guida per la predisposizione degli atti aziendali della Regione.

Perché: Con la pubblicazione e la diffusione della Carta dei Servizi, La Margherita s.r.l. intende offrire ai propri Utenti, attraverso un documento elaborato in maniera semplice e leggibile, tutte le informazioni sulla gestione e l'organizzazione dei servizi offerti.

Cos'è: È uno strumento con il quale La Margherita s.r.l. s'impegna ad informare gli Utenti, con adeguato dettaglio, circa le prestazioni offerte e i relativi modi d'erogazione; quindi fornire loro gli elementi necessari per una valutazione preventiva dei requisiti e standard richiesti e per una verifica della qualità del servizio erogato.

A Chi è rivolta: Ai cittadini, in quanto Utenti diretti dei servizi, agli Enti gestori pubblici o privati in quanto Committenti e/o parte attiva nella realizzazione dei progetti individuali.

Come nasce: La Carta dei Servizi nasce in ottemperanza alla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 27/01/94 come forma di tutela degli Utenti del Servizio, che possono valutare i vari aspetti del servizio offerto ed il rispetto degli impegni di miglioramento dichiarati dall'Ente.

CAPITOLO 1 - PRINCIPI SULL'EROGAZIONE DEL SERVIZIO

La Carta dei Servizi è uno strumento indispensabile per costruire e sostenere il rapporto con i cittadini o con gli organismi committenti, ispirandosi ai principi condivisi ed imprescindibili quali l'uguaglianza, l'imparzialità, la continuità, il diritto di scelta, la partecipazione.

Uguaglianza: nel rispetto dell'Art. 3 della Costituzione, i servizi devono essere erogati secondo il principio d'uguaglianza dei diritti degli utenti. La Margherita s.r.l. si impegna a garantire ad ogni Utente il rispetto della dignità della persona ed uguaglianza di trattamento nell'erogazione dei servizi, senza distinzione di sesso, razza, nazionalità, religione, lingua ed opinioni politiche.

Imparzialità: si impegna ad assicurare a ciascun utente obiettività, giustizia ed imparzialità, al fine di garantire un'adeguata assistenza. Pertanto, il personale eviterà di assumere atteggiamenti discriminatori.

Continuità: La Margherita s.r.l. si impegna nell'erogazione dei servizi d'assistenza e cura alla persona continua, integrata, regolare e senza interruzioni.

Diritto di scelta: ogni cittadino ha il diritto di scegliere, nell'ambito di servizi analoghi, la struttura a cui rivolgersi, pertanto, il personale sanitario fornisce all'Utente informazioni complete sul percorso offerto e/o sui servizi erogati.

Partecipazione: al cittadino utente, ai suoi familiari ed al cliente in genere, La Margherita s.r.l. chiede di collaborare al miglioramento della qualità dei servizi offerti. Per questo garantisce una completa informazione circa le prestazioni ed i diritti dei fruitori; la tutela della privacy ed il libero accesso ai propri dati personali; la possibilità di prospettare osservazioni, esporre critiche e reclami, formulare suggerimenti per l'ottimizzazione dei servizi; la massima personalizzazione possibile degli interventi; la tutela dei suoi diritti nei confronti dell'organizzazione, anche attraverso le associazioni di utenti territoriali e nazionali.

Efficacia ed Efficienza: il servizio pubblico deve essere erogato in modo da garantire efficacia ed efficienza. La SRSR H24 Nuovi Passi, in quanto struttura accreditata, fa propri i suddetti principi verificando periodicamente il raggiungimento o meno degli obiettivi riabilitativi di ogni Utente e l'efficienza attraverso la valutazione del miglior utilizzo delle risorse disponibili per il raggiungimento degli obiettivi di salute.

CAPITOLO 2 - MISSION E VISION

La SRSR H24 “Nuovi Passi” è presente sul territorio della ASL ROMA2 da diversi anni. La struttura, che ha ottenuto l’autorizzazione all’apertura e all’esercizio per quattro posti letto, è collocata in un appartamento, situato in un condominio che fa parte di un comprensorio, dotato di spazi verdi comuni. Questa soluzione abitativa favorisce l'integrazione degli ospiti, con una possibile apertura verso la realtà quotidiana, auspicabile nella riabilitazione verso una futura autonomia.

La SRSR H24 ha tra le principali finalità quella del sostegno e del miglioramento della qualità di vita delle persone con disagio psichico, attraverso le attività socio-riabilitative offerte dalla Struttura.

2.1 - La mission

La *mission* della SRSR H24 “Nuovi Passi”, coerentemente con il Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 1998-2000 (DPR 1 Novembre 1999), è *migliorare la qualità della vita e l'integrazione sociale* dei soggetti con disturbi psichiatrici attraverso l’accoglienza presso le Strutture Residenziali Socio-Riabilitative H. 24, mirando al potenziamento delle capacità e delle competenze dei singoli. Il principio del nostro lavoro di squadra si basa sull'umanizzazione dell'assistenza e della relazione d'aiuto.

La SRSR H24 accoglie, su base volontaria, pazienti psichiatrici, in accordo con il CSM di competenza territoriale, che abbiano un’età compresa tra i 18 ed i 64 anni che necessitano di periodi di ospitalità di medio e lungo termine, in un contesto comunitario protetto.

L’inserimento del paziente nella SRSR viene realizzato seguendo le indicazioni della normativa vigente (DCA 188 del 14 maggio 2015), al fine di poter offrire una residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati, ad un corretto rapporto con gli enti erogatori accreditati.

L’intervento viene realizzato attraverso la stesura di un progetto socio-riabilitativo individualizzato (PTRP), integrato con l’apporto dell’équipe multidisciplinare, della Struttura ospitante e con i referenti dei servizi territoriali, dell’utente stesso e dei familiari ove presenti.

La realizzazione del progetto si attua, dunque, attraverso il coinvolgimento dell’utente in attività socio-riabilitative individuali e/o di gruppo, all’interno e/o all’esterno della struttura. Il

raggiungimento degli obiettivi concordati nel progetto individuale sono oggetto di valutazione e verifica periodica trimestrale, semestrale o annuale (a breve, medio e lungo termine).

La finalità delle attività è quella di permettere il potenziamento delle abilità residue individuali e del contesto di appartenenza, oltre che il consolidamento delle autonomie rispetto alla cura di sé e dell'ambiente, all'area sociale e relazionale, area psicologica e farmacologica raggiunte dall'utente durante il percorso di riabilitazione. Quanto suddetto, in previsione dell'attivazione di un progetto di reinserimento sociale da realizzare in accordo con la rete formale e informale dei servizi territoriali.

L'inserimento presso la Struttura è indicato per pazienti in condizioni cliniche stabilizzate e che, pur non necessitando di trattamenti in regime di ricovero, richiedono una temporanea e specializzata presa in carico in un contesto di vita il più possibile vicino a quello familiare.

La presa in carico avviene previo consenso dell'utente ed è, dunque, di natura volontaria.

L'obiettivo finale è la riduzione del livello assistenziale attraverso il rientro a casa, una condizione abitativa autonoma e/o inserimento in una struttura a minore livello assistenziale.

2.2 - La vision

La **vision** aziendale si esplicita nel ricercare e promuovere integrazioni, alleanze e sinergie sia all'interno dell'organizzazione, sia all'esterno, per arricchire la rete di relazioni umane esistente e per qualificare l'offerta dei Servizi per la salute mentale, nel rispetto delle uguali opportunità e nella propensione continua al miglioramento delle prestazioni e dei risultati; sviluppare e qualificare il capitale professionale degli operatori e sostenere il loro impegno nel fornire prestazioni di eccellenza ed in linea con quanto previsto dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome 13/054/CR7A/C7 in merito alle Strutture Residenziali.

L'organizzazione del lavoro, pertanto, presso le SRSR gestite da La Margherita s.r.l., si fonda sui principi del governo clinico (*governance* clinico-assistenziale), in base ai quali la Struttura si impegna per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e per il raggiungimento di standard assistenziali elevati.

In coerenza con quanto sopra esposto, La Margherita s.r.l. si propone di:

- Rendere più omogenee le prassi operative di cura all'interno della Struttura socio-riabilitativa;

- Implementare e rendere più definite le reti relazionali con i Servizi esterni coinvolti nella riabilitazione psichiatrica;
- Favorire nel percorso riabilitativo gli interventi che hanno prova di efficacia;
- Attivare e coinvolgere tutte le risorse cliniche, familiari e sociali per attenuare il permanere degli utenti all'interno dell'ambito residenziale psichiatrico e restituirli, ove possibile, ad una maggiore autonomia e/o riduzione del livello assistenziale.

CAPITOLO 3 - DIRITTI ED INFORMAZIONE DEL PAZIENTE E DEI FAMILIARI

I diritti del paziente, per quanto attiene al rispetto della dignità umana, all'informazione e al coinvolgimento nelle scelte, all'appropriatezza delle cure, alla tutela della privacy, sono una priorità per la nostra struttura, la quale adotta una Carta dei Diritti del Paziente.

Tutti gli operatori sono informati dell'esistenza della Carta dei Diritti del Paziente, tenuta costantemente in bacheca, ed è presente nei regolamenti interni alla SRSR. Nelle riunioni il personale viene formato circa le modalità operative per garantire il rispetto dei diritti dei pazienti e nell'attività di autovalutazione è contemplato tale ambito.

Anche i pazienti, all'ingresso in SRSR, vengono informati circa l'esistenza di tale carta e nelle schede di accettazione sottoscrivono consapevolmente diritti e doveri, in relazione alla loro permanenza in SRSR.

In particolare, l'organizzazione tiene conto dei valori e delle abitudini dei pazienti, al bisogno offre la possibilità di scelta dei pasti nel rispetto del credo religioso e viene prestata la dovuta assistenza religiosa.

Sono ridotte le barriere fisiche, linguistiche e culturali che possano ostacolare l'accesso alla SRSR ed i pazienti che si trovino in situazioni di fragilità, anche temporanea, vengono tutelati attraverso l'individuazione precoce di instabilità, con adeguati interventi di supporto; tale lavoro è reso possibile dal continuo confronto che si attua nelle riunioni d'équipe e nei passaggi di consegne e consta di scelte di intervento personalizzate, condivise con la molteplicità dei soggetti coinvolti, ivi incluse eventuali organizzazioni di volontariato o l'intervento, laddove necessario, del servizio sociale.

Al suo ingresso in SRSR, il paziente viene accolto dagli operatori in turno e verrà seguito in tutto il suo percorso comunitario dall'intera équipe.

Contemporaneamente, viene informato verbalmente e per iscritto del suo stato di salute e dei possibili interventi e decorsi clinici; sottoscrive il consenso informato al trattamento dei suoi dati personali e sensibili; riceve informazioni scritte circa l'esistenza di organi di tutela dei pazienti, come ad esempio il Tribunale dei Diritti del Malato, o l'eventuale presenza di associazioni di volontariato attive nella struttura.

Successivamente viene inserito con gradualità in tutte le altre attività della SRSR, sulla base delle proprie inclinazioni, dei propri tempi e delle proprie risorse.

La SRSR garantisce, inoltre, che il personale non esponga il proprio cartellino identificativo con le qualifiche professionali, al fine di permettere un'adeguata integrazione nel tessuto sociale del paziente. I nominativi dei responsabili sono riportati sul quaderno consegne e sono accessibili a tutti gli operatori della SRSR.

Parallelamente, i familiari, ove presenti, vengono informati, insieme al paziente, circa gli elementi di tutela in relazione a ricerche cliniche, su diritti e responsabilità in relazione al rifiuto o all'interruzione del trattamento, all'eventuale donazione di organi o tessuti nel rispetto della normativa vigente.

CAPITOLO 4 - POLITICHE E GOVERNO DELL'ORGANIZZAZIONE

Gli obiettivi, le politiche e le attività della Struttura sono pianificati in coerenza con le politiche dei livelli istituzionali sovraordinati (ASL, Regione), e sono sottoposti a verifica ed aggiornamento periodico, almeno annuale.

La nostra Struttura definisce gli obiettivi nell'ottica di garantire, quanto più possibile, l'uniformità di accesso ai Servizi, la qualità tecnica degli interventi assistenziali, la qualità organizzativa, la sicurezza degli operatori e degli utenti, la valorizzazione professionale, i diritti e la soddisfazione degli utenti.

La Struttura garantisce, inoltre, che gli obiettivi siano formulati con l'apporto dei Responsabili delle Strutture organizzative, mediante il coinvolgimento più ampio possibile del personale e che i tempi per il loro raggiungimento e quelli per la verifica siano concordati con i responsabili di tutte le Strutture coinvolte e, laddove previsto, concertati con le Istituzioni locali, definiti attraverso la

consultazione delle Organizzazioni Sindacali, delle rappresentanze degli utenti e degli organismi di volontariato interessati.

La Struttura Residenziale, ad elevata intensità assistenziale (h24), ha, come obiettivo, il trattamento volontario riabilitativo ed il reinserimento sociale di pazienti psichiatrici adulti, che necessitano di trattamenti di media e lunga durata. L'ambiente abitativo è di tipo familiare, al fine di favorire il reinserimento dell'utente nella propria situazione sociale e, dove possibile, il rientro in famiglia.

Si tratta, dunque, di Strutture socio-sanitaria di tipo residenziale per il trattamento volontario globale: psicologico, farmacologico, relazionale, sociale, di pazienti non trattabili a domicilio, che non necessitano di trattamenti in regime di ricovero, ma di una temporanea e specializzata presa in carico in un contesto di vita quotidiana alternativo a quello abituale. È garantita un'assistenza H24 e la permanenza massima è legata al raggiungimento degli obiettivi, con successivo reinserimento nell'abituale contesto di vita o in un contesto abitativo autonomo, supportato a livello domiciliare o successivo passaggio graduale in strutture con minor impegno e/o specificità assistenziale a valenza socio-riabilitativa o socio-assistenziale.

Al momento dell'accoglienza l'équipe provvede alla Valutazione Globale del paziente, sulla base della quale elabora un Progetto Terapeutico-Riabilitativo Individualizzato. Tale valutazione avviene attraverso l'integrazione dei contributi emersi dai colloqui clinici, dalla somministrazione di test standardizzati, auto ed etero-valutativi.

Si costruisce e condivide, dunque, il Progetto Terapeutico-Riabilitativo Personalizzato con l'interessato e con il Servizio Inviante, che continua a svolgere un ruolo attivo nel raggiungimento degli obiettivi iniziali, intermedi e finali.

Periodicamente l'équipe provvede alla valutazione, attraverso verifiche strutturate e/o standardizzate, dell'andamento del progetto e, se necessario, procede all'eventuale rimodulazione.

Almeno ogni tre mesi viene effettuato un confronto con il Servizio Inviante, attraverso incontri organizzati, relazioni periodiche o contatti volti a monitorare congiuntamente l'andamento del progetto.

La cura di sé e dei propri spazi, sono oggetto quotidiano di attenzione del lavoro educativo e riabilitativo. In particolare, gli ospiti saranno stimolati al miglioramento e al recupero delle principali abilità sociali, quali: la gestione del tempo libero e la responsabilizzazione alla ricerca di un proprio ruolo sociale.

I farmaci di ogni paziente sono custoditi in medicheria, all'interno di un armadio chiuso a chiave, suddivisi per appartenenza. La somministrazione della terapia farmacologica è affidata all'infermiere o all'operatore in turno, nella forma dell'auto-somministrazione assistita.

Le attività socio-riabilitative vengono svolte prevalentemente all'esterno della Struttura, provvedendo soprattutto alla costruzione di una rete intorno alla persona, in grado di supportare il paziente nel raggiungimento degli obiettivi.

Nello specifico, le attività socio-riabilitative, attraverso il lavoro di rete con i servizi territoriali, il terzo settore ed enti di volontariato, sono finalizzate all'inserimento lavorativo per categorie protette, borse lavoro, tirocini formativi, corsi di informatica, ecc. Esse rappresentano il cardine del lavoro svolto presso la SRSR H24.

Vengono promosse e sostenute attività di socializzazione, incentivando rapporti sociali, scambi relazionali e comunicativi. Nel dettaglio si realizzano iniziative culturali, sociali e sportive nell'ambito del territorio, rivolte sia al gruppo, sia al singolo rispetto al proprio percorso individuale.

Tra le attività previste si organizzano: visite a musei, mostre, manifestazioni culturali in generale ed, in particolare, si promuove la partecipazione a quelle organizzate dal territorio di appartenenza.

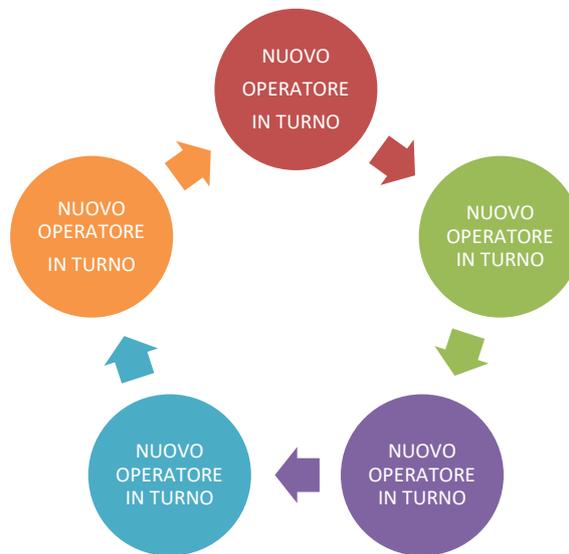
Il rapporto con le famiglie è seguito dal Direttore Sanitario e dal Coordinatore Clinico Organizzativo, che si preoccupano di mantenere e/o ricostruire le relazioni con le figure affettive di riferimento del paziente stesso, attraverso periodici incontri diretti e/o telefonici.

Sono previste riunioni di équipe finalizzate allo scambio comunicativo tra gli operatori, nel rispetto del prezioso lavoro di teamwork, puntando al coinvolgimento ed alla responsabilizzazione ad ogni livello organizzativo. Questi incontri sono utili per una costante ed efficiente rimodulazione delle strategie riabilitative da perseguire.

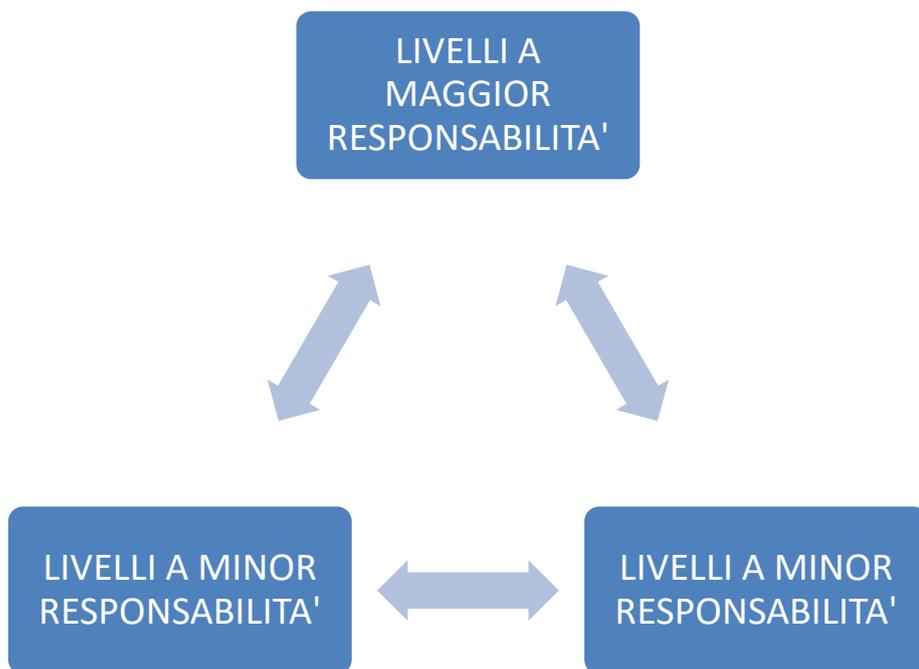
Il funzionamento dell'équipe è di tipo gerarchico e circolare, con feedback bidirezionale rispetto ai processi comunicativi; il passaggio delle informazioni avviene principalmente in sede di riunione d'équipe, con modalità sia ascendente che discendente, e circolare fra tutti gli operatori. Ad ogni inizio turno, si svolge un accurato passaggio di consegne rispetto alla situazione generale dei pazienti ed eventuali necessità o urgenze.

Ciascuno è tenuto a leggere con attenzione il quaderno delle consegne all'inizio del proprio turno lavorativo; l'operatore uscente è tenuto a registrare per iscritto gli eventi più significativi avvenuti

durante il proprio turno nel libro delle consegne, oltre che darne comunicazione verbale all'operatore che subentra.

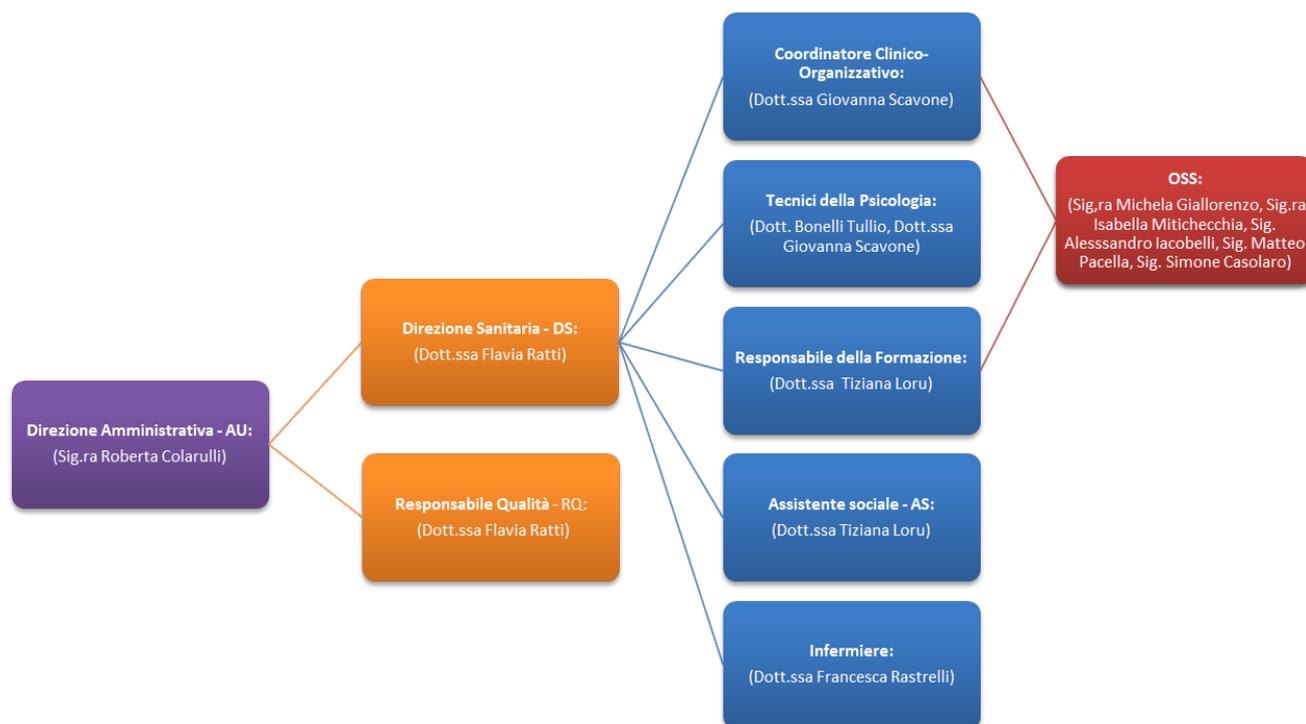


Ciascun operatore è tenuto a ricoprire le proprie presenze concordate, senza mai lasciare scoperta la Struttura; qualora si verificassero ritardi o assenze nei cambio-turni, l'operatore smontante è tenuto ad aspettare comunque il proprio cambio, così da garantire la continuità assistenziale, segnalando tempestivamente quanto avvenuto al Direttore Sanitario e all'Amministrazione. Diversamente, si assume ogni responsabilità circa il proprio allontanamento e le eventuali conseguenze.



I processi decisionali prevedono decisioni prese per responsabilità diretta, dietro confronto con le parti interessate dell'equipe laddove possibile, e nel rispetto dei livelli sovraordinati.

L'organigramma è il seguente, per il numero al completo di posti letto autorizzati (4):



L'organigramma è strutturato sulla base della normativa vigente e il numero di personale impiegato è proporzionale al numero dei pazienti ospiti. Nello specifico, la SRSR Nuovi Passi è autorizzata per quattro posti letto. I processi decisionali prevedono decisioni prese per responsabilità diretta, dietro confronto con le parti interessate dell'équipe, laddove possibile, e nel rispetto dei livelli sovraordinati. Ruoli, funzioni e responsabilità dell'équipe descritti di seguito.

Ruoli e funzioni dell'équipe sono definiti dettagliatamente nel Regolamento Interno della Struttura.

4.1 - Funzionigramma

Il modello organizzativo è improntato ai criteri della flessibilità organizzativo-gestionale, dell'integrazione fra competenze diverse, della condivisione delle risorse e dell'umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza.

Amministratore Unico:

L'Amministratore Unico assicura che le responsabilità e autorità più rilevanti siano definite in modo inequivocabile e che chiunque sia coinvolto abbia chiaro il proprio ruolo.

Inoltre, si impegna a:

- Comprendere i requisiti, le esigenze e le aspettative dei pazienti con l'obiettivo di accrescerne la soddisfazione;
- Proteggere le informazioni ed i beni del paziente ed aziendali attraverso l'individuazione e la mitigazione dei rischi associati alle attività lavorative;
- Accrescere la consapevolezza, la motivazione ed il coinvolgimento del personale;
- Perseguire l'obiettivo del miglioramento continuo dei processi;
- Definire le strategie per pianificare lo sviluppo societario e guidarne il cambiamento;
- Tenere sotto controllo i fattori di rischio dell'organizzazione.

Direttore Sanitario - Medico Psichiatra (Dott.ssa Flavia Ratti):

In qualità di Direttore Sanitario provvede all'inserimento dei pazienti in Lista di Attesa (All. 5 del DCA 188/2015), previa ricezione del PTI ed opportuna richiesta di idoneità (All. 3 del DCA 188/2015) all'inserimento in SRSR dall'UVM del Servizio di Riferimento. In

qualità di Medico Psichiatra, prescrive la terapia farmacologica e scrive in cartella clinica le eventuali modificazioni, poste in relazione allo stato clinico e, se possibile, concordato con il referente psichiatra del CSM.

Insieme e/o in accordo con il Coordinatore Clinico-Organizzativo valuta le richieste di inserimento ed effettua i primi colloqui di conoscenza con il paziente e raccolta dell'anamnesi, partecipa agli incontri periodici con i referenti dei CSM invianti, firma le relazioni periodiche e la documentazione in uscita dalla struttura (rientri in famiglia, ricoveri, allontanamenti, fughe, etc.). Valuta in itinere, con funzione di “care manager” e coordinandosi con il “case manager”, l'andamento dei progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati dei pazienti (PTRP), attraverso colloqui clinici strutturati, strumenti di valutazione psicometrica e riunioni periodiche con l'équipe.

In qualità di Direttore Sanitario, inoltre, svolge funzioni di indirizzo e coordinamento dell'équipe, operative di supporto, attività di vigilanza e funzioni istruttorie, così come previsto dalla normativa vigente. Tali funzioni comprendono, tra le altre cose, le seguenti: direzione e coordinamento dei Servizi Sanitari ai fini igienico-organizzativi (tutela e sorveglianza dell'igiene ambientale, gestione dei rifiuti, prevenzione delle infezioni, etc.); vigilanza e cura della tenuta dell'archivio sanitario e della relativa conservazione; rilascio agli aventi diritto di copia delle cartelle cliniche e degli altri documenti previsti dalla normativa vigente; vigilanza sul rispetto della riservatezza dei dati sanitari; vigilanza sul rispetto della normativa in materia di sicurezza negli ambienti di lavoro; vigilanza sulla gestione del servizio farmaceutico e sulla scorta farmacologica e dei prodotti terapeutici.

È Direttore Interno per la Qualità delle Prestazioni Sanitarie. È Direttore della Qualità dei Servizi, misurabili attraverso standard di prodotto/percorso organizzativo ed i relativi indicatori di valutazione (volumi, appropriatezza, esiti, etc.).

Coordinatore Clinico-Organizzativo - Psicologo Clinico:

In qualità di Coordinatore Clinico insieme e/o in accordo con il Direttore Sanitario valuta le richieste di inserimento ed effettua i primi colloqui di conoscenza del paziente e raccolta dell'anamnesi, presiede agli incontri periodici con i CSM invianti, firma le relazioni periodiche e la documentazione in uscita dalla struttura (rientri in famiglia, ricoveri,

allontanamenti, fughe, etc.). Valuta in itinere l'andamento dei progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati dei pazienti (PTRP) attraverso colloqui clinici strutturati, strumenti di valutazione psicometrica e riunioni periodiche con l'équipe degli operatori.

In qualità di Coordinatore Organizzativo, svolge primariamente attività di supervisione sui processi di lavoro dell'équipe. Cura il clima di lavoro ed è di supporto al personale nella gestione del rapporto con pazienti e colleghi. Insieme al Direttore Sanitario organizza il lavoro dell'équipe negli aspetti funzionali alle attività riabilitative, coordina e definisce i momenti di confronto quali riunioni di varia natura con l'équipe, con i pazienti e con i referenti delle specifiche aree riabilitative.

Si occupa delle convenzioni con enti esterni quali tirocini per scuole di specializzazione o accordi con servizi ed enti pubblici e privati di varia natura.

Tecnico della Psicologia:

Accompagna il paziente nel potenziamento delle proprie autonomie ed abilità, attraverso la condivisione della quotidianità e mediante attività strutturate (esempio, laboratori, gruppi, ecc.) a valenza socio-riabilitativa, con utilizzo di relativi strumenti di osservazione e valutazione dei miglioramenti *in itinere*. E' tenuto a presentare formale progetto per le proprie attività, con indicazione di obiettivi, tempi, costi e modalità.

Accompagna i pazienti nelle uscite sul territorio, promuove gite, escursioni e partecipa al soggiorno estivo che si svolge annualmente in località di mare o di montagna.

Ad ogni paziente viene assegnato un operatore di riferimento “case manager”. Quest'ultimo, oltre ad accogliere le richieste del paziente e riportarle in équipe per una risposta condivisa, aiuta il paziente nel raggiungimento degli obiettivi socio-riabilitativi concordati dal paziente stesso con il Servizio Inviante e l'équipe della struttura e riportati nel progetto individuale. L'operatore di riferimento e/o tutor, attraverso specifici strumenti di valutazione, relativi alle aree riabilitative previste dal progetto individuale, annota i cambiamenti avuti in ogni singola area e propone in équipe eventuali interventi.

Assistente Sociale:

Si occupa dei processi di reinserimento sociale, attivazioni di opportunità sociali e promozione dell'integrazione con la rete delle risorse disponibili sul territorio anche attraverso la

definizione di protocolli d'intesa. Si occupa del segretariato sociale ed è un'interfaccia cruciale fra i diversi Servizi Sociali coinvolti nel progetto individualizzato di ciascun paziente. Partecipa agli incontri con i referenti dei CSM inviati.

Infermiere:

È presente a fasce orarie diurne nella struttura (come previsto dal Decreto U0090/2010 – requisiti minimi SRSR h. 24 con una capienza inferiore ai 20 posti letto). Si occupa del carico-scarico dei farmaci prescritti dallo psichiatra, collaborando con lo psichiatra Direttore della struttura socio-riabilitativa e con il Medico di Medicina Generale; si occupa della prenotazione delle analisi cliniche e delle visite mediche specialistiche a cui a pazienti vengono sottoposti periodicamente. Si reca presso Presidi Sanitari esterni, quando i pazienti necessitano di essere accompagnati. Inoltre, può occuparsi, se necessario e/o sotto indicazione medica, del rilevamento dei parametri vitali: pressione arteriosa, frequenza cardiaca e temperatura corporea. Controlla inoltre, periodicamente, il peso corporeo dei pazienti. Tutti i dati vengono registrati nella cartella clinica. Registra, inoltre, il carico e scarico dei medicinali, dei disinfettanti, degli stupefacenti; sorveglia la loro custodia e smaltimento.

Gli Operatori Socio Sanitari:

In accordo con quanto stabilito nel Progetto Terapeutico-Riabilitativo Personalizzato individualizzato e con le decisioni prese in équipe, sostengono e stimolano il paziente nel quotidiano, accompagnandolo nell'acquisizione di una graduale autonomia, dei seguenti aspetti: cura di sé e degli spazi vitali; igiene dell'unità di vita del paziente (comodino, letto, apparecchiature e bagni); preparazione dell'ambiente e del paziente per il pasto ed aiuto nella distribuzione ed assunzione del cibo. Riordino del materiale e igiene del paziente dopo i pasti; cambio della biancheria; riordino ed igienizzazione degli spazi comuni; comunicazione al personale di eventi osservati durante lo svolgimento della propria attività che potrebbero ripercuotersi negativamente sul paziente e sul suo ambiente.

Responsabile Qualità – RQ:

- Gestisce, aggiorna ed emette il Manuale del Sistema di Gestione per la Qualità;
- Gestisce operativamente le procedure della documentazione di base e di supporto in collaborazione con tutte le Funzioni Aziendali;
- Interagisce con tutte le funzioni aziendali per la modifica e l'aggiornamento della

- documentazione del Sistema di Gestione per la Qualità;
- Elabora i dati statistici sulla qualità;
 - Gestisce Non Conformità, Azioni Correttive e Preventive su Prodotto, Processo e Sistema;
 - Gestisce e coordina le attività finalizzate all’ottenimento e mantenimento della certificazione del SGQ in atto, supportando i settori aziendali durante le visite ispettive;
 - Collabora con AU e la funzione Approvvigionamenti alla valutazione dei Fornitori;
 - Collabora alla pianificazione della formazione ed addestramento per le attività inerenti la qualità;
 - È responsabile dell’attuazione della sezione “Requisiti relativi alla documentazione”, e sottrae alla circolazione, distrugge o fa distruggere, in occasione di una revisione successiva, le copie di un documento, sostituendole con la revisione aggiornata;
 - Analizza i Reclami dei pazienti con AU, per individuare le cause e decidere le azioni correttive;
 - È responsabile della sezione “Miglioramento”;
 - È responsabile della sezione “gestione dei documenti di registrazione della qualità”;
 - Verifica la documentazione del Sistema di Gestione della Qualità.
 - Assicura che siano predisposti, attuati e mantenuti aggiornati i processi necessari per il sistema di gestione per la qualità;
 - Assicura la promozione della consapevolezza dei requisiti del paziente all’interno dell’azienda mediante riunioni di formazione.
 - Stabilisce, in collaborazione con i vari responsabili di funzione, i Piani di Formazione, addestramento e sviluppo di tutto il personale;

4.2 - Matrice delle responsabilità

ATTORI – AZIONI	INSERIMENTO IN LISTA DI ATTESA	ACCOGLIENZA	TRATTAMENTI FARMACOLOGICI E ESAMI DI ROUTINE	TRATTAMENTI RIABILITATIVI	PTRP	VALUTAZIONI IN ITINERE	DIMISSIONI	PROPOSTA RICOVERO
DIRETTORE SANITARIO	R	R	R	C	R	R	R	R
COORDINATORE CLINICO-ORGANIZZATIVO	C	R	C	R	R	R	R	C
TECNICI DELLA PSICOLOGIA	C	C	C	R	R	R	C	C
ASSISTENTE SOCIALE	C	C	C	C	R	R	C	C
INFERMIERE	C	C	C	C	R	C	C	C
O.S.S.	C	C	C	C	C	C	C	C

R: RESPONSABILE C: CORRESPONSABILE

CAPITOLO 5 – PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE

5.1 - Modalità di accesso

L’assistenza viene erogata sulla base di procedure e protocolli condivisi con i Servizi territoriali, e tutte le attività sono organizzate nell’ottica della salvaguardia della continuità assistenziale.

La presa in carico è incentrata sui bisogni del paziente e gli interventi sono pianificati sulla base di una valutazione iniziale delle condizioni e dei bisogni del paziente.

L’accesso ai servizi è facilitato grazie all’individuazione di una struttura organizzativa per l’inserimento in Lista di Attesa, secondo quanto previsto dalla normativa vigente (DCA U000188/2015) come di seguito descritto:

1. Il CSM di Competenza, ottenuta l’Attestazione di Idoneità dall’UVM per l’inserimento del paziente in SRSR H24, inoltra apposito allegato, (Allegato n. 3 del DCA U000188/2015), a mezzo fax o e-mail ai seguenti recapiti:

Sede Amministrativa ed Operativa SRSR H.24 “Nuovi Passi”.

- Sede Amministrativa: Via di Casal Bianco, 135, Roma
 - E-mail: lamargheritasrl1@gmail.com
 - PEC: lamargheritasrl2021@legalmail.it
- Sede Operativa: Via di Settecamini 121/131, sc. C, int. 3, Roma
 - E-mail: srsrnuovipassi@gmail.com

- Tel/fax. 06 69759761
- 2. Le richieste di inserimento in Lista di Attesa sono attive il mattino (10.00-13.00) e pomeriggio (14.00-18.00), dal lunedì al venerdì.
- 3. Le richieste sono accolte dal Direttore Sanitario della struttura ed inserite in Lista di Attesa e rese pubbliche attraverso il sistema informativo della Regione Lazio (SIPC).
- 4. L'attestazione di avvenuto inserimento in Lista di Attesa (Allegato 5 del DCA U00188/2015) riporterà data, ora e posizione occupata in lista dal paziente. La suddetta attestazione sarà trasmessa al Servizio di Riferimento ed avrà una validità di sei mesi.
- 5. Il Direttore Sanitario comunica, con almeno dieci giorni lavorativi di anticipo, al DSM curante la diponibilità del posto letto in favore del paziente in testa alla Lista di Attesa.
- 6. Il paziente, una volta ricevuta la comunicazione di disponibilità del posto letto, avrà 48 ore per confermare la propria volontà al ricovero. In caso di rinuncia, il paziente, qualora decidesse di mantenere comunque la scelta della struttura, potrà essere inserito nuovamente in Lista di Attesa slittando in coda alla stessa e si procede allo scorrimento della Lista. In caso di accettazione, si procede all'inserimento del paziente nella struttura.

5.2 - Costi

La tariffa giornaliera, pari ad euro 108,00, come previsto dalla Deliberazione della Giunta Regionale (DGR n. 395 del 5 Luglio 2017), per le Strutture Residenziali Socio-Riabilitative ad elevata intensità assistenziale (DCA 101/2010).

5.3 - I procedimenti di accettazione

La Struttura garantisce all'Utente ospite, oltre all'accoglienza h. 24 e alle prestazioni previste dalla normativa vigente e riportate nel terzo capitolo, servizi di accompagnamento presso Presidi Ospedalieri e/o Ambulatori per visite mediche specialistiche.

L'assistenza viene erogata sulla base di procedure e protocolli condivisi e tutte le attività sono organizzate nell'ottica della salvaguardia della continuità assistenziale.

La presa in carico è incentrata sui bisogni del paziente e gli interventi sono pianificati sulla base di una valutazione iniziale delle condizioni e dei bisogni del paziente.

Il processo relativo all'inserimento del paziente, a seguito degli accordi nazionali e recepiti dalla Regione Lazio come sopra riportato, in una Struttura Residenziale prevede le seguenti fasi:

1. Il Centro di Salute Mentale, di pertinenza territoriale, dopo aver proceduto all'assessment dei bisogni dell'utente, definisce il PTI (Progetto Terapeutico Individualizzato) contenente gli obiettivi dell'inserimento in una struttura residenziale.

2. Il Centro di Salute Mentale presenta richiesta di idoneità alla U.V.M. (Unità di Valutazione Multidisciplinare), del Dipartimento di Salute Mentale della ASL di competenza territoriale, per la tipologia assistenziale individuata.
3. L'U.V.M. provvede alla valutazione e certificazione dell'idoneità per la tipologia assistenziale individuata (DCA U00188/2015-All.3) che inoltra alla Struttura individuata e rilascia apposita ricevuta;
4. La Struttura ricevuta l'idoneità da parte dell'UVM, provvede alla registrazione sul portale web del sistema informativo SIPC della Regione Lazio e nel registro interno (M 1.6 Registro Lista di Attesa). Terminata la registrazione, invia attestazione di inserimento in Lista di Attesa (DCA U00188/2015-All.5) al Servizio di riferimento del paziente, specificando data, ora e posizione della domanda al momento della registrazione:
5. Il paziente, individuato il livello assistenziale da parte delle Strutture preposte, può scegliere la struttura che ritiene più adeguata per le proprie necessità;
6. La Struttura comunica, con almeno dieci giorni lavorativi di anticipo, al CSM di competenza, la disponibilità all'ammissione del paziente che risulta primo nella Lista di Attesa. Dal momento della comunicazione da parte della Struttura, il paziente avrà 48 ore di tempo per confermare la propria disponibilità al ricovero. In caso di rinuncia, il paziente, qualora decidesse di mantenere comunque la scelta della Struttura, potrà essere inserito nuovamente in Lista di Attesa slittando come ultimo della stessa. In caso di accettazione, si procede all'inserimento:
7. L'idoneità, il PTI e l'impegnativa di ricovero va trasmessa all'Amministrazione per le pratiche di competenza, oltre che essere conservata nella cartella clinica del paziente;
8. Il paziente arriva in Struttura in maniera autonoma, accompagnato dai familiari, accompagnato dai Sanitari invianti, dalla Struttura ospitante o dagli operatori della nostra struttura;
9. All'ingresso il paziente:
 - a. Effettua colloquio di accoglienza con lo Psichiatra Responsabile e/o con il Coordinatore Clinico-Organizzativo. Lo Psichiatra Responsabile valuta lo status psichiatrico e lo registra in cartella clinica;
 - b. Sottoscrive per presa visione ed accettazione Carta dei Diritti e dei Doveri del paziente ricoverato nelle Strutture Residenziali extra-ospedaliere; se il paziente è interdetto la sottoscrizione deve essere effettuata dal tutore;

- c. Sottoscrive nota informativa raccolta dei dati e del consenso del trattamento dei dati ai sensi dell'art. 7 del Regolamento UE 2016/679;
 - d. Sottoscrive Informativa al trattamento nelle Strutture Residenziali socio-riabilitative;
 - e. Prosegue terapia farmacologica in corso ove presente.
10. Il Responsabile della Struttura provvede a comunicare formalmente al CSM di competenza l'avvenuto ingresso del paziente;
11. Il Responsabile provvede alla registrazione dell'utente in apposita sezione del SIPC Regione Lazio (Anagrafica, inizio episodio di cura) cancellandolo dalle liste di attesa;

5.4 - Il Progetto Terapeutico-Riabilitativo Personalizzato (PTRP)

La costruzione dei progetti socio-riabilitativi personalizzati prevede obiettivi a breve, medio e lungo termine. Il raggiungimento degli obiettivi è valutato attraverso adeguati strumenti e scale psicometriche, ivi inclusi test e questionari auto ed etero somministrati. È prevista una valutazione della condizione del paziente in fase iniziale, al momento dell'accoglienza e, successivamente, con cadenza trimestrale, semestrale ed annuale. La suddetta valutazione permette all'équipe l'obiettivo rilevazione dei cambiamenti del quadro clinico generale e delle specifiche aree riabilitative, nonché un'eventuale rimodulazione degli obiettivi socio-riabilitativi formulati in fase iniziale.

Almeno ogni tre mesi viene effettuato un confronto con il Servizio inviante, attraverso incontri organizzati, relazioni periodiche o contatti volti a monitorare congiuntamente l'andamento del percorso residenziale.

5.4.1 Il lavoro con le famiglie e di rete

In linea con i principi di una buona governance-clinica, la Struttura prevede, ove possibile, il coinvolgimento diretto delle famiglie per una buona riuscita del Progetto Terapeutico-Riabilitativo Personalizzato.

Il lavoro con le famiglie si realizza attraverso: incontri programmati di colloqui con i familiari, volti a supportare il percorso socio-riabilitativo; contatti telefonici e visite domiciliari programmate, laddove vi sia l'impossibilità da parte dei familiari di recarsi presso la struttura.

La struttura, inoltre, si avvale per la costruzione e realizzazione del progetto individuale oltre che della rete formale, della rete informale (parrocchie, associazioni di volontariato, centri di formazione, etc.).

5.4.2 - La farmacoterapia

La farmacoterapia viene effettuata mediante auto-somministrazione assistita, seguendo la prescrizione del medico psichiatra della Struttura.

5.4.3 - le attività socio-riabilitative

Il modello di intervento ad alta intensità è realizzato, previa formulazione del Progetto Terapeutico-Riabilitativo Personalizzato, mediante attività che mirano al miglioramento delle seguenti aree: clinico-psichiatrica, riabilitativa, della socializzazione e del coordinamento come di seguito elencato:

- Cura di sé e dell'ambiente, abilità di base, coinvolgimento in mansioni della vita quotidiana;
- Interventi di socializzazione, partecipazione ad attività comunitarie e ad attività di gruppo di tipo espressivo, riabilitativo, ludico o motorio, in sede o fuori sede;
- Specifici interventi ed attività psicosociali (ad esempio, corsi organizzati anche all'esterno della Struttura);
- Attività di sostegno psicologico individuali, familiari e di gruppo;
- Attività psicoeducative individuali, di gruppo e della famiglia;
- Partecipazione ad attività pre-lavorative, inserimento in programmi di avviamento al lavoro, partecipazione ad attività fuori sede ed autonome raccordate con la rete sociale;
- Altri interventi: osservazione e valutazione clinico-diagnostica, colloqui individuali e familiari, terapia farmacologica, riunioni periodiche con i servizi invianti e ridefinizione del progetto individuale concordato in fase iniziale;
- In generale, il Progetto Terapeutico-Riabilitativo Personalizzato individuale mirerà alla stabilizzazione e monitoraggio del trattamento farmacologico e al recupero delle competenze personali e sociali.

5.4.4 Organizzazione della giornata e delle attività

- ore 7.30 – 9.30 colazione e assunzione terapia

- ore 9.30-10.30: riordino stanze, cura di sé e degli spazi comuni
- ore 10.30 – 12.30: spazio autogestito e colloqui individuali e/o di sostegno
- ore 12.30 – 14.30: pranzo, riordino e assunzione terapia
- ore 14.30-19.00: spazio autogestito, attività socio-riabilitative esterne e gruppo espressivo di Teatro (una volta a settimana 17.00-19.00)
- Ore 19.00- 20.30: cena, riordino spazi comuni e assunzione terapia
- Dalle Ore 20.35: spazio autogestito, visione di un film in gruppo e abluzioni serali

CAPITOLO 6 - LA DIMISSIONE

La struttura ha definito procedure finalizzate a garantire che i processi di dimissione, trasferimento e follow-up siano pianificati e coordinati come di seguito riportato:

6.1 - Dimissione per raggiungimento degli obiettivi

1. Il paziente in fase conclusiva del percorso residenziale procederà ad un graduale inserimento nel nuovo contesto: Struttura a minore intensità assistenziale, gruppo appartamento, rientro in famiglia o condizione abitativa autonoma;
2. La dimissione deve essere concordata con il paziente, il Servizio inviante, i familiari (ove presenti), e viene seguita dall'intera équipe della Struttura anche attraverso protocolli, in cui vengono definiti tempi, modalità e compiti da svolgere per sostenere il paziente;
3. L'équipe ed il paziente, nei mesi che precedono la dimissione, lavoreranno affinché possa essere costruita una rete di sostegno che lo supporti nel nuovo contesto;
4. Il paziente effettuerà le visite necessarie finalizzate a familiarizzare con il nuovo ambiente e con le persone che lo sosterranno fuori dalla struttura;
5. Tutti i Servizi coinvolti lavoreranno congiuntamente per favorire l'articolazione di risorse adeguate nel nuovo contesto abitativo, come ad esempio un lavoro o la partecipazione a gruppi di sostegno sociale, oppure l'eventuale presenza di assistenza domiciliare e farmacoterapia ambulatoriale, o altro;
6. Nell'ottica della continuità assistenziale vengono favoriti i contatti con le istituzioni scolastiche e con le agenzie formative per sostenere i progetti socio-riabilitativi individualizzati, in integrazione con le azioni del CSM, ed all'occorrenza vengono attivati specifici protocolli;

7. In caso di contatti con i datori di lavoro dei pazienti, vengono attivati ulteriori protocolli per il sostegno nella realizzazione dei programmi di inserimento lavorativo, sempre in integrazione con le azioni del CSM;
8. Lo status psichiatrico alla dimissione è riportato in cartella clinica dal Direttore Sanitario;
9. Il Direttore Sanitario comunica in maniera formale l'avvenuta dimissione alla ASL di competenza;
10. I documenti inviati alla ASL sono protocollati in apposito registro conservato nella sala colloqui e saranno accessibili agli operatori coinvolti nella riabilitazione;
11. Il paziente, alla dimissione, inoltre, riceve, una lettera di termine di presa in carico, redatta dal Direttore Sanitario, che riporta lo stato clinico al momento della dimissione, le attività effettuate durante il percorso socio-riabilitativo; gli ultimi accertamenti clinici effettuati e la terapia farmacologica in atto;
12. Il paziente sottoscrive al momento della dimissione l'elenco degli effetti personali consegnati dagli operatori della struttura e custoditi dagli stessi;
13. Il paziente, dopo la dimissione, può ricevere su richiesta scritta, copia della propria cartella clinica.

6.2 - Dimissione per interruzione volontaria del programma

Essendo il ricovero presso le Strutture socio-riabilitative volontario, l'interruzione può avvenire in qualsiasi momento, pertanto:

1. In fase di accoglienza, il paziente viene informato dal Direttore Sanitario, attraverso il “consenso informato al trattamento nelle Strutture socio-riabilitative”, della possibilità di interrompere in qualsiasi momento il ricovero. Al paziente viene richiesto un preavviso di almeno tre giorni, finalizzato alla sintesi del lavoro svolto ed a una buona separazione dall'équipe e dagli altri ospiti della struttura;
2. Manifestata una simile intenzione, il Direttore Sanitario avvisa nell'immediato e/o appena possibile il Servizio inviante, i familiari, se presenti, e l'Amministratore di Sostegno, se presente;
3. Alla dimissione, il paziente torna in carico al Centro di Salute Mentale territorialmente competente e riceve, su richiesta scritta, copia della cartella clinica;
4. Lo status alla dimissione è riportato in cartella clinica dal Direttore Sanitario;

5. Il Direttore Sanitario comunicherà in maniera formale l'avvenuta dimissione alla ASL di competenza;
6. I documenti inviati alla ASL sono protocollati in apposito registro conservato nella sala colloqui e accessibile a tutti gli operatori.
7. Il paziente, alla dimissione, inoltre, riceve, una lettera di termine di presa in carico, redatta dal Direttore Sanitario, che riporta lo stato clinico al momento della dimissione, le attività effettuate durante il percorso socio-riabilitativo; gli ultimi accertamenti clinici effettuati e la terapia farmacologica in atto;
8. Il paziente sottoscrive al momento della dimissione l'elenco degli effetti personali consegnati dagli operatori della struttura e custoditi dagli stessi.

6.3 Dimissione anticipata da parte della Struttura

La Struttura, in qualunque momento, potrà interrompere il trattamento per necessità e/o inadempimenti, quali specifiche esigenze relative all'efficacia del trattamento, oppure per il non rispetto protratto e/o grave, da parte del paziente, dei propri doveri nella Struttura, doveri di cui il paziente prende visione, e li sottoscrive per accettazione, al momento dell'ingresso attraverso “la Carta dei Diritti e Doveri del paziente nelle Strutture socio-riabilitative”:

1. Dovere di rispettare gli altri utenti ed il personale della Struttura;
2. Dovere di impegnarsi nel percorso di cura e nelle attività previste dal progetto terapeutico riabilitativo individuale;
3. Dovere di dare un adeguato preavviso (almeno tre giorni) nel caso di interruzione volontaria del percorso comunitario, al fine di poter elaborare adeguatamente il lavoro svolto fino a quel momento e gestire bene la separazione da utenti ed operatori;
4. Dovere, in caso di idee di fuga o suicidarie, di comunicare tali intenzioni all'équipe curante;
5. Dovere, in caso di impulsi aggressivi o auto aggressivi, di astenersi dal metterli in atto, chiedendo prontamente aiuto ed elaborandoli con l'aiuto del personale della struttura;
6. Dovere di assumere la terapia farmacologica prescritta dallo psichiatra e, nel caso di difficoltà di qualunque genere legate all'assunzione della terapia farmacologica, dovere di parlarne espressamente con lo psichiatra o con l'operatore in turno;
7. Dovere di astenersi, nel periodo di permanenza in Struttura, dall'uso e abuso di alcoolici, sostanze stupefacenti e farmaci non prescritti dallo psichiatra;

8. Dovere, in caso di acutizzazione dei sintomi psicopatologici o di malessere psico-fisico, di parlarne all'équipe curante, al fine di riceverne rapido aiuto;
9. Dovere di rispettare il divieto di fumo negli ambienti chiusi, previsto dalla normativa nazionale;
10. Dovere di rispettare gli oggetti altrui e gli oggetti della SRSR tutta;
11. Dovere di riparare ad eventuali mancanze circa i doveri sopra esposti;

Mancando i prerequisiti suddetti, l'équipe sanitaria attiverà la seguente procedura:

1. Il Direttore Sanitario avvisa in maniera formale ed informale il CSM di appartenenza, i familiari, dove presenti, dell'Amministratore di Sostegno, dove presente e tutte le istituzioni coinvolte nel progetto;
2. Si organizza una riunione con i referenti del CSM per concordare l'intervento più opportuno in favore del paziente;
3. L'équipe curante deve motivare attraverso documentazione scritta/relazione la necessità di interrompere il trattamento;
4. Il CSM referente si fa carico della richiesta effettuata dalla Struttura e provvede ad individuare una collocazione più adatta per il paziente;
5. Il paziente rimane in carico alla SRSR fino all'avvenuto trasferimento.
6. Il paziente, alla dimissione, inoltre, riceve, una lettera di termine di presa in carico, redatta dal Direttore Sanitario, che riporta lo stato clinico al momento della dimissione, le attività effettuate durante il percorso socio-riabilitativo; gli ultimi accertamenti clinici effettuati e la terapia farmacologica in atto;
7. Il paziente sottoscrive al momento della dimissione l'elenco degli effetti personali consegnati dagli operatori della struttura e custoditi dagli stessi.

6.4 - Richiesta Cartella Clinica

Il paziente, in qualità di intestatario della documentazione, oppure (qualora presente) l'Amministratore di Sostegno o il Tutore o un familiare con delega, può richiedere, in seguito alla dimissione o in qualsiasi fase del percorso riabilitativo, copia della cartella clinica seguendo la procedura ivi riportata:

- La richiesta scritta per ricevere copia della propria documentazione sanitaria deve essere firmata dal paziente o, in caso di interdizione, dal Tutore;

- Alla richiesta va allegata copia di un documento di identità in corso di validità;

Il costo per ogni copia della cartella clinica è di Euro 15,00 più Euro 0,50 per foglio.

La consegna della documentazione richiesta avverrà entro 15 giorni.

CAPITOLO 7 - GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

Le risorse umane sono gestite sulla base di specifiche modalità organizzative indicate nei regolamenti interni e le attività di formazione sono strutturate e permanenti.

La Struttura ha definito modalità per l'inserimento del personale di nuova acquisizione, che tengono conto della necessità di affiancamento; ha definito inoltre modalità per la valutazione della idoneità al ruolo.

In particolare, ciascun operatore dovrà superare un primo colloquio di valutazione ed effettuare un periodo di prova in affiancamento, così da poter valutare reciprocamente, Struttura ed operatore, il grado di compatibilità con il ruolo da ricoprire ed acquisire una prima necessaria conoscenza dei colleghi e degli utenti accolti presso la Struttura.

Al termine del periodo di affiancamento verrà effettuato un secondo colloquio, con restituzione reciproca degli esiti della prova.

I criteri di selezione del personale presso la nostra Struttura sono prioritariamente i seguenti:

- qualifica corrispondente al ruolo ed alle mansioni svolte;
- esperienza pregressa;
- caratteristiche di personalità che favoriscano il lavoro di gruppo ed una buona integrazione con i colleghi;
- capacità empatiche che permettano l'instaurarsi di relazioni sane e curative con i pazienti;
- motivazione al lavoro in équipe;
- atteggiamento collaborativo;
- capacità di critica costruttiva ed autocritica se necessario.

Per il personale è disponibile un fascicolo individuale con informazioni su: titoli di studio, percorso professionale, titoli scientifici, attività formative e di aggiornamento.

La Struttura, in accordo con la normativa vigente e per quanto di propria competenza, ha definito i provvedimenti disciplinari a carico del personale, come pure i criteri per la definizione del sistema premiante, tenendo conto prioritariamente degli aspetti qualitativi.

Tali criteri sono esposti nei regolamenti interni alla struttura e sono a conoscenza di tutto il personale.

È definito un piano annuale per la formazione del personale, redatto sulla base dei bisogni formativi rilevati con il coinvolgimento delle diverse componenti professionali. Esiste un referente in materia di formazione. La Struttura assicura l'accessibilità a fonti per la documentazione scientifica e garantisce che il proprio personale abbia conseguito i crediti formativi previsti dalla normativa vigente.

CAPITOLO 8 - GESTIONE DELLE RISORSE TECNOLOGICHE E STRUMENTALI

L'acquisizione delle risorse tecnologiche e strumentali è basata quanto più possibile su programmazione, valutazione e modalità predefinite per gli acquisti.

L'utilizzo delle risorse tecnologiche quali computer, stampanti, fax, TV, etc. di nuova acquisizione è preceduto da adeguata formazione sul corretto utilizzo.

Per il nostro lavoro adoperiamo quotidianamente strumentazione informatica ed esiste un referente del parco tecnologico.

Il Referente del Parco Tecnologico si occupa della manutenzione preventiva con relativa data di attuazione della data di esecuzione dei lavori.

Nello specifico per la nostra struttura è importante effettuare un back-up del computer, pulizia vetro e testine della stampante, verificare sempre la presenza di toner e cartucce stampante e fax, il corretto funzionamento di batterie telefoniche per telefoni cellulari e cordless.

Gli interventi proposti nelle SRSR sono prevalentemente di natura relazionale, pertanto, il ricorso ad apparecchiature tecnologiche specifiche è molto scarso.

Di maggiore utilizzo sono i più diffusi programmi informatici, internet, test informatizzati, questionari e schede di valutazione, ed una conservazione e gestione dei documenti sanitari in veste

informatica. La Struttura assicura che tutto il personale contribuisca alla valutazione dell'adeguatezza delle risorse strumentali ed ai nuovi acquisti in base al fabbisogno emergente.

CAPITOLO 9 - COMUNICAZIONE E GESTIONE DELLE INFORMAZIONI

La Margherita s.r.l. garantisce una comunicazione efficace con i cittadini mediante una pagina web costantemente aggiornata, l'utilizzo di fogli informativi, guida dei servizi, brochure che forniscono informazioni complete e dettagliate sulla nostra Struttura.

9.1 - Carta dei Servizi e Guida ai Servizi

La Struttura ha predisposto e diffuso una versione della Carta dei Servizi in forma di opuscolo, facile e rapida da consultare (Guida ai Servizi).

La Guida ai Servizi contiene informazioni relative a:

- Sede e recapiti della struttura;
- Orari e modalità di accesso;
- Prestazioni erogate;
- Tempi di attesa ed eventuali oneri a carico dell'utente.

La Carta dei Servizi e la Guida ai Servizi sono aggiornate annualmente e sono portate a conoscenza dei diversi soggetti interessati, sia interni che esterni.

Il programma di attuazione della Carta dei Servizi prevede meccanismi di tutela del cittadino e di verifica degli impegni assunti.

9.2 - Sistema informatizzato

È attivo un Sistema Informatizzato per la comunicazione con le Strutture organizzative sovraordinate (Asl, CSM, Regione).

Mensilmente, l'Amministrazione trasmette, online alla Regione Lazio, attraverso specifiche credenziali, sezione “accordo e pagamenti”, la fatturazione relativa alle prestazioni erogate in favore dei singoli pazienti, per il pagamento della quota sanitaria, mentre per la quota sociale le fatture vengono emesse al comune di residenza del singolo paziente e/o i familiari.

Al CSM di riferimento, Unità Valutativa e/o Direzione Amministrativa, vengono trasmessi, tramite fax o posta elettronica, rientri a casa dei pazienti, allontanamenti dalla struttura, i ricoveri presso Ospedali, i ricoveri in clinica e ogni pernottamento del paziente esterno alla struttura, per dare luogo alle opportune procedure amministrative.

Tutti i dati personali e sensibili vengono trattati nel rispetto delle normative vigenti.

I documenti e le informazioni personali e sensibili in uscita dalla Struttura saranno a firma del Direttore Sanitario.

La struttura dispone di procedure per la gestione della documentazione clinica, scientifica e amministrativo-gestionale.

9.3 - Gestione delle segnalazioni e dei reclami

La Margherita s.r.l., al fine di migliorare la qualità delle prestazioni offerte, ha definito procedure per la presentazione di segnalazioni e reclami da parte di chiunque acceda ai servizi:

Segnalazioni e reclami da parte di chiunque acceda ai servizi offerti dalla SRSR Nuovi Passi avviene in base alla seguente modalità:

- Richiedere il Modulo Reclami (M 7.5) agli Uffici Amministrativi, alla Direzione Sanitaria/Clinica, oppure scaricare il modulo accedendo alla sezione “segnala disservizio” del sito web <http://www.srsr24hnuovipassi.it>
- Modalità di invio del Modulo Reclami (M 7.5):
 - Consegnare a mano presso la Direzione Amministrativa in via di Casal Bianco 135, oppure presso la sede operativa in Via di Settecamini 121/131, sc. C, int. 3, Roma;
 - Inoltrare tramite posta elettronica all’indirizzo e-mail: srsrnuovipassi@gmail.com
 - Compilare direttamente dal sito web www.srsr24hnuovipassi.it accedendo alla sezione “segnala disservizio”.
- La Direzione Sanitaria e/o Amministrativa provvederanno alla gestione del reclamo ed entro quindici giorni dalla segnalazione daranno risposta alla persona interessata;
- Una volta ricevuta la segnalazione, il Direttore Sanitario provvede a contattare il soggetto interessato per fissare un appuntamento in Struttura, al fine di analizzare il problema e condividere una soluzione;
- Le segnalazioni pervenute saranno raccolte dal Direttore preposto, in apposito Registro non

conformità/reclami (M 9.1) al fine di porre in atto le opportune strategie correttive rispetto ai disservizi e al corretto funzionamento della comunicazione con l'esterno;

- Seguirà un'attività di monitoraggio delle azioni correttive, preventive e di miglioramento messe in atto volte alla riduzione e/o eliminazione dei disservizi segnalati.

9.4 - Comunicazione interna

Gli strumenti utilizzati per la comunicazione interna sono:

- Riunioni periodiche, supervisioni, bacheche, quaderno delle consegne, passaggio di consegne verbali al cambio turno, cartelle cliniche e rete di telefoni aziendali.

CAP. 10 - GESTIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ

Gli standard di qualità e gli indicatori adottati per le verifiche sono presenti in questo documento ed ulteriormente specificati nel Manuale Qualità e il Plan di Accreditamento redatto ai sensi del DCA 469/2017.

Le politiche e le strategie per la qualità prevedono l'utilizzo di personale adeguatamente qualificato ed aggiornato, in regola con i propri crediti formativi, che partecipi ad eventi formativi sia interni che esterni alla struttura, che si confronti in équipe rispetto al proprio operato, che dia al gruppo il proprio contributo formativo ed informativo, che agisca secondo scienza e coscienza, che valuti consapevolmente ed attraverso specifici strumenti il proprio operato e quello dei colleghi, che sappia comunicare efficacemente con il team di lavoro e faciliti i processi comunicativi e decisionali del gruppo, che sia a conoscenza dei regolamenti interni della struttura ed operi coerentemente con gli obiettivi condivisi, che promuova processi sociali e riabilitativi in accordo con quanto definito in gruppo e relativamente alla propria professionalità, che condivida le informazioni importanti con i colleghi, che si adoperi per il benessere dei pazienti e della struttura tutta.

La Margherita s.r.l. al fine di migliorare la qualità dei Servizi offerti, presso la SRSR Nuovi Passi, ha distribuito specifiche responsabilità al personale impiegato presso la Struttura.

10.1 - Incarichi di responsabilità per la qualità

Responsabile Formazione:

Si occupa di stilare il piano formativo annuale in relazione alle esigenze emerse rispetto al servizio reso. Il responsabile della formazione, dunque, stila e propone all'Amministrazione il piano della formazione tenendo conto delle esigenze dell'intera équipe. La suddetta responsabilità è affidata al Coordinatore Clinico-Organizzativo che rileva i bisogni formativi dell'équipe anche attraverso le supervisioni e riunioni periodiche, oltre che attraverso richieste diverse da parte del personale ed esigenze specifiche in tema di riabilitazione e presa in carico del paziente con disagio psichico.

Responsabile del parco tecnologico e degli eventuali impianti per gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria:

Al bisogno attiverà le necessarie procedure di formazione ed informazione rispetto all'utilizzo di nuovi strumenti informatici; il personale è tenuto a partecipare alla gestione degli strumenti della Struttura e a farne un corretto utilizzo grazie all'addestramento, all'abitudine alla manutenzione legata all'uso quotidiano, alla conoscenza delle eventuali modalità per l'attivazione della manutenzione correttiva. La suddetta responsabilità è affidata ad un operatore della struttura.

Responsabile del sistema informativo:

Cura le procedure di raccolta e verifica della qualità (riproducibilità, accuratezza e completezza) dei dati e loro diffusione, ferme restando le responsabilità specifiche previste da norme nazionali.

Responsabile della gestione e del miglioramento della qualità:

Si occupa di promuovere tutti gli strumenti e le risorse necessarie per un miglioramento continuo della qualità del lavoro svolto. Annualmente viene redatto un piano per il miglioramento della qualità che esplicita, sulla base delle criticità individuate, obiettivi definiti in riunione con l'Amministratore e l'équipe lavorante, azioni, responsabilità, risorse, tempi, indicatori per la verifica. La suddetta responsabilità è affidata al Direttore Sanitario.

Responsabile della gestione del rischio clinico:

Controlla frequentemente la documentazione clinica, con particolare riferimento agli eventi sentinella; in caso di urgenza o di emergenza, l'operatore in turno potrà contattarlo telefonicamente. La suddetta responsabilità è affidata al Direttore Sanitario.

Responsabile della valutazione delle attività:

Verifica che ci sia una costante attività di valutazione circa le attività svolte nella struttura e promuove l'utilizzo degli strumenti standardizzati necessari a monitorare il percorso clinico dei pazienti. La suddetta mansione è affidata al Coordinatore clinico-Organizzativo.

L'assegnazione degli ulteriori specifici ambiti di responsabilità avverrà per incarico del Direttore Sanitario.

CAP. 11 - ATTIVITÀ E RISULTATI

11.1 - Valutazione delle attività

È attivo un sistema per la valutazione delle attività e dei risultati ed esiste una funzione con specifiche responsabilità in riferimento a tale ambito.

Le attività socio-riabilitative sono basate su principi di efficacia e di appropriatezza clinico-organizzativa, ed in particolare la Struttura ha attivato un programma orientato allo sviluppo dell'appropriatezza operativa individuando un Coordinatore Clinico-Organizzativo, che supervisioni, in accordo con la Direzione Sanitaria e Amministrativa, i processi di lavoro dell'équipe negli aspetti clinici e nell'organizzazione del lavoro.

La Struttura ha adottato e reso accessibile, con il coinvolgimento del personale interessato, linee-guida aggiornate e di buona qualità come riferimento per la pratica professionale, relativamente alle condizioni cliniche ed agli interventi prevalenti e/o rilevanti.

Tutte le attività sono ispirate ai principi del miglioramento continuo della qualità, ed in particolare viene favorita l'attivazione di azioni preventive, correttive e di miglioramento delle attività clinico-organizzative.

Per tutte le attività pianificate sono definiti strumenti, modalità e tempi per la valutazione.

La Struttura effettua almeno una volta l'anno la valutazione delle attività pianificate.

Attraverso appositi questionari, la Struttura assicura il monitoraggio del livello della qualità professionale, percepita e manageriale.

La Struttura prevede che il personale sia coinvolto nelle attività di valutazione e che i risultati vengano diffusi e condivisi con tutte le parti interessate.

Il personale è tenuto a compilare, per quanto di propria competenza, i questionari di valutazione delle attività.

La Struttura garantisce la diffusione dei risultati delle attività di valutazione ed il confronto con tutte le parti interessate (utente, servizio inviante, attori della rete coinvolti nel progetto e familiari).

11.2 - Strumenti di valutazione

Per la valutazione delle modifiche delle condizioni cliniche e dei livelli di funzionamento dei residenti sono utilizzati i seguenti strumenti standardizzati:

- BPRS 4.0 (Brief Psychiatric Rating Scale Vers. 4.0)
- M.M.S.E. (Mini Mental State Examination)
- VADO (Aree Riabilitative)
- ASSE K (di Kennedy)
- VFG (Valutazione del Funzionamento Globale - DSM IV-TR)

I seguenti test vengono effettuati all'inizio e alla fine del percorso e con diverse cadenze temporali:

	T0	T1	T2	T3	T4	T FINE PERCORSO
BPRS 4.0	X		X		X	X
M.M.S.E.	X		X		X	X
ASSE K	X		X		X	X
VFG	X		X		X	X
VADO	X	X	X	X	X	X

All'ingresso e/o quando si ritiene necessario i Sanitari possono avvalersi di altri strumenti di valutazione specifici per lo status clinico del paziente, quali:

- PFS (Picture-Frustration Study)
- MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)
- Test Proiettivi

- SCID V (Stuctured Clinical Interview)
- SCL-90- (Self-Report Symptom Inventory-Revised)
- PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale)
- SBS (Social Behaviours Schedule)
- LSP (Life Skills Profile)
- BRIEF COPE
- Quality of Life Index

11.3 - Rilevazione della qualità percepita:

La qualità percepita del servizio è valutata, come di seguito indicato, attraverso appositi questionari. Questi ultimi, mirano a misurare la soddisfazione dell'utente, del personale e dei familiari ove presenti.

Gli strumenti utilizzati per la misurazione quali e quantitativa della soddisfazione sono riportati di seguito:

- Questionario di soddisfazione per pazienti e familiari (cadenza semestrale)
- Questionario per il personale (clima interno, cadenza semestrale)

I risultati ottenuti saranno utilizzati per il miglioramento dei servizi resi e saranno disponibili all'esterno mediante pubblicazione sul sito web aziendale.

I dati aggiornati e completi del 2021 saranno pubblicanti entro il mese di gennaio 2022.